

voque des selles; mais alors il nous a quelquefois suffi d'ajouter une petite quantité d'eau de Seltz, de sucre ou de gomme, pour la faire supporter. On devra, dans l'entérite chronique, exciter les fonctions de la peau par l'usage des bains sulfureux, savonneux, salés, ainsi que par des frictions sèches ou aromatiques. Les malades seront couverts de flanelle; le ventre sera surtout préservé de l'influence du froid par une ceinture, et, mieux encore, par une peau de lièvre.

Les médicaments doivent varier suivant les cas. Lorsque les coliques sont encore vives et continues, il convient de faire une ou plusieurs applications de ventouses ou de sangsues sur le ventre. Cette partie sera recouverte de cataplasmes émoullissants, et l'on donnera à l'intérieur les boissons mucilagineuses, la décoction blanche de Sydenham, les lavements émoullissants, calmants, que nous avons conseillés dans la période aiguë. On y joindra l'emploi de l'opium, et mieux encore celui de la thériaque ou du diascordium, en raison des propriétés calmantes et en même temps un peu astringentes de ces préparations; c'est en pareil cas aussi que l'on retirera de grands avantages de l'usage du sous-nitrate de bismuth à la dose de 1 à 4 grammes chez les enfants, et de 4 à 10 chez les adultes. Ces quantités sont suffisantes dans la plupart des cas; mais si les accidents persistent ou s'aggravent, on peut, avec avantage, en donner cinq ou six fois plus, ainsi que M. Monneret l'a établi, et comme je l'ai moi-même vérifié un très-grand nombre de fois; on pourra même, si la lésion siège dans la partie la plus inférieure de l'intestin, administrer aussi quelques grammes de bismuth en lavement, associé ou non au charbon; on modifie souvent alors promptement l'aspect et surtout la fétidité des garde-robes. Enfin, en cas d'insuccès, on a recours à une vive révulsion sur la peau du ventre, que l'on excite spécialement en promenant des vésicatoires volants ou en faisant des onctions avec l'huile de croton ou bien avec la pommade émétisée.

À une période avancée de la maladie, surtout lorsque les douleurs sont peu vives et que la diarrhée est abondante, il y a utilité à administrer les astringents et les toniques, comme les préparations de kina, de simarouba, de cachou, de ratanhia. Mais il faut être très-prudent dans l'emploi de ces moyens, ne les donner d'abord qu'en tâtonnant et en bien étudiant les effets; on les suspendrait pour peu qu'il y eût aggravation dans les symptômes. Ce que nous disons des astringents et des toniques s'applique aux eaux minérales, naturelles ou factices, dont on retire parfois aussi de bons effets à la même période. Les plus fréquemment usitées, en pareil cas, sont les eaux alcalines, surtout Vichy et Ems; on les donne plus en bains qu'en boisson. Il en est à plus forte raison de même des eaux sulfureuses. Celles-ci, par l'excitation qu'elles produisent sur tout le tégument externe, exercent souvent une révulsion utile. Les eaux ferrugineuses ont également été conseillées à l'intérieur, mais elles sont plutôt utiles dans les diarrhées catarrhales que dans celles qui sont symptomatiques d'une lésion intestinale.

Il est bien certain que beaucoup d'entérites résistent par suite de la difficulté que l'on éprouve à modifier les surfaces enflammées à l'aide de médicaments qui, obligés de traverser les parties saines, n'arrivent ensuite sur celles qui sont malades qu'après avoir subi plus ou moins d'altération: aussi le rectum est-il, sous ce rapport, placé dans des conditions plus favorables que le reste du tube intestinal, par la facilité que l'on a de porter directement sur lui les substances médicamenteuses. Lorsque celles que nous avons conseillées dans l'entérite chronique ordinaire échouent dans l'inflammation du rectum, on

devra essayer de modifier profondément l'état des surfaces malades, en les mettant en contact avec une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent (de 25 centigrammes à 1 gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau). Cette médication est, en général, très-efficace, et il suffit le plus ordinairement de deux cautérisations pour triompher de la maladie; mais prescrire le même agent par la bouche ou en lavement dans les cas où la phlegmasie occupe l'intestin grêle, c'est faire, ainsi que je l'ai dit plus haut (page 314), une médication au moins inutile.

