

Formes associées de la dysenterie. — A. *Dysenterie et fièvre intermittente.* — On sait à quelles erreurs les faits que nous mentionnons ont donné lieu. L'association fréquente des deux maladies, l'aggravation de la dysenterie chez les sujets atteints par la malaria, la distribution géographique parfois identique des deux infections ont fait souvent décrire des exemples d'association morbide, comme s'il s'était agi d'une affection unique. Trousseau admettait la fièvre intermittente dysentérique, s'appuyant sur les recherches des observateurs les mieux placés de son époque, qui croyaient que les fièvres intermittentes, la dysenterie, les abcès du foie dépendaient tous trois de l'intoxication palustre.

Nous avons déjà vu (étiologie) que c'était là une erreur d'interprétation. S'il est vrai que la dysenterie et la malaria peuvent coexister, il est assuré maintenant que ce sont deux maladies absolument distinctes.

Ce qui est exact, c'est que les paludiques atteints de dysenterie sont singulièrement plus frappés par celle-ci.

Kelsch et Kiener croient que dans certains cas les deux maladies peuvent se rencontrer chez le même sujet, sans exercer l'une sur l'autre la moindre influence, chacune d'elles commençant et se terminant à une époque différente.

D'autres fois, et ceci est plus fréquent, les deux maladies s'aggravent à leur période d'état commune.

On a cité des faits infiniment rares où l'affection paludéenne, au lieu d'aggraver la dysenterie, paraissait en entraver l'évolution.

Enfin, certains cas bien intéressants peuvent se présenter, dans lesquels les deux maladies sont si unies entre elles qu'elles paraissent n'en faire qu'une.

B. *Le typhus* est souvent associé à la dysenterie (Pringle, Zimmermann).

C. L'association est fréquente avec la *fièvre typhoïde*. La dysenterie s'établit assez souvent chez les convalescents de fièvre typhoïde, et elle est alors extrêmement grave; les décès, dans les cas de ce genre, s'élèveraient au moins à 50 pour 100.

D. On trouve la description de l'association *du scorbut et de la dysenterie*. Cette forme hybride se trouve dans les cas où les causes des deux maladies sont réunies (camps, villes assiégées).

D'après Kelsch et Kiener, le scorbut aggrave, dans ces cas, les symptômes qui lui sont communs avec la dysenterie, tels que la tendance aux hémorragies et à l'adynamie, tandis qu'il atténue les symptômes dépendant de l'éréthisme du système nerveux.

E. Dans les Indes, en Cochinchine par exemple, on voit souvent coïncider, chez les mêmes malades, *la dysenterie et le choléra*.

Il faut cependant se méfier, dans des cas semblables, d'une erreur d'interprétation, trop facile à commettre.

Marche, durée, terminaison, pronostic de la dysenterie aiguë. — Il est facile de pressentir combien varieront la marche et la durée de la dysenterie aiguë. On ne peut donner que des chiffres moyens : la forme bénigne dans les climats tempérés peut durer seulement 8 à 10 jours après une semaine de diarrhée prémonitoire; la forme grave dans les mêmes contrées dure 20 à 25 jours.

Dans d'autres circonstances, dans les formes malignes des pays chauds, la mort peut arriver en 1, 2 ou 3 jours. Il est des cas, comme nous voyons, presque

foudroyants; et nous avons suffisamment insisté sur les différentes formes de la maladie pour connaître le degré de gravité de chacune d'elles.

Lorsque la maladie doit guérir, la chaleur périphérique reparait, la peau devient moite, la sécrétion urinaire se rétablit, la diarrhée tend à cesser. Une rectite dysentérique (dysenterie partielle de Hall) persiste assez longtemps.

Quelquefois la maladie passe à la forme chronique. Si elle va vers la mort, on voit cesser les douleurs du ventre; les selles deviennent de plus en plus fétides, les symptômes généraux d'adynamie et d'asphyxie s'exagèrent, et le malade meurt, gardant presque toujours son intelligence jusqu'à la fin.

Le pronostic est essentiellement variable et dépend surtout de la force de résistance du malade, et de la rapidité plus ou moins grande de la mise en œuvre d'un traitement approprié.

Mais ce qui aggrave le pronostic, et surtout le pronostic éloigné de la dysenterie aiguë, c'est la singulière tendance de l'affection aux rechutes et aux récidives.

