

LEÇON SUR LES MALADIES DU GROS INTESTIN ET EN PARTICULIER SUR LES AFFECTIONS DYSENTÉRIFORMES.

(Leçon recueillie et rédigée par M. Marfan, 1881.)

Le médecin qui se livre à l'étude des états morbides de l'intestin ne tarde pas à être frappé de l'inutilité de ses efforts en ce qui touche l'intestin grêle, et finit par concentrer toute son attention sur les affections du gros intestin.

Au lit du malade, en effet, l'intestin grêle reste un véritable mystère : le médecin n'a à sa disposition aucun moyen pour juger les modifications dont il peut être le siège. Il échappe à la palpation; la percussion donne des résultats si mobiles, si fugaces, si incertains qu'on ne peut leur accorder la moindre confiance. La sensibilité même pathologique de l'intestin grêle est encore à démontrer; en sorte qu'on se trouve dans l'impossibilité de résoudre les problèmes cliniques les plus élémentaires et les plus indispensables. Ainsi, étant donné un tympanisme abdominal, on ne peut savoir dans quelle mesure l'intestin grêle prend part à sa production ou même simplement s'il y prend part: Aux prises avec une diarrhée, on est impuissant à déterminer si son origine est dans l'intestin grêle. A l'amphithéâtre, l'intestin grêle se présente encore comme un organe bien mal connu, car si nous connaissons un peu les lésions de la fièvre typhoïde, nous ne savons presque rien des autres maladies de cette partie du tube digestif.

Cette ignorance des lésions et cette pénurie presque absolue

de moyens d'investigation n'existent pas pour le gros intestin. Non seulement ce dernier est accessible à l'exploration et présente des modifications pathologiques assez bien connues, mais encore l'autonomie morbide des diverses portions qui le constituent ne nous échappe pas entièrement, et on peut localiser tel état morbide bien défini dans telle portion bien limitée du gros intestin.

Le cæcum, avec son inséparable appendice, a le luxe de toute une pathologie spéciale et personnelle: elle comprend une série d'états morbides propres qui va de la simple indigestion cæcale jusqu'aux grandes phlegmasies de l'organe et des tissus environnants; ces phlegmasies pouvant se terminer par la suppuration, leur évolution peut nous offrir ce tableau toujours émouvant d'une affection médicale ayant une liquidation chirurgicale.

Le côlon transverse est la seule portion du gros intestin qui soit sensible et on peut affirmer que toute colique intestinale est une colique du côlon transverse: pour s'en convaincre, il suffit de considérer que la colique intestinale siège toujours au voisinage de l'ombilic et que la douleur se dirige de droite à gauche. Le côlon transverse reste d'ailleurs le type de ces canaux cylindriques et musculaires à toute contraction desquels on a appliqué le nom de coliques.

Dans toute affection du gros intestin, le phénomène colique permet d'affirmer la participation du côlon transverse à la maladie.

Le côlon ascendant ne présente pas, à proprement parler, de localisation spéciale: il est cependant remarquable et digne d'être noté qu'il est la portion la plus tympanisable du gros intestin, et comme rien n'est aussi facile que de constater le tympanisme du côlon ascendant, on aura dans cette particularité une ressource précieuse pour s'assurer du degré de participation de cette partie du gros intestin à un état morbide quelconque, tels que la typhlite ou encore l'affection que je décrirai plus loin sous le nom de dysenterie du côlon transverse. Je ferai observer d'ailleurs et d'une manière générale que la localisation du tym-

panisme intestinal donnant souvent l'indication du point affecté, il est indispensable de noter dans tout examen clinique la région distendue, côlon ascendant, transverse, descendant.

Les autres parties du gros intestin, c'est-à-dire le côlon descendant, l'S iliaque, et le rectum présentent une localisation remarquable, c'est celle de la dysenterie et des affections dysentériques. Cependant, il ne faut pas être trop absolu à cet égard et toutes les considérations dans lesquelles j'entre en ce moment n'ont pas d'autre but que de faire comprendre la description d'une maladie qui n'est décrite nulle part et que j'appellerai d'un nom significatif, la *dysenterie du côlon transverse*.

Si nous ne rencontrons pas dans nos climats la grande dysenterie, la dysenterie épidémique, nous observons une affection qui se présente sous la forme sporadique, qui est à la dysenterie ce que la cholérine est au choléra et qu'on pourrait par suite appeler la dysentérique. Cette dernière n'est en somme que le premier degré de la grande dysenterie.

