

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 hystérisiformes, 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 Trousseau: 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 vomis-purgatifs, 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'iodure 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, 1844. — PIORRY, *Die Krankheiten des Darmkanals* (aus dem Französischen von Krapp). Leipzig, 1840. — WUNDERLICH, *Pathologie und Therapie*. Stuttgart, 1856. — HENOCH, *Beiträge zur Kinderheilkunde*. Berlin, 1861. — WANNEBROUCQ, *Note sur l'entérite pseudo-membraneuse* (*Bullet. méd. du nord de la France*, 1863). — BACHELEY, *Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale* (*Union méd.*, 1864). — BAMBERGER, *Krankheiten des chylopoëtischen Systems*. Erlangen, 1864. — LABCHER, *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). — OPFOLZER, *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. — WEBER, *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'hypersécrétion 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. hóp., 1872). — EMINGHAUS, *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. — VÖTSCHE, *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'IMPRESSON DU FROID sur le ventre, sur les pieds; — les BRÛLURES 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'hypersécrétion 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, CRUVEILHIER, BRIGHT, ROKITANSKY, FÖRSTER, *loc. cit.* — PERROUD, *Ulcère simple de l'intestin grêle* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1866).

HARRISON, *Wasting of the mucous membrane; atrophy of intestinal villi; chronic diarrhoea* (*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 hémorragies 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 vilieux. 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'*ulcérite* 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 *paralysie 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) C. 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*. — GUBLING, *Eodem loco*, XXV. — A. MAYER, *Die Krankheiten des Zwölffingerdarms*. Düsseldorf, 1844.

tout se rétablit alors, et l'attaque n'a pas d'autres suites. Le plus souvent les déperditions persistent, et la SOUSTRACTION DE CETTE ÉNORME QUANTITÉ D'EAU a pour conséquence une *soif inextinguible*, la *diminution de la sécrétion urinaire*, la *condensation du sang*, par suite le *ralentissement de la circulation* et de l'hématose, l'*abaissement de la température*, et l'*aspect cyanique* de la face et des téguments. A ce tableau, déjà fort analogue à celui du choléra, s'ajoutent, dans les cas les plus graves, des contractions douloureuses (*crampes*) des muscles des membres, lesquelles complètent la ressemblance; parfois même le liquide évacué devient tout à fait incolore, il renferme des corpuscules blanchâtres constitués par des amas d'épithélium, de sorte que les selles et les matières vomies ont le même *aspect riziforme* que dans le mal asiatique. Dans ces circonstances, la *voix est affaiblie et cassée*, et le DIAGNOSTIC avec le choléra indien ne peut être fait que par l'absence d'épidémie et par la marche ultérieure de la maladie. Malgré sa gravité apparente, elle n'est mortelle que chez les enfants chétifs et les adultes débilités par une maladie antérieure; en dehors de ces conditions, elle guérit rapidement: au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures au plus, les évacuations diminuent de fréquence, elles sont séparées par des repos de plusieurs heures, la peau reprend graduellement sa chaleur, la restitution de l'eau rend aux tissus et à la face leur turgescence naturelle, en même temps la circulation et l'hématose recouvrent leur activité, et le malade s'endort épuisé, mais guéri; il garde pendant un jour ou deux une grande lassitude, une extrême susceptibilité à l'endroit de la tolérance alimentaire, et en cinq à six jours tout rentre dans l'ordre. Dans quelques cas, un *catarrhe gastrique fébrile* intense succède à l'attaque cholériforme, mais le fait est assez rare. — Quand la MORT a lieu, la transsudation séreuse continue, mais les évacuations peuvent cesser par suite de la paralysie des muscles gastro-intestinaux; l'épaississement croissant du sang restreint de plus en plus l'hématose, le pouls faiblit, et le patient succombe dans le collapsus.

La *forme typhoïde* du catarrhe intestinal est incomparablement plus fréquente chez l'enfant (1) qu'à tout autre âge; on l'observe pendant l'al-

(1) BILLARD, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1833. — VALLEIX, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838. — BARRIER, *Traité pratique des maladies de l'enfance*. Paris, 1842. — TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1849. — BEDNAR, *Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge*. Wien, 1850. — EICHSTEDT, *Ueber den Durchfall der Kinder*. Großswald, 1852. — RILLIET et BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1853. — BOUCHUT, *Manuel pratique des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1854. — WEST, *Path. und Therapie der Kinderkrankheiten* (aus dem Englischen von Wegner). Berlin, 1860. — VOGEL, *Lehrb. der Kinderkrankheiten*. Erlangen, 1860. — GERHARDT, *Lehrb. der Kinderkrankheiten*. Tübingen, 1861. — BAMBERGER, *loc. cit.* — COOVER, *The late epidemic in Harrisburg* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1872). —