Il n'est pas d'affection (Zimmermann) dont les rechutes soient plus fréquentes. Il suffit d'un écart d'alimentation, d'une impression de froid pour faire revenir la maladie, et plus grave qu'auparavant; les récidives constituent la règle.

Diagnostic de la dysenterie aiguë. — Le diagnostic de la dysenterie aiguë n'offre pas de difficultés.

Il faudrait le vouloir, pour la confondre avec des hémorroïdes internes à cause de l'écoulement sanguin qu'elles provoquent et du ténésme qui l'accompagne.

Dans les cas de dysenterie grave, algide, représentant cette forme classique, dite dysenterie cholériforme, on pourrait peut-être hésiter et penser au choléra.

Il suffit de se souvenir des caractères absolument différents des selles dans les deux affections pour éviter une semblable erreur.

Il faut signaler l'erreur possible avec l'entérite pseudo-membraneuse et la tuberculose rectale.

Dysenterie chronique : modes de début. — La forme chronique naît de différentes façons.

1° Elle peut succéder alors à l'une des formes graves ou bénignes de la forme aiguë, et surtout aux *récidives* de la dysenterie aiguë : on ne peut qu'approximativement préciser le moment où une dysenterie aiguë devient chronique : on admet un peu arbitrairement que c'est après 2 mois de la forme aiguë.

2° La maladie est chronique d'emblée : chez les paludéens, les scorbutiques, les cachectisés par l'âge ou la misère.

3° Dysenterie latente avec ulcères solitaires (Kelsch et Kiener). — La maladie est fruste au point de vue clinique, et n'est révélée que lorsqu'une maladie intercurrente ayant amené la mort, l'autopsie permet de constater l'existence d'ulcères torpides dans le cæcum et le colon. Les symptômes se bornent à quelques troubles intestinaux : constipation habituelle interrompue par des diarrhées transitoires, douleur sourde à la région cæcale.

Période d'état. — Les selles varient d'aspect : il y a ordinairement des alternatives de constipation, de diarrhée et d'état normal. Généralement il n'y a pas de sang dans les évacuations, à moins que l'état chronique ne soit entrecoupé d'une poussée aiguë; presque toujours les selles de l'état chronique sont bru-

nâtres, quelquefois purulentes, souvent aussi lientériques, composées de matières alimentaires à peine altérées.

Le malade a encore des besoins incessants, mais non accompagnés d'épreintes ni de ténésme. Les seules douleurs sont dues à l'inflammation ulcéreuse de l'anūs. Généralement les troubles dyspeptiques concomitants sont très accentués.

L'appétit n'est pas aboli; souvent même il est exagéré : les digestions sont lentes, les repas amènent presque toujours une recrudescence de la diarrhée.

La langue est rouge, fendillée, saignante; les gencives saignent aussi, l'haleine est fétide. L'abdomen est parfois douloureux à la pression exercée sur le trajet du cōlon. Les urines sont ou supprimées, ou transformées en un mélange de pus et de mucus.

Les symptômes généraux sont graves, et il en est un qui domine tous les autres : c'est l'amaigrissement.

La maigreur est considérable. Le malade, arrivé à un véritable état squelettique, est confiné au lit, en proie à une extrême faiblesse. La paroi abdominale semble collée à la colonne vertébrale. Cette forme de dysenterie est apyrétique; même la température tend à s'abaisser au-dessous de la normale. La circulation périphérique est amoindrie, le pouls petit, le cœur mou. La peau est sèche, rugueuse. Vers la fin, des ulcérations se produisent presque partout, à la cornée, dans la bouche, la gorge; des escarres se forment au sacrum, aux coudes. Ce n'est que près de la mort que le malade présente des troubles intellectuels.

Souvent aussi, à cette période, on voit se manifester des œdèmes des membres inférieurs.

En 1860, L. Colin a décrit, dans les cas mortels, des sugillations rouges ou violacées, de forme ponctuée ou arborescente, ne disparaissant pas à la pression, et se produisant surtout à l'épigastre et aux alentours; ecchymoses résultant sans doute d'un arrêt local de circulation, peut-être de la rupture de quelques rameaux vasculaires consécutivement à l'atrophie de leurs parois.

