

1874. — PETER. Colique hépatique pseudo-gastralg. Journ. de méd. et de chirurg. prat., 1875. — G. SÉE. Dyspepsies gastro-int. Paris, 1881. — GRISOLLE, TROUSSEAU. Clinique médicale. — JACCOUD. Op. cit. — RAYMOND. Des dyspepsies. Th. d'agrégation, 1878.

## MALADIES DE L'INTESTIN

## ENTÉRITE.

L'entérite est l'inflammation catarrhale de la muqueuse intestinale. Elle est *aiguë* ou *chronique*. Elle peut coïncider avec le catarrhe de l'estomac (*gastro-entérite*), s'étendre à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin (entéro-colite), ou enfin se localiser dans une portion de l'intestin (duodénite, typhlite, rectite, etc.).

ÉTIOLOGIE. — L'entérite est une maladie de tous les âges, elle est fréquente surtout chez les enfants. Chez ceux-ci elle reconnaît pour causes principales : la dentition (Trousseau), l'alimentation par un lait de mauvaise qualité ou non en rapport avec leurs facultés digestives, le sevrage; chez l'adulte, sa cause la plus commune est également une alimentation excessive ou de mauvaise qualité : aliments gras ou altérés, fruits verts, viandes fumées, poissons gâtés, etc. Les purgatifs, les drastiques surtout, peuvent avoir une action identique; il en est de même des balsamiques et de certains narcotiques, colchique, ciguë, aconit, qui déterminent des gastro-entérites parfois très intenses. L'indigestion est souvent son point de départ.

Les affections locales de l'intestin, les polypes, le traumatisme et les corps étrangers, les vers intestinaux, les occlusions par torsion, invagination, matières fécales durcies, etc., peuvent donner naissance à une entérite limitée ou étendue. Les désordres des organes voisins peuvent agir de la même façon (rectite dans le cancer de l'utérus, etc.).

Les émotions morales vives, la joie, la peur, l'impression du froid, donnent lieu, par trouble de l'innervation vaso-motrice, à des diarrhées dans lesquelles une part revient toujours à l'inflammation. Les fièvres éruptives, les brûlures, l'érysipèle, toutes les affections cutanées qui intéressent une large portion du tégument externe provoquent quelquefois des entérites (1).

(1) On sait qu'en supprimant chez un animal les fonctions cutanées au moyen du *vernissage* on amène la production d'une diarrhée albumineuse (expériences de Fourcault et de Balbiani).

Nous avons signalé déjà les inflammations catarrhales du tube digestif par élimination à la surface de la muqueuse digestive de l'urée (Luton, Treitz, Lancereaux) chez les brightiques, de l'acide urique chez les goutteux. Les maladies dyscrasiques et les pyrexies, l'infection purulente, la tuberculose, les fièvres ataxo-adiynamiques, sont presque constamment accompagnées de catarrhe intestinal.

Enfin la stase veineuse dans le système de la veine porte, à la suite de maladies du foie, d'hémorroïdes, de lésions cardio-pulmonaires, est une source fréquente d'entérites.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Forme aiguë*. — Ici comme dans toutes les autres inflammations du tube digestif, l'hyperhémie, si elle est légère, peut ne pas laisser de traces après la mort; lorsqu'elle est plus intense, elle se traduit par une dilatation du réseau vasculaire sous forme de fines arborisations, par la tuméfaction et le ramollissement de la muqueuse. Souvent dans la portion de l'intestin qui est enflammée (généralement c'est le côlon ou la portion terminale de l'intestin grêle), on voit les glandes de Brünner, les plaques de Peyer et les follicules clos, entourés d'une auréole vasculaire, faire saillie à la surface de la muqueuse. Les follicules clos apparaissent comme des points noirs rappelant l'apparence d'une barbe fraîchement rasée (Smith), ou bien ils sont blanchâtres, confluent (psorentérie), comme si la muqueuse était parsemée de grains de sable (Habershon). Plus rarement on observe des exulcérations peu profondes à la surface intestinale, ou bien de petits orifices cratéri-formes qu'en considération de leur siège Rokitsky a dénommés *ulcères folliculaires*.