laitement, au moment du sevrage, puis lors de la dentition; elle est rare chez les adolescents et les adultes. Ici encore l'estomac est ordinairement affecté en même temps que l'intestin, souvent même ce sont les symptômes gastriques qui apparaissent les premiers. — Les enfants sont tristes, agités; ils refusent de prendre le sein, ou bien ils vomissent le lait liquide, ce qui démontre l'*altération des sécrétions gastriques*, puisqu'à l'état normal la caséine doit être coagulée par l'acide naturel de l'estomac; avec ou sans vomissements, les SELLES deviennent diarrhéiques, elles sont composées d'un liquide acide de couleur jaune ou jaune verdâtre, dans lequel nagent des flocons blanchâtres de caséine coagulée; dans quelques cas les matières sont semblables à du petit-lait. On y trouve au microscope des débris amorphes et des globules graisseux, des éléments de champignons en grande quantité (Bednar); l'analyse chimique démontre l'absence d'albumine et de sucre, la présence du pigment biliaire, des acides gras en abondance, et une très-petite proportion de chlorure de sodium. Abstraction faite des particularités qui tiennent à l'indigestion du lait, la maladie revêt la même physionomie à tous les âges.

La DIARRHÉE est séro-muqueuse comme dans les formes légères, mais elle est fréquente; les coliques sont plus vives, plus continues; le ventre est douloureux à la pression, il est souvent météorisé, et dès le début ou peu après la FIÈVRE s'allume; elle est rémittente, peut atteindre d'emblée le chiffre 39°, mais elle le dépasse rarement. Sous l'influence combinée de la diète, de la fièvre et de la diarrhée, le facies s'altère, il prend l'expression d'abattement qui est le trait le plus frappant de l'*état typhoïde*; la langue, ordinairement blanche, étalée et humide, devient sèche, rouge à la pointe et aux bords, et même fuligineuse, quand la diarrhée est très-abondante. Si cet état se prolonge, l'AMAIGRISSEMENT survient et les selles changent de nature: chez l'adulte, elles perdent graduellement le caractère muqueux pour se rapprocher des évacuations séreuses; chez l'enfant, les selles liquides sont remplacées par des déjections demi-solides, de couleur brunâtre ou argileuse, d'une odeur très-fétide (Bednar); souvent ces deux espèces d'évacuation alternent sans qu'il soit possible de saisir la raison de ces modifications. L'amaigrissement et la perte des forces sont très-rapides chez les enfants à la mamelle; en même temps que les traits se tirent et s'affaissent, la peau se ride, et en quelques jours le nouveau-né a l'aspect d'un petit vieillard; les paupières sont accolées par un mucus épais, la cornée est troublée, parfois les fontanelles sont déprimées.

CHOETPE, *Sur l'emploi de l'ipécacuanha administré en lavement dans la diarrhée cholériforme des jeunes enfants et dans la diarrhée des tuberculeux* (*Bullet. thérap.*, 1874). — MONCORVO DE FIGUEREBO, *De emprego do Chlorato de potassa na diarrhea das crianças*. Rio de Janeiro, 1875.

— Quelle que soit la fréquence des vomissements au début, ils persistent rarement au delà des deux ou trois premiers jours, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

A tout âge, l'entérite typhoïde peut se terminer par la guérison, au bout d'un temps qui varie de huit à quatorze jours; mais cette terminaison, qui est annoncée par la chute de la fièvre, la cessation des douleurs et la diminution de la diarrhée, est beaucoup plus rare chez les enfants à la mamelle que chez les individus plus âgés. Bon nombre de ces petits malades succombent en deux ou trois semaines aux progrès de l'adynamie, avec de l'érythème ou des excoriations à la région anale et sur les membres, avec du muguet ou des aphthes dans la cavité buccale. La mort est souvent précédée de convulsions et de coma, symptômes que l'on peut attribuer à l'anémie cérébrale.

Le PASSAGE A L'ÉTAT CHRONIQUE est une autre terminaison de la maladie, et celle-là est observée à tout âge; la fièvre tombe, les phénomènes intestinaux eux-mêmes présentent une amélioration marquée qui permet une certaine alimentation; les forces reviennent, et le malade peut quitter le lit, mais la convalescence n'aboutit pas à la guérison; la diarrhée reparait avec une fréquence variable, la forme chronique du catarrhe intestinal est établie.

