

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 7229 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 léécules; 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 coliques se calment après chaque évacuation, et dans leur intervalle 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. Siége.** — La plupart des médecins admettent que les symptômes et la marche de l'entérite offrent de nombreuses différences, suivant le siége 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 colon 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 pépins 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 accrûs 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 physiologie de l'entérite et sur sa marche. Chez les enfants, en effet, l'entérite et l'entérocolite 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 contrové. 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 l'anus, dans le but de dégorgier 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 un peu moins souvent, on réglera ses 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

très-superficielles, souvent linéaires, très-nombreuses, à directions variées, occupant souvent le sommet des plis que forme la muqueuse. Ce sont des érosions qui passent aisément inaperçues, lorsqu'on n'a pas soin de bien laver l'intestin, d'étendre la muqueuse et de l'examiner attentivement à un jour convenable. L'estomac, qu'on a dit, à une autre époque, être altéré d'une manière si constante, participe au contraire rarement, quel que soit l'âge du sujet, aux lésions inflammatoires de la muqueuse intestinale.

**Symptômes. Marche. Terminaisons.** — Dans l'entérite ou l'entéro-colite chronique, la douleur est peu vive et occupe généralement les mêmes points du ventre. Rarement continue, elle ne survient le plus souvent que de temps en temps, et elle précède alors chaque évacuation; les selles sont plus ou moins nombreuses; il y en a cinq ou six dans les vingt-quatre heures, très-souvent davantage, rarement moins. Elles sont constamment liquides, ordinairement jaunâtres, muqueuses et fétides. Les besoins de défécation sont souvent provoqués par la marche, par une émotion, et surtout par l'ingestion des aliments et des boissons. C'est ainsi qu'il est beaucoup de malades atteints d'entérite chronique qui ne peuvent ni boire ni manger, sans être pris aussitôt d'un besoin subit et pressant d'aller à la selle; presque tous sont tourmentés par des grognements intestinaux ou par un gargouillement bruyant, qui se manifestent surtout peu après le repas, et sont souvent les avant-coureurs des évacuations alvines. La soif est variable; la plupart des malades conservent de l'appétit, la digestion stomacale se fait régulièrement et sans souffrance. Cependant, pour peu que l'entérite se prolonge, la nutrition s'altère profondément, les malades perdent leurs forces; ils pâlisent et maigrissent; leur ventre se rétracte vers le rachis; la peau devient sèche et rude, le pouls s'accélère, la fièvre s'allume. Celle-ci est généralement plus intense; tantôt continue, tantôt revenant sous forme d'accès, elle a le caractère de la fièvre hectique. Si la maladie persiste, si elle s'aggrave, la mort peut en être la conséquence. Ces malades meurent épuisés et dans le dernier degré de marasme.

Dans les cas où, par contre, la maladie a une heureuse issue, on voit les lésions intestinales s'amender, et tout aussitôt la diarrhée diminuer, les coliques s'éteindre; enfin, l'alimentation pouvant se faire d'une manière de plus en plus régulière, l'embonpoint et les forces ne tardent pas à renaître. Mais, quel que soit le mode de terminaison, il est rare que l'entérite chronique suive une marche uniforme et très-régulière; le plus ordinairement, en effet, on observe des rémissions et des exacerbations. Celles-ci surviennent spontanément; le plus souvent elles sont provoquées par différentes causes, spécialement par des écarts de régime ou par l'impression de l'humidité ou du froid. L'entérite et l'entéro-colite ont une durée illimitée. Beaucoup d'individus, quoique bien guéris, conservent néanmoins une grande susceptibilité du côté des intestins; chez eux aussi on observe des dérangements des voies digestives, au moindre écart de régime qu'ils font, ou lorsqu'ils prennent des aliments indigestes, ou bien encore lorsqu'ils s'exposent à l'humidité ou lorsqu'ils ingèrent une boisson trop froide.