En même temps l'épithélium en se desquamant donne naissance à un mucus opaque et visqueux, parfois puriforme. Lorsque l'hyperhémie atteint son maximum d'intensité, elle donne naissance à des formations pseudohyméniques (Förster) qu'il ne faut pas confondre avec les plaques du *muquet* dont la présence a été constatée par M. Parrot jusque dans le gros intestin.

En général, le tissu sous-muqueux n'est pas atteint par la phlogose; cependant dans les formes intenses il peut s'infiltrer de sérosité; Becquerel a même signalé un cas d'infiltration purulente des tuniques du duodénum.

La séreuse péritonéale échappe le plus souvent à l'inflammation de voisinage; mais les ganglions mésentériques sont presque constamment hyperhémisés.

*Forme chronique*. — Elle atteint presque exclusivement le gros

intestin. La muqueuse offre une coloration peu intense, brune ou ardoisée; les glandes de Lieberkühn sont atrophiées par place ou, au contraire, deviennent kystiques; le tissu conjonctif hypertrophié donne naissance à certaines formes de polypes (*polypes-papilloglandulaires*) que l'on observe surtout dans le rectum. D'autres fois l'inflammation s'étend en profondeur et gagne la tunique musculaire et le tissu sous-séreux; suivant le cas, les tuniques intestinales sont ou épaissies ou amincies.

Les sécrétions sont notablement modifiées et consistent en un liquide abondant, grisâtre, puriforme, ou en mucosités gélatineuses souvent striées de sang.

L'ulcération est une des lésions les plus fréquentes de l'entérite chronique: son point de départ est le plus souvent dans les *follicules*. Ces ulcérations peuvent être étroites, sinueuses, superficielles, visibles seulement lorsqu'on regarde obliquement la muqueuse; d'autres fois elles se réunissent et causent en étendue et en profondeur de vastes pertes de substance. Toutes les formes d'ulcération sont donc possibles. Certaines maladies, tuberculose (1), variole, etc., prédisposent à cette forme d'*entéro-colite ulcéreuse*.

Dans l'entérite chronique de source urémique, les ulcérations de la muqueuse sont accompagnées de la présence de plaques gangréneuses disséminées qui indiquent promptement la nature du processus pathologique.

Dans quelques cas exceptionnels, notamment chez les enfants, l'autopsie ne révèle aucune lésion macroscopique (Bednar, Barthez et Rilliet, Förster).

Les ganglions mésentériques, parfois un peu augmentés de volume, sont sains le plus souvent. La dégénérescence graisseuse du foie est fréquente (Legendre).

DESCRIPTION. — Nous décrirons successivement l'*entérite aiguë*, l'*entérite cholériforme des enfants*, l'*entérite chronique*.

*Entérite aiguë*. — a. *Forme bénigne*. — L'entérite débute ordinairement avec brusquerie, sans autres phénomènes prodromiques qu'un peu d'anorexie, de difficulté dans les digestions, d'endolorissement du ventre. Cependant chez les enfants, aux symptômes abdominaux qui précèdent l'entérite, vomissements, diarrhée, vient se

(1) Ces ulcérations, surtout celles de la tuberculose, ont de la tendance à se développer dans un plan perpendiculaire à l'axe de l'intestin et à former des anneaux transversaux. On se rappelle que les ulcérations typhiques sont au contraire longitudinales.

joindre une fièvre plus ou moins accusée qui peut persister pendant toute la durée de la maladie.

Le premier symptôme est la *douleur*. Bien qu'elle puisse se localiser au niveau de la portion de l'intestin qui est atteinte par l'inflammation, la douleur se concentre ordinairement au pourtour de l'ombilic, d'où elle semble s'irradier dans le reste de l'abdomen sous forme de *coliques*, soit sourdes et contusives, soit aiguës et lancinantes; en général peu intense, elle augmente par la pression et se calme après les selles pour reparaître quelque temps après.