Le DIAGNOSTIC ne présente aucune difficulté chez l'enfant à la mamelle, parce que la fièvre typhoïde est inconnue à cet âge; il est déjà plus délicat chez l'adulte, parce que le typhus, dans la première semaine, peut très-bien marcher sans accidents nerveux, sans catarrhe bronchique, et que l'éruption rosée et la tumeur splénique ne paraissent guère avant le sixième ou le septième jour. Dans cette situation, qui est la vraie, pratiquement parlant, le diagnostic ne peut être fondé que sur la rareté de l'entérite adynamique chez l'adulte (ce qui, à vrai dire, est une présomption et non pas un signe), et sur le caractère de la fièvre; elle est plus précoce dans la pyrexie typhique, elle est plus intense, la rémission du matin est moins marquée; enfin la prostration des forces est un phénomène initial, tandis que dans l'entérite elle est tardive et proportionnelle à l'abondance de la diarrhée. De plus, les douleurs de l'entérite sont plus vives et plus générales que celles de la fièvre typhoïde. — Chez les enfants de deux à sept ans, le catarrhe intestinal fébrile produit assez souvent une adynamie rapide, la sécheresse et les fuliginosités de la langue, des accidents cérébraux, et le diagnostic, j'entends parler d'un diagnostic précoce, avant l'éruption rosée et la bronchite, reste forcément suspendu.

Formes chroniques. — Le catarrhe chronique succède à l'état aigu, ou bien il est primitif; toutes les causes précédemment énumérées peuvent donner lieu à la forme chronique d'emblée, mais quelques-unes d'entre elles ont à cet égard une influence prépondérante: ce sont les vices d'alimentation, la mauvaise hygiène, l'abus des substances et des médicaments

irritants; puis les lésions qui amènent la stase du système porte; et les maladies dyscrasiques telles que la tuberculose, le mal de Bright, la goutte et la diathèse urique.

L'ENTÉROCOLITE chronique est apyrétique au début; elle est caractérisée par des douleurs peu aiguës, qui reviennent à intervalles variables, surtout après le repas, et qui consistent soit en coliques sourdes, soit simplement en un sentiment pénible de pesanteur et de plénitude abdominales; avec ces sensations anormales existent très-ordinairement des grognements intestinaux, des borborygmes qui indiquent la présence simultanée de liquide et de gaz; souvent aussi le malade a conscience des mouvements péristaltiques, il sent le passage des matières d'une région intestinale à l'autre, et il parle volontiers de courants qui se précipitent violemment dans son ventre. Lorsque le rectum est intéressé, il y a de vraies coliques, du ténésme et des épreintes. Dans bien des cas, ce malaise n'apparaît qu'au moment où les matières ingérées arrivent au niveau des parties malades, de trois à cinq heures après l'ingestion. — L'autre symptôme caractéristique est une diarrhée rebelle, qui produit de quatre à six ou huit selles par jour. Les évacuations sont composées de matières fécales molles ou liquides, dont la couleur varie du brun au jaune ou au vert, de mucosités visqueuses souvent fort abondantes, parfois aussi d'un liquide jaunâtre puriforme (Bamberger). Le caractère des déjections varie non-seulement chez les divers malades, mais chez le même individu, d'un jour à l'autre. Aux selles fécaloïdes succèdent souvent des évacuations purement muqueuses, et le mucus concrété en membrane peut être expulsé sous forme de cylindres grisâtres, d'une longueur notable, que l'on serait tenté de prendre au premier abord pour des lambeaux de muqueuse; mais un examen plus attentif, le microscope, au besoin, prévient l'erreur en montrant que ces débris sont complètement amorphes: ces selles ne sont pas rares quand le catarrhe prédomine dans la partie inférieure du colon, elles sont précédées et accompagnées d'efforts douloureux. Dans d'autres circonstances, les déjections sont encore différentes: elles sont composées de matières fécales consistantes et dures, ou même de scybales, et ces parties solides sont revêtues d'une couche épaisse de mucosités transparentes, ou jaunâtres ou puriformes. Ces évacuations sont presque toujours précédées d'une constipation de quelques jours, pendant lesquels on a pu croire à la guérison, et elles sont rapidement suivies de selles liquides plus ou moins abondantes. L'hyperémie et l'hypersecretion, un moment diminuées, ont reparu (peut-être sous l'influence de l'irritation produite par la masse fécale), et avec elle est revenue la diarrhée caractéristique. Au début et pendant un temps assez long, l'appétit et la digestion gastrique peuvent rester intacts; mais plus tôt ou plus tard, on voit apparaître les symptômes d'un catarrhe chronique de l'estomac, et la diarrhée prend alors un caractère particulier: les matières ingérées

arrivent dans l'intestin sans avoir été convenablement élaborées par l'estomac; elles l'irritent et sont presque aussitôt expulsées, de sorte qu'elles sont parfaitement reconnaissables dans les selles : c'est la *diarrhée lientérique* ou *lientérie*. Du moment que l'estomac est intéressé, l'amaigrissement fait de rapides progrès.

