

On trouve dans cette forme anatomique de la dysenterie le même mécanisme que dans la forme précédente, à savoir :

1° *L'escarre gangreneuse.* — Plaque proéminente à la surface de l'intestin, molle, humide, reposant sur une base œdémateuse. Sa couleur est parfois pâle ou gris jaunâtre, d'autres fois elle est rouge brun; au centre, elle est noire.

Cette plaque de sphacèle intéresse la muqueuse et la sous-muqueuse, puis elle s'étend de proche en proche, produit des décollements parfois énormes, ou bien, gagnant en profondeur, elle aboutit à la perforation.

2° *L'ulcération* qui résulte du détachement de l'escarre.

3° *La cicatrisation.* — Les ulcérations peuvent guérir, puisque cette forme de dysenterie gangreneuse comporte des cas de guérison.

Dans les portions de la muqueuse conservées on retrouve les glandes de Lieberkuhn avec leurs cellules cylindriques; mais ces glandes sont déformées, déviées, ici comprimées, là distendues. Les vaisseaux sanguins qui entourent ces glandes sont très distendus et gorgés de sang (Cornil et Ranvier). Autour d'eux, le tissu conjonctif contient des cellules lymphatiques et de nombreux filaments de fibrine. Le tissu conjonctif sous-glandulaire qui forme le fond des ulcères est infiltré par un exsudat inflammatoire, composé de cellules rondes et de fibrine, les vaisseaux sont très dilatés, remplis de sang, et leurs parois sont revenues à l'état embryonnaire.

Les vaisseaux lymphatiques contiennent des cellules endothéliales très volumineuses. Le tissu cellulaire sous-muqueux est le siège d'un véritable phlegmon. Il a doublé ou triplé d'épaisseur, et au-dessous des glandes sa surface est transformée en un lac de pus (Cornil et Ranvier) qui isole la couche glanduleuse et rend sa destruction inévitable. C'est alors que l'on peut voir des malades évacuer, avec les selles, des fragments considérables de la muqueuse, soit en lambeaux, soit en cylindres de plusieurs centimètres d'épaisseur.

Dysenterie chronique. — Le gros intestin est épaissi, les parois sont indurées, crient sous le scalpel comme le fait un tissu lardacé que l'on coupe. Il y a parfois, à côté de cette induration, des points de la paroi qui se déchirent à la moindre traction (dysenterie aiguë compliquant une dysenterie chronique).

Le gros intestin est raccourci, d'un calibre moindre, il ressemble (Catteloup) à un tube uni, cylindrique; à l'intérieur, il se présente avec une coloration grise, noirâtre souvent, assez caractéristique de la dysenterie chronique; quelquefois, la surface est très rouge sur les parties saillantes situées au bord des dépressions qui simulent au premier abord des ulcérations. Dans certaines de ces dépressions, en effet, là où l'on croirait par l'examen à l'œil nu qu'il s'agit de véritables pertes de substance, on trouve les glandes de Lieberkuhn conservées; le relief des parties voisines, dû tout simplement au bourgeonnement du tissu cellulo-vasculaire qui sépare les glandes allongées elles-mêmes, simule seul des ulcérations.

Dans d'autres points, cette surface interne est lisse souvent, avec par places des ulcérations régulières et petites, ou des ulcères irréguliers, ou bien elle est rugueuse, végétante, comme une écorce.

Ces ulcérations siègent au niveau des follicules clos détruits. Ces lésions sont inégalement réparties dans les divers segments de l'intestin.

Il y a des segments sains, à côté de places véritablement rongées par des ulcères confluents; puis ces lésions sont à tous les âges de leur développement. Ici, c'est une escarre récente à côté d'ulcères en voie de progrès ou de réparation; là, ce sont des cicatrices; d'où l'on peut induire « que l'éruption intestinale s'est faite par poussées successives, et que la marche de la dysenterie chronique, comme l'indique la clinique, est plutôt paroxystique que continue »; généralement, les lésions marchent en descendant l'intestin; les plus anciennes siègent vers le cæcum, les plus récentes à la fin de l'S iliaque et le rectum.

