

dire que dans la gastralgie périodique (Cas. Medicus, Schramm), l'indication causale, toute spéciale, doit être remplie par le sulfate de quinine ou le quinquina. Chez les femmes, il convient, avant d'instituer le traitement, de pratiquer un examen complet de l'appareil utérin.

L'INDICATION MORBIDE qui est ici confondue avec l'INDICATION SYMPTOMATIQUE, est remplie par les *opiacés*, notamment par le chlorhydrate ou l'acétate de morphine, administrés soit en poudre avec de la magnésie ou du bismuth, soit en injections sous-cutanées; ce dernier procédé est celui qui m'a donné les meilleurs résultats. Chez certains malades, la douleur est calmée plus rapidement et plus longtemps par les préparations de *belladone* et de *jusquiame*; mais cette idiosyncrasie est assez rare, et en somme les préparations opiacées constituent, dans la majorité des cas, le traitement le plus efficace. — Lorsque la gastralgie coïncide avec des phénomènes nerveux hystérisques, il convient, tout en donnant les narcotiques pour combattre l'élément douleur, d'administrer, dans l'intervalle des accès, les préparations dites ANTISPASMODIQUES; la valériane, le castoréum, le cyanure de zinc ou de potassium, l'acide cyanhydrique médicinal ont une efficacité consacrée par l'expérience; plusieurs fois déjà j'ai employé avec succès le bromure potassique à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Dans quelques cas, on obtient avec le nitrate d'argent ou l'arsenic le résultat qu'on a vainement demandé aux autres agents pharmaceutiques. C'est dans ces formes névrosiques et dans les anémiques que l'*hydrothérapie* rend d'importants services.

Lorsqu'il y a du vertige stomacal, la médication la plus efficace, pour les malades qui ne peuvent se déplacer, est celle qu'a préconisée Trouseau: emploi simultané et prolongé des amers (*quassia amara*) et des alcalins; si le déplacement est possible, les eaux de Vichy (Hauterive) Vals, Pougues, Royat, seules ou combinées avec les amers méritent la préférence.

L'indication est double dans l'entéralgie saturnine; il faut combattre la constipation et la douleur. Le meilleur traitement consiste dans l'emploi successif des drastiques ou des vomipurgatifs, et des opiacés à hautes doses; le chloroforme *intus et extra* a été préconisé comme remplissant à lui seul la double indication: je ne lui ai reconnu jusqu'ici que des effets sédatifs. — Une fois la douleur et la constipation vaincues, il est bon de soumettre le malade aux bains sulfureux, aux toniques et à l'iode de potassium à l'intérieur, dans le but de combattre l'intoxication.

Dans les cas rebelles, il ne faut pas hésiter à recourir aux révulsifs (huile de croton, vésicatoires sur l'épigastre); ils sont surtout utiles lorsque les accès sont accompagnés de vomissements. — En toute condition on doit veiller à la régularité des fonctions intestinales, et observer, pour l'hygiène générale et le régime, les mêmes règles que dans le catarrhe chronique.

## QUATRIÈME LIVRE

### MALADIES DE L'INTESTIN.

#### CHAPITRE PREMIER.

##### CATARRHE INTESTINAL. — ENTÉRITE.

L'inflammation de l'intestin (1) revêt, dans l'immense majorité des cas, les caractères des phlegmasies catarrhales; cette inflammation est **aiguë** ou **chronique**. Le CATARRHE AIGU présente trois formes, savoir: la

