

sous-muqueux infiltré et épaissi. Vers le cinquième jour au plus tard, on voit apparaître les *ulcérations*; qu'elles aient leur point de départ dans les follicules ou qu'elles résultent de l'infiltration phlegmoneuse du tissu sous-muqueux, ces ulcérations sont petites et taillées comme à l'emporte-pièce, rarement diffuses et irrégulières.

Dans la forme *grave*, on observe les mêmes lésions, mais plus étendues et plus profondes. La muqueuse est d'un rouge brunâtre ou ardoisée, très boursoufflée, ramollie. Les ulcérations, très étendues, sont précédées de la chute de vastes lambeaux de muqueuse gangrenée (Catteloup, Cambay) : les ulcérations sont parfois si étendues, que c'est à peine s'il reste quelques plaques de la couche glanduleuse, apparaissant sous forme d'excroissances saillantes et grisâtres. Elles sont revêtues parfois de pseudo-membranes diphthéroïdes (Kelsch et Kiener). Les parois des vaisseaux sanguins sont revenues à l'état embryonnaire (Cornil et Ranvier), et Kelsch a vu les lymphatiques obstrués par des cellules endothéliales. Toutes les tuniques de l'intestin sont ramollies et infiltrées de sérosité ou de sang.

Kelsch et Kiener appréciant, dans un travail récent, les allures générales du processus anatomique qui caractérise les lésions de la dysenterie, ramènent ce processus à la production d'une eschare analogue à celle qui résulterait de l'action d'une pastille de potasse; tantôt il y a production d'une eschare sèche et friable (nécrose de coagulation de Weigert), tantôt il s'agit d'une eschare humide et molle. Quoi qu'il en soit, le lambeau nécrosé doit être éliminé, et son élimination entraîne l'ulcération.

C'est au niveau de ces ulcérations qu'on rencontre surtout les micro-organismes (micrococci de Ziegler, grands microbes elliptiques avec bacilles pâles de Babès, grands diplococci ou spirilles); mais on peut les trouver aussi jusque dans le tissu sous-muqueux, où on les rencontre surtout à l'état de micrococci ronds en chapelets (Cornil et Babès).

*Dysenterie chronique.* — Ses lésions sont semblables à celles qu'on observe dans les diarrhées des pays chauds. La muqueuse est encore boursoufflée, d'une couleur violacée ou ardoisée, parsemée de kystes muqueux et d'ulcérations plus ou moins étendues.

Les glandes de Lieberkühn sont allongées, plus ou moins comprimées et atrophiées, ou même détruites en grande partie au niveau des ulcérations. C'est aussi sur les surfaces ulcérées que l'on voit à l'œil nu des dépressions folliculaires bien décrites et

figurées par M. Cornil. Ces dépressions sphériques, tantôt uniques, tantôt à plusieurs loges, occupent la place des follicules clos qui ont été détruits, et viennent s'ouvrir à la surface de la muqueuse ulcérée par un orifice assez étroit : la pression en fait facilement sordre un mucus concret abondant que l'on a comparé à du frai de grenouille. Ces cavités folliculaires sont tapissées d'un épithélium cylindrique.

Les ulcérations occupent le côlon et très rarement la portion terminale de l'intestin grêle; elles peuvent gagner en profondeur et *perforer* l'intestin, notamment dans les points où les tuniques sont *amincies* (Gély). D'autres fois, les parois de l'intestin sont hypertrophiées.

Lorsque la réparation a lieu, elle se fait par production de bourgeons charnus et d'un tissu cicatriciel qui peut occasionner des rétrécissements secondaires.

Le ramollissement des ganglions mésentériques, la thrombose des veines mésaraïques, les hépatites suppurées, s'observent fréquemment dans le cours ou à la suite des dysenteries aiguës et chroniques.

Dans la dysenterie aiguë et dans les poussées aiguës de la forme chronique, les selles sont d'abord composées de mucosités glaireuses ou vitreuses qui les ont fait comparer à du frai de grenouille. Lorsque les ulcérations se sont produites, les selles deviennent sereuses, elles renferment des lambeaux membraniformes de la muqueuse et sont colorées en rouge par du sang qui leur donne l'aspect de la lavure de chair ou des crachats pneumoniques. Elles contiennent, outre les débris de la muqueuse et les globules rouges, des globules blancs et des infusoires en grand nombre; quelquefois elles sont composées de sang presque pur. Dans la dysenterie chronique, les selles sont muqueuses, brunes, jaunâtres ou verdâtres, souvent lenticulaires et renferment du phosphate ammoniac-magnésien.

