

festent des symptômes qui se rapportent spécialement au gros intestin et surtout à son *extrémité inférieure*.

L'*examen objectif* de l'abdomen devrait, eu égard au trajet du colon, pouvoir constater que les modifications affectent principalement les parties latérales du ventre (ballonnement, sensibilité à la pression, etc.). Cependant c'est là plutôt une vue de l'esprit qu'un signe formel à invoquer dans la pratique. On n'est pas fondé non plus à prétendre que les « coliques » sont exclusivement caractéristiques du catarrhe du gros intestin. En revanche la nature des selles a de l'importance. D'abord, il est digne de remarque que la présence de *masses glaireuses* considérables et reconnaissables à l'œil nu, a une certaine valeur diagnostique. Comme nous l'avons vu plus haut, les selles dans l'entérite de l'intestin grêle renferment aussi du mucus glaireux, mais mélangé intimement aux matières fécales, de sorte que le microscope seul parvient à le découvrir. Dans le catarrhe du gros intestin au contraire, le mucus est plutôt adhérent à la surface des matières et se présente en grandes masses qu'on peut reconnaître à la simple vue. Quand le catarrhe affecte les parties inférieures du gros intestin, il peut arriver que le contenu intestinal s'est aggloméré en grosses boules. Ces dernières sont alors enveloppées complètement ou en partie d'une couche assez épaisse de mucosités. Dans l'entérite aiguë de l'extrémité inférieure du colon, ces mucosités, plus ou moins *mêlées de pus*, constituent la majeure partie des matières évacuées, comme c'est le cas notamment dans la « *dysenterie catarrhale* » (comparez le chapitre sur la dysenterie). Plus le *rectum* prend part à l'inflammation, plus la défécation est accompagnée et suivie de cette sensation déchirante de pression anale et d'épreinte qu'on désigne sous le nom de *ténésme*.

L'*inflammation isolée du rectum (proctite)* est, en partie du moins, directement accessible à l'exploration par les doigts et le spéculum. Le *ténésme cuisant*, le mélange aux selles de mucus et surtout de pus, sont les principaux caractères de la maladie. Dans la plupart des cas d'ailleurs, il ne s'agit pas d'une maladie primordiale, mais d'un catarrhe de la muqueuse rectale, consécutif à différents états morbides du voisinage ou à des néoplasmes, à des processus syphilitiques, etc. du rectum même. La *périproctite (abcès périproctique)* est du ressort de la chirurgie et nous n'y insisterons pas davantage.

Il y a encore à distinguer dans le catarrhe intestinal une forme aiguë et une *forme chronique*.

A la *forme aiguë* appartiennent, indépendamment des inflammations toxiques, la *diarrhée commune* qui cède d'ordinaire après quelques jours, et l'*entérite grave*, presque toujours *infectieuse*, qui est accompagnée d'un trouble plus considérable de l'état général, de fièvre, parfois de symptômes

gastriques, d'herpès, quelquefois d'un peu d'albuminurie, de douleurs articulaires, etc. Sa durée est de  $\frac{1}{2}$  à  $1 \frac{1}{2}$  semaine. Il faut envisager comme une forme spéciale d'inflammation infectieuse aiguë de l'estomac et de l'intestin, le *choléra nostras (cholérine, v. ci-dessous)*.

La *forme chronique* fait suite à l'inflammation aiguë de la muqueuse ou se développe petit à petit d'une manière autonome. C'est une maladie, au moins en ce qui concerne les cas prononcés, peu fréquente chez les adultes, beaucoup plus rare, par ex. que la gastrite chronique. En revanche, elle joue un grand rôle dans la pathologie de l'enfance.

Quant à l'étiologie et à la symptomatologie, les considérations que nous avons fait valoir à propos de l'entérite aiguë, s'appliquent également à l'entérite chronique. Au point de vue de l'étiologie, il faut surtout noter chez les adultes les catarrhes intestinaux qui survivent à des maladies aiguës qui ont achevé leur évolution (dysenterie, affections malariales graves, typhus). Parmi les symptômes morbides, les anomalies dans les évacuations (alternatives de diarrhée et de constipation, parfois constipation opiniâtre occasionnée le plus souvent par l'atrophie de la tunique musculuse et par des troubles de l'innervation) et surtout l'atteinte grave portée à la nutrition générale (amaigrissement, anémie) prédominent ordinairement. Pour ce qui regarde les caractères particuliers que présentent les selles, nous pouvons renvoyer à ce que nous avons dit plus haut. A raison de la plus grande fréquence de l'entérite chronique du gros intestin, on voit très souvent de grandes quantités de mucus se mêler aux évacuations. Donnons une mention spéciale à cette forme d'entérocologie chronique dans laquelle le mucus s'évacue à l'état de *larges membranes cohérentes et de moulures complètes du canal intestinal*.

