

préférable aux eaux claires, vives et limpides que l'on trouve dans les régions montagneuses et que les indigènes et quelquefois même les chevaux refusent de boire. L'alunage entraîne, en effet, dans le dépôt boueux les matières organiques en suspension. Pas d'appétitifs, pas de liquides alcooliques, pas trop de glace.

4° Comme la diarrhée chronique atteint de préférence les paludéens¹, on donnera 0^{gr},25 de quinine à dose préventive. Nous avons constaté les bons effets de cette médication dans le haut Tonkin.

5° Il faut arrêter, le plus tôt possible, avec des astringents et des opiacés ces petites *diarrhées matutinales*, insignifiantes en apparence, et si fréquentes dans les pays chauds. Elles sont souvent l'exorde de la diarrhée chronique endémique.

6° On ne doit pas oublier que les anémiques sont des candidats à la diarrhée chronique. Aussi l'*anémie tropicale*, qui coexiste si souvent avec l'impaludisme, sera-t-elle traitée par les toniques, les martiaux, les arsenicaux. Si ces médicaments restent inactifs, il est prudent d'envoyer ces anémiques dans des *sanatoria* ou sur le *bord de la mer*, pendant la durée de la saison chaude et malsaine. Enfin, si, malgré ces précautions, la diarrhée chronique se déclare, persiste et résiste quelque temps au traitement habituel, le *rapatriement* s'impose.

7° C'est la dernière ressource thérapeutique qui reste alors à ces malades. Souvent leur état s'améliore, au bout de quelques jours de traversée, sous la simple influence du changement d'air, du régime lacté, du sulfate de soude à doses fractionnées et des antiseptiques intestinaux. A leur retour en Europe, ils peuvent même se croire guéris. Ils ne doivent pas oublier que le moindre refroidissement les expose à une rechute. Aussi, s'ils débarquent en hiver, feront-ils bien d'attendre le retour de la belle saison dans un climat assez chaud, peu exposé aux variations brusques de température (*Algérie, littoral méditerranéen, Amélie-les-Bains, etc.*).

1. DE SANTI. — De l'entérite chronique paludéenne. Paris, 1892.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE

PAR

A. KELSCH

Médecin inspecteur de l'armée,
Directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.

I

Considérations générales.

La thérapeutique d'une affection doit s'inspirer de la connaissance de sa nature. La détermination de celle de la dysenterie est donc l'introduction logique de ce chapitre.

Envisagée au point de vue anatomo-pathologique, la dysenterie nous apparaît comme liée à un processus essentiellement nécrotique du gros intestin, que nous avons décrit, le regretté Kiener et moi, en le rapportant à deux types essentiellement distincts de la mortification : la nécrose sèche et la gangrène¹.

La nécrose sèche est figurée par des eschares aux dimensions variables, qui ne sont autres que les pseudo-membranes décrites par les anciens auteurs. Elle correspond à cette variété de la mort des tissus, compatible avec la conservation momentanée de la forme des éléments, à laquelle Cohnheim a donné le nom de nécrose de coagulation. Une fois formées, les eschares se détachent en totalité ou se désagrègent lente-

1. KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds, p. 16 et suivantes.

ment à la surface libre, tout en progressant vers la profondeur. Le résultat de cette chute ou de cet émiettement est un ulcère. A cette lésion fondamentale sont d'ordinaire associés, à des degrés variés, les désordres qui caractérisent l'inflammation catarrhale : l'hyperémie de la muqueuse, le gonflement œdémateux de la sous-muqueuse, l'hypersécrétion des glandes lieberkühniennes, la tuméfaction et le ramollissement des follicules clos.

A l'état chronique, l'intestin est parsemé de lésions diverses eu égard à la période d'évolution : eschares récentes, ulcères en voie de progrès, de réparation ou de cicatrisation ; l'âge manifestement variable de ces désordres porte témoignage qu'ils se sont produits par poussées successives, ce qui correspond à la marche paroxystique de la dysenterie chronique. La muqueuse est le siège d'un catarrhe ancien, la sous-muqueuse est indurée, transformée en un tissu fibreux dense criant sous le couteau.

Dans son aspect général, l'intestin présente d'autre part des modifications qui ne sont pas indifférentes aux suites de la maladie et à l'effet du traitement. Il est souvent dévié de sa direction par des adhérences anormales, déformé, étranglé çà et là par des rétrécissements cicatriciels alternant avec des dilatations totales ou ampullaires.

La forme gangreneuse de la dysenterie correspond à son expression clinique la plus grave. Elle est caractérisée anatomiquement par l'eschare qui présente tous les caractères de la gangrène. Toujours l'eschare gangreneuse intéresse à la fois la muqueuse et la sous-muqueuse. Elle peut s'étendre de proche en proche et envahir toute la circonférence de l'intestin. D'autres fois, elle reste limitée du côté de la muqueuse, mais s'étend en nappes dans la sous-muqueuse, donnant lieu à de vastes décollements, d'où la pression fait sourdre des gouttelettes de pus et des lambeaux de tissu sphacélé, comme dans le phlegmon diffus sous-cutané.

La gangrène peut être primitive, et est alors la caractéristique anatomique de ces dysenteries foudroyantes qui, en

général, se terminent promptement par la mort. Le plus souvent, elle s'associe à la forme précédente et correspond dans ces cas aux dysenteries graves, mais dont les allures sont moins précipitées.

