dans les cas d'un diagnostic difficile. C'est d'abord l'examen du sang qui révèle presque toujours, d'après Lépine et Mouisset, une diminution marquée de la valeur globulaire; ou la recherche du ferment lab dans le suc gastrique, recherche facile grâce aux procédés de Boas ou de Léo; la présence d'une proportion importante de ce ferment étant incompatible avec l'idée d'un catarrhe chronique grave ou d'une altération organique de l'estomac (Boas, Trzebinski).

TRAITEMENT. — Le traitement malheureusement ne peut ètre

que symptomatique.

La douleur sera calmée par les narcotiques : ciguë, belladone. jusquiame. L'opium administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques de morphine rend les plus grands services. Les vomissements et les hématémèses seront combattus par la glace intus et extra; les préparations anti-émétiques : boissons effervescentes, potion de Rivière, champagne frappé, ou les boissons astringentes : acides minéraux, élixir de Haller, etc.; les digestions seront facilitées et l'appétit sollicité par les médicaments dits eupeptiques : alcalins, pepsine, amers, etc., suivant le cas; mais l'indication à laquelle il importe surtout de satisfaire est de nourrir le malade et de le soutenir autant que possible. L'alimentation lactée est de beaucoup la mieux supportée, et c'est à elle qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas.

Les lavements nutritifs, et plus particulièrement les lavements de pancréas (Mayet) ou de sang défibriné (J. Teissier), sont

appelés ici à rendre de sérieux services.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les tentatives de cure radicale faites par Péan, Billroth, Southam, et plus récemment par Anderson, Bull, Jaboulaye, etc.: tous les essais de résection du pylore, sauf quelques cas de Billroth Czerni, de Krönlein et l'observation toute récente de Pollosson, ont été mortels à courte échéance.

Lebert. Anatomie pathologique. — Traité pratique des mal. cancér., 1851. —
— Deutsches Arch. f. klin. Med., 1877, et Revue Hayem, 1879. — Gresinger. Arch. f. prakt. Heilk, 1854. — Virchow. Traité des tumeurs. —
Beau. Traité de la dyspepsie, 1866. — Heurtaux. Art. Cancer, in Nouv.
Dict. de méd. et de chirurg. prat. — Mém. de l'Acad. de méd., 1867. —
Lancereaux. Atl. d'anat. path., 1869. — Brinton. Op. cit. — B. Teissir.
Cancer de l'estomac, fistule péri-ombilicale (France méd., 1875). — A. Laveran. Deux observations d'épithéliomà à cellules cylindriques des voies digestives (Arch. de physiol., 1876). — Chenel. Ét. clin. sur le cancer latent de l'estomac, th. de Paris, 1877. — Cullingsworth. Case of cancer in an infant six veeks old (Brit. med. Journ., t. II, 1877). — Péan. De l'ablation des tumeurs de l'estomae par la gastrotomie (Gaz. des hôp., mai 1879). —
Billroth. Trois pylores réséqués, 2 morts (Berlin. klin. Wochenschr.). —
Proudon. De l'alimentation rectale, th. de Lyon, 1880. — R. Tripier. De là diarrhée dans le cancer de l'estomac (Lyon méd., 1881). — Debove. Contrib.