**Diagnostic.** — Les coliques et la diarrhée s'accompagnant d'amaigrissement et de dépérissement sont des symptômes d'entérite chronique, mais ils n'en constituent pas le caractère pathognomonique, puisqu'on les rencontre au même degré dans diverses lésions organiques des intestins, spécialement dans les altérations tuberculeuses et les dégénérescences squirrheuses. Ce n'est donc que par *voie d'exclusion* qu'on pourra arriver au diagnostic précis de l'entérite chronique simple. Il ne faut pas oublier que cette dernière est rare-

ment mortelle chez l'adulte. Il n'est pas commun, en effet, de la voir, à cet âge, produire des symptômes de consommation; aussi devra-t-on regarder comme *très-suspectes* ces entérites chroniques dans lesquelles il y a un amaigrissement rapide, qui souvent n'est point en rapport avec la diarrhée. On devra s'inquiéter davantage encore de ces diarrhées chroniques qui s'accompagnent de mouvements fébriles revenant régulièrement le soir et dans la nuit, car presque toujours elles sont symptomatiques d'ulcérations intestinales de nature tuberculeuse, qui elles-mêmes coïncident *toujours* avec des tubercules pulmonaires. On devra donc, dans tous les cas de diarrhées chroniques, explorer le thorax avec le plus grand soin, et être très-réservé sur le pronostic à porter, toutes les fois qu'on verra se développer des symptômes de consommation ou de fièvre hectique. Les diarrhées chroniques symptomatiques d'une lésion cancéreuse seront plus facilement reconnues; car, comme nous le verrons plus tard, elles alternent souvent avec la constipation; elles sont fréquemment précédées de signes indiquant un arrêt ou une gêne dans le cours des matières fécales; elles sont formées par de la sanie, par du pus mêlé aux matières intestinales; enfin, indépendamment des signes extérieurs de la cachexie cancéreuse, la palpation du ventre et le toucher par le rectum pourront faire reconnaître la nature et le siège de la lésion organique.

**Pronostic.** — L'entérite chronique est une maladie généralement fâcheuse, moins encore par sa gravité que par son opiniâtreté et par la fréquence de ses récidives. Chez les très-jeunes enfants et chez les vieillards, il n'est pas rare de la voir se terminer par la mort.

**Étiologie.** — L'entérite chronique reconnaît le plus souvent pour cause, chez l'adulte, de fréquents écarts de régime ou une mauvaise alimentation. Ces causes agissent surtout activement chez les enfants, qui sont naturellement très-sujets au dévoiement. Un sevrage prématuré, une nourriture abondante et disproportionnée avec les forces digestives, sont les causes les plus communes de l'entérite chronique des enfants à la mamelle. Les aliments indigestes, ou ne pouvant être attaqués par un estomac altéré dans sa texture ou dans ses fonctions, arrivent dans l'intestin, l'irritent et sont expulsés souvent sans avoir subi aucun changement; ce phénomène, surtout commun dans l'enfance, a reçu le nom de *lienterie*.

**Traitement.** — Le régime du malade doit avant tout fixer l'attention du médecin. Une diète absolue est rarement utile; elle aurait même, dans la plupart des cas, de graves inconvénients. Il faut choisir les aliments qui sont digérés avec le moins de fatigue, et qui, contenant beaucoup de principes nutritifs, sont absorbés en grande partie et fournissent peu de résidus. Les potages gras à la fécule, les crèmes de riz, les gelées végétales et animales, seront d'abord conseillés; on arrivera ensuite par degrés à une alimentation tout à fait solide et plus substantielle. Il n'est pas rare de voir alors la diarrhée se modérer aussitôt qu'on permet un régime plus réparateur. Plus j'avance dans la vie, plus je trouve que l'on exagère la diète dans les affections intestinales. La pepsine, prise immédiatement avant de manger, a rendu dans ces cas quelques services. Elle réussit surtout promptement dans ces diarrhées lientériques provoquées par l'imperfection de la digestion gastrique. Il importe, quand on commence l'alimentation, de ne pas faire des repas trop copieux; il ne faut pas non plus les multiplier, pour éviter la fatigue des intestins. Les malades boiront un vin généreux; les vins de Bourgogne, et surtout celui de Bordeaux, seront préférés; ils seront étendus d'eau suffisamment. Assez souvent, chez les malades dont je parle, l'eau rougie est mal supportée et pro-