DESCRIPTION. — *Dysenterie aiguë.* — La forme légère de la dysenterie débute généralement sans prodromes, par des douleurs vives au niveau de l'S iliaque. Celles-ci sont fixes ou s'irradient le long du côlon et du rectum; la pression les exaspère. En même temps les malades éprouvent des épreintes assez vives, et les évacuations alvines, peu abondantes, ne dépassant pas le nombre de dix à douze par jour, sont suivies de ténésme. Cette forme est apyrétique et ne donne lieu qu'à un peu d'état saburral des voies digestives supérieures. Observée à l'état sporadique dans nos contrées, elle dure environ cinq ou six jours, mais

dans les pays chauds elle offre une grande tendance à récidiver et à passer à l'état chronique.

La forme grave est, au contraire, précédée de symptômes prémonitoires (abattement, céphalalgie, somnolence) durant de quelques heures à deux jours au plus; puis les douleurs abdominales se déclarent avec la plus grande intensité; elles sont *tormineuses*, très pénibles, presque incessantes, car elles accompagnent le besoin d'aller à la selle, et celui-ci peut se présenter un nombre de fois prodigieux. Zimmermann a compté deux cents selles dans l'espace de quelques heures. Ces évacuations peu abondantes s'accompagnent d'efforts très douloureux, d'une sensation de cuisson et de brûlure à l'anus, et sont suivis d'un ténésme insupportable. Le ténésme vésical s'observe aussi très souvent, et le malade, après de violents efforts de miction, ne laisse échapper que quelques gouttes d'une urine sédimenteuse ou d'un mucus blanchâtre remarquable par sa pauvreté en chlorures.

La fièvre qui accompagne souvent ces formes graves est en rapport avec l'âge et la constitution des sujets. La soif est vive; la peau, sèche et terreuse, est froide aux extrémités, chaude au tronc. Le pouls est petit, filiforme, irrégulier; le facies hippocratique, l'amaigrissement et la prostration des forces sont considérables. Dans les derniers moments, les douleurs cessent et les évacuations deviennent involontaires: on peut voir aussi survenir des entérorrhagies mortelles, des perforations de l'intestin suivies de péritonite, l'infection purulente.

La durée de la maladie est variable, et c'est assez arbitrairement qu'on donne le nom de dysenteries aiguës à celles dont la durée ne dépasse pas vingt jours. La terminaison fatale peut survenir dès le troisième ou être retardée jusqu'au huitième ou au neuvième. La mortalité est d'ailleurs très variable suivant les épidémies, la latitude, etc.

La prédominance de certains symptômes a fait décrire séparément un grand nombre de variétés: la *dysenterie ataxique*, accompagnée de délire, de soubresauts des tendons, etc.; la *dysenterie adynamique*, caractérisée par la prostration, le météorisme, les fuliginosités; la *dysenterie inflammatoire*, dans laquelle la fièvre est vive; la *dysenterie cholérique*, dans laquelle prédominent au contraire les symptômes de l'algidité; la *dysenterie bilieuse* avec de fréquentes envies de vomir, indice d'un catarrhe gastro-duodéal; la *dysenterie hépatique*, observée surtout dans les pays chauds (ictère, abcès du foie); la *dysen-*

*terie arthritique* (Stoll, Delieux de Savignac, Quinquaud, Tétu) avec des déterminations rhumatoïdes du côté des jointures, etc.

Cette forme arthritique de la dysenterie a même donné lieu dans ces derniers temps à des recherches intéressantes. Tandis que Pradel en fait un rhumatisme en quelque sorte sympathique, ayant avec le rhumatisme blennorrhagique plus d'une analogie, et Dewevre une affection articulaire infectieuse, à part, n'ayant avec la dysenterie que des rapports d'opportunité, le professeur Bouchard n'y voit que des phénomènes de pseudo-rumatisme qui ne seraient autre chose que la détermination articulaire de l'infection dysentérique.

*Dysenterie chronique.* — Elle s'observe souvent dans les pays chauds; elle succède ordinairement à une série d'attaques aiguës. C'est vers le vingt-cinquième jour qu'on voit les douleurs cesser plus ou moins complètement et les selles se réduire à cinq ou six par jour. Les évacuations alvines sont très variables, ordinairement féculentes ou séreuses, puriformes, très fétides, rarement sanguinolentes. L'anus est en infundibulum, largement béant, ce qui explique la sortie involontaire des matières fécales. Dans les formes graves et à la dernière période de la maladie, il survient rapidement une cachexie spéciale, apyrétique, caractérisée par un amaigrissement considérable, la prostration absolue des forces, l'état sec et rugueux de la peau, la rétraction du ventre, l'extinction de la voix. En même temps, on observe la perte complète de l'appétit ou au contraire de la boulimie, du pica, de la malacia; de vastes ecchymoses violacées apparaissent et la mort arrive par épuisement. Une recrudescence aiguë, une perforation ou quelque autre complication (abcès du foie, tuberculose, pleurésie purulente, hémorragie, etc.), peut venir s'ajouter à la maladie et en hâter le dénouement. Il n'est point rare d'observer des paralysies de différente nature dans le cours de la convalescence. Cette dernière est souvent fort longue par suite de la déperdition albumineuse qui est le fait des évacuations alvines répétées.

