

gnostic sera impossible. On penchera pourtant vers une ulcération si la douleur est vive, si elle a le caractère perforant, si elle siège vers l'appendice en un point fixe et si elle retentit dans le dos. Enfin une hématomèse abondante qui arrive au milieu de ces troubles donne au diagnostic une quasi-certitude.

Ce dernier accident doit faire exclure une gastralgie simple. Il sera plus souvent difficile de distinguer l'ulcère simple du cancer stomacal; cependant l'existence d'une douleur fixe et vive sous l'appendice et dans le dos, des hématomèses abondantes, répétées, et une amélioration souvent rapidement obtenue à l'aide d'un traitement régulier, porteront à admettre l'existence d'une ulcération non cancéreuse.

Est-il possible d'en préciser le siège? On ne peut à cet égard que se livrer à des conjectures. (Voy. l'article *Cancer de l'estomac*.)

Pronostic. — Nul doute que l'ulcère simple ne soit une lésion grave en raison des accidents qu'il peut produire; cependant il se termine fréquemment par la guérison, c'est ce que prouvent les autopsies. Il n'est pas rare, en effet, surtout dans quelques pays, de trouver des ulcères cicatrisés chez des individus emportés par des affections autres que des maladies d'estomac (1).

Étiologie. — L'ulcère simple de l'estomac est une affection qui n'est pas commune en France, du moins à Paris, mais qui l'est davantage dans d'autres contrées: par exemple, en Allemagne (2), en Angleterre et dans quelques autres pays du Nord (3). Il est probable que cela tient au régime et peut-être aux habitudes d'intempérance et d'ivresse plus répandues dans ces pays que chez nous.

Les statistiques publiées s'accordent aussi à reconnaître que la maladie est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme (4). Rare avant dix ou quinze ans, on rencontre la lésion à peu près indifféremment depuis la puberté jusqu'à l'extrême vieillesse.

Presque toujours l'ulcère simple se forme lentement, quelquefois il a paru être l'effet d'une contusion, d'une violence ou de l'ingestion d'une substance irritante ou caustique; mais ces cas sont très-exceptionnels. Le mécanisme de leur production est inconnu; on comprend d'ailleurs qu'il ne doit pas être le même dans tous les cas. L'ulcération peut, en effet, se faire tantôt de dedans en dehors, ou bien être la conséquence d'un foyer circonscrit, d'un abcès ouvert dans la cavité de l'estomac. Tout porte à croire que ce dernier cas est le plus rare.

Traitement. — Dans la gastrite ulcéreuse, il faut calmer les douleurs et n'introduire dans l'estomac que des substances douces qui agissent topiquement d'une manière favorable et qui soient suffisantes pour alimenter les individus. Le lait réunit cette double condition; il a été recommandé simultanément par MM. Cruveilhier et Rokitansky, et j'en ai moi-même bien souvent constaté les bienfaits. Les malades seront soumis exclusivement à une diète lactée. Ils vivront de lait pur, ou coupé avec de l'eau de Vichy; ils le boiront froid ou chaud, frais ou bouilli, suivant qu'il est plus ou moins bien digéré dans ces divers états. Il est pourtant quelques malades qui, exceptionnellement,

(1) Brinton, sur 360 cas d'ulcères simples trouvés à l'autopsie, dit que 170 étaient cicatrisés, et 190 dans leur période d'état.

(2) Rokitansky, en 1839, donnait l'analyse de 79 cas.

(3) Brinton dit que sur 7226 autopsies, il a trouvé 360 cas d'ulcères simples, c'est-à-dire 5 pour 100. — Bennett estime qu'à Edimbourg l'ulcère est constaté environ 3 fois sur 100 autopsies, tandis qu'à Copenhague et dans diverses parties de l'Allemagne la proportion serait de 13 pour 100.