Cette forme diarrhéique du catarrhe est la plus fréquente, mais elle n'est pas la seule; dans certains cas, la maladie présente une physionomie spéciale qu'il importe de connaître : c'est la *CONSTIPATION* qui est le fait dominant. Il semble que la transsudation catarrhale manque et que l'hyper-sécrétion glandulaire existe seule; les matières, agglutinées et consistantes, circulent difficilement, les mouvements de l'intestin sont lents et paresseux, et la stagnation est complète jusqu'à ce que ces matières mêmes ou les produits de leur décomposition accroissent l'irritation de la muqueuse et déterminent une sorte de poussée aiguë, qui a pour conséquence la dissociation et l'expulsion de la masse fécale (*débâcle*). Dans cette variété, le *météorisme* est constant, parce que le mucus concret qui stagne sur les points de l'intestin joue le rôle de ferment, et favorise la décomposition des matières, et quand la distension de l'abdomen est très-prononcée, elle est à son tour le point de départ de nouveaux accidents; elle gêne l'action du diaphragme, et la respiration devient pénible, elle entrave la circulation du sang dans le segment inférieur du corps, et provoque une fluxion compensatrice vers l'extrémité céphalique; c'est dans ces conditions que l'expulsion de quelques gaz est pour les malades un véritable soulagement. Quoiqu'il n'y ait pas ici de diarrhée continue, l'amaigrissement n'est pas moins certain que dans la variété précédente, parce que le revêtement muqueux de la paroi intestinale restreint ou annihile l'élaboration et la résorption des matières assimilables; cet effet est d'autant plus marqué, d'autant plus précoce, que la lésion remonte plus haut dans l'intestin grêle.

Le *catarrhe par stase mécanique* des maladies du foie et du cœur, celui des *hémorroïdaires*, des *goutteux* et de la *diathèse urique*, sont ceux qui présentent le plus souvent cette forme symptomatique. Les individus qui en sont affectés tombent facilement dans un état d'*hypochondrie* qui n'est pas un des traits les moins caractéristiques de la maladie.

La *MARCHE* du catarrhe chronique de l'intestin n'est ni continue ni régulière; il y a de nombreuses alternatives en bien et en mal, et la *DURÉE* ne peut être précisée; elle est comprise entre quelques semaines et plusieurs mois.

La *guérison* est la *TERMINAISON* la plus fréquente, lorsque la maladie n'est pas liée à un état incurable lui-même, comme la tuberculose pulmonaire, le mal de Bright ou la cirrhose du foie. Cependant, abstraction faite de ces catarrhes symptomatiques, l'entérite chronique à forme diarrhéique peut par elle-même amener la *mort*. Dans ce cas, la persistance des

évacuations et de l'insuffisance nutritive produit une émaciation rapide, la fièvre s'allume et prend le caractère hectique; souvent aussi la présence du sang dans les selles indique la formation d'*ulcérations intestinales*, la peau devient sèche et rugueuse; les téguments décolorés ont un aspect sale et terreux, et le patient succombe dans le marasme avec ou sans hydropisie cachectique. On a dit que ces diarrhées chroniques à consommation rapide et à fièvre précoce doivent toujours éveiller l'idée de quelque affection tuberculeuse de l'intestin lui-même, des ganglions mésentériques ou des poumons; la remarque est juste, et, dans la majorité des cas, un examen attentif démontre que telle est, en effet, la source de l'entérite grave, surtout dans sa forme ulcéreuse; mais cette relation étiologique n'est pas constante; le catarrhe intestinal chronique peut tuer, encore bien qu'il soit indépendant de la tuberculose.

Le catarrhe chronique présente parfois une autre terminaison, qui est une véritable *mutation morbide*; lorsqu'il occupe la partie inférieure du gros intestin et qu'il aboutit à l'ulcération, les phénomènes graduellement modifiés font place aux symptômes de la *dysentérie*.

CHEZ L'ENFANT au-dessous de deux ans, le catarrhe chronique présente toujours la forme diarrhéique; il est souvent accompagné de vomissements opiniâtres, et il est incomparablement plus grave que chez l'adulte; il tue souvent par consommation.

Le *DIAGNOSTIC* nosologique est sans difficultés; l'apyrexie suffit pour distinguer l'entérite chronique à diarrhée abondante de la fièvre typhoïde à marche lente. — Le cancer de l'intestin a un phénomène commun avec le catarrhe à constipation, ce sont les débâcles subites et abondantes; il sera reconnu d'après les caractères des évacuations, formées par du sang, de la sanie ou du pus, par les signes extérieurs de la diathèse, par la palpation abdominale ou le toucher rectal, qui révélera souvent l'existence d'une tumeur. — Comme le catarrhe chronique est très-souvent symptomatique, le *diagnostic pathogénique* ne doit jamais être négligé; pour ne parler que des faits les plus communs, la tuberculose, le mal de Bright, les maladies hépato-cardiaques, la diathèse urique, sont les éventualités qui doivent surtout fixer l'attention.