Les jeunes enfants atteints d'entérite chronique exigent quelques autres soins. S'ils sont à la mamelle, on s'assurera que le lait n'est pas trop abondant ni trop riche, on leur présentera le sein moins souvent, et l'on donnera dans l'intervalle des repas une potion opiacée. Si l'enfant est sevré depuis peu, et si l'entérite résiste aux moyens rationnels que l'on emploie contre elle, il faut redonner une nourrice à l'enfant. La diète lactée convient, en effet, beaucoup dans les entérites chroniques du jeune âge; le lait de la femme doit toujours être préféré, même chez les enfants déjà sevrés. S'ils ne peuvent ou s'ils ne veulent plus prendre le sein, on leur donnera le lait par cuillerées ou dans un biberon. Ce moyen produit quelquefois de véritables résurrections. Le lait d'ânesse peut remplacer quelquefois le lait de femme. Si les circonstances ou l'état de fortune des parents ne permettent d'employer que le lait de vache ou de chèvre, il faudra le sucrer, et le plus souvent on devra le couper d'un peu d'eau. Dans tous les cas, on ne doit donner le lait qu'en forme de repas réguliers, toutes les trois ou quatre heures. C'est M. le docteur Donné qui, dans ces derniers temps, a eu le mérite de fixer l'attention des praticiens sur l'utilité du lait comme substance alimentaire et médicamenteuse dans l'entérite du jeune âge.

Dans l'entérite chronique des enfants et des adultes, lorsque toute alimentation, même la plus douce, a pour effet d'exciter la diarrhée et d'épuiser ainsi les forces au lieu de les réparer, on peut essayer l'usage de la viande crue donnée d'après la méthode du docteur Weiss, ainsi que nous l'indiquerons dans le tome II, en traitant du *Ramollissement de la muqueuse intestinale*.

DE LA DYSENTERIE

SYNONYMIE. — Colite, colite spécifique; tormina; ténésme; fluxus intestinorum cum ulcere, etc.

La *dysenterie* est une maladie caractérisée par des coliques plus ou moins vives, par un besoin fréquent et souvent presque continu d'aller à la selle, ainsi que par l'excrétion d'un mucus sanguinolent ou d'une sérosité rougeâtre rendue en petite quantité à la fois.

Historique. — La connaissance de la dysenterie remonte à la plus haute antiquité; mais elle n'a été étudiée d'une manière un peu complète que par les observateurs du dernier siècle, spécialement par Pringle (1) et Zimmermann (2), ainsi que par plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels se distinguent Pinel (3), Chomel (4), MM. Parmentier et Trousseau (5), Thomas (6), Gué-

(1) *Maladies des armées*.

(2) *Traité de la dysenterie*, trad. en français, in-12, 1787.

(3) *Nosographie philosophique*, t. II.

(4) *Dictionnaire de médecine*, art. DYSENTERIE.

(5) *Archives de médecine*, 1^{re} série, t. XIII, p. 477.

(6) *Ibid.*, 2^e série, t. VII, p. 455.

retin (1), Gély (2), Masselot et Follet (3), Cambay (4), Haspel (5), Dutroulau (6), Delieux (7), etc.

Divisions. — Les auteurs ont proposé une foule de divisions dans l'étude de la dysenterie, mais nous croyons qu'on ne doit conserver que les suivantes : la dysenterie est *bénigne* ou *grave*, *fébrile* ou *apyrétique*, *sporadique* ou *épidémique*, *aiguë* ou *chronique*. Ces distinctions sont importantes, surtout au point de vue du pronostic et du traitement.