(4) Sur 654 cas analysés par M. Brinton, on trouve 440 femmes et 214 hommes.

ne peuvent supporter le lait; on remplace alors cet aliment par des panades, par des décoctions mucilagineuses, par des bouillons de poulet, par des gelées, par quelques fécules; on n'arrive à des aliments plus substantiels que progressivement et lorsque la maladie semble toucher à la guérison. La plupart des malades sont soulagés comme par enchantement, et s'habituent à la diète lactée qu'ils tolèrent des mois entiers, et qu'ils continuent d'eux-mêmes, car ils en apprécient les bienfaits tout de suite. Mais le régime ne remédie pas à tout, et surtout aux douleurs gastralgiques. Celles-ci seront combattues par l'opium porté jusqu'à effet sédatif: lui seul peut ici se montrer utile. On prescrira en même temps quelques bains gélatineux ou sulfureux; les malades seront en outre soumis aux meilleures conditions hygiéniques. Rokitansky s'est montré partisan d'une médication révulsive: il a conseillé d'appliquer à l'épigastre des vésicatoires, des cautères, des moxas. Ces moyens m'ont paru inutiles; je crois qu'on ne doit y recourir que lorsque le traitement qui précède a été impuissant.

En cas de vomissements de sang, voyez, pour les indications à suivre, l'article *Hématémèse*.

DE L'ENTÉRITE ET DE LA COLITE AIGÜES

Le mot *entérite* semblerait devoir exprimer toute inflammation siégeant sur un point quelconque de la membrane muqueuse du tube intestinal; mais l'usage l'a surtout consacré pour désigner la phlegmasie de l'intestin grêle, et surtout celle qui occupe le jéjunum et l'iléon. L'inflammation du duodénum a reçu le nom spécial de *duodénite*, comme celle du gros intestin prend ceux de *colite* ou de *rectite*, suivant que la maladie occupe le colon ou le rectum. Il n'est pas jusqu'à l'inflammation du cæcum qu'on n'ait désignée par un mot spécial, par celui de *typhlite*.

L'entérite est caractérisée par des douleurs abdominales plus ou moins vives, et ordinairement mobiles, s'accompagnant de selles liquides, muqueuses ou bilieuses en nombre plus ou moins considérable.

Divisions. — Parmi les nombreuses divisions qui ont été établies dans l'histoire de l'entérite, nous croyons qu'on ne doit conserver que celles qui font distinguer la maladie en *bénigne* et en *grave*, en *aiguë* et en *chronique*. Enfin, il est une espèce d'entéro-colite qui, en raison des lésions qui l'accompagnent, des symptômes qui la caractérisent et de sa nature spécifique, constitue une maladie distincte de l'entérite proprement dite: je veux parler de la *dysenterie*, dont nous traiterons en particulier.

Caractères anatomiques de l'entéro-colite. — Les caractères anatomiques de l'inflammation sont les mêmes dans l'intestin que dans l'estomac; on trouve, en effet, dans l'un et dans l'autre, les mêmes modes d'injection et de coloration et les mêmes altérations de nutrition. Pour peu que l'entérite ait une certaine durée et une certaine intensité, la membrane muqueuse est non-seulement rouge, mais elle est en outre boursoufflée, épaissie ou amincie, friable ou ramollie (1). Le tissu cellulaire sous-muqueux est souvent épaissi et assez induré.

(1) Pour bien apprécier ces altérations, il faut se rappeler que la muqueuse intestinale est naturellement blanche, que son épaisseur est un peu plus considérable dans le jéjunum que dans l'iléon; on peut la comparer à celle d'une feuille de papier joseph (Louis). A l'état sain, la muqueuse peut fournir des lambeaux de 10 à 23 millimètres (5 à 10 lignes), lorsque après l'avoir incisée on la détache en la saisissant avec une pince ou avec le bout des ongles. La muqueuse du gros intestin est plus ténue, et fournit des lambeaux plus longs.

Ces diverses altérations sont presque toujours partielles : elles sont le plus souvent bornées aux quatre ou sept derniers décimètres de l'intestin grêle ; le duodénum est le point le plus rarement affecté. On ne trouve guère la muqueuse altérée dans toute l'étendue de l'intestin que lorsque l'entérite est produite par une substance toxique ; dans ce cas, on peut voir des eschares, des ulcérations et parfois même des perforations. Mais dans l'entérite simple, il n'y a ni développement ni ulcération des follicules intestinaux ; la membrane muqueuse elle-même n'est presque jamais ulcérée ; il est très-rare aussi qu'il existe des concrétions, comme on en voit dans le muguet. Enfin, la suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux est un phénomène plus rare encore dans l'entérite que dans la gastrite. C'est dans ces cas seulement que l'entérite peut être appelée *phlegmoneuse*.