Cette forme morbide particulière dont nous avons vu plusieurs exemples, se rencontre principalement chez les femmes, quoiqu'elle puisse aussi se déclarer chez les hommes. La maladie s'allie presque toujours à une constipation opiniâtre. Les membranes s'évacuent en abondance, tantôt concurremment avec des masses stercorales dures, tantôt isolément et de temps en temps, et la défécation s'en fait quelquefois au prix de coliques violentes. Ces membranes, comme l'examen microscopique le démontre, sont formées de mucus et renferment de plus une *grande quantité d'épithélium cylindrique*, plus rarement des cellules sphériques, quelques tablettes de cholestérine et des cristaux de triplephosphates. L'état général est atteint parfois à un faible degré, dans d'autres cas dans des proportions considérables. Quand la maladie se rencontre chez la femme, il s'y mêle toutes sortes de désordres hystériques et nerveux. Appelée *entérite membraneuse, entérite desquamative du gros intestin ou colique muqueuse* (colica

mucosa), elle peut durer de longues années. Nous manquons encore de recherches précises sur ses conditions étiologiques et anatomiques. Ce qu'il y a de plus probable, c'est que le mucus intestinal se prend en membranes, formées, comme il a été dit plus haut, au fond des plis longitudinaux du gros intestin contracté spasmodiquement (MARCHAND).

**Traitement.** La plupart des *catarrhes aigus* de légère intensité n'exigent qu'un *traitement diététique*. La guérison radicale a lieu rapidement, si les malades savent se soustraire pendant quelque temps à toutes les influences nuisibles. L'alimentation qu'on considère à juste titre comme la plus appropriée, ce sont les divers potages mucilagineux (décoction d'orge ou de gruau), puis les bouillons légers et le biscuit. Les gros légumes et les fruits, la viande grasse et le pain noir doivent être évités, autant que possible, quand la diarrhée est intense. Pour le reste, nous renvoyons au régime prescrit à propos de la gastrite chronique.

C'est une règle importante et consacrée par l'expérience générale, que le *ventre doit être tenu chaud*. Les enfants doivent garder le lit dans tous les cas d'entérite aiguë, et les adultes aussi pour peu que la maladie soit sérieuse. Au surplus, il est à conseiller, surtout chez les enfants, de préserver le ventre de tout refroidissement au moyen d'une ceinture de flanelle.

Il est à peine nécessaire, dans nombre de cas légers, de recourir à des *moyens internes*. S'il n'y a pas d'indication particulière, la *mixture gommeuse* ou une *émulsion d'amandes* est une préparation convenable. D'autres médicaments peuvent être en situation dans des cas plus graves. Si l'on a des motifs de supposer que des *ingesta* nuisibles ou des matières fécales stagnantes sont en cause, un *purgatif*, pour inaugurer le traitement, peut avoir le meilleur effet, nonobstant la diarrhée. A cet effet on donne la préférence à l'huile de ricin ou au calomel. Dans tous les cas où d'abondantes évacuations liquides indiquent une suractivité du mouvement péristaltique, on aura recours aux *styptiques* et surtout à l'*opium*. On donnera l'opium sous forme de teinture commune ou safranée (10 à 15 gouttes par dose, 1 à 3 fois par jour) et de poudre (0,03 à 0,05 d'opium pur avec 0,5 de sucre, 2 à 3 poudres par jour). On recommande aussi d'associer l'opium à quelque véhicule mucilagineux, par ex. 2,0 de teinture d'opium sur 150,0 de mixture gommeuse ou de décoction de salep, une cuillerée à soupe toutes les deux ou toutes les trois heures. On obtient également de bons résultats, surtout dans le catarrhe chronique, avec les *préparations de bismuth* (poudre de sous-nitrate ou de salicylate de bismuth, 0,2 à 0,5.)