(1) MOMMEYER, *De enteritide*. Löwen, 1786. — W. HENNINGS, *Kennzeichen und Heilart der Entzündungen des Magens und der Gedärme*. Kopenhagen, 1795. — PERROTEAU, *De l'entérite chronique*. Paris, 1801. — RIEDEL, *De enteritide*. Viteb., 1811. — PEMBERTON, *A Pract. Treatise on various Diseases of the stomach, the abdom. viscera*. London, 1814. — BROUSSAIS, *Hist. des phlegmasies chroniques*. Paris, 1822. — HOWSHIP, *Prakt. Bemerkungen über die Zufälle, die Erkenntniss und Behandlung einiger der wichtigsten Krankheiten der unteren Gedärme und des Afters* (aus dem Englischen von Wolf). Frankfurt a. M., 1824. — FRIEDREICH, *Ueber die Lienterie*. Würzburg, 1824. — HUTIN, *Nouv. Biblioth. méd.*, 1825. — BOMPARD, *Traité des maladies des voies digestives et de leurs annexes*. Paris, 1829. — ANDRAL, *Clinique méd.* — ABERCROMBIE, *Path. and Pract. Researches on the diseases of the stomach, the intestinal canal*. Edinburgh, 1828. — LESSER, *Die Entzündung und Verschwärung der Schleimhaut des Darmkanals*. Berlin, 1830. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1834. — ANNESLEY, *Researches into the causes, nature and treatment of the more prevalent diseases of India*. London, 1841. — PIORRY, *Die Krankheiten des Darmkanals* (aus dem Französischen von Krapp). Leipzig, 1846. — WUNDERLICH, *Pathologie und Therapie*. Stuttgart, 1856. — HENOCH, *Beiträge zur Kinderheilkunde*. Berlin, 1861. — WANNEBROUQ, *Note sur l'entérite pseudo-membraneuse* (*Bullet. méd. du nord de la France*, 1863). — BACHELET, *Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale* (*Union méd.*, 1864). — BAMBERGER, *Krankheiten des chylopoëtischen Systems*. Erlangen, 1864. — LARCHER, *Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle*. Paris, 1864. — KEMPSTER, *Enterocolitis or chronic diarrhæa* (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1866). — SHOYER, *Diarrhæa of nine years duration cured by strychnin* (*Eod. loco*, 1866). — OPPOLZER, *Die Kolik* (*Wiener med. Woch.*, 1867). — CANTANI, *Sulle pneumatosi spontanee, etc.* (*Il Morgagni*, 1867). — FLEMING, *Two cases of British cholera* (*Brit. Med. Journ.*, 1868). — FITZGIBBON, *A case of choleric diarrhæa* (*Med. Press and Circular*, 1868).

VILLANOVA, *Lezioni sulle malattie coleriformi*. Napoli, 1867. — WERBER, *A case of*

forme légère ou commune; — la forme cholérique; — la forme typhoïde. Ces deux dernières peuvent être opposées comme FORMES GRAVES à la FORME BÉNIGNE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Au point de vue des causes et de l'anatomie pathologique, l'inflammation catarrhale de l'intestin présente d'étroites analogies avec celles de l'estomac. Ici comme là, la transsudation et l'hypersecretion caractéristiques du catarrhe sont les suites d'une HYPERÉMIE d'intensité, d'étendue et de durée variables; ici comme là, les conditions pathogéniques peuvent être méthodiquement groupées comme celles de la congestion en général (voy. t. I).

I. — Le catarrhe par **fluxion irritative** est de beaucoup le plus fréquent. L'alimentation trop abondante ou de mauvaise qualité, le passage dans l'intestin de matières mal élaborées par l'estomac, sont les causes les plus communes et les plus nettes de l'irritation vasculaire locale. Le catarrhe des enfants à la mamelle, celui qui se développe au moment du sevrage, celui que provoque à tout âge l'abus des aliments gras, des épices, des fruits mal mûrs, l'eau de mauvaise qualité, sont les variétés les plus importantes de ce groupe étiologique. — En ce qui concerne le catarrhe de l'allaitement, ce serait une erreur de croire qu'il suffit pour l'éviter, de faire choix d'une nourrice saine ayant du lait de bonne qualité; il faut encore qu'il y ait un rapport convenable entre la richesse alimentaire du lait et la capacité digestive du nourrisson: tel lait trop riche en graisse, qui provoque l'entérite chez un enfant peu vigoureux, peut être parfaitement toléré par un sujet plus robuste.