Les évacuations sont *diarrhéiques* dès le début, à moins toutefois que l'inflammation n'ait atteint que l'intestin grêle; d'abord composées de matières fécales, elles deviennent muqueuses ou séromuqueuses, se colorent en jaune ou en vert par la bile, et contiennent des débris épithéliaux, des fragments d'aliments mal digérés, des micro-organismes, parfois même un peu de sang. La lientérie est de règle chez les enfants. En même temps le ventre se météorise et devient *tympanique*: la palpation détermine des gargouillements et la percussion donne un son hydroaérique, indices de la présence d'un mélange de gaz et de liquides, que révèlent également de fréquents borborygmes.

Nous devons signaler ici les différences qui se produisent suivant la localisation de l'entérite. Dans la *duodénite* qui, malgré l'opinion de Broussais, s'accompagne ordinairement de catarrhe gastrique, on peut observer une réaction fébrile légère et de l'ictère; la *jéjunite* et l'*iléite* sont surtout caractérisées par les douleurs, la diarrhée pouvant manquer complètement; enfin les selles sanglantes et le ténésme n'existent que dans la *colite* et la *rectite*.

Quoi qu'il en soit de ces variétés de siège, l'entérite peut cesser complètement après quelques évacuations alvines: elle dure rarement plus de quatre à sept jours chez l'adulte, de dix à quinze jours chez l'enfant. Les douleurs disparaissent, le nombre des selles diminue, l'appétit revient, et il ne reste bientôt plus qu'un peu de faiblesse qui se dissipe rapidement. Chez les enfants, il y a constamment une perte de poids assez considérable (D'Espine et Picot).

Cette forme bénigne de l'entérite aiguë ne détermine pas de réaction générale marquée: la fièvre, quand elle existe, ne s'élève pas au-dessus de 38,5; la langue est légèrement saburrale et tend à rougir sur ses bords, surtout en approchant du terme de l'indisposition.

b. *Forme grave*. — La forme grave est rare chez l'adulte; fré-

quente, au contraire, chez les enfants. Chez ceux-ci, elle peut être *primitive*, c'est-à-dire dépendre de la dentition, d'une mauvaise alimentation, du sevrage, ou bien elle se produit *secondairement* dans le cours d'autres maladies : rougeole, bronchopneumonie, atrophie infantile.

Elle débute comme la forme bénigne, mais la réaction fébrile s'accuse davantage et atteint environ 39 degrés ; l'anorexie est complète, la langue rouge et sèche, le ventre se ballonne et se couvre parfois d'une éruption de taches rosées lenticulaires (Rilliet et Barthez). Les selles, très fréquentes, sont liquides, séro-muqueuses, colorées en brun ou en vert par la bile, ou demi solides et très fétides. Elles sont fortement acides et déterminent de l'érythème des fesses et des cuisses. La prostration des forces et l'amaigrissement sont rapides et très marqués : les yeux se creusent, les traits se tirent, et l'enfant, comme on l'a si bien dit, ressemble à un petit vieillard. Enfin les phénomènes cérébraux sont fréquents et revêtent tantôt la forme convulsive, tantôt la forme méningitique (Rilliet).

Malgré son apparence si grave, cette forme de l'entérite est rarement mortelle chez l'enfant si elle est primitive : la guérison survient du huitième au dixième jour. Lorsque, au contraire, elle est secondaire, la terminaison est le plus souvent fatale, surtout si l'enfant est toujours à la mamelle. Chez l'adulte, l'entérite aiguë est également bénigne, à moins qu'une maladie antérieure n'ait amené la débilitation du malade : on évitera de confondre l'entérite aiguë avec la fièvre typhoïde.

Le passage à l'état chronique a été observé quelquefois.

*Entérite cholériforme* (*cholérine, choléra infantum, choléra nostras, choléra simple*). — L'entérite suraiguë que l'on décrit sous ce nom est un symptôme commun au choléra infantile, sporadique, asiatique et aux empoisonnements par les narcotico-acres.

L'entérite cholériforme atteint les adultes et les enfants et se montre surtout pendant les grandes chaleurs. L'estomac participe toujours au catarrhe intestinal. La pathogénie de l'entérite cholériforme est à peu près inconnue ; il est probable cependant qu'il faut la rapporter à une paralysie vaso-motrice généralisée du sympathique abdominal.

