

CHAPITRE DOUZIÈME.

DYSENTERIE.

(Entéro-colite spécifique.)

Étiologie. Par « *dysenterie* » on entend une maladie sporadique ou plus souvent épidémique du gros intestin, produite par une infection probablement locale à son début, laquelle est due à un poison morbide organisé encore inconnu. Le véritable berceau de la dysenterie ce sont les pays tropicaux et méridionaux où cette maladie règne avec beaucoup plus d'intensité et sur une plus vaste échelle que chez nous. C'est ainsi, par exemple, que la létalité dysentérique parmi les soldats de l'armée indo-anglaise est de 30 % du chiffre de la mortalité totale. Dans nos climats, la plupart des épidémies se déclarent à la fin de l'été et en automne. Les influences endémiques jouent incontestablement un grand rôle dans la dysenterie, puisque les conditions du sol favorisent manifestement, en certains endroits, le développement et la propagation du germe dysentérique, tandis que d'autres terrains ne s'y prêtent aucunement. C'est ainsi seulement que s'explique l'immunité de certains lieux comparativement à l'énorme extension que prend le mal ailleurs. Le mode d'infection nous est encore inconnu. La maladie ne semble pas être directement contagieuse. Par contre, il est très probable qu'elle se communique par les déjections dysentériques (fosses communes, vases de nuit, literies, etc.). Il est certain que les refroidissements et les écarts de régime, souvent invoqués autrefois comme causes de la maladie, n'ont d'autre valeur que celle de circonstances prédisposantes.

Les **altérations anatomiques** de la muqueuse du colon consistent, dans tous les cas graves, en une *inflammation croupale-diphthéritique* prononcée de cette membrane. Les considérations de pathologie générale que nous avons émises au sujet du croup du pharynx et du larynx, s'appliquent par conséquent en entier aux altérations analogues de l'entérite dysentérique. Ici il s'agit également d'une destruction préalable de l'épithélium et de la formation d'un exsudat fibrineux en son lieu et place et plus profondément dans le tissu propre de la muqueuse. De plus, il s'opère une infiltration purulente considérable et en même temps fortement *hémorragique*, dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux. A l'œil nu, dans les cas les plus prononcés, la paroi intestinale tout entière est fortement épaissie, la séreuse injectée, la muqueuse transformée en une surface ulcéreuse décolorée, d'un rouge sombre, irrégulièrement boursoufflée. L'affection n'atteint parfois que le rectum et l'S iliaque, mais dans les

cas plus graves tout le gros intestin jusqu'à la valvule iléo-cœcale, voire même la partie inférieure de l'iléon sont entrepris. A côté de ces formes sévères de dysenterie *diphthéritique* ou même *gangréneuse*, il y a aussi une forme plus bénigne qu'on qualifie de *dysenterie catarrhale*. Alors la muqueuse se trouve dans un état d'inflammation hémorragico-purulente intense : néanmoins en cette occurrence on voit aussi déjà en place de l'épithélium, de petites masses croupales blanches, faciles à détacher, mais qui ne se réunissent pourtant pas pour former de larges membranes continues. Entre ces deux formes, la forme catarrho-croupale légère et la dysenterie diphthéritique grave, il n'y a pas de limite nette et on observe beaucoup de transitions et de combinaisons.

Nous devons remarquer pour finir que des désordres anatomiques exactement semblables du gros intestin peuvent être le résultat d'autres causes encore que de la dysenterie spécifique. C'est ainsi qu'une stagnation longtemps prolongée de masses fécales dans le rectum peut, à la suite d'une lésion purement mécanique de l'épithélium, donner naissance à des processus diphthéritiques de la muqueuse. Pareillement, dans toutes les autres maladies générales possibles, dans le typhus, la rougeole, la variole, les processus septiques, la phthisie, etc., se produisent dans le gros intestin des « *dysenteries* appelées *secondaires* » qu'on rencontre surtout dans les hôpitaux. Il n'est pas certain que ces formes s'identifient, *au point de vue de l'étiologie*, avec la dysenterie.

