

toutes les heures. Au bout de quelques jours, on donnera des lavements avec l'*infusion d'ipéca*, avec le *nitrate d'argent* (20 à 50 centigrammes). Ce traitement étant le même que celui de la dysenterie, nous renvoyons au chapitre consacré à la dysenterie.

ENTÉRITES CHRONIQUES

Il y a lieu de distinguer les entérites secondaires et les entérites primitives.

Les **entérites secondaires** relèvent souvent d'une infection chronique, comme la tuberculose, la syphilis, le paludisme, la leucémie, le cancer, la dysenterie à laquelle se rattache vraisemblablement la diarrhée des pays chauds, bien qu'il y ait désaccord à ce sujet, les uns, comme Kelsch, s'appuyant sur l'anatomie pathologique (absence d'ulcérations) pour différencier celle-ci de la dysenterie, les autres, notamment Bertrand et Fontan, Galliot, professant une théorie uniciste et notant d'ailleurs l'existence d'ulcérations dans le gros intestin des malades atteints de diarrhée des pays chauds. Ces entérites ont souvent des caractères anatomo-pathologiques et bactériologiques spécifiques qui permettent de les rattacher directement à la maladie causale; mais, dans certains cas, les lésions sont des lésions inflammatoires banales, les agents infectieux spécifiques font défaut, et il est probable que, dans ces cas, plusieurs facteurs s'associent pour déterminer l'entérite qui est due alors aux troubles digestifs, aux toxines, etc.; elles sont dues parfois à la dégénérescence amyloïde qui est elle-même causée par la tuberculose, la syphilis, etc.

Les entérites secondaires, quand elles ne sont pas d'origine infectieuse, sont fréquemment d'origine toxique, que le poison provienne du dehors ou qu'il se soit formé dans l'organisme. Parmi les entérites toxiques de cause exogène, citons celles qui sont dues à l'usage prolongé de l'arsenic, du colchique, des purgatifs drastiques, celles des alcooliques invétérés (dans ce dernier cas, l'entérite est la conséquence à la fois des troubles gastriques et de l'action directe de l'alcool sur l'intestin). Le type des entérites toxiques de cause endogène est fourni par l'entérite urémique, trop connue pour qu'il y ait lieu d'insister à son sujet. A ce dernier groupe se rattachent sans doute certaines entérites des diabétiques, des goutteux, etc.

Certaines entérites chroniques de nos climats sont d'origine parasitaire; d'autres enfin paraissent déterminées par des lésions appendiculaires à évolution chronique et insidieuse et ne disparaissent qu'après l'ablation de l'appendice.

Les **entérites primitives** ne sont, pour le dire immédiatement, primitives qu'en apparence. Elles sont habituellement secondaires à des troubles gastriques reconnus ou latents. Bien que l'influence de ces troubles ait été soupçonnée depuis longtemps par un certain nombre de médecins, elle a cependant été méconnue par la majorité des praticiens, qui jusqu'ici n'ont pas tenu suffisamment compte des indications pathogéniques fournies par l'estomac dans le traitement des entérites chroniques. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que tant de malades voient leur affection traîner en longueur et accusent l'impuissance des thérapeutes à les soulager.

Dans ces dernières années, M. le professeur Hayem a nettement formulé la subordination des entérites chroniques primitives à une gastropathie latente. Nous-même (Société de thérapeutique, 12 mars 1902) avons apporté des observations confirmatives et montré les bons effets du traitement gastrique de ces entérites, traitement sur lequel nous sommes d'accord avec MM. Mathieu et Soupault, à part quelques divergences de détail de médiocre importance. Nous avons insisté sur la nécessité de faire la première place dans le traitement à la médication pathogénique et de restreindre ou

supprimer en même temps la part des médications symptomatiques classiques jusqu'ici, dont une longue expérience a démontré l'inefficacité. Pour rappeler la cause habituelle de ces entérites chroniques d'emblée, nous avons proposé de les dénommer « entérites dyspeptiques ».

Il ne sera pas question dans ce chapitre des entérites secondaires qui seront mentionnées dans les chapitres consacrés aux maladies causales; beaucoup, d'ailleurs, sont rebelles à tout traitement, telle l'entérite ultime des tuberculeux.

Nous étudierons donc exclusivement le traitement des entérites primitives, dont il est nécessaire de donner au préalable une description succincte, pour mieux préciser les indications thérapeutiques et la marche à suivre dans le traitement.

De ces entérites il y a lieu de séparer tout d'abord les cas où la diarrhée alterne d'une façon régulière avec la constipation; la diarrhée est alors bien manifestement subordonnée à la constipation, qui est le fait initial; les matières durcies accumulées dans l'intestin déterminent à la longue, soit spontanément, soit avec l'aide des purgatifs, un état irritatif de la muqueuse intestinale, qui favorise l'action des germes infectieux; d'où une entérite secondaire. Celle-ci guérit, si l'on traite la constipation. Ces entérites par coprostase se localisent au gros intestin et constituent des colites qui peuvent devenir ulcéreuses et présenter une gravité considérable.

Les malades qui sont atteints de l'entérite dyspeptique sont habituellement d'âge moyen; ils racontent que depuis une époque plus ou moins éloignée, remontant parfois à plusieurs années, ils sont atteints de « diarrhée ». Leurs selles en effet sont liquides, presque aqueuses, contenant quelques flocons muqueux, de coloration brune ou verdâtre, parfois un peu biliieuses; plus souvent les selles sont en purée, analogue à de la bouse de vache; exceptionnellement, demi-molles, pâteuses.

Chez certains malades la diarrhée s'accompagne de lientérie intermittente; les selles sont mélangées de débris alimentaires: légumes, caséine du lait, œufs, viande. (La lientérie coïncide particulièrement avec l'aapepsie.) La fétidité des matières est sinon constante, du moins très fréquente; leur nombre est variable: certains malades ont un nombre quotidien de garde-ropes très élevé, soit 10 à 15 par jour, en général 4 à 8, plus rarement 2 ou 5. Quant à la quantité des matières, elle est copieuse, bien que quelques-unes de ces selles puissent être peu abondantes.

Les selles peuvent se produire à différents moments de la journée et pendant la nuit; cependant, en général, elles surviennent à des heures bien déterminées; le matin au réveil le malade a plusieurs selles à de courts intervalles, puis une accalmie se produit jusqu'au repas de midi. La diarrhée réapparaît alors, soit immédiatement après le repas, soit même pendant son cours.

La douleur peut faire défaut presque totalement ou bien se manifester sous forme de coliques modérées ou intenses, au moment des selles. Celles-ci s'accompagnent de gaz.

Si l'on interroge les malades sur l'état de leurs digestions, quelques-uns répondent qu'ils n'éprouvent aucun trouble; d'autres accusent des renvois fétides, et la lenteur des digestions, un état de fatigue particulier pendant chaque période digestive; quelques-uns éprouvent des douleurs tardives.

Beaucoup de malades appellent l'attention sur le retentissement de leur affection intestinale, sur leur état général et sur le système nerveux en particulier. Ils indiquent un amaigrissement plus ou moins notable, la perte des forces, l'inaptitude au travail cérébral ou bien aux efforts physiques; d'autre part, ils accusent des modifications de leur caractère, ils sont devenus tristes, sont tombés dans le découragement, sans cesse obsédés par la pensée de leur maladie et l'idée qu'ils sont incurables; certains présentent au grand complet le syndrome neurasthénique.

Si l'on évoque leurs antécédents héréditaires et personnels, on relève souvent chez leurs ascendants des affections se rattachant au cadre du neuro-arthritisme: goutte,