TRAITEMENT.

Les *formes aiguës* légères réclament à peine autre chose qu'un traitement diététique : repos, cataplasmes émollients sur le ventre, lavements adoucissants à la guimauve ou à la graine de lin; boissons mucilagineuses, diète plus ou moins complète selon l'intensité des douleurs et le siège du catarrhe. Si les coliques sont fortes, toute alimentation solide doit être laissée de côté; il en est de même dans le catarrhe généralisé à l'intestin

grêle, surtout quand l'ictère démontre la participation du duodénum. Si au contraire le gros intestin est seul en cause, la diète est illogique; on peut fort bien nourrir le malade au moyen des aliments qui sont élaborés par le suc gastrique, pancréatique et biliaire; il faut éviter simplement que la viande contienne des filaments tendineux ou aponevrotiques; il faut proscrire les légumes à cause de la cellulose, toutes substances qui passent sans changement dans le gros intestin et l'irritent directement. Lorsqu'au bout d'un jour ou deux les douleurs ne sont pas calmées et que la diarrhée persiste, il convient d'administrer quelques préparations opiacées: mais il ne faut jamais, dans ces formes légères, donner les narcotiques dès le début, car les selles initiales sont réellement utiles, parce qu'elles débarrassent l'intestin des matières fermentescibles qu'il peut contenir. Une fois ce résultat effectué, les opiacés répondent à la double indication de calmer la douleur, et de restreindre la transsudation et la sécrétion intestinales.

En tout cas, il faut rechercher l'INDICATION CAUSALE, qui peut être parfois avantageusement remplie. Si le catarrhe est la suite d'un *refroidissement*, les diaphorétiques doivent compléter le traitement diététique, et parmi les opiacés il faut donner la préférence à la poudre de Dover. — Si la maladie est la suite d'*écarts de régime* ou d'une mauvaise alimentation, il convient, après quelques jours de traitement anodin dirigé contre les symptômes aigus, de modifier la muqueuse irritée par les ingesta, et les purgatifs salins sont le meilleur moyen de couper court à la diarrhée qui menace de persister. — Quand le catarrhe intestinal est lié à celui de l'estomac, ce dernier fournit l'indication principale: un vomitif suivi d'un purgatif constitue le traitement le plus efficace. — Le catarrhe lié à la *dysménorrhée* ou aux *hémorrhoides* ne peut être modifié directement; il cède de lui-même lorsqu'une médication appropriée a remédié au désordre pathogénique. — Le catarrhe des *goutteux* ne survient que lorsque la goutte articulaire disparaît, je ne l'ai du moins jamais observé dans d'autres circonstances; et tant que cette situation persiste, les traitements dirigés contre le trouble intestinal lui-même échouent invariablement; si au contraire on réussit à rappeler la fluxion des jointures au moyen de sinapismes ou de vésicatoires, la détermination sur l'intestin disparaît incontinent; plusieurs fois déjà j'ai constaté le fait de manière à n'en pouvoir douter.

Dans les FORMES GRAVES sans indication causale bien définie, la médication doit être plus énergique; les accidents aigus initiaux sont souvent combattus par des applications de sangsues, soit sur le ventre, soit à l'anus. Je crois que cette pratique doit être réservée pour l'entérite localisée, que nous étudierons bientôt sous le nom de typhlite. L'atténuation des douleurs, qui est le seul effet certain de l'émission sanguine, peut être obtenue au moyen de l'opium, surtout au moyen des injections sous-cutanées, et comme l'entérocolite grave est souvent accompagnée d'un

état typhoïde, toute spoliation inutile doit être évitée. Lorsque l'opium ne réussit pas à calmer rapidement les douleurs, on y arrive infailliblement avec les applications de glace sur le ventre; ces moyens, combinés avec la diète et les boissons émoullientes, constituent le traitement de la période de début; quand la diminution des douleurs et de la fièvre indique le déclin de cette phase initiale, la diarrhée et l'adynamie sont les principales sources des indications. L'opium sous forme de laudanum ou de diascordium, et le sous-nitrate de bismuth sont les moyens les plus utiles pour combattre la diarrhée: on les donne par la bouche et en lavements; ce dernier procédé doit être préféré lorsque la lésion occupe le gros intestin. Si la diarrhée persiste malgré cette médication, il faut recouvrir l'abdomen d'un large vésicatoire volant; cette pratique est presque toujours suivie de succès. L'indication tirée de l'état des forces est plus ou moins urgente, selon les cas: en thèse générale, il faut alimenter légèrement le malade, aussitôt que les phénomènes intestinaux sont un peu calmés, et lorsque apparaissent des signes de faiblesse, il faut, à quelque époque que ce soit, et sans se préoccuper de l'état de l'intestin, administrer le quinquina et le vin; l'opium ne doit plus dès lors être donné qu'avec une grande réserve; c'est par le bismuth et les vésicatoires qu'il faut combattre la diarrhée.

