

diabète, obésité, etc., ou différentes névroses. Leur régime alimentaire, par suite de leur existence mouvementée, n'a pas toujours été irréprochable. Souvent ils reconnaissent qu'ils ont consacré à leurs repas un temps insuffisant, qu'ils les ont pris à des heures irrégulières et qu'ils avaient un appétit capricieux, tantôt prenant peu de nourriture, tantôt faisant des repas copieux.

Les malades produisent une impression défavorable. Pour quelques-uns dont l'aspect est normal, chez beaucoup d'autres la pâleur du visage, la teinte bistrée du pourtour des yeux, l'amaigrissement, la démarche courbée, indiquent une détérioration sérieuse de l'organisme; souvent on a l'impression que l'on se trouve en présence d'un tuberculeux.

L'examen de l'abdomen permet de constater fréquemment que l'estomac est dilaté; l'insufflation, la recherche du clapotage, ne laissent aucun doute à cet égard. La dilatation n'est d'ailleurs pas constante, les mêmes troubles intestinaux existent chez des malades dont l'estomac n'est nullement dilaté.

Ce qui est pour ainsi dire constant, c'est l'existence de troubles du chimisme stomacal, ce qui nous permet d'affirmer que ces diarrhées chroniques sont des « diarrhées par dyspepsie ». Le type chimique habituel, c'est le type hypopeptique, plus ou moins accentué, parfois apeptique, toujours compliqué de fermentations anormales, ainsi que le prouve l'élévation du facteur α .

« Chez presque tous les malades atteints de diarrhée dyspeptique, dit M. Hayem, j'ai constaté de l'hypopepsie plus ou moins intense. » Nous ne pouvons que confirmer cette observation dont nous avons pu vérifier l'exactitude et que corroborent les résultats du traitement que nous préconisons. Max Einhorn fait dépendre également la diarrhée chronique de la forme accentuée de l'hypopepsie qu'il dénomme incorrectement *achypha gastrica*. Il existe cependant quelques dissidences au sujet de la nature des troubles du chimisme stomacal; M. Soupault, tout en ayant constaté comme nous la prédominance de l'hypopepsie (25 cas sur 52 malades tubés), déclare cependant avoir constaté la diarrhée chronique chez quelques hyperchlorhydriques.

La conséquence de l'hypopepsie est l'évacuation hâtive de l'estomac, et cette évacuation nous fournit l'explication des troubles intestinaux. Si la bile, le suc pancréatique ne peuvent suppléer à l'action insuffisante du suc gastrique sur les aliments, ceux-ci agissent comme des corps étrangers sur la muqueuse intestinale, l'irritent, d'où la diarrhée; sont éliminés sans être modifiés, d'où la lientérie.

On peut se demander si les modifications du chimisme stomacal, dans un sens déterminé, sont l'unique cause des troubles intestinaux, et si les altérations de la sécrétion pancréatique et biliaire ne jouent pas parfois un rôle important dans la pathogénie. Ne voit-on pas dans le cancer du pancréas la diarrhée s'installer rapidement et devenir l'un des symptômes prédominants de cette affection? D'autre part, M. Linossier (Société de thérapeutique, 26 mars 1902) a signalé une variété spéciale de diarrhée chronique qu'il considère comme liée à la lithiase biliaire. Elle a pour caractéristique de se produire exclusivement au moment du repas et presque uniquement au cours du repas de midi. Le sujet, qui s'était mis à table sans aucun malaise, ressent une sorte de torsion à l'épigastre ou un peu à droite de l'épigastre, au niveau de la vésicule. A la douleur succède assez rapidement un besoin impérieux d'évacuation. Le malade rejette une selle liquide très bilieuse et se trouve remis. Le traitement diététique et médicamenteux de la lithiase serait nécessaire et suffisant pour triompher de cette variété de diarrhée.

Il est possible, en résumé, que la diarrhée d'origine gastropathique ne soit pas l'unique modalité des entérites chroniques, mais, à cet égard, nos connaissances sont des plus imparfaites.