Outre l'opium, on emploie dans le traitement du catarrhe intestinal toute la série des *astringents*, surtout l'*acide tannique*, l'*acétate de plomb*, le *bois de*

*campêche*, la *racine de colombo*, le *cachou* et beaucoup d'autres. Ces remèdes se donnent parfois combinés avec l'opium (par ex. opium pur 0,03, acide tannique 0,05, sucre blanc 0,5, 2 à 3 poudres par jour ou une décoction de racine de colombo 10,0 sur 150,0, extrait d'opium 0,05, sirop d'écorce d'oranges 15,0 ; toutes les deux heures une cuillerée à soupe, etc.).

Si les *coliques* sont plus intenses, l'opium ou une injection sous-cutanée de morphine est le meilleur remède. Dans les cas légers une application chaude sur le ventre suffit (cataplasmes chauds, serviettes chaudes). Parfois les coliques tiennent à la présence dans l'intestin de matières durcies qui stagnent ; en ce cas un purgatif s'impose (huile de ricin).

Quand les symptômes indiquent qu'il s'agit d'une affection intense du *gros intestin*, on peut s'adresser à un *traitement local*. C'est surtout dans l'*entérite chronique* du gros intestin, que ce traitement a de la valeur. On fera journellement des *irrigations* dans le gros intestin avec des remèdes légèrement astringents, parfois aussi désinfectants. L'appareil nécessaire à cet effet est très simple. Il consiste en un irrigateur commun auquel on adapte un tuyau élastique d'un demi-mètre environ de longueur, avec une canule appropriée. Au lieu d'un irrigateur on peut se servir d'un entonnoir ordinaire en verre (l'entonnoir d'HÉGAR). Une longue sonde œsophagienne en caoutchouc ramolli, qu'on n'a pas de peine à glisser profondément dans l'intestin, peut faire l'office de canule rectale. Les liquides à injecter doivent toujours être chauffés à 30° environ et n'être introduits qu'insensiblement et lentement. La quantité du liquide employé est d'environ 1 litre à 1 ½ litre, parfois encore plus. Pendant l'irrigation le malade doit se trouver dans le décubitus dorsal. Il est rare qu'il faille le mettre sur les genoux et les coudes, position beaucoup plus incommode. Les liquides les plus usités sont une solution de 1 à 2 % d'acide salicylique, les solutions salicylo-boriques, la solution de tannin à 1 %, les solutions d'acétate de plomb 1 : 1000, etc.

Si le *ténésme* est violent, on le calmera le mieux avec des suppositoires de beurre de cacao à l'extrait d'opium.

Un régime diététique sévère est de la plus grande importance dans l'*entérite chronique*. A part le *traitement local* on aura surtout recours, en fait de remèdes internes, aux *astringents* désignés plus haut, auxquels on peut ajouter l'alun, la pâte de guarana, la gomme-kino, etc. Les différentes préparations de strychnine ont été très recommandées par quelques médecins. Les *cures balnéaires* (à Karlsbad, Kissingen, Marienbad, Tarasp, etc.) sont souvent suivies de succès, surtout quand il y a de temps à autre de la constipation.

Comme nous l'avons dit, il peut arriver que les phénomènes morbides

qui en imposent pour un catarrhe chronique de l'intestin, dépendent d'une anomalie de l'innervation. Cela a lieu principalement quand ils sont associés à des symptômes névrosiques généraux ou nervoso-dyspeptiques. En ce cas, les remèdes internes ont peu d'effet, tandis qu'un traitement général approprié, des cures hydrothérapiques, l'électricité et le massage peuvent donner de très bons résultats (v. le chapitre de la dyspepsie nerveuse et de la constipation habituelle).

## CHAPITRE DEUXIÈME.

### CHOLÉRA NOSTRAS.

(Choléra indigène, choléra européen.)