à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie (Un. méd., 1882). -B. Teissier. Des pseudo-cancers de l'estomac (Soc. méd. Lyon, 1882). -M. MATHIEU. Cancer précoce de l'estomac, th. Lyon, 1884. - DESCHAMPS. Diagnost. et trait. du cancer de l'estomac, th. Paris, 1885. - TROISIER. Ganglions sus-clav. dans le cancer de l'estomac (Soc. méd. hôp., 1886). -FEULARD. Fistule ombil. dans le cancer de l'estomac (Arch. gén. méd., 1887). - L. Dieulafoy. Leçon sur le cancer de l'estomac (Sem. méd., 1887). G. Sée. Les acides de l'estomac (Bull. Acad. de méd. et tirage à part. 1888). - RINDFLEISCH. Histologie pathologique, traduit par Gross et Schmitt, Paris, 1888, p. 406.—SKEIT. Résection du pylore, th. de Berne, 1887.—BUCHES-NEAU. Cancer de l'estomac et abcès ombilical, 1888, Lyon méd. — BERTIN. Des adénopathies cervicales, de la douleur du phrénique et du pneumog. dans le cancer de l'estomac, th. Paris, 1888. - MISLOWTSER. Des perforations dans le cancer de l'estomac, th. de Berlin, 1889. - DEBOVE. Cancerde l'estomac à 19 ans (Soc. méd. des hôpitaux, 1889). - HAEBERLIN. Répartition et étiologie du cancer de l'estomac (Deut. Arch. f. klin. Méd., 1889). - TAPRET. Types cliniques du cancer de l'estomac (Un. méd., 1890). PIERRE. Complic. non cancéreuses de l'appareil pulm. dans le cancer de l'estomac, th. Paris, 1890. - ISRAEL. Lésions histol. des parois stom. au début du cancer (Berlin. klin. Woch., 1890). - FAURE. Cancer de l'estomac et lypémanie anxieuse, Lyon méd., 1890. — SIREDEY. Cancer de l'estomac sans dyspepsie (Soc. méd. hôp., 1890). - DURAND. Cancer et rupture de l'estomac après ingestion d'une potion de Rivière (Lyon méd., 1891). - KOLLMAR. Diagn. diff. de l'ulcère et du cancer de l'estomac (Berlin. klin. Woch., 1891). EISENLOHR. Carcin. de l'estom. consécutif à l'ulcère rond (Deuts. med. Woch., 1890). - MOUISSET. Carcinome de l'estomac (Rev. de méd., 1891). - BOUVERET. Rapport des chlorures urinaires à l'urée dans l'hypersécrétion gastrique et le cancer de l'estomac (Rev. méd., 1891). - MINTZ. De la gastrite phlegmoneuse dans le cours du cancer de l'estomac (Rev. méd. Suisse

## MALADIES DE L'INTESTIN.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES : ENTÉRALGIE (colique intestinale).

CONSTIPATION, DIARRHÉE, ENTERORRAGIE.

Il nous a paru nécessaire, avant d'aborder l'étude spéciale des différentes affections de l'intestin, de nous arrêter au préalable sur les troubles fonctionnels généraux qui se rattachent à ces affections, afin d'en tirer, comme nous l'avons déjà fait pour les maladies de l'estomac, des indications d'ensemble sur la valeurséméiologique de ces symptômes et leur véritable portée clinique.

1. Enteralgie. — Colique intestinale: On donne le nom de colique à une douleur particulière siégeant dans l'abdomen, douleur exacerbante, constrictive ou déchirante, ayant de la tendance à l'irradiation et s'accompagnant toujours d'une sensation pressante d'expulsion. Ce besoin d'évacuation et le soulagement qui en résulte sont constants dans la colique qu'on a pu considérer d'une façon plus générale comme la contraction lente et pro-

longée, et par suite douloureuse, des muscles lisses d'un organe creux cherchant à expulser son contenu (colique intestinale, hépatique, néphrétique, utérine, vésicale, etc.). Du reste Traube a parfaitement montré qu'un obstacle quelconque amenait audessus de lui des contractions péristaltiques très douloureuses et énergiques et ne cessant qu'après sa disparition.

La colique peut tenir à une irritation directe de la fibre lisse intestinale, soit sous l'influence de substances irritantes introduites dans l'intestin : substances médicamenteuses (purgatifs drastiques), substances toxiques (cuivre, arsenic, nicotine, etc.) ou de corps étrangers ayant pénétré dans le tube digestif (ascarides, lombrics, corps solides anguleux, calculs biliaires volumineux). Il faut joindre encore à cela l'action irritante de certains aliments fermentés dans l'intestin (lait caillé, bière aigrie) et pour certains sujets plus susceptibles, certains poissons, les huitres ou d'autres aliments mal tolérés. On peut rapprocher de ces faits les crises d'entéralgie des hyperchlorhydriques, crises se produisant au moment où le bol alimentaire quitte l'estomac pour pénétrer dans l'intestin; soit du fait d'une altération du sang, impressionnant fâcheusement les nerfs de l'intestin ainsi qu'on le voit dans l'intoxication saturnine à laquelle il faut rattacher la colique sèche de Cullen, la colique végétale de Poitou (Lefèvre, Dutroulau, Fonssagrives, Leroy de Méricourt). Mais le type le plus complet de la colique intestinale est celui qui résulte d'un obstacle absolu apporté au cours des matières fécales, colique si vive et si intense qu'on lui a donné le nom de colique de miserere. Mais à côté de l'occlusion intestinale il faut mentionner toute la série des entérites simples, aiguës ou chroniques, tuberculeuses ou autres, susceptibles d'entraîner des contractions douloureuses du conduit, et les perforations de l'intestin qui s'accompagnent bien de colique, mais auxquelles viennent se joindre ces douleurs toutes spéciales particulièrement angoissantes qui caractérisent les irritations péritonéales.