Anatomie pathologique. — Chez les sujets qui succombent à la dysenterie aiguë, on trouve la membrane muqueuse du côlon, du rectum, et souvent aussi celle de la fin de l'intestin grêle, rouge, boursoufflée, épaisse et friable; les follicules du côlon sont augmentés de volume, leur orifice est agrandi et marqué par un point noir; enfin, les parois intestinales sont plus ou moins œdématisées, et leur épaissement, qui est surtout formé aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux et de la tunique musculuse, peut avoir jusqu'à 12 ou 15 millimètres. Ces altérations sont souvent les seules qu'on rencontre dans la dysenterie aiguë de ces climats, surtout dans celle qui est sporadique, ou qui ne date encore que de cinq ou six jours. Plus tard, et plus spécialement lorsqu'il règne une épidémie, on constate des ulcérations plus ou moins nombreuses de la membrane muqueuse du côlon. Cette lésion, regardée comme constante par les uns (Cælius Aurelianus), comme rare par d'autres (Sydenham, Willis, Pringle, Stoll), niée même par quelques-uns, a été parfaitement étudiée par le docteur Thomas. L'habile médecin de Tours, à l'exemple de Cælius Aurelianus, a regardé les ulcérations comme constituant le caractère anatomique essentiel de la dysenterie. Cette assertion a été confirmée depuis par les recherches de plusieurs observateurs, notamment par celles de M. Haspel et de M. Cambay : ce dernier a toujours trouvé des ulcérations sur deux cents cadavres de dysentériques qu'il a ouverts en Algérie. Suivant M. Thomas, les ulcérations siègeraient sur les follicules; elles sont visibles dès le huitième jour, et elles forment à cette époque de petites solutions de continuité qui, se réunissant bientôt entre elles, finissent par constituer des ulcérations irrégulières, à bords taillés à pic, intéressant toute la muqueuse, et dont le fond, formé par le tissu cellulaire ou par la membrane musculaire, est souvent tapissé par une pellicule blanchâtre, qui n'est autre qu'une fausse membrane qu'on détache aisément. On ne confondra pas cette production avec une eschare. Quelquefois cette pseudo-membrane se forme primitivement sur la muqueuse, qui n'offre alors d'autre lésion qu'une injection plus ou moins vive. Tantôt il n'existe que quelques ulcérations; d'autres fois celles-ci sont très-nombreuses : elles peuvent même être tellement rapprochées, que le côlon et le rectum sont criblés. Quelques-unes ont plus de 8 à 9 millimètres de diamètre; elles sont arrondies ou de forme irrégulière; leurs bords grisâtres semblent avoir été taillés comme par un emporte-pièce. L'ulcération s'étend rarement au delà de la muqueuse : cependant il n'est pas très-rare de trouver une ou deux des tuniques intestinales successivement détruites; on a même vu plusieurs fois le travail ulcératif envahir jusqu'à la tunique séreuse, et si une perforation s'est faite pendant la vie, on constate un épanchement de matières

(1) *Ibid.*, p. 51.

(2) *Journal de la Loire-Inférieure*, année 1843.

(3) *Archives*, année 1843, t. I et II.

(4) *De la dysenterie et des maladies du foie*. Paris, 1847.

(5) *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1852, t. II.

(6) *Maladies des Européens*, 1864.

(7) *Traité de la dysenterie*. Paris, 1863.

stercorales dans le ventre et les lésions caractéristiques d'une péritonite sur-aiguë. La gangrène est une affection extrêmement rare.

Au lieu d'être détruite, la muqueuse peut être soulevée, détachée, comme s'il y avait eu là un phlegmon sous-muqueux. C'est ainsi que M. Catteloup a rapporté, dans le tome LVII des *Mémoires de médecine militaire*, l'histoire de deux malades morts de dysenterie, ayant l'un la muqueuse du gros intestin détachée et formant un cylindre de 52 centimètres de long; chez l'autre, elle se présentait sous forme d'un ruban de 55 millimètres de large sur 35 centimètres en longueur. Une pareille altération, vaguement indiquée par des médecins anciens, plus explicitement reconnue par Morgagni, a été rencontrée également par M. Cambay, par M. Haspel et par quelques autres; cependant elle doit être considérée comme fort rare.

Les lésions que je viens d'indiquer sont à peu près celles que MM. Trousseau et Parmentier avaient trouvées, en 1826, pendant l'épidémie d'Indre-et-Loire. Ce sont les mêmes que MM. Masselot et Follet ont rencontrées dans l'épidémie qui a sévi en 1842 sur la garnison de Versailles; elles ne diffèrent pas, enfin, sensiblement de celles qu'a si bien décrites, en 1838, le regrettable Gély (de Nantes). Ce médecin a admis quatre formes anatomiques principales dans la dysenterie : 1° l'hypertrophie mamelonnée (épaississement de la muqueuse avec engorgement des follicules); 2° les ulcérations des follicules; 3° les fausses membranes, moins fréquentes que les ulcérations; 4° l'amincissement et le ramollissement de la muqueuse, moins fréquents que l'hypertrophie, s'accompagnant souvent de pseudo-membranes et d'ulcérations très-superficielles, qu'on ne peut bien voir qu'à contre-jour. Les ulcérations, qui peuvent manquer dans la dysenterie sporadique et dans celle qui est bénigne, sont au contraire constantes dans la dysenterie chronique. Dans cette forme, la surface des ulcérations est souvent fongueuse et saignante, les parois intestinales sont épaissies; souvent elles sont dures et d'un aspect comme squirrheux, à cause de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