La coupe de la muqueuse, comprenant à la fois le bord des ulcères, les ulcères eux-mêmes et les cavités pleines de mucus, montre les détails suivants (Cornil et Ranvier):

Dans les parties tuméfiées, situées entre les ulcérations, les glandes de Lieberkuhn apparaissent très longues et très volumineuses; elles sont séparées par du tissu conjonctif plein de vaisseaux dilatés.

Au-dessous de la couche glandulaire, la couche musculieuse superficielle de la muqueuse est normale.

Au niveau des parties ulcérées et déprimées, la surface de la muqueuse ne présente plus que des vestiges des glandes en tube. Celles-ci sont réduites, à leur partie inférieure, aux $\frac{3}{4}$ environ de leur longueur, et peuvent complètement manquer par places. Les culs-de-sac, appartenant à ces glandes en tube en grande partie détruites, contiennent des cellules cylindriques, cupuliformes. Ils sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif infiltré de cellules lymphatiques et qui se continue avec le tissu conjonctif également altéré de la couche sous-glandulaire. Dans les points où les glandes en tube n'existent plus, le tissu conjonctif en rapport avec le contenu intestinal ne paraît pas revêtu de cellules épithéliales.

Au niveau des parties ulcérées, les dépressions folliculaires ou pertes de substance visibles à l'œil nu viennent s'ouvrir. De forme généralement elliptique ou sphérique, leur grand diamètre est parallèle à la surface de la muqueuse. La couche musculieuse de la muqueuse est interrompue à leur goulot. Il y a soit une cavité unique, soit une cavité formée de plusieurs loges; séparées entre elles par des tractus fibreux, les cavités sont remplies de mucus.

La paroi des cavités est formée par du tissu conjonctif entre les faisceaux duquel il existe des cellules connectives devenues turgides. Le tissu conjonctif qui entoure les cavités est infiltré de cellules lymphatiques dans une zone plus ou moins étendue. A ce niveau, les glandes en tube ont disparu ou sont réduites à leur cul-de-sac, ou bien elles sont hypertrophiées et dilatées de telle sorte que leur extrémité inférieure, remplie de cellules cylindriques, se divise en 2 ou 5 bourgeons. Cornil et Ranvier admettent que les cavités pleines de mucus occupent ordinairement la place des follicules clos détruits.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Le diagnostic anatomique peut présenter des difficultés avec les colites ulcéreuses dysentériques, décrites par M. Letulle (*Presse méd.*, 29 mars 1899). La dysenterie aiguë devra être distinguée des *ulcérations typhiques* qui quelquefois sont localisées exclusivement au côlon (*colo-typhoïde*), des ulcérations dues à des *embolies par endocardite ou pyhémie*, enfin des *ulcérations causées par l'obstruction intestinale*

chronique. Quant aux lésions de la dysenterie chronique, elles ne pourraient être confondues qu'avec les lésions tuberculeuses.

Lésions voisines concomitantes. — Les lésions des autres organes sont généralement de moindre importance (nous exceptons les abcès du foie, qui seront étudiés dans une autre partie de l'ouvrage).

Le péritoine peut être complètement sain; il est quelquefois altéré, et de façons diverses, ou bien il est hyperémié, en totalité ou par places, ou bien, et ceci existe surtout dans la dysenterie chronique, on constate les vestiges d'une péritonite aiguë suppurée, et ceci est très commun dans la dysenterie gangreneuse; parfois, on se trouve devant une péritonite partielle plus ou moins intense; il se produit une perforation, et, à sa suite, soit une poche péritonéale purulente enkystée, soit une péritonite septique généralisée.

Les ganglions lymphatiques du mésentère sont presque toujours tuméfiés, rouges.