L'entéralgie rhumatismale produite par l'action du froid sur les parois de l'abdomen est un phénomène de même nature, qui dépend d'un mouvement fluxionnaire sur les parois du tube intestinal.

Mais à côté de ces coliques par excitation directe de l'intestin, il faut mentionner les crises d'entéralgie sympathiques ou réflexes; parmi ces coliques dites sympathiques, nous signalerons celles qui accompagnent certains états névropathiques ou hypochondriques (hystérie, hypochondrie, émotions violentes), et dont le point de départ semble être une intervention primitive des centres nerveux, intervention mise en jeu par l'excitation centripète du sympathique (Bamberger). Ainsi s'expliquent ces coliques qui dépendent d'une irritation viscérale bien déterminée comme dans certaines affections utérines, ou dans quelques cas de congestions brightiques du rein. Nous avons en effet observé un certain nombre de faits de coliques persistantes liées à l'évolution de la néphrite albumineuse dont elles marquaient en quelque sorte le début. Les crises entéralgiques du tabétique rentrent dans la même catégorie de faits.

Symptomatologie. — Le début de la colique est généralement brusque, parfois cependant elle s'établit lentement et comme par degrés. C'est d'abord une douleur insidieuse qui devient rapidement plus vive, exacerbante, qui s'accompagne d'une sensation de constriction, de torsion, de pincement, de brûlure, et revêt parfois les caractères les plus insolites.

Ces sensations douloureuses varient beaucoup d'intensité; parfois peu marquées, elles peuvent devenir atroces. Le malade s'agite dans son lit, ne sachant quelle position garder pour soulager un peu ses souffrances; d'autres fois, il reste immobile, pressant son abdomen avec ses mains, ou couché sur le ventre, ou encore pelotonné sur lui-même, les cuisses énergiquement fléchies sur le bassin par un mouvement réflexe involontaire. En même temps le visage est pâle et décomposé, le malade pousse des cris, ou exprime sa souffrance par des soupirs étouffés et des gémissements. L'anxiété est extrême : des symptômes nerveux, du délire, des convulsions chez les enfants (Oppolzer), viennent s'ajouter à ce cortège. Le pouls reste le plus souvent normal : on a noté la rupture de l'intestin pendant la crise (Wertheimer).

Le ventre est souvent ballonné par des gaz qui, en se déplaçant, produisent des gargouillements et des borborvemes; plus rarement il est rétracté et comme accolé à la colonne vertébrale. Les contractions des muscles lisses de l'intestin donnent lieu à de pressants besoins d'aller à la selle, et les évacuations amènent un soulagement notable de plus ou moins longue durée. Parfois cependant les efforts d'expulsion restent infructueux (colique sèche). Les vomissements ne sont pas très rares.

C'est généralement au pourtour de l'ombilic que la douleur est la plus marquée. De là elle s'irradie dans les flancs et l'hypogastre, si bien qu'il est parfois impossible de la localiser. On cherchera pourtant à en établir autant que possible le siège et les principaux caractères : ce qui importe étroitement au diagnostic. En général, lorsque l'inflammation porte sur l'intestin grêle, les coliques quand elles existent sont peu accusées et se montrent seulement au moment des évacuations; lorsque c'est au contraire le gros intestin qui est en cause (colite, dysenterie, drastiques)