Si on accepte la définition que j'ai donnée ailleurs (1) des affections catarrhales, il est aisé de s'assurer que les affections dysentériques rentrent dans ce groupe : elles ont en effet pour caractère de provoquer un trouble de sécrétion de la muqueuse intestinale avec congestion plus ou moins vive de cette membrane et plus spécialement des appareils sécréteurs qui entrent dans sa composition.

Dans les autopsies qui ont été faites, on a remarqué que les phénomènes de congestion étaient surtout marqués autour des orifices glandulaires. Ce processus congestif donne d'abord une infiltration séro-sanguinolente, puis des ruptures vasculaires qui se décèlent par un pointillé hémorragique de la muqueuse, puis enfin, autour de la glande, l'ulcération s'établit et c'est bien, comme on l'a dit, une ulcération folliculaire. De ces lésions auxquelles les glandes participent pour la plus grande part, il va surtout résulter des troubles sécrétoires.

(1) *Traité des angines*. Asselin, 1868.

Il est donc logique de classer les affections dysentériques parmi les affections catarrhales au même titre que les bronchites, et à mon avis, l'expression dysentérique devrait s'appliquer à toutes les maladies du gros intestin qui, comme les bronchites pour les voies respiratoires, donnent lieu à une sécrétion pathologique des parois de l'organe.

Dans les bronchites, les produits de sécrétion se rejettent et prennent le nom de crachats ; dans les affections dysentériques, les produits de sécrétion se rejettent de la même manière sans qu'on leur ait donné un nom : rien ne serait plus naturel que les appeler *crachats intestinaux*.

Les lésions dont j'ai donné une description très sommaire se concentrent dans l'S iliaque et ne s'étendent que rarement à d'autres points.

La petite dysenterie ou *dysentérique* s'établit comme la grande par une hémorragie intestinale peu considérable, de peu de durée, à laquelle succèdent des évacuations plus ou moins abondantes où on retrouve toutes les formes des crachats.

Comme les crachats bronchiques, les déjections de la dysenterie peuvent être déchiquetées, nummulaires, en faisceau, mixtes.

Dans les affections dysentériques, la constipation est presque la règle ; la diarrhée reste l'exception, car je ne crois pas qu'on doive confondre une véritable évacuation diarrhéique avec ce que j'appelle l'expectoration du gros intestin.

Le ténesme rectal et une pesanteur plus ou moins intense au fondement sont des signes classiques que je signale en passant.

Les affections dysentériques passent souvent de l'état aigu à l'état chronique, et alors, il n'est pas inexact de dire que le malade continue à cracher par le gros intestin. C'est dans ce cas qu'on peut observer de curieuses propagations de la maladie vers le cæcum : j'en dirai un mot parce qu'elles nous aideront à comprendre la dysenterie du côlon transverse.

Si pendant l'évolution d'une entérite dysentérique localisée à l'S iliaque, le côlon transverse vient à se prendre, un phéno-

mène nouveau va se joindre aux premiers symptômes, c'est la colique. Elle est aiguë, violente et sa durée est celle de l'excursion de la maladie vers le côlon transverse : quand la poussée s'affaiblit, la colique est remplacée par une sensation douloureuse, confuse, intermittente qui finit par disparaître jusqu'à une nouvelle reconnaissance de l'ennemi vers le côlon transverse. Et ainsi pendant des années, on peut voir la colique paraître, indiquant exactement chaque prolongement de la maladie sur le côlon transverse.

C'est au cours d'un de ces incidents qu'on peut voir le côlon ascendant et le cæcum envahis à leur tour : cet envahissement se manifestera pour le premier par un tympanisme excessif, pour le second par tous les phénomènes de rétention que produit l'inflammation cæcale.

En dehors de ces propagations d'une affection primitivement limitée à l'S iliaque, propagations essentiellement passagères, transitoires et récidivantes, existe-t-il une maladie du groupe des affections dysentériques, exclusivement localisée dans la portion intermédiaire du gros intestin, c'est-à-dire dans le côlon transverse ? Je réponds oui ; et la connaissance de cette dysenterie du côlon transverse présente un grand intérêt, étant donné qu'elle est une maladie chronique et qu'elle s'observe surtout chez un certain nombre d'individus qui sont des *intestinaux*, au même titre que d'autres sont des *cérébraux* : chez ceux-là, tout ce qui leur arrive porte sur l'intestin, de même que chez ceux-ci tout ce qui leur arrive porte sur l'encéphale.