On désigne sous le nom de « *choléra nostras* » une maladie aiguë de l'estomac et de l'intestin, qui se manifeste sous une forme déterminée et dont les symptômes, dans les cas graves, ont la plus grande ressemblance avec ceux du vrai choléra asiatique. Il est plus que probable, à considérer la marche totale de l'affection, que le choléra nostras tient également à une infection aiguë de l'organisme par un agent morbide spécifique et organisé. Mais jusqu'à cette heure cela n'est pas encore prouvé. L'opinion de FINKLER et PRIOR, disant que dans le choléra nostras l'intestin renferme des bacilles identiques aux bacilles à virgule du véritable choléra asiatique (v. y.), est controvée. Les bacilles de FINKLER ne paraissent pas même avoir de signification pathogénique pour le choléra nostras.

Le choléra nostras se montre le plus souvent à l'état *épidémique* et presque invariablement pendant les *mois les plus chauds* de l'année (juin à août). C'est pourquoi on le désigne parfois sous le nom de *choléra estival*. Ce sont surtout les *enfants* en deçà de deux ans qui en sont frappés et de préférence ceux qui sont nourris artificiellement ou sevrés depuis peu. Chez les enfants plus âgés et chez les adultes, la maladie se rencontre également, quoique dans une proportion moindre.

Les *symptômes* du choléra nostras sont ceux d'une gastroentérite violente. La maladie débute soudainement ou après de légers prodromes par des *vomissements* tumultueux et un *flux intestinal* considérable. Dans un cas donné, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces symptômes qui prédomine. Les *vomissements* se composent en partie d'aliments ingérés, en partie d'une masse de mucosités aqueuses. Tout d'abord les *selles* sont encore féculentes, mais elles deviennent de plus en plus décolorées et fluides, jusqu'à prendre à peu près l'aspect riziforme des déjections du choléra véritable. Les *douleurs abdominales* font le plus souvent défaut ; seulement il existe parfois un

sentiment de pression et de constriction à l'épigastre. La *suppression de la diurèse* et les *douleurs musculaires* qui se déclarent souvent, donnent à la maladie un trait de ressemblance de plus avec le vrai choléra.

Ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est le *trouble* considérable de l'état *général*. Les malades sont extraordinairement accablés, ils ont le facies défait, leur voix se voile et devient rauque, une soif inextinguible les consume, le pouls se précipite, la figure et les extrémités sont froides et livides; bref on voit se dessiner l'image complète d'un profond *collapsus*. En même temps la *chaleur vitale* baisse, alors qu'au commencement il y a souvent des ascensions thermiques. Ce grave tableau morbide s'accuse surtout dans le *choléra infantile*. Ici, quand la maladie est intense, l'agitation du début se transforme rapidement en *somnolence*. Les enfants sont couchés, les yeux enfoncés et demi-clos, la conjonctive légèrement injectée, la cornée trouble, la face pâle et cyanosée, les fontanelles affaissées, la peau froide, le pouls petit et filant, presque innombrable. La mort arrive dans le coma ou après quelques petites convulsions, avec le cortège de symptômes que les médecins d'enfants appellent « *maladie hydrocéphaloïde* ». Il est hors de tout doute que les gastroentérites graves sont dues à des causes infectieuses et que les manifestations générales qui les accompagnent sont produites par les substances intoxicantes engendrées dans l'intestin sous l'influence des microorganismes (v. plus haut p. 562).

Le choléra nostras fait de grands ravages parmi les enfants, dans les centres populeux et dans les couches les plus misérables de la population. Les cas graves se terminent par la mort après peu de jours. Cependant il y a aussi de nombreuses guérisons, soit que la marche morbide ne présente rien d'alarmant dès le début, soit que la maladie prenne une tournure favorable dans les cas qui semblent les plus désespérés. Chez les *adultes* l'issue mortelle du choléra nostras est une très rare exception. Les malades sortent assez rapidement d'une crise dangereuse en apparence, tout en gardant assez longtemps une certaine susceptibilité du côté de l'estomac et de l'intestin.

Les *données anatomiques* fournies par les enfants qui succombent au choléra nostras, forment un frappant contraste, vu leur insignifiance, avec les graves symptômes observés pendant la vie. L'affection catarrhale de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin disparaît presque toujours sur le cadavre; les follicules solitaires et les plaqués de PEYER ne présentent le plus souvent qu'une légère infiltration. Les atélectasies lobulaires du poumon, l'hyperémie veineuse et l'œdème des méninges cérébrales, constituent les révélations cadavériques supplémentaires les plus fréquentes.

Le *diagnostic* du choléra indigène n'offre pas de difficultés, quand on