Le CATARRHE CHOLÉRIQUE doit être combattu par la glace et l'opium; la glace est donnée en nature, les boissons sont glacées, on applique de la glace sur le ventre: ces moyens suffisent souvent. Si le flux persiste, on donne l'opium à petites doses fréquemment répétées; on administre 20 à 30 gouttes de laudanum de Sydenham dans une potion cordiale qui est prise par cuillerée toutes les heures. Si la potion est vomie, ce qui n'est pas rare, on a la ressource des injections hypodermiques de morphine. Comme boisson, l'eau glacée, le vin glacé, doivent être préférés. — En raison du collapsus souvent très-rapide, il faut se préoccuper en même temps de rétablir ou de maintenir la calorification au moyen de linges chauds, de frictions stimulantes, de sinapismes; on peut aussi exciter le système nerveux par des vésicatoires ammoniacaux. Si les médicaments liquides sont tolérés au moment où le collapsus survient, je remplace le laudanum dans la potion cordiale par de l'eau-de-vie à la dose de 30 à 60 grammes, j'y ajoute l'acétate d'ammoniaque à la dose de 40 grammes, et j'ai obtenu ainsi de rapides succès; si la potion est vomie, on a encore la ressource de faire prendre par petites cuillerées de l'eau-de-vie glacée: ce liquide est parfois toléré à l'exclusion de tout autre. — Dès que les accidents graves sont conjurés, on diminue graduellement les doses de l'opium ou de l'alcool, et la convalescence doit être attentivement surveillée au point de vue de l'alimentation; aux doses près, le traitement est le même à tous les âges.

CHEZ L'ENFANT à la mamelle, le traitement du catarrhe aigu commun

présente quelques particularités; il faut, avant tout, s'assurer de la bonne qualité du lait de la nourrice, et, pour peu qu'il y ait quelque doute, la remplacer aussitôt; il faut donner à teter moins souvent, régler rigoureusement les heures de l'allaitement, et donner dans l'intervalle de l'eau gommée, ou bien quelques cuillerées d'une potion contenant de l'eau de chaux et du sirop de coing. Ces moyens suffisent souvent; dans le cas contraire, on administre de petits lavements additionnés d'amidon ou de bismuth, au besoin d'une ou deux gouttes de laudanum de Sydenham; enfin on a la ressource du vésicatoire abdominal, qui n'est pas moins efficace que chez l'adulte. L'enfant sera changé souvent, maintenu dans un état de propreté parfaite, et si la peau est chaude, la fièvre un peu vive, il est bon de lui donner tous les jours un ou deux bains émollients.

Le catarrhe qui survient au moment du sevrage reconnaît souvent pour cause la cessation prématurée de l'allaitement; il suffit alors, pour faire cesser les accidents, de rendre une bonne nourrice à l'enfant. Souvent on n'a pas cette ressource, soit parce qu'il s'est écoulé trop de temps depuis le sevrage et que le petit malade ne veut plus prendre le sein, soit parce qu'on n'a pas de nourrice à sa disposition; en tout cas, la règle est la même, il faut soumettre l'enfant à une alimentation exclusivement lactée; si le lait de vache n'est pas toléré, il faut essayer du lait de chèvre ou d'ânesse, du lait de femme en boisson, mais souvent il suffit d'ajouter au lait du bicarbonate de soude, du saccharate de chaux ou de l'eau de chaux pour en assurer la digestion. Les heures du repas seront réglées, et dans l'intervalle on peut administrer la décoction blanche de Sydenham, ou une potion calcique; enfin on a, comme tantôt, la ressource des lavements légèrement laudanisés et des vésicatoires. La convalescence est longue, souvent coupée par des rechutes, et ce n'est qu'avec de grands ménagements qu'on réussit à substituer au lait l'alimentation ordinaire: les œufs, la viande très-peu cuite réduite en pulpe, sont les substances que l'on peut essayer tout d'abord; elles sont généralement mieux tolérées que les liquides et les bouillies. Même chez l'enfant en sevrage, *a fortiori* chez l'enfant plus âgé, je n'hésiterais pas, en cas d'adynamie, à prescrire quelques cuillerées à café de vin de Malaga.