Les lésions que nous venons d'énumérer sont presque toujours bornées au gros intestin; elles peuvent également occuper les derniers pieds de l'intestin grêle : mais la chose est assez rare; il est surtout peu commun d'y rencontrer des ulcérations.

Chez les sujets morts de dysenterie du huitième au vingtième jour, on trouve ordinairement les ganglions mésentériques volumineux, rouges, friables, et même suppurés. Au delà de cette époque, ils sont affaissés et ils ont pris une couleur noirâtre ou ardoisée.

Indépendamment des lésions que nous venons de faire connaître, les auteurs parlent de diverses altérations qu'on rencontre souvent chez les dysentériques, du côté de l'œsophage, du côté des voies urinaires, et surtout vers le foie, qui, dans la dysenterie grave des pays chauds, est presque toujours, ou congestionné, ou enflammé, ou bien le siège d'abcès. Ce sont là des complications dont nous parlerons ailleurs (voy. l'article *Hépatite*).

Symptômes de la dysenterie bénigne. — La dysenterie débute souvent sans prodromes; d'autres fois elle est précédée, pendant quelques heures ou pendant un ou plusieurs jours, par du malaise, par de la courbature, par du dérangement dans les fonctions digestives, par des frissons, par une grande faiblesse dans le dos (Zimmermann). Bientôt les douleurs abdominales se font sentir; elles existent presque toujours vers l'S iliaque et remontent ensuite le long des autres parties du côlon, ou bien, générales et mobiles, elles se con-

centrent vers la fosse iliaque gauche et dans le rectum; la pression les exaspère généralement. Les malades se plaignent fréquemment aussi de douleurs lombaires. La plupart éprouvent de la pesanteur vers le périnée; ils ont la sensation d'un corps étranger qui existerait dans la dernière partie du rectum; ils font des efforts pénibles, douloureux, de défécation, et malgré cela rien n'est expulsé: on dit qu'il existe alors des *épreintes* ou des *faux besoins*. Presque toujours, pourtant, au milieu de ces efforts, les malades rendent une petite quantité de mucosités épaisses, blanchâtres ou sanguinolentes, floconneuses, mêlées parfois à de petites concrétions blanchâtres ou grisâtres. Celles-ci peuvent bien être formées par des débris de la membrane muqueuse, mais le plus souvent elles ne sont rien autre que ces fausses membranes que nous avons signalées à la surface des ulcérations, et quelquefois sur la muqueuse non encore entamée: aussi ne rencontre-t-on point ces productions dans les selles avant le neuvième ou le dixième jour; M. Thomas en a pourtant vu, mais très-exceptionnellement, dès le quatrième. Ces matières intestinales ont communément, au début de la maladie, une odeur fade ou du moins peu fétide, et elles sont toujours excrétées en très-petite quantité à la fois. Le nombre des selles est plus ou moins considérable; il est rarement moindre de douze dans les vingt-quatre heures, et il s'élève souvent à trente, quarante, et même davantage. Dans ces cas, la peau de l'anus est rouge, et les matières, en sortant, produisent un sentiment de cuisson et parfois de brûlure. Il n'est pas rare, surtout chez les enfants et chez les sujets débiles, de voir la muqueuse de la partie inférieure du rectum, relâchée et poussée par des efforts incessants, former un bourrelet à la marge de l'anus, qui peut rester béant et comme paralysé. Chez beaucoup de malades, une partie des organes génito-urinaires participe aux souffrances de l'intestin. C'est ainsi qu'il existe souvent chez eux un ténésme vésical, caractérisé par le besoin continuel d'uriner et par des efforts de miction, sans qu'aucune goutte de liquide soit expulsée; quelques-uns cependant rendent après beaucoup de peine quelques mucosités blanchâtres, exhalées dans la vessie et plus souvent dans l'urèthre; chez les femmes on observe parfois un peu de leucorrhée. La dysenterie, quelque bénigne qu'elle soit, s'accompagne toujours d'un état de malaise et de faiblesse qui ne s'explique souvent ni par l'intensité des douleurs, ni par le nombre ou par l'abondance des selles. La face est ordinairement pâle, abattue; elle exprime la souffrance; mais les traits se crispent et l'agitation devient grande pendant la contraction convulsive de l'intestin, soit qu'il n'existe que du ténésme, soit que des excréments aient lieu. Dans tous les cas aussi, l'appétit est tout à fait aboli ou du moins considérablement diminué; la bouche est souvent empâtée ou amère; il y a de la soif et parfois quelques vomituritions. Au milieu de ces troubles, le pouls reste souvent calme, mais le plus ordinairement il est un peu accéléré; la chaleur de la peau augmente; celle-ci est assez souvent vive et sèche. Tels sont les symptômes caractérisant la dysenterie bénigne.