La durée de la dysenterie chronique varie de deux mois à plusieurs années: elle est souvent coupée par des rémissions trompeuses, plus ou moins longues.

TRAITEMENT. — Le traitement est *prophylactique* et *symptomatique*.

Les règles de la prophylaxie sont nettement tracées. L'étranger qui arrive dans un pays où la dysenterie est endémique doit s'astreindre aux règles d'une sévère hygiène et éviter avant tout

les excès d'aliments ou de boissons, l'usage de l'eau impure non filtrée, les refroidissements.

Les moyens pharmaceutiques sont nombreux. Dans les cas légers, on se contentera d'un purgatif salin et de quelques lavements d'amidon laudanisés, avec la diète et le repos.

Dans les formes graves, c'est aussi aux évacuants (huile de ricin, sels neutres, manne) qu'il faut avoir recours. Le calomel à dose massive (1 à 2 grammes par jour) doit être spécialement recommandé.

L'ipécacuanha a mérité le nom de *racine dysentérique*; il est surtout indiqué dans les formes graves. On le fera prendre par prises ou en infusion suivant la méthode brésilienne (4 à 6 grammes de racines d'ipéca dans 150 grammes d'eau); on l'a aussi associé à l'opium et au calomel (Segond, Delieux de Savignac). L'opium doit être proscrit, sauf sous forme d'injections hypodermiques de morphine quand les douleurs sont trop vives.

Dans la dysenterie chronique on cherchera à modifier les sécrétions intestinales et à cicatrifier les ulcérations au moyen des astringents et des caustiques : tanin, ratanhia, colombo, lavements au sulfate de zinc, au nitrate d'argent, à la teinture d'iode (Delioux, Chappuis). On emploiera aussi le sous-azotate de bismuth, la craie préparée, associés ou non à l'opium (laudanum, diascordium).

En même temps, on soutiendra les forces du malade (quinquina, cannelle, viande crue, alcool).

Le régime lacté est un des meilleurs moyens de traitement de la dysenterie chronique. Pendant la convalescence, le régime devra être rigoureusement surveillé.

CAMBAY. Traité de la dysenterie dans les pays chauds, etc., 1848. — HASPEL. Des maladies de l'Algérie, 1852. — DELIOUX DE SAVIGNAC. Mém. sur l'ipéca (Gaz. méd. de Paris, 1852). — Traité de la dysenterie, Paris, 1863. — CHAPPUIS. Nouv. obs. sur les inj. iodées dans le trait. de la dysenterie (Gaz. méd. de Paris, 1853). — DUTROU-LAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 1861. — GAYME. De la dysenterie endémique dans la Basse-Cochinchine, th. de Montpellier, 1863. — LUTON. Note sur l'emploi de l'ergot de seigle contre la dysenterie (Gaz. hebdom., 1871). — BARRALLIER. Art. *Dysenterie*, in Nouv. Dict. de méd. et de ch., 1873. — CORNIL. Sur l'anat. pathol. des ulcérations intestinales dans la dysenterie (Arch. de physiol., 1873). — QUINQUAUD. Des manif. rhumatoïdes de la dysenterie (Gaz. hôp., 1874). — TÊTU. De l'arthrite dysentérique, th., Paris, 1875. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, 1875. — LABOULEBÈNE. Anat. pathol., 1879. — J. MAHÉ. Programme de séméiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des mal. des pays chauds. Paris, 1880, J.-B. Baillière. — NIELLY. Pathologie exotique. — ABBELARD. Arch. de méd. navale, 1883. — BÉRENGER-FÉRAUD. Traité théorique et pratique de la dysenterie, Tours, 1883. — BIGAUD. Consid. sur la dysenterie épidémique, th., Montpellier, 1883. — KELSCH et KIENER. Études anat. path. sur la dysen-

terie (Arch. de physiologie, 1884). — PRADEL. Arthrite secondaire de la dysenterie, th. de Paris, 1884. — LÉON COLIN. Article *Dysenterie* du Dict. encyclop., 1885, 1<sup>re</sup> série, t. XXXI. — CORNIL et BABÈS. Les bactéries, 1885. — DEWEVRE. Mémoire sur le pseudo-rhum. ou arthrite infect. de la dysenterie (Arch. gén., 1885). — KELSCH et KIENER. Traité des maladies des pays chauds (rég. pré-tropicale), 1888, avec planches.

#### TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE

La *typhlite* est l'inflammation du cæcum et de son appendice vermiforme; la *pérityphlite* résulte de la propagation de cette inflammation au tissu conjonctif situé entre l'intestin et le fascia iliaca. Il est rare que la typhlite soit simple et ne s'accompagne pas de pérityphlite; par contre, il n'est pas exceptionnel de rencontrer la pérityphlite à l'état isolé; les observations récentes de Bucquoy, de Dantel et de Degennes l'ont parfaitement établi.

Toutes les causes capables de produire l'entérite commune peuvent donner naissance à la typhlite : la plus fréquente est la constipation (typhlite stercorale d'Albers et de Ménière), ou la stagnation des matières fécales durcies dans l'ampoule du cæcum et l'introduction de ces matières dans l'appendice iléo-cæcal. En général, c'est à la suite d'un excès de table ou d'une fatigue exagérée que se développe la typhlite. La pérityphlite se produit le plus souvent par perforation du cæcum ou de son appendice, mais elle peut se développer également par extension simple de la phlegmasie intestinale. Ces perforations sont dues en général à la présence de corps étrangers (concrétions intestinales, calculs de phosphate de chaux et de magnésie (Leudet), noyaux ou pépins de fruits, épingles (Whipham), grains de plomb, etc.) dans l'intérieur de l'appendice vermiforme qui ne peut les expulser; on les a également observées dans la fièvre typhoïde, la dysenterie (Blatin) et l'entérite tuberculeuse (Duguet).

La typhlite se rencontre à tout âge; assez rare chez la femme, elle est encore fréquente chez les enfants (Meigs et Pepper, Gerhardt, Lewis), ce qui est dû sans doute à leur habitude d'avaler toutes sortes d'objets (Chassaignac); mais elle semble sévir de préférence chez les adultes (Bamberger), principalement chez certains rhumatisants; en ce cas, elle offre une grande tendance aux récidives.

L'un de nous a observé deux cas de pérityphlite, d'origine palustre, qui ont cédé d'ailleurs très promptement à l'administration du sulfate de quinine.

DESCRIPTION. — La *typhlite* présente deux symptômes caracté-

ristiques : la douleur et l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. La douleur apparaît soit brusquement, soit après quelques alternatives de constipation et de diarrhée : limité au niveau du cæcum, ou s'irradiant du côté des lombes et de la cuisse, elle est contusive et très vive : elle s'exaspère par la pression et les mouvements du tronc. La tumeur est assez nettement circonscrite, de forme cylindrique, mate à la percussion, elle a en général le volume d'un gros poing et est susceptible de quelques légers mouvements de latéralité. Il existe en général peu de fièvre, rarement le thermomètre dépasse 39 degrés ; la constipation est de règle et s'accompagne assez fréquemment de vomissements, parfois même des signes de l'étranglement interne ; mais ces derniers symptômes indiquent en général la propagation de la phlegmasie au tissu rétro-cæcal.

Sans aller jusque-là, la résolution peut ne pas être complète, il reste un certain degré d'induration qui expose le malade à de nouvelles poussées qui, à force de se répéter, ont donné quelquefois naissance aux accidents de l'occlusion intestinale (Damaschino). La typhlite *simple* est d'assez courte durée et se termine en général par la guérison : il n'en est plus de même lorsqu'il y a inflammation de voisinage ou perforation.

La *pérityphlite* débute le plus souvent avec brusquerie par une douleur très intense dans la région ilio-inguinale droite, sans avoir été précédée d'aucun phénomène ayant pu faire reconnaître l'existence de la typhlite ou l'ulcération du cæcum. Cette douleur est fixe, continue, sans exacerbations, augmentant d'acuité pendant douze à vingt-quatre heures (J. Burne), s'exaspérant par le moindre contact, les mouvements, la toux, la pression des couvertures. La fièvre est constante, plus ou moins vive selon les cas, la température varie d'ordinaire de 38 à 39 degrés ou 39°,5. En même temps le malade a des nausées et des vomissements, la palpation permet de constater une tumeur profonde qui, vers le dixième jour et même plus tard, devient superficielle et volumineuse, laisse percevoir de la fluctuation, parfois même de la crépitation emphysémateuse. La constipation est opiniâtre.