Dans toutes les formes de catarrhe intestinal, tant aigu que chronique, chez l'enfant comme chez l'adulte, on a préconisé le nitrate d'argent administré par la bouche ou en lavements, je l'ai maintes fois essayé chez l'adulte, et n'ai jamais observé les heureux effets qui lui ont été attribués. Ces insuccès m'ont médiocrement surpris: quand le médicament est donné par la bouche, on en conçoit à la rigueur l'action sur une muqueuse gastrique à sécrétions altérées et alcalines; quand il est donné en lavements, on en conçoit l'action topique sur la muqueuse rectale enflammée ou ulcérée; mais pour l'entérocolite, je cherche en vain comment

le nitrate d'argent, sel fort instable, pourrait agir sur la partie malade, et je ne suis point étonné de voir manquer un effet dont je ne saurais saisir la modalité.

Dans les **formes chroniques**, il faut rechercher soigneusement l'INDICATION CAUSALE, parce que le catarrhe chronique est encore moins souvent primitif que l'aigu. Celles de ces indications qui ont été examinées tantôt sont communes aux deux formes, et les moyens de les remplir sont les mêmes dans les deux cas; mais, en outre, le catarrhe chronique en présente quelques-unes qui lui sont propres. Ainsi, dans le catarrhe par *stase mécanique*, l'indication causale est remplie avec succès par des applications de sangsues à l'anus, et par les drastiques, qui, en provoquant une abondante transsudation, diminuent la turgescence et la stase. — Dans le catarrhe *urémique* (mal de Bright), l'indication causale est de majeure importance. Dans le but de débarrasser l'intestin des matériaux déviés qui l'irritent, il faut s'appliquer à déterminer une diurèse abondante, et, en tout cas, il faut se garder d'arrêter le flux intestinal, puisque la rétention des matières ainsi éliminées serait suivie d'une intoxication grave. — Le catarrhe *intermittent, d'origine palustre* ne guérit que par le sulfate de quinine et les préparations de quinquina. — Dans le catarrhe lié à la *tuberculose pulmonaire*, l'indication causale est fort nette, mais elle ne peut être remplie, et le traitement symptomatique est le seul qu'on puisse se proposer; il en est de même des catarrhes chroniques, qui ne présentent aucune indication pathogénique définie.

En raison de la longue durée de la maladie et de ses effets éminemment spoliateurs, l'alimentation ne peut être supprimée; elle doit être diminuée, et surtout choisie de telle sorte qu'elle mette uniquement en jeu les fonctions gastriques. On obtient ce résultat au moyen d'une alimentation exclusivement animale, mais la viande doit être dépouillée de toutes les parties tendineuses et aponévrotiques, de toute sa graisse, et elle doit être grillée, sans addition de beurre ni de sauce d'aucune sorte; on peut la faire aromatiser avec quelques gouttes de jus de citron, et le régime est complété par du bouillon en petite quantité et du vin. Ces prescriptions supposent l'estomac intact; s'il participe à l'état catarrhal, c'est lui qui fournit les indications les plus urgentes, et il est souvent avantageux de commencer le traitement par un vomitif suivi d'un purgatif. La médication varie suivant la forme que revêt la maladie.

Dans la **forme diarrhéique**, il faut arrêter le flux intestinal: les opiacés et le bismuth sont, comme dans l'état aigu, nos agents les plus puissants; on peut allier le bismuth au diascordium avec addition d'une petite dose d'extrait thébaïque, ou bien on peut administrer le laudanum et le bismuth en potion. Lorsqu'il n'y a pas de douleurs, que les selles sont fréquentes, abondantes et très-liquides, il est préférable de renoncer à l'opium et de faire prendre le bismuth en nature par cuillerées, au nombre

de trois à six par jour, selon la méthode conseillée par Monneret; si la diarrhée est moins abondante, on peut se contenter d'administrer le bismuth à la dose de 4 à 6 grammes par jour en deux ou trois fois. Dans le cas où les évacuations sont fétides, où il y a du météorisme, il convient d'unir au bismuth le charbon végétal à parties égales; on obtient ainsi de très-bons résultats. Pour éviter le dégoût et l'intolérance gastrique, il faut avoir soin de ne pas prolonger au delà de quelques jours l'administration des médicaments par la bouche; il faut de toute nécessité laisser reposer l'estomac, et pendant ces intervalles on peut recourir aux lavements médicamenteux, au laudanum et au bismuth, ou bien à l'extrait de ratanhia, avec la décoction de la même plante pour véhicule. C'est surtout dans le catarrhe du gros intestin que ces lavements astringents sont utiles; si la persistance de la diarrhée et les modifications des selles indiquent la probabilité d'ulcérations, les lavements de ratanhia très-chargés de bismuth sont encore un des meilleurs modes de traitement.