Il est donc acquis qu'une gastropathie antérieure, démontrée nettement par des analyses multipliées du suc gastrique, est la cause des diarrhées primitives. Comment

concilier cette notion avec celle de l'origine nerveuse de beaucoup de ces diarrhées, adoptée par beaucoup de médecins et que semblent confirmer les antécédents nerveux du sujet, l'influence exercée sur lui par les causes morales, etc.?

L'explication nous paraît aisée à donner: si le sujet n'est pas un névropathe accentué, les aliments évacués hâtivement par l'estomac irritent l'intestin, ainsi qu'il a été dit précédemment, et la diarrhée est la conséquence de cette irritation qui se répète sans cesse; mais les évacuations seront relativement rares. L'élément nerveux entre-t-il en scène? L'hyperexcitabilité nerveuse se traduira par des signes locaux, c'est-à-dire par des selles répétées, se produisant sous des influences multiples: contact des aliments, causes psychiques, refroidissement, etc., toute cause étant prétexte à faire contracter spasmodiquement un intestin « nerveux »; elle se traduira de plus par les troubles nerveux généraux qui ont été signalés plus haut; la neurasthénie s'installera et dominera la scène morbide.

Cette complication de l'élément névropathique n'est d'ailleurs pas négligeable au point de vue pratique; en même temps que la gastropathie, il y aura indication à modifier l'état nerveux concomitant. Ce qu'il est important de retenir, c'est que cet état nerveux est manifestement secondaire à des troubles digestifs.

En somme, les malades sont des dyspeptiques chez qui, souvent, par suite de l'intervention de l'élément névropathique, les troubles intestinaux revêtent un caractère spécial.

Leur diarrhée traduit l'existence à la fois d'une inflammation intestinale superficielle et d'une excitabilité nerveuse motrice et sécrétoire exagérée; elle nous paraît distincte de la diarrhée nerveuse proprement dite dont l'existence est indéniable.

Les flux diarrhéiques qui surviennent passagèrement sous l'influence d'une émotion (diarrhée des concours), ceux que l'on voit survenir chez les malades atteints de goitre exophtalmique, de tabes dorsalis, sont là pour témoigner qu'une hypersécrétion intestinale peut dépendre exclusivement de causes nerveuses; mais ce ne sont pas, à proprement parler, des entérites chroniques. Ce sont des diarrhées survenant sous forme de crises paroxystiques, dans l'intervalle desquelles on ne peut déterminer aucun état organopathique permanent de l'estomac et de l'intestin. On peut établir la même distinction entre les vomissements nerveux proprement dits, ceux qui surviennent chez les hystériques ou les grands névropathes, sans adjonction d'un état dyspeptique et ceux qui surviennent également chez des névropathes, bien que sous la dépendance directe d'une gastropathie dont le traitement est nécessaire, sinon suffisant, pour les supprimer. (Voir le chapitre consacré aux Entéro-névroses.)

La marche de l'entérite dyspeptique est des plus variables. Chez certains sujets la maladie est intermittente; les selles sont normales de temps à autre. Chez tous il existe une tendance à des poussées de diarrhée aiguë sous l'influence de causes en apparence peu importantes, d'émotions, de fatigues, de refroidissement, d'écarts de régime.

L'absence d'autopsie ne permet pas de se prononcer sur la nature et l'intensité des lésions de l'entérite chronique dyspeptique. Il est à présumer que ces lésions sont légères, malgré la longue durée de la maladie dans certains cas et sa résistance au traitement.

Cependant il est des cas anciens où les lésions intestinales paraissent profondes, liées à un processus ulcéreux, prédominant au niveau du gros intestin. Les douleurs, le ténésme, la présence de sang dans les selles témoignent, dans ces cas, de l'intensité des lésions.

L'entérite chronique des dyspeptiques que nous venons d'esquisser englobe la majeure partie des cas étiquetés « entérites chroniques ». Mais il convient de mentionner à part un groupe d'entérites qui se distinguent par leur localisation au gros intestin, par la gravité des lésions qu'elles déterminent et des troubles fonctionnels et généraux qui en sont la conséquence: ce sont les colites ulcéreuses. Nous avons précédemment indiqué