Symptômes et marche de la maladie. Pendant toute la durée de la maladie, ce sont les *symptômes intestinaux* qui prédominent. Après que, depuis quelque temps déjà, une légère irrégularité s'est manifestée dans les garde-robes, la maladie commence par une *diarrhée peu intense*. Les selles sont molles au début, mais encore féculentes, et se reproduisent de deux à six fois par jour. Quelques jours plus tard, le dévoisement augmente et prend le cachet très caractéristique de la dysenterie.

Les *garde-robes* se multiplient considérablement, se renouvellent 10, 20, 60 fois et plus par jour ; même dans des cas graves, il y a pour ainsi dire un besoin presque incessant et urgent d'aller. Pendant et surtout *après* chaque évacuation, se produisent un *ténésme* très cuisant, des épreintes et une constriction qui sont accompagnés d'une douleur vive et brûlante à l'anus. Les selles perdent bientôt, en partie ou en totalité, leur consistance féculente habituelle. Elles deviennent peu copieuses, de façon qu'à chaque fois elles ne comportent que de 10 à 15 grammes. Prises en masse, elles consistent communément en un liquide séro-muqueux dans lequel sont suspendus une multitude de particules et de lambeaux de plus ou moins

grande dimension. Ces derniers sont formés de globules muqueux teints de sang, de petites stries sanguines, de parcelles nécrosées de la muqueuse, etc. D'après que l'une ou l'autre des parties constituantes de la selle dysentérique, le mucus, le pus ou le sang prédomine, on distingue des *selles muqueuses, purulentes, sanguinolentes* ou toutes les combinaisons possibles de ces éléments. En outre on retrouve souvent quelques restes encore de matières fécales, ordinairement recouvertes de mucus. Parfois on remarque une quantité d'amas glaireux ressemblant à des grains de sagou ou à du frai de grenouille. Ils représentent vraisemblablement le contenu muqueux de follicules détachés. Au microscope la selle dysentérique fait voir surtout des corpuscules de pus et des globules rouges de sang. De plus, on trouve de l'épithélium cylindrique, une abondance de bactéries de putréfaction et de détritrus. Les selles dysentériques pures sont sans odeur. C'est seulement dans les cas graves de dysenterie gangréneuse que les évacuations deviennent noirâtres et excessivement fétides.

A part le ténesme rectal, il se déclare parfois une *douleur spasmodique lors de la miction*. Souvent de violentes *coliques* se montrent par accès. L'*abdomen* est d'ordinaire un peu tendu et sensible à la pression sur le trajet du colon, mais pas gonflé. L'*ouverture anale* laisse voir assez souvent de la rougeur inflammatoire et des excoriations. Les *symptômes du côté de l'estomac* sont rares en général, en dehors de l'*anorexie* complète observée dans tous les cas graves. Quelquefois il y a des *vomissements* répétés, rarement un *hoquet* pénible. La *langue* est sèche d'ordinaire et couverte d'un enduit sale.

Les symptômes décrits tout à l'heure durent environ une semaine à une semaine et demie. Dans tous les cas sérieux, leur ensemble constitue un *état général assez grave*. Les traits des malades s'affaissent d'une manière remarquable, ils sont très prostrés et affaiblis, le pouls devient petit et précipité, la peau est froide et aride, la voie rauque et voilée, les muscles s'endolorissent et l'amaigrissement avance à vue d'œil. La *marche thermique* ne présente rien de caractéristique ni de typique. Dans beaucoup de cas il n'y a pas ou guère de fièvre, souvent même la température est au-dessous de la normale. Le plus souvent la fièvre est irrégulière, rémittente, et monte rarement au delà de 40°.

Dans les cas les plus graves, la *mort* peut arriver avec les signes d'un affaiblissement général de plus en plus profond. Cependant, dans nos climats, l'*issue favorable* est généralement plus fréquente. Les souffrances diminuent graduellement, les évacuations reprennent de plus en plus leur consistance féculente, les forces des malades renaissent et, après une

semaine et demie à trois semaines, ils entrent en *convalescence*. Cependant il se passe parfois un temps considérable avant que les malades relevant d'une dysenterie grave soient complètement rétablis. Une troisième éventualité c'est le passage de la maladie à la *dysenterie chronique*, dans laquelle les symptômes d'une affection chronique du gros intestin se prolongent des mois ou des années même, en s'accompagnant des signes d'une cachexie générale.