Le pronostic de la dysenterie chronique est d'une gravité exceptionnelle, on compte au moins 80 décès sur 100 malades. La mort est à la fois la conséquence des lésions du gros intestin, et des lésions de l'intestin grêle qui sont venues se joindre aux premières; l'intestin grêle est atrophié, de sorte que les aliments ingérés trouvent la muqueuse dépourvue de toutes ses aptitudes fonctionnelles, et qu'ils traversent l'intestin comme un tube inerte sans être modifiés, et sont finalement éliminés sous forme de selles lientériques qui « marquent toujours la dernière période de la vie de ces malheureux ».

Diagnostic de la dysenterie chronique. — Le diagnostic de la dysenterie chronique offre parfois certaines difficultés.

Il faut craindre de la confondre avec la diarrhée chronique de Cochinchine.

Dans cette forme de diarrhée chronique, on ne trouve ni selles sanglantes ni ténésme, les déjections sont muqueuses ou même bilieuses, et la marche de la maladie n'est pas entrecoupée par des phases aiguës comme dans la dysenterie.

Il n'y a guère d'erreur possible entre la dysenterie et le cancer du rectum. L'examen physique et les conditions étiologiques accessoires feront éviter une semblable hésitation. L'entérite tuberculeuse a pour se caractériser : l'envahissement tuberculeux des autres organes, l'infiltration, l'exsudation du péritoine, les sueurs, les bacilles dans les crachats.

Complications de la dysenterie. — La complication typique de la dysenterie est l'abcès du foie. Son étude sera faite en un autre endroit du *Traité de médecine*, nous ne faisons que la signaler ici.

La perforation intestinale et la péritonite aiguë viennent parfois compliquer la maladie et en abrégier encore la durée.

Le plus souvent la perforation se fait alors que la péritonite était déjà depuis longtemps organisée, et l'intestin s'ouvre dans une poche limitée par des adhérences anciennes. La complication est dans ce cas un accident purement local et de gravité moindre.

Il n'en est pas de même lorsque des adhérences n'existent pas encore, car une péritonite aiguë, généralisée, éclate, qui entraîne constamment la mort.

On observe souvent dans le cours de la dysenterie des hémorragies intestinales. Elles caractérisent une des formes de l'affection et sont souvent mortelles.

Les *hydropisies* ont été signalées il y a longtemps : Catteloup, Cambay ont décrit dans la convalescence des dysenteries graves, une anasarque considérable. D'après Kelsch, cet accident serait exceptionnel dans la forme aiguë, et ne se produirait que tardivement dans la dysenterie chronique. Il est probable que cet œdème peut être mis sur le compte soit de l'affaiblissement du cœur, soit d'une néphrite chronique concomitante.

Les *paralysies* ont été citées par presque tous les auteurs, elles sont encore très peu connues pourtant. On a noté tous les modes paralytiques : la paralysie du mouvement seule, la paralysie de la sensibilité concomitante; tantôt les membres inférieurs sont pris, tantôt la paralysie est progressive et envahissante.

On a observé deux fois le ramollissement partiel de la moelle.

Ce qui paraît certain, c'est que cet accident se produit surtout dans les dysenteries malignes. On a vu la paraplégie douloureuse succéder à des phénomènes nerveux liés manifestement à la dysenterie, comme les coliques, le ténésme, les névralgies. D'autres fois, elles s'établissent dans la convalescence d'une dysenterie aiguë; comme le font les accidents de même nature dans d'autres maladies infectieuses.

Il faut signaler encore, comme possibles, les cicatrices de l'intestin : complication tardive qui peut déterminer un rétrécissement intestinal, et les symptômes de l'occlusion de l'intestin.

Anatomie pathologique. Dysenterie aiguë. — Il y a dans la dysenterie aiguë deux sortes de lésions; les unes sont diffuses, étendues, inflammatoires, plus ou moins marquées suivant l'intensité du processus infectieux; les autres sont particulières à la dysenterie : ce sont des ulcérations qui diffèrent d'aspect et d'étendue suivant l'acuité, la gravité ou la forme de la maladie.

Les lésions intestinales de la dysenterie ont un siège particulier; généralement, elles commencent à la valvule iléo-cæcale, sur la face inférieure de cette valvule, et prédominent 1^o dans le cæcum et le cōlon ascendant; 2^o dans l'S iliaque et le rectum, laissant presque intact parfois le cōlon transverse.

L'intestin à ses parois épaissies, son calibre réduit d'une façon souvent assez considérable.

Sa cavité renferme des matières liquides muco-sanglantes ou bilieuses, striées de sang, qui rappellent les évacuations de cette période. Lorsque l'intestin est