Il est rare que l'entérite cholériforme soit précédée d'une période prémonitoire de troubles dyspeptiques ou d'entérite aiguë : elle débute en général très brusquement par des vomissements et de la

diarrhée. Les selles se décolorent très rapidement, deviennent *séreuses* et renferment souvent de petites concrétions épithéliales, blanchâtres ; les vomissements sont composés de matières semblables. La soif est très vive, l'urine se supprime, le sang se condense et le pouls devient filiforme et imperceptible ; les extrémités, la face se refroidissent et se cyanosent, la voix est cassée. L'amaigrissement, qui survient très rapidement, atteint le corps tout entier, mais est surtout marqué à la face qui prend un aspect sénile ou hippocratique ; chez l'enfant, on observe la dépression des fontanelles et le chevauchement des os du crâne. Cependant les douleurs et les coliques sont à peu près nulles.

Chez l'enfant on ne peut guère distinguer cet état du choléra véritable que par l'absence de crampes et de cyanose de la face ; chez l'adulte, où ces deux phénomènes se montrent, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; cependant l'absence de selles riziformes et de période réactionnelle ainsi que la non-épidémicité du mal suffisent en général au diagnostic.

Lorsque la terminaison est fatale, ce qui est la règle chez l'enfant, la mort survient du premier au quatrième jour au milieu des convulsions ou du collapsus. Chez l'adulte, la guérison est la règle, à moins toutefois que le malade ne se trouve dans de mauvaises conditions qui ne lui permettent pas de supporter l'énorme déperdition à laquelle il est soumis.

Lorsque la réaction s'établit, la chaleur revient aux membres, le pouls se relève, les vomissements cessent, les évacuations alvines deviennent moins fréquentes et se colorent à nouveau, la soif diminue à son tour. Habituellement c'est du cinquième au huitième jour que survient la guérison.

La convalescence est en général de courte durée, ce qui peut être attribué au caractère exclusivement séreux des évacuations et à l'absence de déperdition albumineuse.

*Entérite chronique*. — L'entérite ou entéro-colite chronique peut succéder à la forme aiguë ou se montrer chronique d'emblée. Dans ce dernier cas, c'est qu'elle est sous la dépendance d'une cause persistante : mauvais régime alimentaire, excès alcooliques, maladies du foie et de l'appareil cardio-pulmonaire, tuberculose, mal de Bright, arthritisme, atrophie de l'appareil glandulaire intestinal.

L'entéro-colite est une maladie apyrétique et peu douloureuse. Son symptôme le plus constant, parfois unique pendant un temps très long, est la *diarrhée*. Les malades ont par jour cinq à six selles

liquides, muqueuses ou séreuses (*diarrhées albumineuses*), plus ou moins colorées en jaune ou en vert, ordinairement très fétides. Le besoin de déféquer qu'une fatigue un peu prononcée ou une émotion un peu vive détermine facilement, se montre souvent aussitôt après le repas, et les selles contiennent une partie des aliments que le malade vient d'ingérer et qui n'ont pas subi de modifications (*lientérie*).

Quelquefois au milieu des matières glaireuses des évacuations, on observe des cylindres membraniformes ou pelotonnés; on a affaire alors à cette entérite *pseudo-membraneuse*, encore assez fréquente chez les névropathiques, et que nous ont bien fait connaître les travaux de Gendrin, Potain, Guyot et Syredey. Ainsi que Robin et Cornil l'ont constaté, il ne s'agit pas là de productions fibrineuses, mais de simples concrétions muqueuses, emprisonnant quelques leucocytes et quelques globules sanguins.

Chez certains malades, les hémorrhéïdaires et les goutteux en particulier, c'est au contraire la *constipation* qui est de règle dans l'entéro-colite chronique. L'intervalle qui sépare les selles est parfois considérable: il faut sans doute l'attribuer à l'absence de transsudation catarrhale et à l'inertie des intestins, l'hypersécrétion glandulaire existant seule (Jaccoud).

La douleur est peu intense; les coliques sont peu vives et ne se montrent que quelque temps avant les selles. Cependant une pression un peu forte réveille généralement une douleur assez vive sur le trajet du colon.