*follicular enteritis* (Boston med. and surg. Journ., 1869). — GUÉNEAU DE MUSSY, *Leçons sur la diarrhée chronique* (Union méd., 1869). — TARTIVEL, *Du traitement des diarrhées chroniques par l'hydrothérapie* (Eodem loco, 1869). — FLEURY, *Clin. hydrothérapique de Plessis-Lalande* (Mouvement méd., 1869). — SIMON (J.), *Note pour servir à l'histoire de quelques diarrhées spécifiques (maremmatiques, syphilitiques et autres)* (Arch. de méd., 1870). — JABLONSKI, *Recherches sur la tympanite et son traitement*. Paris, 1870. — LONDON HOSPITAL, *A burn; death from profuse diarrhœa of three hours duration* (Brit. med. Journ., 1870). — DA COSTA, *Membranous enteritis* (Americ. Journ. of med. Sc., 1871). — WHITEHEAD, *Mucous disease* (Brit. med. Journ., 1871).

GUÉNEAU DE MUSSY, *Leçons clin. sur la diarrhée chronique* (Gaz. hôp., 1872). — EMMINGHAUS, *Zwei Fälle von mehrfacher Perforation des Verdauungskanales und Schwefelwasserstoffgehalt im Urin* (Berlin. klin. Wochen., 1872). — BOTTENTUIT, *Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières*. Paris, 1873. — VÖTSCH, *Koprostase*. Erlangen, 1874. — WANNEBROUCQ, *Sur l'entérite interstitielle ou pseudo-membraneuse* (Gaz. hebdom., 1874). — JACOBI, *Septic enteritis* (New-York med. Record, 1874).

Le catarrhe par irritation locale est souvent la conséquence de la rétention prolongée des matières fécales; les produits de leur décomposition irritent directement la muqueuse, et il n'est pas rare que l'entérite ainsi produite devienne une cause de péritonite limitée, laquelle engendre à son tour, par torsion ou compression, les accidents de la sténose et de l'occlusion intestinale; cette complication est grandement favorisée par la distension gazeuse du bout supérieur de l'intestin, laquelle est un symptôme constant du catarrhe par rétention fécale.

La coïncidence assez fréquente de l'ictère et de l'entérite catarrhale a fait attribuer une influence pathogénique exagérée à l'irritation produite par la bile, modifiée en quantité ou en qualité; cette déduction n'est pas juste: l'ictère qu'on observe dans le cours de l'entérite est un phénomène secondaire, et le catarrhe par altération de la bile est encore à démontrer. Il n'en est pas de même de celui qui reconnaît pour causes les helminthes et les corps étrangers, mais il est assez rare.

A la fluxion irritative appartient enfin le catarrhe provoqué par certains médicaments, notamment par les purgatifs. Les sels neutres, toutefois, produisent la diarrhée par un autre mécanisme; ils augmentent la densité des liquides intestinaux, et déterminent une transsudation séreuse par simple exosmose vasculaire.

II. — La fluxion catarrhale par **trouble de l'innervation vaso-motrice** (voy. t. I) reconnaît pour causes l'IMPRESSION DU FROID sur le ventre, sur les pieds; — les BRULURES et les INFLAMMATIONS DU TÉGUMENT EXTERNE; — les ÉMOTIONS MORALES, surtout pendant le travail de la digestion. Dans ces circonstances, les phénomènes intestinaux peuvent présenter la soudaineté et la courte durée des actions nerveuses, de sorte que, dans bien des cas, ils constituent un trouble tout à fait passager, plutôt qu'une maladie proprement dite. La prédisposition individuelle, la persistance de l'impression pathogénique, sont les deux éléments qui dominent cette question de durée; on peut opposer à cet égard le flux intestinal momentané que produit une impression morale vive, au catarrhe de plusieurs semaines qui accompagne l'évolution d'une vaste brûlure ou d'un érysipèle.