CARACTÈRES DES SELLES. CONSTIPATION ET DIARRHÉE. - Nous avons indiqué déjà dans nos considérations générales sur les maladies de l'estomac l'importance sémeiologique qu'il fallait attribuer à l'examen des selles comme aux conditions journalières des évacuations alvines. Ces notions ont encore plus d'importance en ce qui concerne les maladies de l'intestin : ici l'examen des garde-robes est indispensable, mais il ne suffit pas d'une exploration directe, il faut encore tenir compte d'une infinité de détails secondaires relatifs au nombre, à l'abondance, à la régularité des garde-robes, au temps qui s'écoule entre le repas et l'évacuation intestinale. Les selles, en effet, peuvent être trop copieuses relativement à la quantité des aliments ingérés, ou insuffisantes comme quantité malgré des évacuations quotidiennes ce qui constitue une véritable constipation latente (Courtade). Leur consistance est extrèmement variable, parfois absolument aqueuses, elles ont ailleurs une consistance semi-molle, ou bien une dureté quasi pierreuse comme lorsqu'elles sont concrétées sous forme de scybales. Leur odeur trahit le degré des fermentations intestinales. Mais les caractères dont il importe avant tout de tenir compte sont les caractères de forme, de coloration et de constitution immédiate. Des selles largement moulées impliquent l'idée d'une perméabilité complète du gros intestin; des matières aplaties, comme passées à la filière, font penser à un rétrécissement réel ou spasmodique du tube intestinal; foncées en couleur, elles indiquent un écoulement biliaire suffisant; décolorées ou argileuses, elles font soupconner des phénomènes de rétention biliaire.

On s'enquerra avec soin de leur composition intrinsèque. Contiennent-elles des matières complètement élaborées ou bien renferment-elles des aliments non digérés (lientérie); sont-elles sèches ou revêtues à leur surface de mucus glaireux ou de débris épithéliaux, débris épithéliaux qui forment la base des grains riziformes des selles cholériques. Y trouve-t-on des débris de corps étrangers ou des éléments n'appartenant pas à leur constitution physiologique, du pus, du sang ou des parasites?

Un examen microscopique ou bactériologique devra compléter cette exploration sommaire dans certains cas: cet examen pouvant révéler l'existence d'œufs de ténia, d'ankylostome ou de microorganismes dont le développement en culture peut permettre souvent un diagnostic plus précis. (Coli-bacille, bacille d'Eberth, diplobactérie grippale, bacille de Lesage et de Cartoulis, etc.).

Mais deux modalités spéciales de ces évacuations intestinales doivent plus particulièrement nous occuper ici : la constipation et la diarrhée.

La constipation est constituée par une difficulté plus ou moins accentuée de s'exonérer, difficulté qui peut être relative ou complète : certains malades, par exemple, n'allant à la garde-robe que tous les deux ou trois jours, d'autres ne pouvant vider leur intestin que tous les 8 ou 10 jours, et encore en recourant à des moyens artificiels. La constipation peut avoir une origine alimentaire, mécanique ou toxique : alimentaire, elle est la conséquence d'une élaboration vicieuse des substances introduites dans l'estomac, (mets grossiers ou indigestes), et surtout de l'usage de certaines substances comestibles dites astringentes (riz, sucre, coing, etc.) ou médicamenteuses (fer, quinquina, etc.). Mécanique, elle résulte d'une paresse de l'élément contractile de l'intestin qui paralyse son péristaltisme et s'oppose en conséquence au cheminement du bol intestinal; telle la constipation des gens sédentaires, des débilités, des convalescents de maladies longues, telle aussi celle qui est la conséquence des ictères chroniques (la bile pouvant être considérée comme l'excitant naturel de la fibre musculaire de l'intestin), telle aussi celle qui succède à l'épuisement du péristaltisme par des diarrhées rebelles, telle enfin la constipation des hystériques ou des neurasthéniques atteints en général de dyspepsie gastrointestinale à forme atonique. Strumpell pense même que la constipation n'a jamais d'autre cause que cette diminution du péristaltisme de l'intestin. Nous croyons qu'il ne faut pas généraliser autant ce mécanisme, car la constipation peut au contraire être le fait d'une exagération du péristaltisme de l'intestin : ce qui le prouve, c'est l'heureux effet de la belladone ou des antispasmodiques chez certaines constipées qui rendent des matières absolument aplaties ou globuleuses et dont le passage par un canal de calibre nettement rétréci ne saurait être contesté. C'est la forme spasmodique de Kussmaul et Fleischer qui aurait pour ces auteurs le côlon pour point de départ. Les constipations d'ordre mécanique comptent encore celles qui sont la conséquence d'un obstacle apporté à la progression des matières, soit qu'on ait affaire à un rétrécissement du calibre de l'intestin, rétrécissement réel ou relatif comme celui qu'on observe au niveau des coudes du côlon et qui s'accentue dans les ptoses viscérales, soit qu'il s'agisse d'une obstruction intestinale complète comme on l'observe en cas d'occlusion, ou d'une compression par une tumeur intra-abdominale ou un simple déplacement d'organe (rein mobile, rétroversion utérine). La constipation peut enfin avoir une origine toxique, telle celle qui est de règle dans l'intoxication saturnine et qui est la conséquence d'un spasme géné-