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 émollients, et l'on donnera à l'intérieur les boissons mucilagineuses, la décoction blanche de Sydenham, les lavements émollients, 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.

A 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 311), 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 intestinalium 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<sup>re</sup> série, t. XIII, p. 477.

(6) *Ibid.*, 2<sup>e</sup> 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, épaissie 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 suraiguë. 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'anüs 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'anüs, 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 continu 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 vomiturations. 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'anüs 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-

péen. Il est presque inutile de rappeler que, dans les différentes espèces d'entérite que nous avons étudiées plus haut, on n'observe pas les mêmes évacuations que dans la dysenterie : dans ces affections, en effet, les matières excrétées sont jaunes ou vertes, elles sont rendues en grande quantité et sans ténésme, tandis que les déjections dysentériques, toujours peu abondantes, sont muqueuses, séreuses, puriformes, et plus ou moins mêlées de sang.

Il importe de dire ici que, chez les enfants, la dysenterie est parfois simulée par un polype qui acquiert souvent le volume d'une noisette. Cette production est développée communément à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, elle provoque du ténésme et des selles sanguinolentes, comme le fait la dysenterie la plus légitime. Dans les cas dont nous parlons, les petits malades rendent également des matières dures qui sont *cannelées*, c'est-à-dire qui offrent une dépression latérale produite par l'impression du polype. Celui-ci sort quelquefois pendant la défécation; le toucher rectal d'ailleurs le fera découvrir aisément. Il n'est pas rare de voir ces polypes se détacher pendant les efforts que l'on fait pour aller à la selle : les enfants sont alors guéris à l'instant des incommodités qu'ils éprouvaient.

Pour établir le diagnostic des lésions dans la dysenterie, et pour en déterminer le siège, il faut s'éclairer surtout par l'examen des déjections. Annesley a établi, en effet, que lorsque les ulcérations se forment, les selles, qui auparavant étaient gluantes, gélatineuses et striées de sang, devenaient séreuses, boueuses, et contenaient des grumeaux. Le sang excrété est plus noir, souvent même ce n'est qu'une sanie ichoreuse avec des stries d'apparence puriforme. Du sang rendu pur et distinct du reste des évacuations indique presque toujours qu'une large ulcération existe à la partie inférieure du gros intestin.

**Pronostic.** — La dysenterie simple, sporadique, surtout apyrétique, a presque toujours une heureuse issue; il n'en est plus de même de celle qui est épidémique, surtout lorsqu'elle sévit sur de grandes réunions d'hommes, ou de celle qui règne dans les climats très-chauds. Ainsi, Desgenettes a vu en Égypte la dysenterie emporter plus de soldats que ne faisait la peste; et M. Cambay établit que, dans une partie de l'Algérie, la dysenterie occasionne plus souvent la mort que ne le font les amputations de jambe ou de bras, puisqu'elle emporte, d'après lui, le quart des soldats qui en sont atteints. La décomposition des traits, la prostration, la petitesse du poulx, le hoquet, les déjections fétides, noires ou puriformes, l'expulsion des membranes de l'intestin, sont des symptômes qui indiquent un grand danger. La dysenterie chronique est également fort grave lorsqu'elle règne dans les camps et dans les prisons, puisqu'on évalue que sa mortalité est de 80 pour 100. La coïncidence du rhumatisme et de la dysenterie serait aussi, d'après M. Thomas, une circonstance très-fâcheuse.