En pareille circonstance la résolution est fort rare (Grisolle), la suppuration est la règle. Lorsque le pus est formé, ce qui s'annonce par des frissons, le redoublement de la fièvre et de la douleur, mais arrive souvent du vingtième au trentième jour seulement, l'évacuation du pus est l'unique moyen de guérison. Cette évacuation se produit parfois spontanément et subitement ; le malade est pris tout à coup de diarrhée et rend une plus ou

moins grande quantité d'un pus généralement très fétide : l'abcès s'est vidé dans l'intestin, le côlon ou le rectum. La guérison est alors possible (Paulier) sans intervention chirurgicale. On a vu de même la poche purulente évacuer son contenu par la vessie, le vagin, la paroi abdominale antérieure ou postérieure et la guérison s'obtenir encore spontanément. Cependant, lorsque le pus est évacué au dehors par la paroi abdominale ou par les viscères creux qui l'entourent, la poche peut continuer à suppurer et le malade finit par succomber aux progrès du marasme et de la fièvre hectique, quelquefois même à la tuberculose. Dans d'autres cas, la mort survient par péritonite suraiguë, par pyléphlébite suppurative ou bien encore par rupture de l'abcès dans la plèvre, le péricarde ou la veine cave.

A l'autopsie on trouve souvent l'appendice vermiforme distendu et volumineux, immobilisé par une péritonite adhésive plus ou moins limitée qui l'accôle au cæcum ou le fixe à l'utérus, à la vessie, au rectum. La poche purulente contient une quantité parfois considérable d'un pus franchement phlegmoneux ou le plus souvent mal lié, grisâtre, exhalant une odeur stercorale excessivement fétide. La perforation par laquelle le pus s'est fait jour au dehors est souvent multiple.

A côté de cette forme grave de la pérityphlite, Bucquoy et Dautel ont décrit la *pérityphlite primitive bénigne* qui se présente surtout chez les jeunes sujets à la suite d'un refroidissement ou d'un effort violent, dans les mêmes conditions en d'autres termes que la périnéphrite idiopathique. Elle débute brusquement et s'annonce par du frisson, de la fièvre, de la douleur abdominale, des nausées et des vomissements ; puis la tumeur ilio-cæcale apparaît : elle serait la conséquence d'une sorte de phlegmon du tissu cellulaire péri-cæcal.

Ici la suppuration est rare et la résolution la règle, mais elle laisse souvent à sa suite des adhérences qui exposent aux récives. Quand par exception elle suppure, l'abcès produit évolue comme dans la pérityphlite secondaire.

TRAITEMENT. — La typhlite simple demande seulement l'emploi de purgatifs et de cataplasmes sur l'abdomen ; quelques sangsues seront appliquées dans la région du cæcum si la réaction inflammatoire est vive. C'est surtout dans la pérityphlite que les sangsues donnent de très bons résultats. Au moment de la perforation, il faut recourir à la glace sur l'abdomen et à l'opium à l'intérieur. La fièvre de suppuration sera combattue par l'emploi du sulfate de quinine. Lorsque l'abcès est formé et qu'on sent

nettement la fluctuation, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement.

L. COLIN. Études cliniques de méd. militaire, 1864. — BLATIN, th. de Paris, 1868. — DUGUET. Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse, etc. (Gaz. méd. de Paris, 1870). — BARIÉ, th. de Paris, 1873. — MEIGS et PEPPER. A practical Treatise on the diseases of the children, 5th ed., London, 1874. — PAULIER. Contrib. à l'ét. de la typhlite et de la pérityphlite, th. de Paris, 1875. — DAMASCHINO, loc. cit. — LECORCHÉ et TALAMON. Études médicales, 1881. — BUCQUOY. De la pérityphlite primitive (Un. méd., 1883). — DAUTEL. Pérityphlite primitive, th., Paris, 1883. — DEGENNES. Pérityphlite gangreneuse, abcès du foie (Progr. méd., 1883). — BOURGADE DE LA DARDYE. Étude sur la typhlite rhum., th. de Paris, 1884. — LUTON. Typh. et pérityph. (Nouv. Dict. méd. et chir. prat. de Jaccoud, t. XXXVI).

#### TUBERCULOSE INTESTINALE

La tuberculose *primitive* de l'intestin est rare, excepté chez les enfants; la forme *secondaire*, au contraire, est commune. Bien que la muqueuse intestinale puisse être atteinte dans toute sa longueur, c'est la partie inférieure de l'intestin grêle qui est le siège ordinaire des lésions tuberculeuses.

On peut observer sur la muqueuse intestinale des granulations grises ou des ulcérations. Les granulations prennent naissance dans le tissu conjonctif sous-jacent aux glandes de Lieberkühn, dans les villosités, plus souvent encore dans les follicules clos et les glandes de Peyer; elles sont identiques à celles que nous avons déjà décrites. Les glandes sont comprimées, atrophiées; les villosités, au contraire, sont épaissies. L'ulcération, lorsqu'elle siège sur une plaque de Peyer, est allongée dans le sens de l'intestin; dans le cas contraire, les ulcérations sont transversales, annulaires, ce qui tient sans doute à ce que les granulations se forment surtout le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les bords des ulcérations sont saillants, sinueux, irréguliers; leur fond est couvert par des granulations plus ou moins avancées.