Parfois cependant la diacrise réflexe, suite de brûlure, est elle-même de courte durée, et elle peut alors tuer en quelques heures. Ainsi les médecins de London Hospital ont publié l'histoire d'un garçon de douze ans qui, après une brûlure superficielle de la plus grande partie de la cuisse gauche, fut pris d'une diarrhée profuse qui amena en trois heures un collapsus mortel.

III. — Le catarrhe par **fluxion compensatrice** est observé chez les HÉMORRHOÏDAIRES dont le flux anal est diminué ou supprimé; chez les GOUTTEUX, en l'absence de la goutte articulaire; et chez la femme il est souvent lié aux ANOMALIES DE LA MENSTRUATION. Les femmes dont les règles sont difficiles et douloureuses (*dysménorrhée*) sont souvent affectées, pen-

dant les quatre ou cinq jours précédant l'écoulement menstruel, d'un catarrhe intestinal qui disparaît après l'établissement du flux sanguin, et revient tous les mois, tant que la fonction utérine n'est pas régularisée. Ce catarrhe est presque toujours limité à la dernière portion du gros intestin.

IV. — Le catarrhe par **stase** est très-fréquent; les MALADIES DU FOIE, l'ÉTAT VARIQUEUX du système veineux abdominal, les lésions du CŒUR et des POUMONS en sont les causes les plus ordinaires.

V. — Dans les saisons de transition, au printemps et à l'automne, le catarrhe intestinal est provoqué par l'**influence atmosphérique** suivant un mode pathogénique qui n'est pas élucidé; atteignant alors un plus ou moins grand nombre des individus soumis aux mêmes conditions climatiques, il a les caractères d'une maladie épidémique, et coïncide souvent avec d'autres manifestations catarrhales (estomac, bronches, etc.).

Ce catarrhe, tout spontané, est extrêmement fréquent dans les pays chauds; on peut rattacher à cette variété d'origine cosmique le *catarrhe intermittent*, à périodicité plus ou moins régulière, que l'on observe parfois chez les individus qui ont habité des contrées palustres.

Mon collègue et ami Simon a récemment appelé l'attention sur les faits de ce genre, et il a donné une observation des plus remarquables concernant une diarrhée chronique de vingt ans de date, qu'il a radicalement guérie par le sulfate de quinine (1).

VI. — Primitif, indépendant et essentiel dans les groupes étiologiques que nous venons de passer en revue, le catarrhe intestinal est une **maladie symptomatique** des plus communes. Il reconnaît alors pour cause soit une MALADIE DYSCRASIQUE telle que la *tuberculose*, la *pyohémie*, les *typhus*, les *fièvres éruptives* (surtout la rougeole), le *mal de Bright*; soit une LÉSION LOCALE DE L'INTESTIN. Il n'est pas une des altérations de cet organe qui ne provoque à sa périphérie la fluxion et l'hypersecretion caractéristiques de l'état catarrhal; mais ce processus secondaire est alors circonscrit, et il n'a à vrai dire qu'une médiocre importance.

Cet exposé fait comprendre la grande fréquence du catarrhe intestinal, sa coïncidence fort commune avec celui de l'estomac, et sa prédominance relative chez les nouveau-nés soumis à un allaitement artificiel, et chez les enfants en sevrage. Puissamment favorisée par les mauvaises conditions hygiéniques, par l'encombrement, la maladie sévit souvent avec sa forme la plus grave dans les maisons d'asile, les hospices d'enfants trouvés, les pensionnats, dans les prisons et dans les camps. — Des catarrhes intestinaux graves ont maintes fois précédé les épidémies de typhus, de dysentérie et de choléra.