L. et T. - Pathol. méd.

II. — 42

ralisé à tout le système intestinal avec tarissement des sécrétions; car la résorption de l'eau des selles à la surface de l'intestin comme l'absence de sécrétion du suc intestinal ou de mucus est une cause fréquente de constipation; c'est sans doute à ce mécanisme qu'il faut rapporter la constipation si habituelle dans le cours de la grippe, maladie dans laquelle le tarissement des sécrétions intestinales marche de pair avec la faible proportion de l'excrétion urinaire.

Nous ne nous occuperons pas des conséquences mécaniques entrainées souvent par la constipation rebelle; les hémorroïdes formeront un chapitre spécial où cette question sera plus intimement examinée. Nous nous contenterons de mettre en relief les conséquences importantes qu'une constipation invétérée peut avoir sur l'état général de la santé : ces conséquences sont de deux ordres, réflexes ou toxiques. Parmi les premières on peut indiquer les migraines, les palpitations, les névralgies faciales (Gussenbauer), et certains troubles vaso-moteurs périphériques dont les malades se plaignent souvent avec insistance : bouffées congestives du côté de la face, accompagnées ou non de vertiges, constrictions vaso-capillaires des extrémités avec sensation de froid aux jambes extrèmement pénible. Encore la plupart de ces manifestations pourraient-elles à juste titre rentrer dans le cadre des manifestations toxiques. Parmi celles-ci nous signalerons surtout les phénomènes de congestion céphalique habituels aux constipés et certains troubles mentaux bien étudiés par MM. Pierret et Feyat qui suivent en quelque sorte une courbe parallèle au degré de la constipation ; car ce trouble qui n'est qu'un symptôme prend aux yeux de certains sujets des proportions telles qu'il devient une véritable maladie à tendance hypocondrique prononcée. Cette impossibilité de l'intestin de se débarrasser des substances toxiques qu'il contient prédispose singulièrement à l'anémie : les toxines résorbées à la surface de la muqueuse intestinale vont impressionner le globule sanguin, ralentir les fonctions de l'oxygénation globulaire et donner naissance à ces chloroses d'ordre infectieux, sur la pathogénie desquelles Duclos de Tours a attiré l'attention depuis longtemps.

2º Diarrhée. — Strümpell opposant ce symptôme à la constipation attribue la presque totalité des faits de diarrhée à l'augmentation du péristaltisme de l'intestin. Sans doute le péristaltisme joue ici un rôle prépondérant, mais on ne saurait en généraliser l'influence, certains cas de diarrhée nous paraissant au contraire exiger la diminution des actions péristaltiques. Les contractions intestinales sont réglées par les rameaux du preumogastrique et du sympathique émanés des ganglions du plexus solaire et qui vont se distribuer à la surface intestinale où ils constituent les plexus bien connus d'Auerbach et de Meissner. Leur mise en œuvre peut se produire sous l'influence d'une excitation directe (une irritation par exemple produite à la surface de l'intestin par un corps étranger ou des substances toxiques), plus souvent sous l'influence d'un réflexe qui peut avoir son point de départ à la surface de l'intestin (contact d'un aliment indigeste), de la peau (diarrhée par suppression de la sueur à la suite d'un refroidissement brusque) ou par irritation primitive des fibres cérébro-spinales (diarrhée tabétique ou émotive). Dans les diarrhées d'ordre réflexe, le centre de réflexion de l'arc nerveux est le plexus solaire, comme les expériences de Budge, Juergens, Jaksch l'ont bien établi; et les voies centrifuges, les rameaux moteurs du pneumogastrique ou du sympathique, à cette différence près toutefois que les rameaux du pneumogastrique sont exclusivement moteurs et que les filets du sympathique contiennent des fibres vaso-dilatatoires ou sécrétoires.