**Étiologie.** — La dysenterie est commune à tous les âges; elle est peut-être plus fréquente chez l'adulte que chez le vieillard; elle atteint aussi plus souvent les hommes, mais on ignore encore l'influence que les diverses constitutions exercent sur sa production. La dysenterie sévit dans toutes les saisons et dans tous les pays du globe. Néanmoins c'est pendant l'automne ou à la fin de l'été, c'est dans les pays intertropicaux, qu'elle est le plus commune; elle y est endémique, et elle y enlève plus d'habitants qu'aucune autre maladie. Elle règne partout où il y a de brusques variations de température. Dans les pays où la dysenterie est endémique, on la voit sévir spécialement chez les étrangers non encore acclimatés, tandis que les indigènes sont moins sujets à ses atteintes. La dysenterie est commune encore dans les lieux où règne une chaleur

humide, comme dans une grande partie de l'Amérique, et dans la plupart des pays marécageux pendant la saison chaude. Un grand nombre de dysenteries épidémiques et sporadiques sont produites par l'usage d'aliments de mauvaise qualité, tels que farines avariées, légumes indigestes, fruits verts, acerbés, tandis que les fruits mûrs, pris même immodérément, n'ont pas cet inconvénient. La chair de porc, l'ingestion d'une eau croupie, de vins de mauvaise qualité, l'abus des drastiques, l'inspiration des vapeurs putrides, comme celles qui s'exhalent des substances animales en décomposition, ont souvent déterminé des dysenteries fort graves. Enfin, l'impression du froid, la fatigue, les marches excessives, les émotions morales, sont autant de causes qui peuvent produire la maladie. Ce sont toutes ces causes, réunies souvent à un mauvais régime, à des privations remplacées parfois brusquement par l'intempérance, qui expliquent la fréquence de la dysenterie dans les armées en campagne, dans les villes assiégées, à bord des navires. L'action de ces diverses influences pouvant s'exercer aussi sur un pays tout entier, explique encore pourquoi la dysenterie règne si souvent épidémiquement dans la population civile, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer alors un principe contagieux pour se rendre compte de la propagation rapide de l'affection. Cependant les auteurs les plus éminents, tels que Zimmermann, Pringle, Lind, Cullen, P. Frank, Pinel, Desgenettes, ont soutenu la doctrine de la contagion. La plupart ne regardent pas la dysenterie comme étant essentiellement contagieuse, mais comme le devenant dans certaines conditions : elle le serait toutes les fois qu'elle règne épidémiquement, et lorsqu'un grand nombre d'individus sont entassés dans des lieux insalubres. Il nous semble difficile qu'on puisse contester absolument la possibilité de la contagion de la dysenterie en présence surtout des grandes autorités qui l'ont soutenue; mais nous dirons que ce mode de transmission est un fait exceptionnel, car on ne l'observe presque jamais lorsque la maladie règne sporadiquement; elle n'a probablement lieu que dans certaines épidémies graves. On lit à ce sujet, dans Pringle et dans Zimmermann, des observations dont il est impossible de contester la valeur. Au contraire, les faits que Gendron a réunis dans son travail *Sur les épidémies des petites localités* (1), pour prouver la contagion de la dysenterie sporadique, sont moins concluants. Parmi les contagionnistes, il en est peu qui admettent que la contagion puisse avoir lieu par les sueurs, par le simple contact ou par l'haleine; tandis que tous s'accordent à regarder les miasmes qui s'exhalent des matières alvines comme étant la cause principale ou unique de la transmission de la maladie. Comme beaucoup d'autres affections contagieuses, la dysenterie peut se montrer un grand nombre de fois chez la même personne, et l'on peut établir, avec M. Cambay, qu'un individu est d'autant plus apte à la contracter que déjà il en a subi un plus grand nombre de fois les atteintes.