(1) SIMON (J.), *Union méd.*, 1869. — FERRAND, *Bullet. therap.*, 1869.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1).

Il est fort rare que le catarrhe essentiel soit généralisé; il siège le plus ordinairement dans le gros intestin ou dans l'iléum. On a dit que le duodénum est très-rarement affecté; cela est vrai, si l'on entend parler d'un catarrhe exclusivement duodénal, mais d'une manière absolue la proposition ne me paraît pas acceptable. Le duodénum est très-souvent intéressé en même temps que l'estomac, et, à ce point de vue, la gastro-duodénite de Broussais ne mérite pas l'oubli complet dans lequel on l'a perdue. Elle répond à ce que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de catarrhe gastrique bilieux (fièvre gastrique bilieuse), et j'ai donné précédemment deux courbes thermiques (*voy. fig. 37 et 38*) qui démontrent la réalité de cette forme morbide, et l'intensité de ses symptômes dans les cas graves.

Dans la **forme aiguë**, le catarrhe intestinal, quel qu'en soit le siège, est anatomiquement caractérisé par l'**HYPERÉMIE** et la **TURGESCEANCE GLANDULAIRE**. La muqueuse tuméfiée, friable, est plus ou moins rouge; tantôt la rougeur est générale et diffuse dans toute la partie malade, tantôt elle est bornée au pourtour des follicules et aux villosités. Les glandes solitaires et celles de Peyer font saillie au-dessus de la surface muqueuse; celle-ci est recouverte au début d'une sérosité abondante contenant une grande quantité d'épithélium et de cellules jeunes; plus tard on trouve, au lieu de ce liquide transsudé, une couche de sécrétum muqueux, opaque, visqueux, adhérent à la paroi de l'intestin; ce produit présente parfois un aspect puriforme, et en tout cas il renferme aussi des éléments épithéliaux. — Dans les cas légers et de peu de durée, le tissu sous-muqueux n'est pas modifié; mais dans les conditions opposées il est infiltré d'une sérosité trouble.

Toutes ces lésions sont fort peu apparentes, leur appréciation exige une

(1) MONRO, *The morbid anatomy of the human gullet, stomach and intestines*. Edinburgh, 1811. — BILLARD, *De la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état inflammatoire*. Paris, 1826. — LOUIS, *Recherches anat.-path.*, etc. Paris, 1826-1829. — ARMSTRONG, *The morbid Anatomy of the bowels*. London, 1828. — ABERCROMBIE, CRUVEILLIER, BRIGHT, ROKITANSKY, FÖRSTER, *loc. cit.* — PERROUD, *Ulcère simple de l'intestin grêle* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1866).

HABERSHON, *Wasting of the mucous membrane; atrophy of intestinal villi; chronic diarrhœa* (*The Lancet*, 1869). — SIREDEY, *Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin* (*Union méd.*, 1869). — DE COURVAL, *Même sujet* (*Eodem loco*, 1869). — LE BRET, *Même sujet* (*Ann. de dermatologie*, 1869).

ZWEIFEL, *Untersuchungen über den Verdauungsapparat der Neugeborenen*. Berlin, 1874.

grande attention, et la rougeur, qui est la plus frappante de toutes, peut disparaître totalement après la mort. Le fait n'est pas rare dans le catarrhe grave des enfants, à ce point que Bednar a nié la constance des altérations anatomiques. — Lorsque la mort a été le résultat direct de la maladie intestinale, il n'est pas rare de trouver les glandes intestinales injectées et augmentées de volume, parfois même des exsudats fibrineux membraniformes (*entérite croupale*) recouvrent par places la surface de la muqueuse.