Cette disposition à l'exagération du péristaltisme intestinal, si favorable à la production de la diarrhée, peut être tellement développée qu'elle se présente parfois avec les caractères d'une véritable hyperesthésie : se manifestant à la moindre impression de la muqueuse ou sous l'influence du plus léger contact alimentaire ; elle est la source de la plupart des diarrhées dites neurasthéniques sur lesquelles Guéneau de Mussy avant Beard avait tout spécialement insisté.

Mais il ne faudrait pas, avons-nous dit, généraliser la théorie; car si le mécanisme sur lequel nous venons d'insister met bien en évidence la pathogénie des diarrhées nerveuses, nous croyons que certains flux intestinaux relèvent de l'atonie et non de l'exaltation du péristaltisme normal: par exemple certaines diarrhées des aliénés qui ont plutôt un point de départ cérébro-spinal, ou bien encore celles qui résultent de l'augmentation de la stase veineuse ou de l'altération des parois vasculaires et qui relèvent d'un défaut de résorption des liquides contenus dans l'intestin. Mais cette influence du péristaltisme intestinal bien démontrée, nous croyons qu'au point de vue clinique, il y a avantage à diviser la diarrhée en deux grands groupes : celles qui résultent d'une hypersécrétion et celles qui sont la conséquence d'un défaut de résorption à la surface de l'intestin, classification adoptée d'ailleurs par M. Eybert dans une thèse récente.

a). Diarrhée par hypersécrétion intestinale. — On peut y distinguer plusieurs groupes: 1º la diarrhée tient à une hypersécrétion du mucus ou du suc intestinal; hypersécrétion mécanique souvent, comme dans les cas de diarrhées consécutives aux constipations rebelles (Putnam, Vernon), aux excitations produites par la présence de corps étrangers (entozoaires, ankylostomie, diar-

rhée des pays chauds). Les diarrhées par hypersécrétion comprennent encore celles qui tiennent à des inflammations franches ou ulcéreuses de la muqueuse (entérite commune ou spécifique, dothiénenterie, choléra), celles qui résultent d'une simple fluxion vasculaire comme dans le rhumatisme ou dans la diarrhée matinale des hyperchlorhydriques ou qui dépendent d'une augmentation de la pression artérielle comme dans la diarrhée de l'artériosclérose. D'autres fois cette hypersécrétion a une origine toxique : le sang imprégné de substances excrémentielles exerce une influence excitante sur les nerfs sécréteurs et l'hypersécrétion diarrhéique s'ensuit; ou bien, c'est l'intestin qui renferme des substances altérées, fermentées ou toxiques et qui exerce cette action excitante sur les filets nerveux des glandes intestinales (diarrhée résultant de l'ingestion de certaines substances alimentaires, veau, bouillon gras, viandes altérées ou fermentées). 2º La diarrhée dépend d'une exagération des phénomènes et résulte d'une exsudation séreuse provenant du sang des vaisseaux de l'intestin. Ainsi s'explique la diarrhée qui dépend de l'ingestion d'un purgatif salin et dont le mécanisme a été bien mis en évidence par les expériences classiques d'A. Moreau. 3º Certaines diarrhées d'ordre mécanique sont enfin la conséquence d'une transsudation séreuse due à l'augmentation de la pression veineuse, et une gêne à la circulation de retour, c'est la diarrhée de certaines tuberculoses avec dégénérescence graisseuse du foie, de certaines cirrhoses et de quelques affections cardiaques.

b). Le groupe des diarrhées par défaut de résorption est moins étendu et de beaucoup; on n'y peut guère faire rentrer que quelques diarrhées dues à des affections cardiaques ou suite de cachexies ou bien celles qui résultent d'un catarrhe intestinal de trop longue durée ; le mécanisme qu'il faut faire intervenir ici à côté de l'augmentation du péristaltisme intestinal qu'on peut invoquer dans quelques cas chez certains névropathes par exemple, c'est la stase veineuse ou la dégénération amyloïde des vaisseaux