Les caractères anatomiques de ces formes mixtes sont naturellement très variables. On voit à la surface de l'intestin des ulcères secs ou même des cicatrices à côté d'eschares gangreneuses, des eschares perforantes à côté d'épaississements calleux. Les îlots de muqueuse ménagés par les ulcérations montrent les uns les lésions du catarrhe chronique et de l'altération scléreuse, les autres la tuméfaction œdémateuse propre à la gangrène.

Nous avons réussi à produire toutes ces lésions avec un poison caustique : l'ammoniaque. Nous nous sommes cru autorisé, en conséquence, à avancer que l'agent, quel qu'il soit, de la dysenterie, peut être assimilé dans son mode d'action à un poison nécrotique ; que, suivant son degré d'énergie, ce poison produit les désordres variés du catarrhe, de l'eschare sèche et de la gangrène ; que si le territoire frappé de nécrose ne comprend que la muqueuse, à l'exclusion de la couche vasculaire sous-jacente où se fait l'exsudation de la lymphe, ce sont les transformations sèches qui se produisent ; que si, au contraire, la tunique vasculaire est détruite en même temps que la couche superficielle, c'est la gangrène qui s'établit.

Il faut croire qu'à part la détermination hépatique, cet agent localise son action exclusivement sur l'intestin ; car, à l'exception du foie, tous les autres organes restent généralement sains. C'est tout au plus si on y remarque un certain degré de dénutrition et de sécheresse.

A ces diverses lésions répondent trois formes cliniques fondamentales dont nous donnons en quelques lignes les traits essentiels.

1^o *Dysenterie simple* ou bénigne (catarrhale, rhumatismale, inflammatoire, bilieuse des anciens auteurs). Pathogéniquement, elle correspond au minimum de puissance d'action de

l'agent spécifique, et anatomiquement à l'eschare sèche et à l'ulcère simple. Envisagée dans son expression la plus caractéristique, la symptomatologie se résume, d'une part, dans des troubles sécrétoires de l'intestin, des flux muqueux, sanguins, bilieux, séreux, qui, essentiellement mobiles, alternent ou s'associent entre eux suivant les modes les plus variables; et, d'autre part, en des phénomènes nerveux divers, parmi lesquels le ténésme et les perturbations vaso-motrices sont les plus saisissants. Ces dernières, toutefois, à peine ébauchées dans la dysenterie bénigne, prennent une importance prépondérante dans la dysenterie grave dont elles constituent en quelque sorte le principal danger.

2° *Dysenterie grave* (maligne et putride des anciens, algide, choléroïde, typhoïde des modernes). Elle exprime le maximum de puissance de l'agent infectieux et a généralement pour caractéristique anatomique l'eschare gangreneuse. La symptomatologie se résume, indépendamment des selles fétides avec lambeaux gangreneux de la muqueuse, dans les troubles profonds de la calorification, de l'innervation vaso-motrice et de l'action du cœur, reproduisant dans leur ensemble la physionomie du choléra algide¹. Ce sont les symptômes vaso-constricteurs de la forme simple et bénigne portés à leur plus haut degré. Quelquefois cet état choléroïde est remplacé par des manifestations opposées, par de l'élévation de la température, du délire, de la stupeur, des suppurations et des hémorragies multiples. Nous avons démontré dans notre livre² que ces symptômes, qui caractérisent les formes phlegmoneuse, typhoïde, ataxo-adyamique, hémorragique des auteurs classiques, relèvent d'une infection secondaire, d'un agent septique introduit dans l'économie par les portes ouvertes de l'intestin.

3° *Dysenterie chronique*. — Sans être inconnue dans nos régions tempérées, elle appartient plus spécialement aux climats tropicaux; elle présente des allures extrêmement variées,

1. KELSCH et KIENER. — *Loc. cit.*, p. 50.

2. KELSCH et KIENER. — *Loc. cit.*, p. 53.

débutant par la forme aiguë ou se montrant d'emblée chronique, évoluant d'une façon continue ou subaiguë, ou par rechutes successives, séparées par des périodes de répit durant lesquelles la santé revient en apparence entière ou est troublée simplement par des alternatives de constipation et de diarrhée. Les lésions intestinales de l'état chronique que nous avons rappelées plus haut et qui sont si complexes eu égard à leur âge et à leurs caractères anatomiques, rendent aisément compte de cette évolution à longue échéance et à poussées périodiques.

II

Étiologie.

Depuis une quinzaine d'années, la bactériologie fouille les selles des dysentériques en vue d'y découvrir le moteur pathogène de l'affection. Les résultats de ces recherches sont loin de nous satisfaire. Les uns ont attribué un rôle actif aux microbes habituels de l'intestin, notamment au coli-bacille, devenu virulent à la faveur des causes secondes, intrinsèques ou extrinsèques, qui font naître la dysenterie (Chantemesse et Vidal, Ziegler et Klebs, Maggiora, Ogata, Laveran, Loir et Courtet, Arnaud, etc.). D'autres ont incriminé certains protozoaires, notamment les amibes, trouvés dans le gros intestin d'un certain nombre de dysentériques (Lørsch, Kartulis, Osler, Councilmann et Lafleur, Krüse et Pasquale, Koch, Kovács, etc.). Aux premiers, nous objecterions volontiers que le domaine pathogénique du coli-bacille est déjà suffisamment grand, et que s'il est réellement le moteur pathogène de la dysenterie, il restera toujours à expliquer pourquoi il engendre tantôt cette affection, tantôt le choléra nostras, tantôt enfin l'angio-cholite ou la péritonite. Sans doute, sa virulence se montre exaltée dans la dysenterie; mais comme elle se renforce également dans la diarrhée simple des enfants (Lesage et Macaigne) et même à la suite de l'administration d'un