Ces ulcérations ont peu de tendance à la cicatrisation, qui se produit cependant dans quelques cas en donnant lieu parfois à des rétrécissements.

Les lésions tuberculeuses de l'intestin s'accompagnent souvent des mêmes lésions dans le péritoine (Jaccoud) et les ganglions mésentériques, alors qu'au contraire la tuberculose péritonéale se propage fort rarement à la muqueuse.

Les signes de la tuberculose intestinale n'ont rien de spécial et de caractéristique, et consistent surtout en une diarrhée très

rebelle accompagnée de ténésme et d'épreintes. Quand les ulcérations siègent dans le gros intestin, les selles sont parfois sanglantes et s'accompagnent de coliques plus ou moins intenses. On observe fréquemment des poussées de péritonite au niveau des ulcérations par inflammation de voisinage. La perforation, les fistules stercorales, sont rares.

Le diagnostic est souvent fort difficile et doit se baser surtout sur les symptômes concomitants: symptômes généraux, fièvre hectique, signes de la *tuberculose pulmonaire*, etc.

Le traitement ne donne que des résultats négatifs au point de vue de la guérison, mais en arrêtant la diarrhée on diminue d'autant les causes d'épuisement du malade. On devra recourir aux astringents, au sous-azotate de bismuth, à l'opium, etc.

FÖRSTER, RINDFLEISCH. Histologie pathologique, trad. par F. Gross et J. Schmitt. — JACCOUD. Clinique médicale, 1867. — KLEBS. Handb. der pathol. Anat. Berlin, 1868. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique, 3<sup>e</sup> partie, 1876. — A. LAVERRAN. Du rôle de la thrombose dans la production des altérations tuberculeuses (Progrès méd., 1876). — Du même. De la tuberculose des plaques de Peyer (Soc. méd. des hôp., 1878). — SPILLMANN, th. d'agrég., Paris, 1878. — CORNIL et BABES. Les bactéries, 3<sup>e</sup> édition, 1888.

#### CANCER

Le cancer de l'intestin est beaucoup plus rare que celui de l'estomac, dans la proportion de 1 à 2 d'après Lancereaux. Il est peut-être plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Dans un relevé de 154 cas, Leichtenstern en a trouvé 33 seulement pour l'intestin grêle et 131 pour le gros intestin indépendamment du rectum. Ces cas se répartissent de la façon suivante: S iliaque, 42; cœlon ascendant, 6; cœcum, appendice vermiforme et valvule iléo-cœcale, 32; duodénum et jéjunum, 17; portion moyenne de l'iléum, 3; portion inférieure de l'iléum, 13. Cette prédominance du cancer dans l'S iliaque et le cœcum tient sans doute aux flexuosités de ces portions de l'intestin et aux plis que forme leur muqueuse (Baillie). Le cancer du duodénum coïncide souvent avec celui de l'estomac, du foie, du pancréas. Quant à la fréquence relative des diverses variétés du cancer, Lancereaux les classe dans l'ordre suivant: squirrhe, encéphaloïde, épithéliome cylindrique, carcinome colloïde. Le cancer à épithélium cylindrique serait particulièrement fréquent sur la partie inférieure de l'intestin grêle (Journet).

Le cancer se montre sous forme d'une tumeur arrondie unique

ou de noyaux disséminés ; d'autres fois il occupe une certaine longueur de l'intestin qu'il transforme en un tube dur, rigide, incapable de toute contraction. Le plus souvent il devient *ulcéreux* en même temps qu'il diminue considérablement la lumière de l'intestin ; au-dessus de lui l'intestin est dilaté et rempli de matières fécales. Il n'est pas rare de voir survenir des perforations par rupture ou par ulcération et des communications anormales avec les viscères voisins du néoplasme.

Le cancer de l'intestin est souvent *secondaire* ; lorsqu'il est *primaire*, il offre une grande tendance à la généralisation.