Ce que je viens de dire de l'intestin grêle s'applique à tous égards au gros intestin. Il nous a paru pourtant que, dans l'inflammation de ce dernier, le ramollissement était plus considérable ; il n'est même pas rare de ne plus retrouver la membrane muqueuse dans une grande étendue, les matières fécales sont alors en contact avec la tunique celluleuse épaissie. Les ulcérations et les suppurations interstitielles sont moins rares dans la colite qu'elles ne le sont dans l'entérite et dans la gastrite. Ainsi, dans l'entéro-colite, qui est si fréquente chez les enfants à la mamelle, M. Bouchut signale avec raison comme communes, dans la forme aiguë ainsi que dans la forme chronique de la maladie, des ulcérations, les unes étroites, linéaires, faciles à méconnaître, les autres, circulaires, paraissant siéger sur les cryptes mucipares. Dans la phlegmasie de l'intestin, les ganglions abdominaux ne sont pas engorgés ; la rate et le foie ne sont altérés qu'accidentellement, et peut-être même le deviennent-ils indépendamment de la lésion intestinale. L'estomac, qu'on a regardé pendant quelque temps comme étant toujours malade dans l'entérite, ne participe, au contraire, aux altérations de l'intestin que dans la très-minime partie des cas. Rien, en effet, de moins commun qu'une gastro-entérite.

Symptômes. — L'entérite simple est rarement précédée de frissons et de fièvre. Presque toujours les phénomènes prodromiques n'existent que du côté de l'abdomen, qui est comme gonflé, endolori ; l'appétit est perdu ou diminué. Bientôt les malades accusent des coliques sourdes, contusives, ou bien aiguës, vives, lancinantes avec pincements et exacerbantes, se faisant surtout sentir au niveau de l'ombilic, où parfois elles sont comme concentrées ; cependant le plus souvent elles s'irradient vers les autres points du ventre. La diarrhée accompagne ces souffrances : les selles sont plus ou moins nombreuses ; elles sont en général annoncées par un redoublement dans les coliques ; les matières évacuées sont jaunes, muqueuses, plus ou moins homogènes ; elles sont verdâtres et mêlées à des grumeaux blanchâtres, formés par du caséum, chez les enfants qu'on allaite. Lorsque les selles se renouvellent trop souvent, elles produisent un sentiment de cuisson et de brûlure à l'anus. Presque toujours les malades éprouvent des grognements et des gargouillements. Le ventre exploré, on constate qu'il est souvent légèrement rétracté, ou bien plus tendu, plus sonore, et même météorisé. La pression est douloureuse dans un ou plusieurs points ; il n'est même pas rare, surtout si l'inflammation occupe le gros intestin, de constater une sensibilité comparable presque à celle de la péritonite, bien que la séreuse abdominale ne participe point à la phlegmasie. Alors même qu'elle n'existe qu'à un faible degré, l'inflammation des intestins s'accompagne d'inappétence, de soif et d'un état de faiblesse qui est propor-

tionné au nombre des évacuations alvines et à la violence des coliques. Pour peu que la phlegmasie ait une certaine intensité, il existe aussi un mouvement fébrile plus ou moins fort, avec céphalalgie, et souvent accompagné de nausées et de vomissements. Ces derniers sont le plus souvent sympathiques ; quelquefois pourtant ils sont l'effet d'une phlegmasie concomitante de l'estomac ; dans ce cas, il existe concurremment les divers symptômes que nous avons déjà énumérés en traitant de la gastrite : on dit alors qu'il y a *gastro-entérite*, mot dont on a étrangement abusé pendant quinze ans, puisqu'il a servi à dénommer très-improprement la fièvre typhoïde elle-même.

Variétés. Siège. — La plupart des médecins admettent que les symptômes et la marche de l'entérite offrent de nombreuses différences, suivant le siège de la phlegmasie. Ainsi, on a prétendu que lorsque le duodénum était enflammé, il existait une douleur vive et profonde au-dessous du foie, vers la région ombilicale, s'irradiant vers les flancs ou les lombes ; que les souffrances, continues ou non, se réveillaient toujours deux ou trois heures après le repas, c'est-à-dire lorsque, la digestion stomacale étant finie, les aliments arrivaient dans le duodénum. On a cru surtout que la duodénite pouvait déterminer un flux bilieux et pancréatique, en vertu de cette loi qui fait qu'une inflammation existant à l'extrémité d'un canal excréteur active la sécrétion de la glande à laquelle il aboutit. On a dit aussi qu'elle s'accompagnait fréquemment d'ictère, et l'on expliquait celui-ci par l'oblitération de l'orifice intestinal du canal cholédoque, oblitération qu'on supposait devoir être produite par le boursoufflement de la muqueuse duodénale. Mais ce sont là des idées purement théoriques, et qui n'ont point été sanctionnées par l'observation. La duodénite, dont nous ne contestons nullement l'existence, est d'ailleurs une affection excessivement rare, presque impossible à diagnostiquer, et qui ne joue pas, à coup sûr, dans la production des maladies des organes biliaires, le rôle que l'école de Broussais lui avait si gratuitement départi.