La dysenterie du côlon transverse n'est pas une maladie focale d'emblée ; il existe un état prémonitoire, qui précède la localisation dans le côlon transverse. Pendant une période de temps variable, le malade est mal en train, dort mal, éprouve une sensation de chaleur désagréable, et se fatigue avec une extrême facilité ; en même temps que son ventre se ballonne, une sensation d'angoisse abdominale et quelques tiraillements surviennent et attirent son attention de ce côté.

La maladie s'établit franchement par le phénomène colique,

accompagnée ou non d'une petite hémorragie intestinale. La colique a exactement les mêmes caractères que ceux qu'elle présente au cours d'une affection dysentérique de l'S iliaque avec propagation vers le côlon transverse : elle est aiguë et violente et revient par crises au nombre de trois ou quatre par jour. La douleur siège sur le trajet du côlon transverse et se dirige de droite à gauche ; la marche augmente singulièrement l'intensité des crises, et elle peut les ramener quand son influence se fait sentir pendant la période de calme.

Quand la maladie est ancienne, ces coliques deviennent sourdes et presque permanentes : les choses se passent alors comme dans la migraine qui vieillit, où tout ce qui était saillant au début devient confus.

Peu après l'établissement de l'affection, l'appétit se perd, le malade éprouve une lassitude extrême ; il n'a pas de fièvre et ne sait à quoi attribuer son état. C'est alors que, s'adressant à un médecin, il entend presque invariablement prononcer le mot de dyspepsie et suit un traitement dont il ne retire aucun bénéfice. De guerre lasse et après de longues souffrances, le malade croit devoir diminuer son alimentation : maigrit, s'inquiète, il finit par manger de moins en moins et se condamne à une véritable inanition.

Or il arrive un jour où, soit parce que les selles sont plus fréquentes que d'habitude, soit par un simple effet du hasard, le malade constate des mucosités dans ses déjections : plus ou moins effrayé suivant les cas, il va retrouver son médecin ; celui-ci, étonné, l'interroge avec soin, mais ne regarde pas son abdomen.

La conversation suivante s'établit :

« Alors, vous avez la diarrhée ? »

— Mais je suis obligé d'aller trois ou quatre fois dans la journée.

— Souffrez-vous ?

— Oui, j'ai comme une bête qui me ronge. Ça va, ça vient.

— Puisque vous avez la diarrhée, je vais vous l'arrêter. »

Et le médecin d'ordonner bismuth, craie, chaux, magnésie, traitement qui ne réussit nullement. Au fond, il se demande bien s'il n'est pas en présence d'une dysenterie ; mais il n'y a pas de ténésme, pas de pesanteur au fondement, et la dysenterie ne peut aller sans cela.

Si le malade s'adresse à un médecin plus expérimenté, voici ce qui se passe. Bien qu'il s'agisse le plus souvent d'une femme, ce médecin n'hésite pas à regarder, à palper et à percuter son abdomen et il constate un côlon transverse tuméfié, distendu, bosselé, formant des ampoules douloureuses. En répétant son examen, il ne tarde pas à se convaincre que le point douloureux a une certaine fixité et qu'il occupe de préférence l'extrémité droite du côlon transverse.

Déjà cette simple exploration physique l'éclaire sur la localisation du mal : l'étude des garde-robes va lui donner des indications sur sa nature.

La fréquence des selles n'est pas un caractère essentiel : cependant d'une manière générale leur nombre est plus considérable qu'à l'état normal et peut aller jusqu'à huit et dix par jour.

Les selles sont mixtes et variables : de temps en temps le malade rend des paquets de mucus intestinal, il a une expectoration intestinale, mais qui n'est pas formée de matières fécales ; il est donc constipé.

D'autres fois, les mucosités sont expulsées en même temps que des matières dures : il faut se garder de dire alors que c'est la constipation qui a donné lieu à la sécrétion muqueuse, puisque cette dernière est le fait permanent, essentiel, tandis que l'expulsion des matières dures est le fait secondaire, accessoire et contingent.

Quelquefois, mais c'est le cas le plus rare, les crachats du gros intestin sont rendus avec des matières fécales liquides : il y a alors tout à la fois diarrhée et expectoration intestinale.