Dans ces cas rebelles, il ne faut pas éterniser la médication opiacée, si, méthodiquement employée, elle a échoué; on a alors la ressource des astringents tels que le tannin, le cachou, le colombo, le quinquina, qu'on donne en poudre, soit par la bouche, soit en lavements. Lorsque les symptômes démontrent que la lésion occupe l'S iliaque et le rectum, il n'est pas de traitement plus promptement efficace que les lavements au nitrate d'argent, 15 à 30 centigrammes pour 30 grammes d'eau; c'est là une véritable cautérisation: elle provoque des douleurs vives, des selles membraneuses et sanguinolentes; mais quand le diagnostic est exact, elle trompe rarement l'attente. Ce lavement doit être administré au moyen d'une seringue de verre, et il peut être répété, si besoin est, au bout de deux ou trois jours.

Pour peu que le catarrhe de l'intestin grêle résiste aux moyens ordinaires, il faut prescrire la viande crue. Les résultats de cette alimentation exclusive sont vraiment surprenants. Les enfants prennent la pulpe de viande avec de la gelée de groseilles; aux adultes, je la donne, suivant les cas, avec un peu d'eau-de-vie, ou simplement avec du sel et du poivre, ou bien encore mêlée à des œufs brouillés: ce dernier procédé a l'avantage d'amener moins promptement la répugnance; je le recommande expressément. Cette alimentation n'exclut pas l'usage du vin, et l'on obtient ainsi de véritables résurrections chez des individus qui ont déjà atteint la période d'émaciation et de marasme. Il peut se faire que la viande ne soit tolérée sous aucune forme, ou qu'elle aggrave les accidents; le régime lacté pur doit alors être institué; il procure souvent une amélioration rapide. Lorsque le catarrhe diarrhémique résiste aux médications précédentes, il ne faut pas négliger les vésicatoires volants sur le ventre; ils sont au moins aussi utiles que dans l'état aigu. Il est bon de noter que, dans des cas tout à fait tenaces de plusieurs années de durée, on a obtenu une guérison complète

au moyen de la *strychnine*; le fait de Shoyer est à cet égard bien démonstratif.

Toutes les fois que la chose est possible, les malades ont avantage à habiter la campagne dans une localité élevée et sèche; en tout cas, ils éviteront l'humidité, ils porteront de la flanelle, en outre une large ceinture de laine sur le ventre, et par un exercice modéré, des frictions sèches s'il le faut, ils exciteront l'activité sécrétoire de la peau. — Il arrive assez souvent que la maladie, amendée par un traitement convenable, ne se manifeste plus que par une diarrhée habituelle; il n'y a pas de douleurs, pas même de malaise, l'appétit est bon, la digestion gastrique est excellente; mais tous les jours il y a deux ou trois selles liquides: la diacrise intestinale semble devenir une habitude de l'organisme. Dans les cas de ce genre, s'il n'y a pas de contre-indication dans les poumons ni dans le cœur, l'hydrothérapie avec sudation consécutive est le meilleur traitement qui puisse être conseillé.

Dans le CATARRHE A CONSTIPATION et à météorisme, la marche à suivre est différente: l'alimentation ne doit plus être exclusivement animale, il faut y introduire les végétaux herbacés et les fruits, et remplacer de temps en temps la viande dite noire par le poulet et le poisson; les crustacés et les farineux sont absolument interdits. La constipation étant le résultat du revêtement muqueux de l'intestin, doit être prévenue et combattue par les purgatifs, qui provoquent une transsudation séreuse abondante, capable de débarrasser la muqueuse; les préparations drastiques, pilules d'Anderson, de Frank, sont souvent employées dans ces circonstances; mais je préfère les eaux purgatives naturelles, dont on fait prendre pendant quelque temps un verre le matin à jeun, tous les deux ou trois jours. Cela fait, on cherche à maintenir la régularité des selles au moyen de la *belladone*; il est bon de prolonger le moins possible l'usage des purgatifs. En même temps on prescrit la poudre de charbon à la fin des repas, dans le but de restreindre la décomposition des matières et d'absorber les gaz formés; et ces indications symptomatiques une fois remplies, on cherche à modifier les sécrétions. La térébenthine en capsules (deux à six par jour) est le remède que je tiens pour le plus efficace; il est parfaitement compatible avec l'usage du charbon. — Dans cette forme, les eaux minérales ont une efficacité sans égale; celles de Carlsbad, d'Ems, de Kissingen, de Marienbad, de Royat, de Vichy, méritent d'être signalées.