L'inflammation du côlon et celle du rectum ont des signes plus positifs. Dans la première, en effet, il y a, indépendamment de la diarrhée, une douleur *superficielle*, et qui dessine souvent fort exactement le trajet connu de l'intestin malade. Mais il est rare que la colite existe seule ; dans la presque totalité des cas, en effet, l'inflammation atteint simultanément la fin de l'intestin grêle (*iléocolite* ou *entéro-colite*). Enfin, lorsque le rectum est enflammé, les malades accusent une douleur profonde dans le bassin ; il y a souvent du ténésme et une pesanteur incommode à l'anus.

On insistait beaucoup autrefois sur une forme d'entérite qu'on nommait *phlegmoneuse*, dans laquelle toutes les tuniques intestinales, et jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, participeraient à l'inflammation. Mais, en consultant les faits rapportés par les auteurs, on se convaincra que, sous ce titre, on a compris des affections très-différentes, particulièrement diverses espèces d'iléus, ou bien des phlegmons développés au pourtour des intestins, spécialement au voisinage du cæcum. Nous croyons également qu'il faut rapporter aux phlegmons iliaques la plupart des faits qu'on a décrits en Allemagne sous le nom de *typhlite* (inflammation du cæcum). Les travaux publiés à ce sujet offrent généralement peu de précision. Cependant il y a un point curieux dans l'histoire des phlegmasies du cæcum que je dois signaler, c'est la possibilité d'une inflammation limitée à l'appendice vermiforme. Celle-ci peut certainement être primitive, comme le prouvent un certain nombre de faits observés en France ; mais presque toujours elle est consécutive à l'introduction dans la cavité de l'appendice de corps étrangers, tels que des fèces endurcies, des

calculs, des concrétions, des noyaux ou des pepins de fruits, etc. Dans l'un et l'autre cas, on observe des douleurs plus ou moins violentes dans la fosse iliaque, des vomissements, de la diarrhée, et plus souvent encore de la constipation; puis au bout de quelques jours, et parfois lorsque les accidents locaux s'étaient considérablement amendés, survient tout à coup une péritonite suraiguë qui emporte les malades. A l'autopsie, on trouve le péritoine enflammé, et l'appendice vermiforme ramolli, gangrené, perforé. Les faits les plus curieux de ce genre ont été réunis par Fréd. Merling (1), dans une petite monographie sur les maladies du cæcum. (Voyez *Perforation de l'appendice cæcal*, tome II.)

Marche. — L'entérite a presque toujours une marche régulière, c'est-à-dire que les symptômes, après s'être accrus pendant quelque temps, diminuent peu à peu et finissent par cesser complètement et d'une manière définitive. Cependant il n'est pas très-rare de voir la maladie présenter des exacerbations à époques fixes, ou bien, après avoir cessé, se reproduire ensuite à certains intervalles, à la manière des affections périodiques. Mais il est rare que l'entérite dépende de la cause spécifique qui produit ces dernières; car, dans l'immense majorité des cas, on reconnaît, comme d'ailleurs nous l'avons déjà dit précédemment, que les exacerbations ou les retours périodiques des coliques et de la diarrhée dépendent uniquement de quelque écart de régime ou de l'heure à laquelle les malades ont pris des aliments. Si, en effet, l'entérite est limitée à un petit espace, on n'observera peut-être aucun phénomène morbide, à moins que les malades ne mangent; dans ces derniers cas, on verra des accidents intestinaux survenir à une époque plus ou moins éloignée du repas, au moment où les aliments arriveront au niveau de la portion d'intestin malade. On conçoit aussi pourquoi les accidents pourront alors continuer ou se reproduire d'une manière périodique, suivant que les malades persisteront à manger ou se mettront de temps en temps au régime.