Après avoir persisté avec plus ou moins d'intensité pendant un ou plusieurs jours, les coliques et le ténésme diminuent; les selles, d'abord moins fréquentes, cessent ensuite d'être muqueuses, elles deviennent peu à peu stercorales. Souvent une diarrhée simple succède à la dysenterie et persiste plus ou moins. Enfin, après une durée qui varie entre quatre et huit jours, les fonctions se rétablissent dans leur état d'intégrité, et il ne reste de tous les troubles que nous avons décrits qu'un certain degré de faiblesse, et parfois aussi une susceptibilité plus grande du côté des voies digestives.

Symptômes, Marche, Terminaison des dysenteries graves. — Lorsque la dysenterie règne épidémiquement, surtout si c'est un dans pays chaud, ou bien lorsqu'elle sévit dans les prisons, à bord des vaisseaux, dans les camps ou dans une ville assiégée, elle se révèle par des symptômes généraux et locaux bien autrement graves. Les douleurs abdominales sont souvent atroces, les épreintes sont plus pénibles, presque incessantes; il existe alors un véritable état convulsif de l'intestin; le nombre des selles est plus considérable que tantôt: elles peuvent l'être à un tel point, que Zimmermann a vu des malades en avoir plus de deux cents dans l'espace de quelques heures seulement. Les matières sont de même nature que précédemment, mais elles sont plus rougeâtres; quelquefois elles sont brunes, noires, puriformes, semblables à du sperme, à du frai de grenouille; souvent elles sont séreuses; enfin, à une époque plus éloignée, elles sont comparables à de la lavure de chair, et, dans tous les cas, elles exhalent une horrible fétidité. Les selles, qui ont contenu quelquefois, à une époque moins avancée, des pellicules, des pseudo-membranes, ont présenté parfois à cette période des lambeaux provenant des tuniques intestinales. Ce fait, reconnu dans l'antiquité par Celse et par Arétée, nié depuis par la plupart des observateurs, a été mis hors de doute par Annesley, et surtout par plusieurs de nos médecins militaires. Ainsi, MM. Catteloup et Cambay ont vu plusieurs fois, en Algérie, des dysentériques rendre par l'anus de larges lambeaux ou des espèces de cylindres formés par la muqueuse intestinale et par une partie de la tunique musculuse elle-même. Nous croyons, avec les deux médecins distingués que nous venons de citer, que dans ces cas les tuniques, ainsi que nous l'avons d'ailleurs exposé plus haut, ont été décollées par un de ces phlegmons sous-muqueux qu'on rencontre quelquefois dans la dysenterie des pays chauds. Pour terminer ce qui a trait au caractère des évacuations alvines, disons qu'il y a des malades qui, de temps en temps, rendent par les selles du sang pur, quelquefois en quantité considérable. Il en est aussi qui, à une époque éloignée du début, expulsent encore des matières fécales solides, arrondies, retenues probablement jusqu'alors dans les bosselures du gros intestin.

Les symptômes généraux sont en rapport avec l'état local que nous venons de décrire. Toujours la physionomie est plus ou moins profondément altérée, l'abattement est extrême, la soif inextinguible; mais les boissons ne peuvent être ingérées, le plus souvent, sans provoquer presque à l'instant le besoin d'aller à la selle. La respiration est parfois accélérée, moins par des complications thoraciques qui sont rares qu'en raison des souffrances abdominales et de l'anxiété générale; la fièvre dans ces cas est toujours considérable, la peau a une chaleur sèche et âcre; le pouls est tantôt fort, ample, développé, d'autres fois il est petit et concentré. La sécrétion urinaire est diminuée; elle est même presque suspendue lorsque les selles sont très-répétées.