Pour peu que l'entérite chronique se prolonge, elle s'accompagne d'un amaigrissement et d'une consommation rapides: la prostration des forces peut être considérable; les malades pâlissent, leur peau devient sèche, râpeuse et prend une teinte terreuse. On voit souvent apparaître des troubles névropathiques, surtout chez la femme, et en particulier des points douloureux réflexes comme ceux que D. Crouzet a signalés dans la seconde enfance: ce sont surtout des névralgies *lombo-abdominales* et intercostales qui peuvent atteindre le crural, le sciatique et même le trijumeau. On doit évidemment rapprocher ces troubles nerveux de ceux que Beau a décrits chez les dyspeptiques.

Chez les enfants, il survient un coma particulier avec des convulsions et des cris aigus semblables à ceux de la méningite. Enfin le malade réduit au dernier degré du marasme est enlevé par la cachexie, qu'elle s'accompagne ou non d'anasarque, ou par une

affection intercurrente (pneumonie, thrombose des sinus chez les enfants).

Cette terminaison funeste est rare lorsque l'entérite n'est pas symptomatique d'un état lui-même incurable (tuberculose, urémie, cancer). Au bout d'un temps variable et après une série de rémissions et d'exacerbations, on voit les symptômes abdominaux s'amender, l'appétit renaître et les forces se rétablir.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés; mais le clinicien doit surtout s'appliquer à rechercher si la diarrhée est symptomatique. On conçoit en effet l'importance de la notion étiologique pour le pronostic et le traitement.

TRAITEMENT. — *Entérite aiguë*. — Le traitement de l'entérite aiguë bénigne est des plus simples: les évacuants unis à une diète légère, au repos, aux boissons mucilagineuses et à quelques applications émollientes sur l'abdomen, formeront la base de la médication. Si les coliques et la diarrhée persistaient, quelques gouttes de laudanum ou un peu de poudre de Dower suffiraient pour les faire disparaître.

Dans l'entérite aiguë à forme grave on aura recours aux mêmes moyens, mais d'une façon plus énergique. La diète sera plus sévère, le repos plus absolu. Les préparations opiacées administrées par la bouche ou le rectum sont celles qui conviennent le mieux pour arrêter la diarrhée et calmer les douleurs: on y joindra souvent avec avantage le sous-nitrate de bismuth, la craie préparée, la glace sur l'abdomen. Chez les enfants, West a conseillé les mercuriaux (calomel, mercure associé à la craie); mais Meigs et Pepper, D'Espine et Picot ne sont pas partisans de cette méthode; on a conseillé aussi l'ipécacuanha, l'acide chlorhydrique (Hénoch), le nitrate d'argent, mais ces méthodes ne sont point employées communément.

A. Luton préconise une méthode spéciale, qui d'ailleurs avait déjà été indiquée par Trousseau et à laquelle il attribue d'excellents résultats: c'est la *diète absolue avec de l'eau fraîche et filtrée à discrétion pour unique boisson*. Au bout de trois à cinq jours le malade est guéri.

Nous n'insisterons pas ici sur l'*indication causale* que le praticien doit toujours rechercher et sur laquelle nous reviendrons plus loin. Quant à l'alimentation durant la période de convalescence, elle devra surtout se composer d'aliments albuminoïdes dont la digestion se fera dans l'estomac, comme les œufs, la viande crue, le

lard. Chez les enfants le régime variera suivant la nature de l'allaitement : lorsque l'enfant est encore au sein, on réglera soigneusement ses repas et dans l'intervalle on lui donnera un peu de sirop de coings ou de décoction blanche de Sydenham. Dans le cas contraire, on cherchera à lui faire reprendre le sein, et, s'il est trop tard, on le mettra au lait de chèvre ou d'ânesse, coupé d'eau de chaux ou d'eau de Vichy. Si le lait est mal toléré, il faudra recourir aux bouillons de poulet, aux œufs, au vin de Malaga par petites cuillerées à café (Jaccoud).

La pepsine associée au bismuth ou aux alcalins (Parrot) donne souvent d'excellents résultats. Les enfants, d'ailleurs, supportent très bien aussi les boissons légèrement alcoolisées : thé au rhum, lait additionné de kirsch. Les frictions stimulantes ou les bains un peu excitants rendent aussi de grands services dans l'entérite des jeunes enfants.