Le cancer de l'intestin reste quelquefois complètement latent et ne se révèle qu'à l'autopsie. En général, après une période plus ou moins longue où l'on n'observe que des alternatives de constipation et de diarrhée, des coliques, un affaiblissement graduel, on voit survenir certains symptômes plus caractéristiques ; aux signes d'un rétrécissement vient se joindre une diarrhée abondante, puriforme, très souvent mélangée de sang. La constipation s'observe quelquefois et, dans ce cas, si le rétrécissement cancéreux n'est pas situé trop haut, les fèces sont rubanées et comme passées à la filière, signe qui n'a de valeur qu'autant qu'il n'y a pas de temps à autre d'évacuations normales. En même temps la palpation de l'abdomen fera découvrir une tumeur dure et bosselée, plus ou moins bien limitée et adhérente, douloureuse, mate à la percussion, parfois rythmiquement soulevée par les battements aortiques. L'apparition de la cachexie cancéreuse avec ses symptômes caractéristiques viendra souvent dissiper tous les doutes.

Le pronostic est toujours fatal, et la mort survient au bout de quelques mois, soit par suite des progrès de la cachexie, soit plutôt par une complication (obstruction intestinale, péritonite, perforation).

Dans ces conditions le traitement ne peut être que palliatif. On cherchera à soutenir le malade et à lutter contre la déperdition des forces. Le régime lacté devra être employé tant qu'il sera supporté, mais en même temps il faudra prévenir la constipation par l'emploi répété des purgatifs salins (sels de soude et de magnésie, eau de Carlsbad, Pullna, Hunyadi János) ou de l'huile de ricin. Les douleurs seront calmées par l'opium à haute dose et les injections de morphine. Le traitement chirurgical (colotomie, anus artificiel) n'a donné que des résultats négatifs.

CANCER DU RECTUM. — Bien que nous ayons plusieurs fois signalé ses rapports avec les grandes maladies diathésiques, le diabète

plus particulièrement, le cancer du rectum appartient plutôt au domaine de la chirurgie qu'à celui de la médecine. Le cancer colloïde est plus fréquent dans le rectum que dans l'intestin, et l'épithéliome à cellules pavimenteuses s'observe à sa partie inférieure. Les tumeurs cancéreuses du rectum sont ordinairement appréciables au toucher ; elles donnent lieu à des douleurs très vives s'irradiant vers le sacrum et les lombes, à des épreintes, à du ténesme. La propagation du cancer au vagin et à l'utérus ou à la vessie est fréquente. Nous renvoyons aux traités de chirurgie pour l'étude détaillée du cancer du rectum, et surtout pour le traitement.

ROKITANSKY, LEBERT, WUNDERLICH, GRISOLLE, LANCEREAUX, JACCOUD, etc. — A. LAVERRAN. Arch. de physiologie, 1876. — LEICHTENSTERN. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, vol. VII, Krankheiten des chylopoetischen Apparates. — STEPHEN MACKENZIE. Annular stricture of the Intestine : its diagnosis and treatment (Brit. med. Journ., May 1879). — JOURNET. Étude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grêle, th., Paris, 1883. — POLLOSSON. Société de méd. de Lyon, 1885. — BOINET. Parentés morbides, th. concours, Paris, 1886. — RIND-FLEISCH. Histologie pathologique, trad. par F. Gross et Schmitt. Paris, 1888. — RECLUS. Clinique de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1888.

## OCCLUSION INTESTINALE

Synonymie : *iléus, volvulus, étranglement interne, passion iliaque* (Sydenham), *colique de miséréré.*

Sous le terme général d'*occlusion intestinale* on désigne tous les cas dans lesquels les matières fécales sont arrêtées dans leur trajet intestinal.

ÉTILOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue des causes qui lui donnent naissance on peut distinguer : l'occlusion par *rétrécissement*, par *étranglement*, par *volvulus*, par *invagination*, par *obstruction*.

*Occlusion par rétrécissement.* — Le rétrécissement peut être spasmodique, pariétal, cicatriciel, ou dépendre d'une compression exercée par une tumeur voisine.

Le rétrécissement spasmodique (*passion iliaque vraie* de Sydenham, *iléus nerveux*) n'a certainement pas l'importance que lui attachaient les anciens auteurs, mais il ne doit pas être écarté d'une façon absolue. Outre qu'on peut l'observer secondairement sous une forme légère dans une foule de processus irritatifs de l'intestin, il est un certain nombre de faits, ceux de Jaccoud et de Thibierge par exemple, où le spasme nerveux semble être la seule explication plausible des phénomènes observés.

Le rétrécissement pariétal est dû le plus souvent aux dégénérescences cancéreuses ou tuberculeuses de l'intestin, aux polypes de la muqueuse, parfois à la simple hypertrophie partielle des tuniques. Dans un cas observé par Laennec, un kyste hydatique était la cause du rétrécissement.

Le rétrécissement cicatriciel est moins fréquent et s'observe dans la dysenterie, l'entérite simple ou tuberculeuse, la syphilis (rétrécissement du rectum).