Dans la **forme chronique**, la rougeur, moins vive, est celle de la congestion veineuse (Förster), la muqueuse est brune, ardoisée, et la saillie des follicules est encore plus prononcée. La membrane est épaissie, les villosités sont tuméfiées et proéminentes; il se forme quelquefois des excroissances polypeuses analogues à celles qu'on voit dans l'estomac. La tunique musculaire est relâchée, les fibres contractiles sont comme écartées les unes des autres, ou bien au contraire elle est hypertrophiée, et quand cette hypertrophie est circulaire ou limitée aux bandelettes longitudinales du gros intestin, elle peut donner lieu à un rétrécissement du calibre de l'organe. Dans quelques cas, toutes les tuniques sont épaissies, et la paroi intestinale est rigide et même résistante à la coupe. Les sécrétions sont augmentées; elles consistent en un liquide blanc, grisâtre ou jaunâtre, trouble, puriforme, ou bien ce sont des mucosités gélatineuses, transparentes et visqueuses (*blennorrhée intestinale*).

CHEZ LES ENFANTS, la forme chronique de l'entérite catarrhale présente très-souvent des caractères tout différents; l'intestin est rempli d'un transsudat liquide abondant, il y a une formation cellulaire très-active; la muqueuse d'abord, puis les autres tuniques sont anémiées et atrophiées, sans qu'il y ait d'ailleurs aucune autre altération de structure (Förster).

La forme aiguë et la forme chronique commune peuvent aboutir à l'**ulcération**; le processus ulcératif est ici de deux sortes. Dans l'une il débute par la surface même de la muqueuse; soit qu'il y ait un petit point de suppuration, soit que la chute de l'épithélium laisse une érosion superficielle, une perte de substance est produite qui, gagnant en profondeur et en largeur, prend l'aspect d'une ulcération allongée ou irrégulière; elle a pour base le tissu sous-muqueux; ses bords sont formés par la muqueuse gonflée et injectée; ces ulcérations sont souvent multiples, et elles peuvent se fusionner de manière à former de vastes pertes de substances anfractueuses, qui présentent des brides ou des ponts de muqueuse intacte; les vaisseaux atteints sont ouverts et donnent lieu à des hémorrhagies notables. Ces ulcérations finissent par perforer l'intestin, et si une péritonite adhésive préalable ne prévient pas l'épanchement des matières, elles déterminent une péritonite suraiguë généralisée; ou bien elles guérissent par cicatrisation, laissant après elles des rétrécissements, des déformations qui peuvent amener tôt ou tard les accidents de l'oc-

clusion intestinale. Cette première forme d'ulcération a été décrite sous le nom d'**ULCÈRE MUQUEUX SIMPLE** (Förster), ulcère muqueux diffus; elle est principalement observée dans l'entérite par corps étranger ou par rétention fécale, et, dans ce dernier cas, elle siège le plus ordinairement dans le cæcum ou le colon ascendant.

Dans la seconde forme, l'ulcération débute par les follicules isolés (*entérite folliculeuse*); elle est régulièrement arrondie, atteint le volume d'un pois ou d'un haricot, les bords sont injectés, mais lisses, le fond est inégal et comme villeux. Ces ulcérations, connues depuis les travaux de Rokitsky et de Förster sous le nom d'**ULCÈRES FOLLICULAIRES**, peuvent rester isolées, mais souvent aussi elles se fusionnent et produisent des désordres très-étendus. Cette lésion, qui peut, comme la précédente, se terminer par perforation ou par cicatrisation, siège dans le gros intestin, particulièrement dans sa partie inférieure, ou bien dans les dernières portions de l'iléum. Dans ce dernier cas, le processus ulcératif intéresse assez souvent toute la région iléo-cæcale; la valvule peut être détruite, ou bien, si la cicatrisation a lieu, elle produit, soit par simple déformation, soit par rétrécissement vrai, un obstacle au cours des matières. Cette forme d'*ulcèreuse* n'est pas rare dans la tuberculose pulmonaire, alors même qu'il n'y a pas de tubercules dans l'intestin ni dans le péritoine.