*Entérite cholériforme.* — On prescrira la diète absolue, on bien on ne permettra que de très petites quantités de lait, de bouillon ou de vin glacés. La diarrhée sera combattue par l'opium et la glace à l'intérieur et sur l'abdomen. Si les préparations opiacées sont mal supportées à l'intérieur, on usera des injections hypodermiques de morphine qui donnent souvent les meilleurs résultats. Luton, malgré les dangers que tous les auteurs reconnaissent dans ce cas aux opiacés, a pu, même chez de très jeunes enfants, injecter 1 milligramme de morphine sans inconvénient. On pourra enfin employer les lavements à l'ipécacuanha (Choupe).

L'algidité et le collapsus seront énergiquement traités par les frictions stimulantes (linges chauds, sinapismes, etc.) et à l'intérieur par les alcooliques (potion de Tood, vin de Porto, élixir de Garus) et l'acétate d'ammoniaque.

*Entérite chronique.* — C'est ici surtout qu'il importe de rechercher l'indication causale. Des habitudes alcooliques, un mauvais régime diététique pourront parfois être écartés. Les maladies du cœur et du foie demandent l'emploi des drastiques et des sangsues à l'anus, qui agissent en diminuant la tension dans le système porte. Dans le mal de Bright, on cherchera à provoquer une diurèse abondante.

Le sous-nitrate de bismuth associé à l'opium, laudanum ou dia-scordium, sera employé contre la diarrhée. S'il ne réussit pas, on aura recours aux astringents : ratanhia, cachou, tannin, bois de campêche, colombo, etc. On a aussi recommandé les lavements d'ipéca-

cuanha (méthode brésilienne) et de nitrate d'argent, le perchlorure de fer, la noix vomique (Shoyer, Luton), les frictions d'huile de croton (Nonat), les vésicatoires sur l'abdomen. La constipation demande au contraire l'emploi des drastiques.

Le régime dans l'entérite chronique est de la plus haute importance. On réglera d'abord l'alimentation et on la réduira à des substances facilement assimilables par l'estomac : la viande crue mélangée à la gelée de groseille, au bouillon, à des œufs brouillés (Jaccoud), donne parfois des résultats remarquables. Il en est souvent de même du régime lacté exclusif. Les eaux gazeuses ou alcalines seront de précieux adjuvants, surtout celles de Carlsbad, Ems, Vichy, Plombières (Bottentuit).

Dans l'entérite pseudo-membraneuse le traitement par le charbon de Belloc et les eaux de Brides a souvent produit les meilleurs effets (B. Teissier).

LOUIS. Rech. anat. path., 1829. — BECQUEREL. Bull. de la Soc. anat., 1840. — TROUSSEAU. Journ. des conn. méd.-chir., 1841. — LEGENDRE. Rech. anat. path. et clin. sur quelques maladies de l'enfance. — BARTHEZ et RILLIET. Maladies des enfants, 1853. — RILLIET. Gaz. méd. de Paris, 1853. — TREITZ. Präger vierteljahrs., 1859. — LABOULBÈNE. Rech. clin. et anat. sur les affections pseudo-membraneuses, 1861. — Anat. pathol. — HENOCH. Beiträge zur Kinderheilkunde. Berlin, 1861. — NONAT. Rev. de thérap. méd.-chir., 1862. — SHOYER. Diarrhœa of nine years duration cured by Strychnin (Amer. Journ. of med. sc., 1866). — SIREDEY. Entérite pseudo-membraneuse. Soc. méd. des hôpitaux, 1863. — LANCEREAUX et LACKERBAUER. Atlas d'anat. pathol., 1869-1870. — SMITH. On the wasting Diseases of the Children. London, 1870. — PARROT. Note sur un cas de muguet du gros intestin (Arch. de phys., 1870). — GUENEAU DE MUSSY. Leçon sur la diarrhée chronique (Ua. méd., 1839, et Gaz. des hôp., 1872). — BOTTENTUIT. Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, 1873. — LUTON. Des séries morbides, th. de Paris, 1839. — Art. Intestins, in Nouv. Dict. de méd. et de ch., 1874. — CHOUPPE. Progrès médical, 1873, et Bull. de thérap., 1874. — MEIGS et PEPPER. A practical Treatise of the Diseases of the Children, 1874. — E. BERTIN. Art. Colon, in Dict. encycl., des sc. méd., 1877. — JACCOUD. Path. int. — TROUSSEAU. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 6<sup>e</sup> édit. — HABERSHON. On diseases of the Abdomen, 3<sup>e</sup> édit. London, 1873. — D. CROUZEL. Des points douloureux réflexes dans l'entéro-colite chronique chez les enfants. Th. de Paris, 1879. — D'ESPINE et PICOT. Manuel prat. des maladies de l'enfance, 2<sup>e</sup> éd., 1880. — L. LAVERAN. Art. Choléra, in Dict. encyc. des sc. méd.