Le foie est souvent altéré. Dans les cas de dysenterie gangreneuse, il y a presque toujours dégénérescence graisseuse des cellules, et lorsque l'on a affaire à une dysenterie chronique, il n'est pas rare de rencontrer une atrophie du foie assez considérable.

La rate ne présente pas d'altérations appréciables; il est rare qu'on y trouve des infarctus.

Les reins sont fréquemment malades. Dans les formes aiguës, graves, les reins, volumineux, congestionnés, présentent les caractères de la néphrite diffuse commune aux maladies infectieuses aiguës.

Les poumons sont fréquemment congestionnés aux bases. Dans la dysenterie chronique, les poumons sont souvent atrophiés et emphysémateux. Le cœur est ordinairement petit, atrophié. On n'a rencontré aucune lésion notable des valvules ou de la fibre musculaire.

On a signalé, dans quelques cas de dysenterie chronique, de l'hydrothorax, de l'hydropéricarde, de l'ascite, en même temps que l'infiltration des membres inférieurs.

Parfois, dans les formes pyohémiques et septicémiques, on a vu se développer de la pleurésie, de la péricardite, de la parotidite, du noma, de l'érysipèle et des lésions de décubitus. On a vu aussi des thromboses vasculaires avec gangrène consécutive du membre.

Traitement de la dysenterie. — 1° **Traitement prophylactique.** — La dysenterie est une maladie infectieuse, contagieuse, épidémique. La prophylaxie doit être multiple et s'adresser à chacun de ces trois éléments.

a. Éviter l'infection. — Nous avons vu le rôle considérable des eaux de boisson comme moyen d'infection; c'est un premier danger qu'il faut éviter. Pour cela, la filtration des eaux et surtout l'ébullition s'imposent dans toutes les localités où la dysenterie règne normalement; l'ébullition de l'eau paraît être la raison principale de l'immunité acquise par les voyageurs, qui, traversant des pays insalubres, ne boivent l'eau qu'après l'avoir fait bouillir.

Le régime alimentaire doit de même être surveillé: exclure les aliments indigestes, biscuit, lard salé.

Il est important, et les médecins militaires insistent beaucoup sur ce point,

de protéger les soldats contre les brusques changements de température, contre le froid de la nuit. L'infection par le sol et les matières fécales devra être soigneusement évitée; la suppression de tous les foyers putrides locaux devra être absolue.

b. Éviter la contagion. — Évacuer les malades; la dysenterie est souvent moins grave lorsque le malade change de climat et vient dans un climat tempéré.

Lorsque les malades sont nombreux, dans les hôpitaux, par exemple, il faudra soigneusement désinfecter les vases, les linges souillés.

Le régime alimentaire des dysentériques sera très réglé.

Il faut rejeter de l'alimentation les légumes aqueux ou farineux, les viandes chargées de graisse, la viande de porc.

Les œufs et le lait feront surtout les frais du régime alimentaire.

Le régime lacté absolu s'impose dans la dysenterie chronique.

2° **Traitement curatif.** — Les traitements de la dysenterie ont singulièrement varié, suivant les opinions émises sur la nature de la maladie.

Les uns conseillaient les antiphlogistiques, considérant la maladie comme appartenant exclusivement aux phlegmasies, et l'on ne saurait imaginer le nombre de saignées pratiquées, dans la dysenterie, par les adeptes de la doctrine de Broussais; les autres, n'ayant en vue que la douleur, cherchaient à la combattre en employant seulement les calmants: à la tête de ces médicaments on plaçait naturellement l'opium. Or, s'il n'est pas nuisible, il est au moins inutile, ainsi d'ailleurs que le diascordium, la thériaque, les solanées.

D'autres encore conseillent une médication antidiarrhéique pour s'opposer à la multiplicité des garde-robes. Or, il ne s'agit pas ici d'une diarrhée ordinaire, et l'emploi des astringents, des poudres inertes, n'est que d'un médiocre secours.