La manifestation ou la prédominance de certains accidents imprime souvent à la maladie une physionomie spéciale et justifie les variétés que les auteurs ont admises. C'est ainsi que quelquefois il existe un délire plus ou moins violent, des soubresauts des tendons, un tremblement général, et cet ensemble symptomatique qui caractérise l'état *ataxique* (*dysenterie ataxique*). Plus souvent on voit les malades tomber dans la prostration; la langue se dessèche et brunit, les dents s'encroûtent de fuliginosités; le ventre est tendu, météorisé: c'est la *dysenterie adynamique*. Comme la forme précédente, celle-ci est tantôt primitive, tantôt elle est consécutive à une réaction vive, marquée par un pouls fort, développé, par la turgescence de la face; en un mot, par l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre inflammatoire (*dysenterie inflammatoire*).

La dysenterie adynamique est celle qu'on observe le plus communément dans les camps et dans les prisons; elle complique très-souvent le typhus. Enfin, au lieu des symptômes précédents, il peut exister une langue jaunâtre, avec amertume de la bouche, des envies continuelles de vomir, des vomissements verdâtres et qui soulagent: c'est la dysenterie *bilieuse*. Presque toujours cette forme est primitive. Le caractère bilieux peut devenir prédominant dans le cours d'une épidémie.

Il est nécessaire de prévenir le lecteur que dans les dysenteries graves, lorsque les tuniques intestinales ont été détruites, il existe ordinairement une douleur sourde et fixe dans un point quelconque du gros intestin. Dans les Indes orientales, cette douleur se trouve plus communément dans la région iliaque droite; tandis qu'en Algérie, ce serait dans la fosse iliaque gauche qu'elle se ferait le plus ordinairement sentir, d'après M. Cambay; aussi, en Afrique, les lésions sont-elles plus profondes dans le rectum et dans l'S iliaque que partout ailleurs. Cette douleur sourde ou violente, ne se révélant que par la pression ou lorsque le malade va à la selle, peut s'exaspérer et s'étendre à tout l'abdomen: cela dépend le plus souvent de ce que la phlegmasie s'est alors propagée au péritoine circonvoisin, et a produit une péritonite qui peut être partielle, mais qui parfois devient générale sans qu'il soit survenu pourtant de perforation à l'intestin.

Quelle que soit sa forme, lorsque la dysenterie doit se terminer d'une manière funeste, la face s'altère de plus en plus; le pouls devient petit, irrégulier; le ventre se météorise, les selles et le ténésme redoublent; parfois ces derniers symptômes diminuent. Quelques malades sont tourmentés par un hoquet continu; toutes les évacuations exhalent une odeur fétide; l'amaigrissement fait des progrès incessants; enfin, la mort survient, tantôt par suite de l'aggravation des symptômes et par la marche naturelle de la maladie, tantôt par un accident imprévu, comme une hémorrhagie intestinale, ou bien par une péritonite suraiguë, consécutive à une perforation des intestins. Une amélioration progressive se remarque, au contraire, dans les symptômes, lorsque la maladie doit avoir une heureuse issue. La convalescence peut être plus ou moins pénible sans présenter pourtant rien d'insolite dans son cours; cependant on a remarqué parfois, à une époque plus ou moins reculée, des paralysies presque toujours partielles, occupant communément les membres supérieurs, ou inférieurs, parfois, dit-on, la langue. Ces accidents sont rares; le plus généralement ils n'ont point leur explication dans une lésion *constatable* des centres nerveux; ils peuvent être également observés dans la période la plus aiguë de la maladie.