La diarrhée peut avoir certains retentissements sur l'organisme de l'intestin. indépendamment des symptômes généraux qui relèvent de l'affection primitive dont la diarrhée n'est elle-même que l'expression; ces phénomènes de répercussion sont cependant moins nombreux que ceux qui accompagnent la constipation; parmi eux, il faut citer un certain degré de petitesse du pouls mélé souvent à des intermittences, l'affaiblissement de la voix (voix faible ou éteinte qui dépend d'un réflexe laryngé). Nombreux auteurs ont remarqué que certaines crises diarrhéiques dans la neurasthénie étaient brusquement suivies de douleurs des

genoux, faiblesse des jambes ou petitesse du pouls. Enfin une anémie accentuée peut être la conséquence rapide de la diarrhée, et non seulement des diarrhées chroniques, mais de certaines déperditions intestinales aiguës lorsque le flux diarrhéique a une composition chimique spéciale, par exemple lorsque les selles contiennent de l'albumine (dysenterie) ou du sang, ainsi que Marfan et Widal l'ont noté dans certains cas de diarrhée d'origine infectieuse (diarrhée avec bacillus coli).

On croyait, il y a quelques années, que la diarrhée influait directement sur la constitution des urines. En dehors d'une concentration plus grande qui s'explique par la déperdition séreuse de l'intestin et se traduit par une augmentation relative de l'urée et des sels, il n'y a pas de modifications importantes à signaler et Bartoszewicz vient de démontrer que si le rapport de la somme des acides libre et conjugué avec l'acide sulfurique conjugué diminue généralement dans la diarrhée, le dosage de ces éléments n'a aucune valeur diagnostique réelle.

Entérorragie (hémorragie intestinale). - Les selles peuvent aussi contenir du sang, mais pour qu'il y ait entérorragie véritable, il faut avoir eu le soin préalable de bien établir que ce sang ne provient pas de l'estomac (hématémèse dont le sang digéré a cheminé à travers l'intestin et a été rendu sous forme de mélæna), ni de l'extrémité du gros intestin, comme cela s'observe dans la dysenterie ou à la suite d'un flux hémorroïdal.

L'entérorragie reconnaît des causes variées; elle dépend en général soit d'un travail ulcératif qui a déterminé la déchirure d'un petit vaisseau de la muqueuse intestinale (ulcère du duodénum, ulcérations typhiques ou tuberculeuses), soit d'une irritation directe de l'intestin par certains parasites, par exemple (quelques auteurs sont disposés à attribuer la chlorose des pays chauds à l'existence des hémorragies intestinales produites par la présence de l'ankylostome duodénal), soit d'une simple congestion, que celle ci soit active ou d'origine dyscrasique comme cela s'observe au début des fièvres graves (dothiénentérie, variole, scarlatine) ou qu'elle soit d'origine passive comme cela se voit à la suite des congestions qui dépendent d'un trouble apporté à la circulation veineuse de retour (maladies de foie, de la rate, affections cardiaques), soit enfin qu'il s'agisse d'un trouble vaso-dilatateur direct ou réflexe comme on en observe dans l'ataxie locomotrice ou le goitre exophthalmique que nous avons vu plusieurs fois débuter par des hémorragies intestinales violentes.

Certaines infections ou intoxications profondes peuvent aussi produire des hémorragies intestinales par suite d'une plus grande diffusibilité du sang (hémophilie, purpura, scorbut, mal de Bright).

Les signes d'une entérorragie un peu abondante ressemblent beaucoup à ceux de la gastrorragie, le mélæna mis à part : car si l'hémorragie est suffisamment abondante, le malade éprouve du malaise général, des éblouissements, parfois mème des syncopes, puis le ventre se ballonne et se tend, enfin les évacuations sanglantes se produisent après un temps variable avec une sensation de ténesme et de brûlure dans le rectum et dans l'anus.

Le sang ainsi expulsé peut être pur ou mélangé à des matières fécales d'aspect et de consistance variables et dans des proportions oscillant du volume d'un verre à bordeaux à un demi-litre et plus. Sa coloration varie suivant le point de l'intestin où s'est faite l'hémorragie, d'autant plus rouge que le vaisseau qui donne est plus rapproché du rectum et que le sang épanché aura séjourné moins longtemps dans l'intestin; noirâtre, au contraire, avec l'aspect de la suie ou du goudron si l'épanchement sanguin s'est fait dans une partie élevée de l'intestin grèle et a subi l'action un peu prolongée des sucs digestifs.