D'autres enfin proposent une médication substitutive ou évacuante, permettant d'amener l'écoulement de la bile, et se servent uniquement des purgatifs.

C'est la thérapeutique rationnelle de la dysenterie.

Il faut faire choix parmi les purgatifs. D'abord, il importe d'éviter les drastiques ayant une action irritante sur la muqueuse; on n'a à sa disposition que les purgatifs doux, salins et cholagogues (Dujardin-Beaumetz). Parmi les premiers on a vanté la manne et le tamarin. Ils sont de peu d'action et inférieurs aux cholagogues.

Le *calomel* est surtout préconisé, on l'administre de deux façons: à doses massives, 50 centigrammes à 1 gramme, ou bien à doses fractionnées, 20 à 50 centigrammes par paquets de 25 milligrammes, toutes les heures.

Le médicament par excellence de la dysenterie est l'*ipéca*, il joue dans cette maladie le même rôle que le quinquina dans la fièvre intermittente.

Il faut administrer l'*ipéca* suivant la méthode brésilienne.

« On prend 8 grammes d'*ipéca* concassé; on les met infuser dans 200 grammes d'eau, on filtre, et on administre par cuillerée à bouche ces 200 grammes, le 1^{er} jour; le 2^e jour, on reprend les 8 grammes qui ont servi et on les fait infuser de nouveau dans 200 grammes d'eau, on décante une deuxième fois et on prend cette infusion le 2^e jour; le 3^e jour, toujours sur les 8 grammes, on verse 200 grammes d'eau bouillante, on ne décante pas, on mélange la racine d'*ipéca*

avec le liquide, et le tout est pris par cuillerée à bouche. » (Dujardin-Beaumetz.)

Si les garde-robes ne sont pas modifiées, on recommence cette série jusqu'à ce que la bile paraisse dans les garde-robes.

Cette méthode est compliquée, on lui préfère souvent celle de Delieux de Savignac.

Poudre d'ipéca, 4 grammes; faites bouillir 5 minutes dans l'eau, 500 grammes; filtrez et ajoutez :

Sirop d'opium, 50 grammes.

Hydrolat de cannelle, 50 grammes.

Cette potion est administrée par cuillerée à bouche d'heure en heure.

La potion doit être prise dans les 24 heures dans les cas de dysenterie grave; on a proposé de substituer à l'ipéca une plante aujourd'hui commune en France, l'*ailante glanduleux* ou *vernis du Japon*. On utilise la racine de la façon suivante :

Pilez 20 à 48 grammes de racine fraîche dans un mortier avec 5 cuillerées d'eau, puis exprimez le tout à travers un linge.

A prendre par cuillerée à soupe.

En outre, le malade devra être stimulé par tous les moyens possibles.

Le quinquina, la cannelle sont appropriés à ce but.

Les lavements seront très utilement employés. Premier lavement astringent à l'extrait de Saturne (renfermant 5 à 5 grammes pour 250 grammes d'eau).

Trousseau employait beaucoup le lavement au nitrate d'argent.

On administre le lavement à la dose de 5 à 10 centigrammes pour 120 grammes d'eau, aux enfants; à la dose de 25 à 50 centigrammes pour 200 grammes, aux adultes.

Bosc et Vedel (*Presse méd.*, 25 juin 1897) ont traité des dysenteries graves par des injections intra-veineuses d'eau salée. La première injection doit être précoce et suivie d'un nombre plus ou moins grand d'autres, non seulement jusqu'à une amélioration persistante des phénomènes généraux, mais jusqu'à ce que l'état local entre franchement en bonne voie. Il n'y a pas de contre-indication mais on devra être réservé sur la quantité et surtout la vitesse. Bosc et Vedel injectaient chaque fois de 1000 à 1800 centimètres cubes avec une vitesse de 50 à 100 centimètres cubes par minute.