En résumé, dans les selles de cette affection, ce que j'appelle

crachat intestinal est l'élément essentiel ; la constipation peut exister, mais elle n'est pas un symptôme nécessaire : il en est de même de la diarrhée.

Les paquets de mucus intestinal qui sont expulsés dans la dysenterie du côlon transverse affectent quelquefois la forme de cylindres ou de pelotons pseudo-membraneux : cela n'est pas fréquent, et n'est pas une raison suffisante pour décrire l'affection sous le nom de diarrhée pseudo-membraneuse ou d'entérite diphthéritique.

Cette expression est mauvaise : s'il est une série d'organes qui se refusent à la diphthérie, ce sont bien ceux qui constituent le tube digestif dans toute sa longueur ; la fausse membrane diphthéritique est faite pour les voies respiratoires : les diphthéries de l'œsophage sont du domaine de la fable : on ne rencontre jamais de diphthérie à l'anus, même chez les femmes qui en présentent à la vulve ; on n'en voit jamais sur les gencives, qui font partie du tube digestif et non des voies respiratoires.

La maladie que je décris ne saurait en quoi que ce soit être appelée une affection diphthéritique, c'est une affection dysentérioriforme.

Les malades qui en sont atteints subissent un amaigrissement considérable et une consommation progressive : leur face présente une pâleur terreuse et une extrême sécheresse : leur appétit est en général perdu, mais il se peut qu'on le rencontre exagéré ou ayant subi des déviations bizarres.

L'absence de fièvre est un caractère constant de cette cachexie, au cours de laquelle on n'observe aucune des complications de la grande dysenterie, telles que le ramollissement des ganglions mésentériques et les abcès du foie, etc.

La dysenterie du côlon transverse a des temps d'arrêt qui peuvent donner l'illusion d'une guérison ; mais par suite des aptitudes intestinales acquises par le malade, l'affection reparait presque fatalement et la vie est alors absolument empoisonnée. Cependant il est des cas, bien rares il est vrai, où la maladie peut guérir après avoir duré plusieurs années.

Le traitement est des plus difficiles et la plus grande incertitude règne sur ses résultats. La médication topique serait la meilleure ; mais le côlon transverse est trop loin de l'anús pour que les lavements aient une réelle efficacité. Tout ce qu'on pourrait envoyer par là n'irait pas à son adresse.

On a quelque chance d'arriver à un résultat par des laxatifs anodins à répétition ; mais le résultat est bien aléatoire. On a conseillé une médication à bascule, c'est-à-dire par les astringents et les laxatifs administrés successivement : c'est une médication purement spirituelle et qui ne réussit ni mieux ni plus mal que la précédente.

En résumé, quelle que soit la thérapeutique, dans l'immense majorité des cas, la maladie se prolonge indéfiniment et devient une humiliation pour le médecin, et pour le malade une tristesse et un chagrin perpétuels.

PÉRITONITE CHRONIQUE.

Il est peu de monographies sur les péritonites chroniques ou tuberculeuses où l'auteur n'exprime tout d'abord le regret d'avoir à traiter d'une affection si incomplètement étudiée. Les observations fréquentes dans la pratique sont rarement recueillies, plus rarement encore publiées. On peut poser en règle que toutes les fois qu'une maladie dure au delà de trois à quatre mois, on la décrit en termes généraux plus volontiers qu'on ne la raconte. Il existe ainsi, dans la science, une sorte de description convenue de la péritonite chronique que les livres élémentaires reproduisent presque sans variantes, et qui se perpétue sous la garantie de la tradition.

Une maladie à évolution rapide, lors même qu'elle ne subit pas d'importantes transformations, est si peu identique à elle-même dans tout son cours, que nous sommes obligés de la diviser artificiellement par périodes.

Dans le décours d'une maladie chronique à marche indéfiniment prolongée, les possibilités s'accumulent, les incidents se multiplient, les diversités individuelles se dessinent, et l'histoire vraie de la maladie n'est que la réunion des histoires particulières des malades. Dans ces conditions, chaque observation nouvelle qui présente des phénomènes d'exception mérite d'être recueillie, et nous avons cru rendre service en ajoutant un fait instructif et curieux aux cas trop peu nombreux qui ont déjà été publiés.

Les divisions établies dans la classe des péritonites chroniques