**Traitement.** — Lorsque la dysenterie sévit, il faut se hâter d'éloigner les causes qui ont déterminé ou favorisé son développement : c'est ainsi qu'on détruira tous les foyers d'infection, qu'on disséminera les malades le plus possible, qu'on les préservera des variations atmosphériques, et qu'on s'opposera par le lavage et par la ventilation aux effets de la malpropreté et du non-renouvellement de l'air. Le traitement médical devra ensuite varier suivant le caractère de la maladie.

Lorsque la dysenterie est simple et apyrétique, on peut se borner à prescrire le séjour dans une température douce, l'abstinence complète de toute alimen-

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. I et II.

tation, l'usage des boissons mucilagineuses, des bains, des demi-lavements, des cataplasmes émollients sur le ventre et de l'opium. On donne celui-ci en pilules, sous forme d'extrait gommeux, à la dose de 7 à 15 centigrammes, ou bien en lavements, et alors on préfère le laudanum de Sydenham (10 gouttes, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures). Pringle cependant est d'avis de ne jamais traiter d'emblée aucun cas de dysenterie avec le laudanum, mais de débarrasser préalablement les voies digestives par la méthode évacuante. C'est une pratique excellente que je suis moi-même le plus communément. Je commence, en effet, le traitement par donner au malade un purgatif salin ou 15 à 20 grammes d'huile de ricin, et il arrive fréquemment que, sous cette influence, les selles changent promptement de nature, deviennent diarrhéiques et cessent d'être sanguinolentes; administré dans ces conditions, l'opium supprime promptement le flux intestinal. Cependant il est des cas où l'opium, donné d'emblée, arrête le flux dysentérique; c'est ce qui a lieu dans les dysenteries apyrétiques, accompagnées d'épreintes très-douloureuses, lorsque les selles sont plutôt muqueuses que sanglantes, et qu'il n'existe aucune complication saburrale.

Si la bouche est amère, s'il y a des vomituritions et les autres signes caractérisant un état bilieux, on devra tout d'abord prescrire un vomitif, et préférentiellement l'ipécacuanha, aux doses et de la manière que j'indiquerai plus bas. L'amélioration survenue, on devra surveiller le régime: ainsi on n'alimentera les individus que lorsque les coliques auront cessé et que les selles ne seront plus sanguinolentes; les malades s'astreindront à un régime sévère quelque temps encore après leur guérison, à cause de la facilité avec laquelle l'affection récidive.

Lorsqu'il existe une vive réaction fébrile, lorsque surtout le pouls offre beaucoup de force et d'ampleur, et que le sujet est jeune, on pourra recourir préalablement à la saignée générale, et appliquer aussi sur le ventre un plus ou moins grand nombre de sangsues. Cependant on procédera avec une extrême réserve, surtout lorsque la maladie est épidémique et qu'on pratique dans un climat très-chaud. Nos médecins militaires qui sont en Algérie savent combien les émissions sanguines générales et locales ont peu de prise sur la maladie. M. Haspel a tout récemment encore, dans son livre, proclamé l'insuccès et les dangers de cette médication.

Dans les dysenteries pyrétiques offrant un certain degré d'intensité, la méthode évacuante doit être préférée. Il est deux médicaments qui, pris isolément ou combinés, sont, en pareil cas, extrêmement utiles: je veux parler de l'ipécacuanha et du calomel.