## DYSENTERIE.

Synonymie : *Colita, tormina*, etc.

La dysenterie est une entéro-colite spécifique, caractérisée par une diarrhée liquide et sanguinolente avec ténésme et épreintes, par un état général grave et une grande tendance aux récidives.

La dysenterie a été connue et étudiée dès la plus haute antiquité. Hippocrate, Arétée, Galien, Celse, etc., et, après eux, les médecins

arabes et ceux du moyen âge l'ont décrite en englobant dans son histoire un certain nombre d'autres affections abdominales. C'est surtout depuis la fin du siècle dernier qu'on la connaît d'une façon complète, grâce aux travaux de Pringle, Zimmermann, Chomel, Gély, Masselot et Follet, Cambay, Haspel, Dutroulau, etc. L'anatomie pathologique n'a bien été étudiée que de nos jours, et entre autres travaux importants nous citerons ceux de Cornil et de Kelsch (1873).

La dysenterie est *aiguë* ou *chronique* : on l'observe à l'état *sporadique*, *épidémique* ou *endémique*.

**ÉTIOLOGIE.** — La dysenterie atteint tous les âges et tous les tempéraments ; elle est peut-être plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les émotions vives, la peur, les chagrins, la nostalgie, toutes les impressions morales dépressives, ont une grande influence sur sa production. Les étrangers résidant dans un pays où elle est endémique en sont généralement atteints, même lorsqu'ils sont acclimatés.

Les influences *cosmiques* sont très importantes à considérer. Bien qu'on l'observe sous toutes les latitudes, c'est surtout dans les pays tropicaux que la dysenterie règne endémiquement ou épidémiquement. Les changements brusques de température, aussi bien dans les pays chauds que dans les régions septentrionales, les grandes chaleurs dans les pays humides et marécageux, l'encombrement sur les vaisseaux, dans les bagnes, les prisons, les casernes, sont des causes prédisposantes très efficaces. L'époque de sa plus grande fréquence est la fin de l'été et l'automne. L'influence de la nature géologique du terrain n'est pas prouvée.

A ces causes il faut ajouter celles qui proviennent d'une mauvaise nourriture (aliments avariés ou indigestes, fruits verts), de l'abus des alcooliques, des boissons glacées, de l'ingestion excessive des eaux potables ou de leur mauvaise qualité (A. Falot, Gayme, etc.).

Les fatigues de toutes sortes, les maladies antérieures, choléra, fièvre jaune, scorbut, colite, favorisent l'apparition de la maladie. Parmi les causes prédisposantes, Virchow fait jouer un rôle tout spécial à la constipation qui favoriserait selon lui la décomposition des matières putrides dans l'intestin. Depuis longtemps on connaît l'influence réciproque des maladies du foie et de la dysenterie, et nombre d'auteurs les regardent comme dues à un miasme identique (Dutroulau) ; il existe également un rapport entre la dysenterie, le typhus et la fièvre intermittente (Boudin, Cambay).

La contagion de la dysenterie, dans le sens absolu du mot, n'est pas démontrée. Il n'en est pas moins vrai que les émanations provenant des déjections dysentériques sont susceptibles de répandre l'infection. Suivant Clowston, d'après le fait célèbre de l'épidémie de Cumberland, on peut évaluer à huit jours la durée de son incubation.