La dysenterie peut encore se présenter sous une forme *bénigne et rudimentaire* dans laquelle les manifestations intestinales sont moins intenses et qui ne tarde pas à passer à la guérison, après un petit nombre de jours. Dans ces cas aussi il persiste longtemps encore, après le décours de la maladie, une grande susceptibilité de l'intestin. On observe assez souvent de nouvelles aggravations de la maladie et des rechutes.

Rarement, au moins dans nos épidémies, voit-on la dysenterie se compliquer de la part d'autres organes. Les médecins des contrées méridionales signalent les *abcès du foie* dont la production doit être attribuée à des processus métastatiques émanant des racines de la veine-porte. Puis viennent les *affections articulaires* et les inflammations des *membranes séreuses*. On a noté quelquefois la *péritonite par perforation*. On a décrit également une combinaison de la dysenterie avec « la *dialhèse scorbutique généralisée* ».

Le *diagnostic* de la dysenterie ne présente guère de difficultés spéciales. Il se base exclusivement sur les symptômes intestinaux et sur la nature des selles. Il n'y a que la dysenterie secondaire, venant compliquer d'autres maladies graves, qui puisse facilement être méconnue.

Le *pronostic* se règle principalement d'après le caractère des épidémies qui, en général, comme nous l'avons dit, sont bénignes dans nos climats. L'affaiblissement général, surtout chez les gens avancés en âge, et l'avènement du collapsus, peuvent devenir dangereux.

Traitement. La *prophylaxie* réclame autant que possible l'isolement du malade et la désinfection de toutes les évacuations. Les personnes saines doivent, en temps d'épidémie de dysenterie, se prémunir contre tous les refroidissements et les écarts de régime, puisque l'expérience apprend qu'ils augmentent la prédisposition à la maladie.

Les dysentériques devront se tenir chaudement et, même dans les cas bénins, absolument garder le lit. Le régime doit être sévère. Les individus forts peuvent, plusieurs jours durant, parfaitement se suffire avec des soupes mucilagineuses, du lait et du bouillon. On pourra, dès le début, mais avec prudence, accorder aux malades débiles une alimentation plus réconfortante.

des œufs, du consommé, du jus de viande, du vin, etc. Les boissons tièdes sont mieux supportées par les malades que les liquides froids.

Le *traitement médicamenteux* consiste, au début de la maladie, conformément à l'expérience de presque tous les médecins, dans la prescription des *purgatifs* doux. Tandis que par l'opium on n'obtient le plus souvent aucune amélioration de la diarrhée et du ténésme, l'emploi des évacuants procure d'ordinaire un soulagement marqué aux malades. On donne pendant les premiers jours, au besoin plus tard encore, 2 à 4 cuillerées à soupe d'huile de ricin. Si le remède répugne beaucoup, on pourra le remplacer par une forte infusion de rhubarbe (10,0 sur 100,00). Dans les contrées méridionales, on recourt à de *grandes doses de calomel* (0,5 à 1,00) qui sont très vantées par les médecins de ces pays. Plus tard on pourra se borner à prescrire à l'intérieur une simple émulsion d'amandes ou bien on donnera une mixture, à agiter au préalable, composée de *sous-nitrate de bismuth* 5,0, mucil. gomme arab. et sirop simpl. ana 15,0, eau distillée 120,0. Pour peu que le mal empire de nouveau, on donnera de rechef un laxatif.