L'ipécacuanha, si justement nommé *racine antidysentérique*, a été donné suivant diverses méthodes. Pringle le prescrivait à la dose de 25 centigrammes, et il réitérait celle-ci deux ou trois fois le même jour, jusqu'à ce qu'il eût provoqué un vomissement ou une selle, ce qui avait communément lieu après la troisième prise. D'autres ont donné l'ipéca à doses fractionnées (5 centigrammes toutes les heures ou toutes les deux heures), afin de ne produire que des nausées. De cette manière on augmente la transpiration, on provoque même la diaphorèse. M. Haspel dit que ce mode d'administration lui a surtout réussi pendant les hivers humides et froids. Un professeur distingué des écoles navales, M. Délioux, reconnaît que tous les modes d'administration de l'ipéca sont bons dans la dysenterie; mais il préfère cependant la décoction ou l'infusion. L'infusion est la méthode la plus ancienne; elle est populaire au Brésil; elle a été remise en honneur par plusieurs médecins de la marine, par Segond,

par MM. Souty et Délioux. L'ipéca, administré de la sorte, a communément des effets émétiques et purgatifs; mais ils ne sont pas nécessaires, et M. Délioux a prouvé qu'il était inutile de les exciter, car sans eux on guérit aussi vite et aussi sûrement (1).

Les médecins anglais qui exerçaient dans l'Inde avaient depuis longtemps reconnu et signalé les bons effets du calomel dans le traitement de la dysenterie; on les a longtemps, en France, accusés d'exagération, jusqu'à ce que nos médecins des armées de terre et de mer soient venus vérifier les résultats qu'ils annonçaient. *Pas de mercure, point de médecine*, disait Segond en parlant de la dysenterie de Cayenne; aujourd'hui aussi les médecins qui observent dans nos possessions d'Afrique vantent le calomel, à l'instar des médecins anglais. Je citerai M. Catteloup, M. Cambay, qui l'a employé sur plus de deux cents malades, et surtout M. Haspel. Ce médecin distingué dit qu'à l'aide du calomel donné à la dose de 1 à 2 grammes par jour, il a vu disparaître, avec une merveilleuse facilité, les dysenteries les plus graves. Les résultats ont été parfois si prompts, qu'ils lui ont paru miraculeux. C'est dans la forme bilieuse que le calomel est spécialement utile. Employé au début, M. Haspel a pu souvent arrêter brusquement la maladie. Le plus ordinairement pourtant, l'affection persiste, mais elle est enrayée, c'est-à-dire que les douleurs se calment et les selles ne sont plus que diarrhéiques.

On a parfois combiné le calomel et l'ipéca, on les a même parfois unis à l'opium, mais rien ne prouve que cette combinaison ait une supériorité marquée sur les autres méthodes (2).

Dans les dysenteries dites *malignes*, on devra employer le traitement indiqué plus haut; mais il faudra, en outre, obéir à certaines indications prédominantes. Rarement ici les antiphlogistiques seront utiles; lorsqu'ils seront impérieusement commandés, on ne devra en user qu'avec une extrême circonspection. Plus souvent la prostration des forces réclame l'emploi des toniques. Zimmermann croit aussi que l'ipécacuanha, donné dans ces conditions à des doses fractionnées, a l'avantage de soutenir les forces, opinion qui me semble insoutenable. C'est encore dans le même but et surtout pour avoir un effet puissamment révulsif, qu'on applique des vésicatoires. Enfin, le musc, le camphre, les bains et les affusions, serviront à combattre les accidents nerveux ataxiques. Mais malheureusement les secours de l'art échouent le plus souvent contre cette forme de la dysenterie.

On a encore préconisé contre la dysenterie une foule d'autres remèdes plus ou moins actifs; mais il n'en est aucun dont l'usage puisse être justifié par des succès assez nombreux; aussi croyons-nous qu'il est prudent de s'en abstenir: tels sont, en particulier, la noix vomique, l'acide nitreux, le tabac,

(1) On prend 2 à 8 grammes d'ipéca, sur lesquels on verse 200 à 300 grammes d'eau bouillante, qu'on laisse infuser dix à douze heures. Au bout de ce temps on décante et l'on jette sur le marc une nouvelle quantité d'eau bouillante qu'on laisse encore en contact pendant le même temps; on fait encore, suivant le même procédé, une troisième et même une quatrième infusion. On administre le médicament en une ou deux fois. Lorsqu'on emploie la décoction, on épuise l'ipéca, car on enlève du coup toute l'émétine: on a par conséquent un médicament beaucoup plus actif.