Le rétrécissement par compression extérieure est rarement absolu. La grossesse lui donne quelquefois naissance; il en est de même des kystes de l'ovaire, des tumeurs fibreuses de l'utérus (Faucon), des hématoécèles péri-utérines, de l'hypertrophie sénile de la prostate, du cancer ou des kystes hydatiques du péritoine. Béhier a même noté les accidents de l'occlusion dans certains cas de rétroversion utérine simple. On a observé encore cette variété de rétrécissement dans les déplacements de la rate (Pétrequin), du foie, du pancréas, du rein (Bartels) et par suite aussi de compressions exercées soit par des ganglions tuberculeux ou cancéreux du mésentère ou du petit bassin (Abercrombie), soit par des abcès de la fosse iliaque. Enfin une anse intestinale distendue par les matières fécales peut comprimer une autre portion de l'intestin et en amener l'occlusion (Bamberger).

*Occlusion par étranglement.* — L'étranglement peut se faire sur un orifice naturel, comme les hernies du *ligament large*, la *hernie iliaque* de Rieux, la *hernie antévésicale*, etc., qui se sont étranglées dans les points qu'elles occupent (Parise), ou qui, après avoir été externes, ont été réduites en masses (Gosselin, Faucon). C'est dans le même ordre de faits qu'il faut ranger la hernie rétro-péritonéale de Treitz, qui s'étrangle sur l'hiatus de Winslow et la hernie diaphragmatique (Duguet).

L'étranglement par *brides*, beaucoup plus fréquent, se produit soit sur d'anciennes brides péritonéales très diversement disposées, soit sur des adhérences épiploïques, un diverticulum de l'iléum, l'appendice iléo-cæcal dont l'extrémité libre est venue se fixer sur la paroi abdominale ou sur un viscère (utérus, vessie, etc.).

L'étranglement porte le plus souvent sur l'intestin grêle.

*Occlusion par volvulus.* — Le volvulus est rare : il se produit sur des brides péritonéales par un mouvement rotatoire de la masse intestinale (*étranglement rotatoire* de Rokitansky); parfois l'anse intestinale se tord une ou plusieurs fois sur elle-même (Oulmont, Panas).

L'obstruction intestinale par *volvulus* appartient plus particu-

lièrement au gros intestin et spécialement à sa partie descendante, à l'S iliaque. Grâce à la laxité du mésocolon qui sert à la fixer, la portion supérieure de l'S subit un mouvement de rotation de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que le rectum se trouve placé en avant du colon. Ce mécanisme, qui, d'après les recherches de Léger et de Leichtenstein, est de beaucoup le plus fréquent, constitue la variété *rectum en avant* décrite par Potain, par opposition à la variété dite *rectum en arrière*, qui peut s'observer néanmoins et tient à la torsion en sens inverse de l'anse d'enroulement (torsion de haut en bas et d'arrière en avant). Ces distinctions ont une importance considérable au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Le volvulus de l'S iliaque s'observe presque exclusivement chez l'homme (10 cas, Besnier).

*Occlusion par invagination.* — C'est la cause la plus fréquente de l'occlusion (37 pour 100 environ). D'après la statistique de Duchaussoy, l'invagination porterait plus souvent sur l'intestin grêle que sur le gros intestin; mais Rillet, Bucquoy, Besnier sont d'un avis absolument opposé. Pour Bulteau elle serait iléo-cæcale ou iléo-colique 392 fois sur 703 cas. Affection de tous les âges, l'intussusception est assez fréquente chez les enfants (Gorham, Rilliet). Ordinairement simple, elle peut être double, quelquefois même triple (Bucquoy); le sens de sa pénétration est en général celui des matières (*invagination descendante*), et elle peut être poussée assez loin pour que le cæcum vienne apparaître à l'anus; cependant elle se fait quelquefois de bas en haut (*invagination rétrograde*).

Le mécanisme de l'intussusception n'est pas toujours le même. Dans le cas de polypes, le poids de la tumeur suffit pour entraîner mécaniquement l'intestin : le plus souvent l'invagination est due aux inégalités et aux irrégularités des contractions péristaltiques. C'est ainsi par exemple, que l'on doit expliquer les invaginations agoniques que l'on rencontre si fréquemment aux autopsies.

Les portions invaginées présentent des rapports invariables qui ont été bien définis par Cruveilhier (*Anatomie pathologique*). La portion invaginée se compose de trois cylindres emboîtés les uns dans les autres : au centre, la lumière est circonscrite par la muqueuse du cylindre supérieur invaginé; au milieu, il y a accollement des séreuses de la partie supérieure et de la partie moyenne; à l'extérieur, la muqueuse du cylindre inférieur invaginant s'oppose à la muqueuse de la partie moyenne. Le