Mais parfois l'entérorragie ne se manifeste par aucun signe extérieur : elle reste à l'état latent; il est rare qu'elle n'entraîne pas alors les signes ordinaires des hémorragies internes : c'est ce qu'on observe assez souvent dans le cours de la dothiénenterie où l'on voit parfois la peau du malade se décolorer et se refroidir, le ventre se ballonne davantage, le pouls s'affaiblit et les syncopes se répètent sans qu'il y ait aucune expulsion sanglante. Dans ces cas qu'il importe de reconnaître de bonne heure, on tiendra grand compte de l'état de la température centrale: un abaissement inaccoutumé du thermomètre, et à plus forte raison une température sub-normale pouvant précéder l'hémorragie de plusieurs heures.

Le diagnostic de l'entérorragie portera surtout sur la détermination de son siège même et de ses causes productrices, le pronostic à porter dépendant nécessairement de ce diagnostic pathogénique. On s'assurera d'abord que le mélæna n'est pas le fait d'une hémorragie gastrique ayant pénétré l'intestin. S'il y a en même temps hématémèse, l'embarras est moindre, mais il peut se présenter certains cas où l'hémorragie gastrique ne se manifeste par aucun vomissement de sang, et alors il devient nécessaire de faire une analyse très minutieuse des anamnestiques avec exploration détaillée du tube digestif avant de porter un jugement formes.

On n'oubliera pas que chez les enfants l'hémorragie intestinale peut avoir pour point de départ une certaine quantité de sang déglutie au moment de la tétée d'un sein ulcéré ou gercé.

Lorsque le sang est rouge et liquide, il y a lieu de soupçonner

une lésion du gros intestin, tumeur ulcérée, polype, hémorroïdes; le toucher rectal deviendra nécessaire pour spécifier la nature de la lésion existante.

Traitement. — Il n'y a pas lieu de s'étendre ici sur les indications thérapeutiques qui ressortent de chacun des symptômes qui viennent d'être étudiés sommairement. La thérapeutique à instituer dépendra surtout de la maladie dont relève l'entéralgie, la diarrhée, la constipation ou l'hémorragie intestinale.

Nous indiquerons seulement les principaux agents employés pour calmer la douleur : applications chaudes ou émollientes sur l'abdomen, antispasmodiques ou opiacés, lavements laudanisés ou de lait chloraté, lavements d'eau très chaude, enfin injections souscutanées de chlorhydrate de morphine. Chacun de ces moyens a ses indications particulières : les lavements laudanisés, par exemple, conviennent plus spécialement 'aux coliques avec irritation catarrhale de l'intestin, les lavements d'eau chaude aux douleurs entéralgiques de l'ataxie locomotrice.

Nous répéterons les mêmes conseils pour la diarrhée ou la constipation qui doivent être traitées différemment suivant la cause dont elles dépendent, tandis que la diarrhée saisonnière cédera à un julep bismuthé et laudanisé ou à l'administration de l'acide lactique (Hayem). La diarrhée de l'ataxie locomotrice cédera à la médication révulsive (pointes de feu le long de la colonne vertébrale), le catarrhe rhumatismal chronique à une cure aux eaux de Plombières ou de Luxeuil.

De même pour la constipation, ce symptôme si redouté des malades et contre lequel on a déployé l'arsenal pharmaceutique le plus formidable et qui voit chaque jour naître de nouveaux spécifiques, aux uns conviendront les purgatifs mécaniques, aux autres les laxatifs salins, à ceux-ci les grands lavements d'eau froide ou d'huile (Kussmaul). A ceux-là les antispasmodiques; à d'autres la révulsion ou l'électricité.

Quant aux hémorragies de l'intestin, la première prescription à remplir est une immobilité absolue, dans le décubitus horizontal; on appliquera de la glace sur l'abdomen, et on en fera absorber par petits fragments par l'estomac. Comme médicaments astringents, on conseillera les acides minéraux (eau de Rabel, limonade sulfurique, élixir acide de Haller), le perchlorure de fer et l'ergotine qu'on administrera en injections sous-cutanées pour avoir une action plus rapide et plus efficace.

DURAND FARDEL. Art. Coliques, du Dict. 1851. — BADOUR. Étude sur la colique, th. Paris, 1859. — LEFEVRE. Recherches sur les causes de la colique sèche, 1859. — DAVAINE, Traité des entozoaires, 1860. — TRAUBE. Deutsche Klin. et Schm. Jahrb. 1883. — BAMBERGER. Krankheiten des