Parmi les complications qui peuvent survenir, une des plus graves et des plus fréquentes est sans contredit l'hépatite. Elle a été souvent observée par Annesley dans l'Inde, et nos médecins militaires l'ont également signalée en Algérie. Ainsi, M. Cambay estime que la complication d'hépatite se rencontre dans l'Afrique française dans un vingtième des cas de dysenterie. M. Catteloup avance même que, dans cette contrée, on trouve peu de dysenteries sans quelques phénomènes morbides du côté du foie. M. Cambay a consacré un chapitre important de son livre à la dysenterie avec complication hépatique. Pour ce médecin distingué, la maladie du foie surviendrait de trois manières différentes. Tantôt la dysenterie existe primitivement, elle donne naissance à l'affection du foie, ou du moins celle-ci est consécutive à la première; ou bien c'est l'hépatite qui préexiste, et c'est au contraire la dysenterie qui arrive comme complication; parfois, enfin, ces deux maladies naissent simultanément,

et il n'est pas possible de reconnaître laquelle des deux a précédé l'autre. M. Dutroulau, observant la dysenterie dans les Antilles françaises, a vu les mêmes faits, et il dit n'avoir jamais ouvert un dysentérique sans trouver le foie plus ou moins malade. (Voyez plus bas l'*Histoire de l'hépatite*.)

La cessation des symptômes est tantôt définitive, tantôt momentanée. La dysenterie est en effet une des maladies dans lesquelles les rechutes sont le plus fréquentes. Elles ont lieu parfois spontanément; dans le plus grand nombre des cas, c'est à la suite d'écarts de régime. Je ne parlerai pas de ces retours réguliers de la maladie, le plus souvent sous le type tierce, car évidemment ici ce n'est point une dysenterie qu'on doit combattre, mais une fièvre pernicieuse à manifestation abdominale.

Après les dysenteries graves, la convalescence est toujours lente et plus ou moins pénible; les forces se réparent d'autant moins vite qu'on est obligé d'imposer aux malades un régime des plus sévères à cause de l'imminence des rechutes.

Dysenterie chronique. — Assez souvent, surtout dans les temps d'épidémie, la dysenterie passe à l'état chronique: c'est ce qui a lieu du vingt-cinquième au trentième jour. On observe des douleurs et du ténésme comme dans la forme aiguë; les matières excrétées, moins souvent sanguinolentes que dans celle-ci, ont un aspect purulent, elles sont très-fétides; il n'est pas très-rare de voir alors un phénomène qu'on rencontre parfois aussi dans l'état aigu, c'est une paralysie du sphincter anal; l'anus reste béant, le doigt qu'on y introduit n'est plus serré et le malade cesse de pouvoir conserver les lavements qu'on lui administre. Chez les sujets atteints de dysenterie chronique, le ventre est tantôt tendu, météorisé, plus souvent il est rétracté; l'appétit est nul, ou bien il est vif, vorace, ou bien irrégulier et déréglé. Les écarts de régime, que la plupart des malades commettent, sont une des causes principales qui perpétuent la maladie. La dysenterie chronique suit rarement une marche uniforme, mais elle offre des alternatives d'exacerbation et de rémission. Cependant bientôt l'amaigrissement fait de continuel progrès, les sujets s'infiltrant, et la mort survient dans le marasme, sans que les facultés intellectuelles aient subi souvent la moindre atteinte. On peut observer dans la dysenterie chronique les mêmes complications hépatiques que dans la forme aiguë de l'affection.

Durée. — La dysenterie a une durée plus ou moins longue; si elle est bénigne, elle se termine communément en quatre ou huit jours. Dans la forme grave, cette durée varie d'un à trois septénaires. La mort arrive rarement avant le huitième ou le neuvième jour. Cependant, dans quelques épidémies, beaucoup de malades succombent dès le troisième. C'est ce que l'on voit surtout dans les régions intertropicales, où la dysenterie a communément plus d'intensité et une marche beaucoup plus rapide. La dysenterie chronique a une durée indéterminée; elle peut être de quelques mois seulement, ou bien se prolonger pendant plusieurs années.

Diagnostic. — Le diagnostic de la dysenterie est presque toujours facile: les douleurs abdominales, le ténésme, l'excrétion laborieuse d'un mucus sanguinolent, forment une réunion de symptômes que l'on ne rencontre guère que dans cette affection. On peut néanmoins les observer à un certain degré dans le cancer du rectum et dans les hémorrhoides internes ulcérées. Cependant nous verrons plus tard, en traitant de ces maladies, qu'entre elles et la dysenterie il existe tant de différences, qu'il serait vraiment impossible de les confondre. Nous en disons autant de la colique de cuivre et du choléra euro-