L'âge des malades influe d'une manière remarquable sur la physionomie de l'entérite et sur sa marche. Chez les enfants, en effet, l'entérite et l'entéro-colite revêtent souvent une gravité qu'elles ne présentent presque jamais chez l'adulte. Ainsi, chez les enfants à la mamelle, on la voit souvent précédée d'érythème aux fesses, puis accompagnée d'une réaction fébrile très-intense, avec développement du ventre et sensibilité vive à la pression; les selles sont muqueuses, jaunâtres, parfois sanguinolentes, plus souvent verdâtres et très-nombreuses. On remarque aussi fréquemment, au début, des vomissements abondants et qui souvent ne s'expliquent par aucune lésion de l'estomac; c'est dans ces circonstances qu'on voit survenir des ulcérations aux malléoles, des points de muguet, ainsi que des ulcérations dans la bouche. Dans ces cas, où les selles sont si abondantes et si rapprochées, dans ces entérites qu'on pourrait nommer *cholériformes*, l'amaigrissement fait des progrès rapides: en vingt-quatre heures, ces petits êtres deviennent méconnaissables, et presque tous succombent. Chez les enfants plus âgés, c'est-à-dire de deux à cinq ans, l'entérite, comme l'ont prouvé MM. Barthez et Rilliet, peut se montrer également sous une forme très-grave, de manière même à simuler une affection typhoïde. C'est ainsi que la langue se dessèche et brunit, et que les dents s'encroûtent: le ventre se ballonne, se tend, et il peut y avoir du délire ou du coma. Disons cependant que c'est là une forme heureusement très-rare de l'entérite du jeune âge. La plupart de ceux qui sont aussi gravement affectés succombent en deux septénaires.

(1) Journal *L'Expérience*, année 1838.

Durée. Terminaison. — Dans la grande majorité des cas, l'entérite a une durée qui dépasse rarement un ou deux septénaires. Sa terminaison est presque toujours heureuse, du moins chez l'adulte. La maladie peut cependant avoir une issue funeste. La mort résulte alors de l'étendue et de l'intensité de la phlegmasie, qui, dans ce cas, envahit communément une grande partie du tube intestinal et détruit très-rapidement sa membrane muqueuse. On conçoit qu'en pareille circonstance il puisse exister une fièvre intense, du délire ou du coma, et des symptômes adynamiques fort graves; mais cet appareil symptomatique, fort rare dans notre pays, ne se remarque guère que dans des climats chauds. Chez nous, dans la forme la plus grave de l'entérite, on ne constate qu'un mouvement fébrile médiocre et presque jamais de symptômes cérébraux; la langue reste humide, mais les douleurs sont vives et brûlantes, les selles sont fréquentes, muqueuses, jaunes, verdâtres, plus ou moins sanguinolentes et généralement aussi abondantes chaque fois; la prostration est assez en rapport avec l'intensité de la diarrhée. L'entérite passe souvent à l'état chronique par suite du traitement peu rationnel qu'on lui oppose, ou des écarts de régime que les malades commettent, ainsi que des autres mauvaises conditions hygiéniques auxquelles ils sont exposés.

Diagnostic. — La diarrhée et les coliques, ayant les caractères précédemment indiqués, feront distinguer très-aisément l'entérite de la dysenterie, de la diarrhée catarrhale, de la colique de plomb, de l'entéralgie, de l'iléus, de la péritonite et du rhumatisme des parois abdominales. (Voyez ces maladies.)

Il n'existe pas le moindre rapport, chez l'adulte, entre l'entérite et la fièvre typhoïde; car, eu égard à la gravité, la première tue très-rarement, tandis que la seconde emporte un grand nombre des individus qu'elle atteint. Dans l'entérite, il n'existe communément que peu de fièvre; le ventre est douloureux, mais sans météorisme, avec peu ou point de gargouillement dans la fosse iliaque; la rate n'est point développée; il n'y a pas de râle sibilant dans la poitrine; on n'observe point de symptômes cérébraux; les malades ne sont pas tourmentés par l'insomnie; la faiblesse est médiocre et généralement proportionnée à l'intensité de la diarrhée; tandis que nous savons que, dans la fièvre typhoïde, l'accablement des forces n'est pas en rapport avec le nombre et l'abondance des évacuations. Chez les enfants âgés de deux à cinq ans, il n'en est pas absolument de même; car nous avons vu que quelquefois à cet âge, l'entérite, par l'abondance de la diarrhée, par le développement du ventre, par la sécheresse et l'état fuligineux de la langue, et par sa complication avec les accidents cérébraux, pouvait être confondue avec la fièvre typhoïde. Cependant la marche de la maladie, et surtout l'absence de quelques signes importants, comme le non-développement de la rate, l'absence des râles dans la poitrine et des taches à la peau, permettront le plus souvent d'établir le diagnostic différentiel; celui-ci, nous en convenons pourtant, peut, dans quelques cas fort rares, rester incertain jusqu'à la mort.