CHAPITRE IX

HÉMORRAGIES INTESTINALES

Symptôme. — Le seul symptôme de l'hémorragie intestinale est, à vrai dire, la présence du sang dans les garde-robes, et ce symptôme manque souvent, lorsque l'hémorragie se produit chez un sujet déjà longuement épuisé par une affection antérieure; le sang demeure dans l'intestin. Rien n'est donc plus variable, plus mobile, que le tableau symptomatique des hémorragies intestinales; il est lié, dans ses aspects divers, à la symptomatologie même des causes qui l'engendrent.

Lorsque le sang n'est pas évacué avec les selles, l'entérorragie n'a d'autres symptômes que ceux qui caractérisent toute hémorragie interne. Subitement, le malade pâlit, sa face se couvre d'une pâleur de cadavre, le regard, obnubilé, se voile, s'obscurcit, la peau devient froide; le pouls, ralenti, est à peine sensible. Puis, viennent des tintements d'oreille, des nausées, des vomissements, des vertiges, des syncopes..., tous symptômes qui accompagnent les pertes considérables de sang. Dans ce cas, le véritable siège de l'hémorragie ne peut qu'être pressenti par l'examen détaillé des autres symptômes morbides.

Lorsque le sang est évacué, il se présente sous différents aspects.

Quand la perte est abondante, le sang s'échappe rutilant, sous forme de caillots mêlés à du sang liquide, et en peu de temps le malade est comme baigné dans son évacuation. Ces grandes hémorragies sont surtout observées dans les cas où une ulcération, de quelque nature qu'elle soit, ouvre un vaisseau d'un certain calibre.

Quand l'écoulement est peu abondant, le sang n'est pas immédiatement rendu, il séjourne plus ou moins longtemps dans l'intestin, y subit l'action des sécrétions intestinales, et devient noirâtre. C'est le véritable *melæna*.

Quand le sang est épanché en très petite quantité, il se mêle aux matières fécales qu'il colore en noir, et prend l'aspect du goudron.

A l'examen microscopique des selles sanguinolentes, on trouve les globules rouges, les uns modifiés, les autres gonflés, en partie décolorés et en cours de destruction ou détruits complètement. Les corpuscules sanguins se transforment après peu de jours en masses d'hémoglobine plus ou moins volumineuses (Eichhorst).

D'après Nothnagel, l'examen microscopique des matières fécales fournit des signes qui peuvent faire prévoir une hémorragie intestinale ultérieure. Dans les affections typhiques, il a trouvé que déjà douze à trente-six heures avant une hémorragie intestinale considérable, le microscope montrait de petites parcelles de sang dans les matières. La probabilité d'une entérorragie veineuse est plus grande encore lorsqu'on peut, à l'œil nu, apercevoir des stries sanguines dans celles-ci.

L'examen physique du ventre doit être pratiqué avec la plus grande précaution, parce que toute pression trop violente de la paroi abdominale et un mouvement imprudent pourraient provoquer ou rappeler l'hémorragie.

Lorsque l'hémorragie reste interne, on peut observer de la matité abdominale; cela ne se constate que lorsque l'accumulation du sang dans l'intestin a pris des proportions considérables.

Parfois on voit survenir, après une hémorragie, de l'œdème et même une albuminurie légère, passagère, phénomènes que l'on doit attribuer à l'état anémique grave qui en résulte.

Chez les nouveau-nés, l'hémorragie intestinale est tout à fait spéciale et mérite une mention particulière.

Si elle ne peut très souvent être rapportée à une cause univoque, elle est bien connue dans ses caractères objectifs.

Souvent, elle est précédée de prodromes: pâleur de la peau, chute de la température, ralentissement du pouls, dépression des fontanelles et apathie croissante; signes d'hémorragie interne; puis, les selles sanglantes apparaissent quelquefois précédées d'hématémèse. C'est du sang, de coloration variable, foncé ou clair, s'écoulant parfois assez abondamment pour imbiber les langes;