#### SYMPTOMES ET MARCHÉ.

La **forme légère** peut être uniquement caractérisée par des phénomènes locaux, et dans ce cas elle débute soudainement sans prodromes. Après un repas trop abondant, mal composé, ou dont la digestion a été troublée par l'une des influences que nous avons indiquées, l'individu est pris de douleurs abdominales d'intensité médiocre, dont le siège n'est point en rapport, quoi qu'on en ait dit, avec la localisation du catarrhe, car elles sont presque toujours semblables; elles partent de la région ombilicale, où elles présentent leur plus grande acuité, et s'irradient en divers sens dans la cavité abdominale: cet accroissement de la sensibilité de l'intestin rend appréciables les contractions de l'organe, et le malade a parfaitement conscience, pendant la douleur, du sens et de l'étendue des mouvements péri ou antipéristaltiques. Ces douleurs sont appelées **COLIQUES**; elles reviennent par accès, de quelques minutes de durée, et sont accompagnées de flatuosités et de borborygmes. Après un ou plusieurs de ces accès, des **ÉVACUATIONS** surviennent: les premières vident les intestins des matières qui y étaient accumulées, elles sont fécales; mais déjà la consistance est amoindrie, parce que les liquides résultant de la transsudation et de l'hypersécrétion ont délayé et dissocié les fèces (*diarrhée stercorale*). En général, ces évacuations sont suivies de l'apaisement

momentané des coliques, puis, après un intervalle variable, la douleur et la selle consécutive reparaissent. Dans les cas très-légers, tout peut être borné là; les selles restent fécales, et une fois l'intestin vidé, tout rentre dans l'ordre; à peine ce petit orage laisse-t-il à sa suite un peu de fatigue. — Lorsqu'il n'en est pas ainsi, les coliques, les évacuations persistent; les selles perdent le caractère fécal, elles deviennent demi-liquides ou liquides (*diarrhée séro-muqueuse*); elles sont composées d'un transsudat séreux teint en jaune ou en vert par la bile, et épaissi par les produits muqueux de la sécrétion glandulaire; elles contiennent, avec des débris alimentaires non digérés, une grande quantité d'épithélium et de cellules jeunes, parfois des vibrions et des champignons; la couleur des matières est d'autant moins foncée qu'elles sont plus abondantes, parce que la bile est alors plus diluée. Ce liquide renferme à peine quelques traces d'albumine, mais il est riche en chlorure de sodium et en phosphate ammoniaco-magnésien, que l'on a regardé à tort comme spécial aux évacuations de la fièvre typhoïde; la réaction est ordinairement alcaline; quand elle est acide et que les selles sont nombreuses, elles déterminent rapidement une cuisson brûlante dans la région anale. Le nombre des évacuations varie de trois à dix dans les vingt-quatre heures; mais dans les cas légers, à symptômes purement locaux, il dépasse rarement quatre à six, et la durée totale de l'indisposition comprend à peine une journée.

Elle peut s'étendre de quatre à sept jours dans les CAS PLUS INTENSES qui, tout en gardant la bénignité caractéristique de la forme légère, constituent cependant un état réel de maladie. Souvent alors les accidents intestinaux sont précédés pendant deux ou trois jours d'inappétence, de malaise général; les digestions deviennent pénibles: au moment où débute la digestion intestinale, deux ou trois heures après le repas en moyenne, il y a quelques coliques sourdes, ou bien des tranchées passagères, le ventre se gonfle, les borborygmes sont incessants tant que la digestion n'est pas achevée; puis un jour les phénomènes s'accroissent, les coliques sont plus violentes, et les évacuations surviennent avec les caractères précédemment indiqués; mais leur fréquence est plus grande, elles sont ramenées par l'ingestion des aliments et même des boissons, et après vingt-quatre, quarante-huit heures, plus ou moins, la fatigue résultant de ces spoliations condamne le malade au repos. Même alors l'entérite est ordinairement apyrétique; la fièvre en tout cas est fort modérée, à type rémittent, ou plutôt intermittent vespéral, et elle ne se manifeste que durant les deux ou trois premiers jours. Il en est autrement lorsqu'il y a coïncidence de catarrhe gastrique; la fièvre présente les caractères propres à cette maladie, et l'on observe, avec les symptômes intestinaux, le malaise général, les nausées ou les vomissements caractéristiques.