Les récidives de la forme aiguë sont fréquentes et donnent lieu le plus souvent à la forme chronique.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — *Dysenterie aiguë.* — Dans la forme *légère*, les lésions siègent surtout dans le rectum et à la fin du côlon (1) : elles consistent principalement en un boursoufflement très notable de la muqueuse qui est congestionnée, très rouge et qui présente parfois quelques ecchymoses. L'examen histologique montre les capillaires dilatés, les glandes de Lieberkühn allongées ou kystiques, les follicules clos tuméfiés, le tissu conjonctif sous-muqueux infiltré et épaissi. Vers le cinquième jour au plus tard, on voit apparaître les *ulcérations* ; qu'elles aient leur point de départ dans les follicules ou qu'elles résultent de l'infiltration phlegmoneuse du tissu sous-muqueux, ces ulcérations sont petites et taillées comme à l'emporte-pièce, rarement diffuses et irrégulières.

Dans la forme *grave*, on observe les mêmes lésions, mais plus étendues et plus profondes. La muqueuse est d'un rouge brunâtre ou ardoisée, très boursoufflée, ramollie. Les ulcérations, très étendues, sont précédées de la chute de vastes lambeaux de muqueuse gangrenée (Catteloup, Cambay) (2) : les ulcérations sont parfois si étendues, que c'est à peine s'il reste quelques plaques de la couche glanduleuse, apparaissant sous forme d'excroissances saillantes et grisâtres. Les parois des vaisseaux sanguins sont revenues à l'état embryonnaire (Cornil et Ranvier), et Kelsch a vu les lymphatiques obstrués par des cellules endothéliales. Toutes les tuniques de l'intestin sont ramollies et infiltrées de sérosité ou de sang.

*Dysenterie chronique.* — Ses lésions sont semblables à celles qu'on observe dans les diarrhées des pays chauds. La muqueuse est

(1) Le siège de prédilection des lésions varient d'ailleurs suivant les pays où l'on observe. En Algérie et aux Antilles elles prédominent dans le cæcum et diminuent ensuite progressivement (Dutroulau), tandis qu'en Égypte c'est au niveau du rectum qu'elles s'accroissent davantage (Pruner-Bey).

(2) On admet généralement aujourd'hui (Baly, Kelsch, Charcot) que ces lambeaux gangrenés sont le fait de mortifications partielles de la muqueuse, conséquence de la compression des vaisseaux nourriciers par l'exsudat sous-muqueux.

encore boursoufflée, d'une couleur violacée ou ardoisée, parsemée de kystes muqueux et d'ulcérations plus ou moins étendues.

Les glandes de Lieberkühn sont allongées, plus ou moins comprimées et atrophiées, ou même détruites en grande partie au niveau des ulcérations. C'est aussi sur les surfaces ulcérées que l'on voit à l'œil nu des dépressions folliculaires bien décrites et figurées par M. Cornil. Ces dépressions sphériques, tantôt uniques, tantôt à plusieurs loges, occupent la place des follicules clos qui ont été détruits, et viennent s'ouvrir à la surface de la muqueuse ulcérée par un orifice régulier assez étroit : la pression en fait facilement sourdre un mucus concret abondant que l'on a comparé à du frai de grenouille. Ces cavités folliculaires sont tapissées d'un épithélium cylindrique.

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

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

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

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

DESCRIPTION. — *Dysenterie aiguë*. — La forme légère de la dysenterie débute généralement sans prodromes, par des douleurs vives au niveau de l'S iliaque. Celles-ci sont fixes ou s'irradient le long du côlon et du rectum; la pression les exaspère. En même

temps les malades éprouvent des épreintes assez vives, et les évacuations alvines, peu abondantes, ne dépassant pas le nombre de dix à douze par jour, sont suivies de ténésme. Cette forme est apyrétique et ne donne lieu qu'à un peu d'état saburral des voies digestives supérieures. Observée à l'état sporadique dans nos contrées, elle dure environ cinq ou six jours, mais dans les pays chauds elle offre une grande tendance à récidiver et à passer à l'état chronique.

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

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

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

La prédominance de certains symptômes a fait décrire séparément un grand nombre de variétés: la *dysenterie ataxique*, accompagnée de délire, de soubresauts des tendons, etc.; la *dysenterie adynamique*, caractérisée par la prostration, le météorisme, les