(2) Segond, MM. Monard et Délioux ont attaché une certaine importance à la composition suivante:

Ipécacuanha en poudre .....	40 centigr.
Calomel .....	20 —
Extrait d'opium .....	5 —
Sirop de nerprun .....	q. s.

Faire six pilules.

l'acétate de plomb, les chlorures, le sulfate de quinine. Ce dernier médicament n'est indiqué que lorsque la dysenterie revêt les caractères de la fièvre pernicieuse; dans ce cas, je l'ai vu aussi héroïque que dans les autres affections périodiques. Quelques médecins, notamment Segond, Mondière, MM. Sauerrotte et Bradier, ont encore vanté, de nos jours, l'administration de l'albumine à l'intérieur, en tisane (deux blancs d'œufs dans un litre d'eau sucrée), en potion (un ou deux blancs d'œufs dans une eau distillée de laitue ou de tilleul), en lavements (même quantité). Ce médicament paraît avoir été parfois utile : peut-être ne réussit-il qu'à titre d'émollient.

Lorsque, nonobstant le traitement, les accidents continuent, on a essayé de modifier topiquement la vitalité de la muqueuse intestinale par le nitrate d'argent. On l'a donné par la bouche et surtout en lavements. M. Empis a récemment encore expérimenté cette médication (1). L'azotate d'argent donné sous forme pilulaire à la dose de 40 centigrammes par jour, s'est montré très-efficace dans des cas très-graves et presque désespérés. Il a eu moins à se féliciter du lavement au nitrate d'argent. C'est pourtant sous cette forme que ce médicament est généralement administré (5 centigrammes pour les enfants, 50 centigrammes à 2 grammes pour les adultes). Donnés dans l'épidémie de Versailles de 1842, ces lavements ont sauvé, d'après MM. Masselot et Follet, plusieurs malades qui semblaient voués à une mort certaine. De tous les remèdes c'est celui qu'ils ont vu guérir les cas les plus désespérés (*Archives de 1843*). C'est également à titre de modificateur local que, dans ces derniers temps, M. Eimer, en Allemagne (2), et M. Délioux, en France, ont conseillé des lavements avec l'iode. Ce dernier injecte dans l'intestin un lavement composé, pour 200 à 250 grammes d'eau, de 10 à 30 grammes de teinture alcoolique d'iode et de 1 à 2 grammes d'iodure de potassium. Sur douze cas de dysenterie chronique mentionnés dans son travail, M. Délioux aurait amendé ou guéri dix fois l'affection intestinale; le remède échoua deux fois, mais sans aggraver les accidents. Administré comme il vient d'être dit, l'iode est rapidement absorbé, ainsi que le constate sa présence dans l'urine. Les injections iodées conviennent surtout dans la forme chronique de la maladie; mais malheureusement ce traitement doit échouer souvent, attendu qu'on ne peut guère atteindre et modifier que la lésion qui siège dans le rectum.

Pour le traitement de la dysenterie chronique, on suivra, en outre, les règles que nous avons tracées précédemment en parlant de l'entérite chronique. On pourra essayer contre elle les astringents, comme le ratanhia, le cachou; mais il faut être très-prudent dans leur emploi, car, donnés sans mesure par quelques médecins du dernier siècle, ils ont été la source d'une foule d'accidents (Zimmermann). C'est surtout dans cette forme de la maladie que le changement de lieu est utile.

On voit des malades qui, quoique guéris de la dysenterie, continuent néanmoins à être tourmentés par du ténesme; il faut alors chercher la cause de cet accident, qui peut dépendre d'une lésion du rectum, ou de la présence de scybales dans cet intestin. Quelquefois pourtant il n'existe aucune altération matérielle; il suffit alors d'administrer un laxatif doux pour triompher aussitôt de ce symptôme incommode, ainsi que je l'ai déjà constaté maintes fois.