Quelque nombreuses que soient les évacuations dans la forme bénigne du catarrhe intestinal, elles conservent le caractère *séro-muqueux*; elles

sont liquides, mais ce liquide est coloré par la bile, et il a une certaine épaisseur, une certaine consistance, due à la présence des matières sécrétées par les glandes: ces particularités distinguent ces selles de la diarrhée séreuse qui appartient à l'une des formes graves.

La symptomatologie du catarrhe bénin, qui est de beaucoup le plus fréquent, est quelque peu modifiée par le SIÈGE DE LA MALADIE. Le *catarrhe duodénal* (1) (ou plutôt *gastro-duodénal*) est distingué entre tous par l'ictère qui apparaît du troisième au septième jour, soit que l'inflammation se propage aux voies biliaires et en détermine le rétrécissement par gonflement de la muqueuse, soit simplement que la turgescence et le sécrétum épais du duodénum ferment l'embouchure du canal cholédoque. — Dans le catarrhe borné au *duodénum* et au *jéjunum*, la diarrhée est peu abondante ou même nulle, les douleurs et les troubles digestifs sont les phénomènes dominants. Cette variété coïncide soit avec un catarrhe de l'estomac, soit plus rarement avec un catarrhe du gros intestin. — Le catarrhe étendu à une grande partie de l'*intestin grêle*, ou bien à l'*iléum* et au *colon*, est celui qui a servi de type à la description générale. — Enfin, le catarrhe du *gros intestin* ou *colite* est caractérisé par le peu d'abondance et la fréquence des selles qui sont tout à fait muqueuses, parfois sanguinolentes, et par des contractions douloureuses du sphincter anal, par du ténésme. Cette variété n'est souvent que la période initiale d'une dysentérie.

**Formes graves.** — Le *catarrhe cholériforme* (*choléra nostras, infantile*) affecte à la fois l'estomac et l'intestin; il est souvent désigné sous le nom de CHOLÉRA NOSTRAS, à raison de la similitude qu'il présente avec le choléra asiatique. Il sévit principalement dans la saison chaude et atteint également les adultes et les enfants. Il débute avec une grande brusquerie; les *coliques* sont peu marquées ou nulles, les évacuations sont tantôt précédées, tantôt suivies de vomissements copieux, et les matières rendues perdent rapidement le caractère qu'elles présentent dans le catarrhe commun. Les selles deviennent liquides et incolores (*diarrhée séreuse*); les vomissements, d'abord muqueux et colorés en jaune ou en vert, deviennent identiques avec les matières alvines. On ne peut douter alors qu'une transsudation aqueuse extrêmement abondante ne soit versée à la surface de la muqueuse gastro-intestinale dans toute son étendue: c'est véritablement un FLUX SÉREUX imputable à la *paralyse généralisée des vaisseaux intestinaux*. Ces évacuations se répétant coup sur coup, surtout dans les premières heures, le malade, promptement affaibli, ne peut plus se tenir sur ses jambes, il est contraint de se mettre au lit; parfois

(1) G. BROUSSAIS, *Sur la duodénite chronique*. Paris, 1825. — J. V. BROUSSAIS, *Commentaire des propositions de pathologie*. Paris, 1829. — BRIGHT, *Transact. of the Med. and Chir. Society*, XVIII. — LLOYD, *Eodem loco*. — CURLING, *Eodem loco*, XXV. — A. MAYER, *Die Krankheiten des Zwölffingerdarms*. Düsseldorf, 1844.