Les *vomitifs* donnés au début de la maladie ont été usités fréquemment dans le midi, rarement chez nous. L'*ipecacuanha* (racine dysentérique) à grandes doses (1 à 2 grammes) est même considéré par un grand nombre comme un spécifique. On a fait en outre beaucoup de tentatives pour traiter *localement* le gros intestin au moyen d'irrigations. On ne peut pourtant attribuer à tous ces remèdes et procédés de très brillants résultats. Des lavements d'un mucilage d'amidon peu épais avec addition de 20 à 30 gouttes de teinture d'opium exercent parfois un effet avantageux. Il en est de même des *suppositoires au beurre de cacao* avec de l'extrait d'opium, qui calment parfois le ténésme. On a recommandé encore les lavements (de 60 à 100 grammes) au nitrate d'argent (0,05 — 0,3), à l'acétate de plomb (0,1 — 0,5), au chlorate de potasse (1 — 1,5) et beaucoup d'autres ingrédients. Mais les effets de semblables clystères sont douteux. On doit, en tout cas, par des lavages répétés et des onctions huileuses, garantir le pourtour de l'anus de toute inflammation.

Le traitement de la dépression des forces et du collapsus se fait par les moyens excitants ordinaires (vin, éther, camphre). Dans la *dysenterie chronique* il faut avant tout observer un régime diététique sévère, longuement poursuivi. On recommande de plus les *astringents* (tannin, colombo, etc.), puis du *sous-nitrate de bismuth*, le *nitrate d'argent*, l'*acétate de plomb*, etc. Dans les cas chroniques enfin il se peut que de larges *irrigations rectales* longtemps continuées, au moyen d'un liquide quelconque légèrement astringent et désinfectant, exercent une action salutaire.

CHAPITRE TREIZIÈME.

CHOLÉRA.

(Choléra asiatique.)

Historique. L'Inde est le berceau du véritable choléra asiatique. Quoiqu'il soit probable que la maladie y ait régné d'une façon endémique dans des temps reculés, c'est seulement de 1817 que date la première grande épidémie dont on ait une relation exacte. Les années qui suivirent, le choléra se répandit dans toutes les directions et, traversant la Perse, atteignit Astrakan. De 1830 à 1832, le fléau dévastateur parcourut l'Europe pour la première fois, ravagea la Russie d'Europe tout entière, visita l'Allemagne en 1831 et aborda en 1832, en Angleterre et en France. Jusqu'en 1838 se succédèrent plusieurs petites épidémies, puis il y eut une accalmie complète jusqu'en 1846, année où la maladie sortant de nouveau de l'Asie envahit toute l'Europe. Depuis lors, se sont déclarées dans beaucoup de contrées des épidémies sur la marche desquelles nous ne pouvons pas nous étendre ici. Les derniers ravages les plus considérables du choléra en Allemagne datent de 1866, époque de la guerre austro-prussienne, tandis que dans ces dernières années (1883 et 1884) le fléau a sévi avec intensité en France et en Italie.

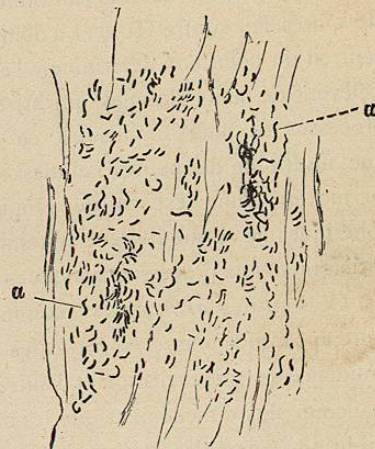


Fig. 9. (D'après Koch). Bacilles à virgule provenant d'une déjection cholérique conservée pendant 2 jours sur un linge humide. Bacilles en s au point a. Grossissement 600.

Étiologie. Depuis longtemps déjà personne ne doutait plus que la cause morbide véritable du choléra ne consistât dans l'infection de l'économie par un microorganisme spécifique. Ce germe cholérique qu'on recherchait ne fut réellement découvert que par KOCH, le chef de l'expédition scientifique qui, en 1883, fut chargée par le gouvernement allemand d'aller étudier le choléra en Égypte et dans les Indes. KOCH trouva dans l'intestin de tous les cadavres des cholériques qu'il examina, un genre déterminé de microbes qu'il appela *bacilles à virgule*. Ceux-ci (v. fig. 9) sont plus courts que les bacilles tuberculeux, mais un peu plus gros, et ressemblent d'ordinaire à une virgule ou même à un demi-cercle. Dans de pures cultures, sur