Le régime doit être surveillé avec soin. On a généralement exagéré la diète. Elle est indiquée au début et pendant la période la plus aiguë, mais il faudra

(1) *Archives générales de médecine*, année 1861, n° de novembre.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, année 1852.

bientôt permettre quelques aliments légers (lait, bouillon, œufs). Dans la dysenterie chronique on a généralement de la tendance à supprimer la viande, pour ne permettre que des aliments demi-solides; mais cette prescription est trop absolue, car d'excellents praticiens, et Graves en tête, ont remarqué par contre que des dysenteries rebelles à toute médication avaient cédé à une alimentation plus substantielle, et surtout à l'usage de la viande. « Aujourd'hui, dit ce judicieux médecin, lorsque je suis appelé à traiter une dysenterie chronique, mon premier soin est de prescrire un régime animal. » (Voyez, pour complément, l'article *Entérite chronique*, p. 313.)

**Nature.** — La dysenterie est certainement une inflammation; il serait presque puéril de vouloir le prouver. Mais si l'on réfléchit à la nature de ses symptômes, aux lésions anatomiques qui la caractérisent, à quelques-unes de ses causes, à la possibilité de la contagion, on sera porté à classer cette maladie au nombre des phlegmasies spécifiques. Est-elle toujours primitive? Ne peut-elle pas souvent n'être qu'un effet d'une intoxication comparable à la lésion intestinale que l'injection des matières putrides dans les veines peut provoquer? Je le crois sans peine. La dysenterie n'est donc pas une maladie toujours identique avec elle-même; d'ailleurs eût-elle constamment la même origine, combien n'y a-t-il pas de circonstances individuelles ou extérieures qui peuvent en altérer la physionomie ou bien en modifier la marche? Mais cela n'autorise pas à regarder la dysenterie comme étant une maladie de cause toujours toxique, et c'est sans motifs aussi que quelques personnes ont tenté de la ranger dans la grande classe des pyrexies.

## INFLAMMATION DES ANNEXES DES ORGANES DIGESTIFS

### DES PAROTIDES

Dans le langage des pathologistes, le mot *parotide* sert à désigner un engorgement aigu, inflammatoire, de la glande parotide, qui survient communément dans la période d'accroissement ou vers le déclin de plusieurs maladies graves, comme la peste, le typhus d'Europe et d'Amérique, et, dans quelques cas, de fièvre typhoïde, de fièvre pernicieuse et de choléra.

On a distingué les parotides en *critiques* et en *acritiques*, suivant que leur apparition coïncidait avec une amélioration dans les symptômes principaux de la maladie, ou qu'elle était suivie, au contraire, d'une aggravation dans l'état général. Dans l'un et l'autre cas, la parotide constitue une affection essentiellement symptomatique. Il peut n'y avoir qu'une seule parotide; d'autres fois il s'en forme deux simultanément ou bien successivement.

**Symptômes.** — En général, l'engorgement débute par un petit noyau vers l'angle de la mâchoire ou sur un point quelconque de la région parotidienne, puis en quelques heures, ou bien en deux jours, la tumeur acquiert des proportions considérables; elle peut envahir une partie de la face et du cou: elle s'oppose alors non-seulement à l'écartement des mâchoires, mais souvent elle gêne la déglutition et même la circulation cérébrale par la compression qu'elle exerce sur les veines jugulaires. La tumeur dont nous parlons, souvent plus grosse que le poing d'un adulte, est rouge et parfois violacée; elle a quelquefois tous les caractères du phlegmon; ailleurs elle n'est ni dure, ni élastique, mais empâtée. Il est fort rare que ces tumeurs se résolvent; presque toujours elles sont suivies de suppuration, quelquefois de gangrène. La suppuration se