L'existence de l'entérite une fois établie, nous avons vu qu'on pouvait quelquefois en déterminer exactement le siège dans telle ou telle partie de l'intestin; mais nous avons reconnu également que, dans le plus grand nombre des cas, cette localisation était absolument impossible, surtout pour les trois divisions de l'intestin grêle, et même pour déterminer si celui-ci est seul affecté, ou bien s'il l'est simultanément avec le gros intestin. Tout ce qu'on a dit depuis Broussais sur la manière de distinguer entre elles l'inflammation de la muqueuse de l'intestin grêle de celle du colon est entièrement controuvé. Je crois que ceux qui sont habitués à observer les malades avec soin partageront

mon opinion, qui est également celle de M. Louis, dont personne assurément ne conteste la supériorité dans l'art du diagnostic.

Pronostic. — Chez l'adulte, et dans notre climat, l'entérite (toujours en excluant celle qui est toxique) est une affection ordinairement bénigne et qu'on ne voit presque jamais se terminer par la mort. Mais il n'en est pas absolument de même chez les vieillards, chez les enfants à la mamelle, surtout chez ceux qui peuplent les hospices, et qui, promptement épuisés par les douleurs et la diarrhée, succombent en grand nombre. En parlant de la bénignité de l'entérite des adultes, je n'ai entendu désigner que l'entérite primitive, car il n'en est plus de même de celle qui est secondaire. C'est ainsi que nous avons vu précédemment cette affection faire périr beaucoup d'individus ayant d'abord échappé aux dangers de la variole et de la rougeole.

Étiologie. — L'entérite est une affection commune à tous les âges; mais il n'existe encore aucun relevé exact d'après lequel on puisse fixer approximativement quelle est la fréquence de cette maladie aux différentes périodes de la vie et dans l'un et l'autre sexe. Plus commune dans les saisons et dans les climats chauds, l'inflammation des intestins survient surtout après l'impression du froid, lorsque le corps est échauffé, ou bien après des écarts de régime, ou bien enfin après l'ingestion de substances âcres, irritantes, de purgatifs violents. L'entérite est une affection souvent épidémique. Chez les enfants à la mamelle, la maladie reconnaît souvent pour cause une nourriture trop abondante, la dentition, un sevrage prématuré, etc.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas l'entérite cède à un traitement très-simple comme l'emploi de boissons douces et mucilagineuses, de demi-lavements adoucissants et calmants, et de cataplasmes émollients sur le ventre; mais le principal moyen de traitement est dans le régime. Ainsi, dans l'entérite la plus bénigne, les malades s'abstiendront de toute alimentation solide, et si la maladie est plus intense, la diète sera de rigueur. La réaction fébrile, la force du pouls, indiquent l'emploi d'une ou de plusieurs saignées générales. Si les douleurs abdominales sont très-vives, il sera également utile d'appliquer des sangsues. Beaucoup les posent à Panus, dans le but de dégorger plus facilement l'intestin; mais nous croyons qu'il est préférable de les mettre sur le ventre, si l'on veut que les malades soient soulagés plus complètement et plus rapidement. Dans les cas dont nous parlons, on retirera encore de bons effets des bains tièdes et suffisamment prolongés. Enfin nonobstant ces moyens, si les coliques sont très-vives, ou si l'entérite atteint un sujet très-irritable, on devra de prime abord administrer une certaine quantité d'opium, afin de modérer les douleurs. Les préparations opiacées sont encore indiquées à une époque plus éloignée, lorsque, les symptômes de réaction étant éteints, la diarrhée seule persiste. Dans ces cas, l'opium modifie presque toujours avantageusement la sécrétion intestinale. L'entéro-colite se complique parfois d'un état bilieux que l'on peut combattre par l'emploi d'un vomitif: seulement on devra préférer l'ipécacuanha à l'émétique, parce que le premier borne à peu près toute son action à l'estomac, tandis que l'autre médicament agit le plus souvent à la fois comme émétique et comme purgatif. L'ipécacuanha est aussi employé quelquefois à titre de révulsif au début de l'entéro-colite des jeunes enfants: M. Trousseau le conseille alors dans l'espoir d'opérer sur l'estomac un effet de dérivation en faveur de l'entérite; mais cette pratique est loin d'avoir encore reçu la sanction de l'expérience. Il est inutile d'insister pour prouver combien on doit surveiller le régime des malades si l'on veut éviter des rechutes continuelles, et, en définitive, le passage de la maladie à l'état chronique.

Les règles de traitement sont à peu près les mêmes pour l'enfant à la mamelle. A celui-ci on donnera à teter le lait de la mère par quelques boissons douces repas; on remplacera en partie le lait de la mère par quelques boissons douces comme l'eau de gomme ou de gruau. Si le dévoisement est abondant, on administre un lavement avec une ou deux gouttes au plus de laudanum de Sydenham; s'il résiste, il faut, à l'aide d'un vésicatoire, établir une vive révulsion sur la peau de l'abdomen. Dans les cas où le ventre est tendu, très-douloureux, et lorsque la fièvre est intense, l'application préalable de deux sangsues sur le ventre pourra être avantageuse. Les enfants seront en outre plongés une ou deux fois par jour dans des bains émollients. Si l'entérite survient après un sevrage prématuré, on devra rendre la nourrice à l'enfant, et ne pas lui permettre d'autre nourriture que le lait; ce qui n'exclut pas, d'ailleurs, l'emploi des émollients, des mucilagineux, du bismuth et des opiacés. On a employé aussi dans ces derniers temps les lavements au nitrate d'argent (5 à 10 centigrammes); on a même prescrit ce sel par la bouche à la dose d'un centigramme dans une potion. M. Trousseau a surtout prôné cette méthode, qui, d'après le témoignage de M. Bouchut, guérirait quelquefois et soulagerait toujours. Nonobstant ces témoignages, le nitrate d'argent est peu usité, moins par crainte d'accident que parce qu'il est inutile. On comprend, en effet, que le médicament n'a qu'une action locale et toute topique: or, donné en lavements, il ne peut agir que si la lésion existe dans le rectum, ce qui est rare, en dehors de la dysenterie; si d'autre part on choisit la voie de l'estomac, la minime quantité d'azotate d'argent qui est prescrite arrivera nécessairement transformée en chlorure insoluble sur les points de l'intestin qui auraient le plus besoin d'être modifiés. (Voyez, comme complément, l'article *Ramollissement de la muqueuse digestive.*)

DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE CHRONIQUES

La forme chronique de l'entérite et de l'entéro-colite peut être primitive; d'autres fois elle est consécutive à l'état aigu.

Caractères anatomiques. — Chez la plupart des individus qui succombent à l'entérite chronique, on constate une maigreur extrême de tout le corps; le calibre de l'intestin grêle est diminué au point de n'avoir plus quelquefois chez l'adulte que la grosseur du petit doigt, tandis que le colon atteint à peine le volume naturel de l'iléon. Les parois intestinales sont amincies, comme atrophiées, et présentent souvent dans une grande étendue une coloration brunâtre, ardoisée, à laquelle le péritoine est tout à fait étranger, et qui dépend de la couleur des tissus subjacents, surtout de la membrane muqueuse. D'autres fois, au contraire, les parois intestinales, surtout si c'est le colon qui est malade, sont épaissies, indurées, blanchâtres, demi-transparentes à la coupe et comme lardacées, par suite de l'épaississement du tissu cellulaire; la membrane muqueuse est d'un gris brunâtre, tantôt épaissie et friable, d'autres fois ramollie, amincie, détruite, et parfois aussi ulcérée dans une étendue plus ou moins considérable. Cependant on a tort de regarder généralement les ulcérations comme un caractère anatomique fréquent de l'entérite chronique. Dans l'intestin grêle, cette lésion ne se rencontre guère que chez les sujets tuberculeux, et alors elle résulte bien moins d'un travail inflammatoire *primitif* que de la fonte des tubercules sous-muqueux. Nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici de cette espèce d'entérite, que nous décrirons avec soin à l'article *Phthisie*. Il n'en est pas de même du gros intestin: il est assez commun, en effet, de rencontrer à tout âge, à la suite des diarrhées chroniques, des ulcérations presque toujours