

que le *diverticulum folliculaire* occupe la place du follicule clos détruit.

Le *tissu conjonctif* sous-muqueux, le tissu conjonctif qui sépare les couches musculuses de l'intestin et le tissu sous-séreux, sont épaissis, fibreux, sclérosés, de sorte que l'intestin tend à se transformer en un canal à parois rigides. Dans les *diarrhées chroniques* des pays chauds, cette transformation atteint aussi l'*intestin grêle*.

Bactériologie. — Le bacille dysentérique découvert par Chantemesse et Widal¹ est un bâtonnet court, à peine mobile, qui ne se colore pas par le gram et qui ne liquéfie pas la gélatine. Il ne coagule pas le lait, il ne fait pas fermenter le sucre et il ne produit jamais d'indol. Il se rapproche donc du bacille typhique. Shiga a démontré la spécificité de ce bacille en obtenant l'agglutination de ses cultures exclusivement par le sérum sanguin des gens affectés de dysenterie.

D'autres auteurs, Krase en Allemagne, Flexner aux Philippines, Strong et Murgrave à Manille, Rosenthal à Moscou, Vaillard et Dœpfer, ont tous trouvé le même bacille à quelques variantes près. Ce bacille est extrêmement abondant dans les selles sanguinolentes, mais il n'y est pas à l'état de pureté.

Vaillard et Dœpfer², par l'inoculation sous-cutanée du bacille ou de sa toxine, ont déterminé chez certaines espèces animales les symptômes et surtout les lésions caractéristiques de la dysenterie épidémique et ont apporté ainsi une nouvelle preuve de la spécificité de ce bacille.

La dysenterie amibienne, beaucoup plus rare, ne s'observe guère que dans les pays chauds. *C'est elle surtout qui se complique d'abcès du foie.* Le sang des sujets atteints de dysenterie amibienne n'agglutine pas le bacille de Chantemesse et Widal.

Symptômes. — La description de la dysenterie varie sui-

1. Chantemesse et Widal. Microbe de la dysenterie. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888.

2. Vaillard et Dœpfer. La dysenterie épidémique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1905, p. 405.

vant que la maladie est bénigne ou grave; elle varie également suivant les *épidémies*; aussi prendrai-je pour type un cas de moyenne intensité, me réservant d'indiquer ensuite les différentes formes de la maladie.

Au début¹, les individus sont pris de *diarrhée* et de douleurs abdominales; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les garde-robes *changent de nature* et deviennent *dysentériques*; elles contiennent des mucosités glaireuses d'un blanc jaunâtre et analogues à l'albumine mal cuite; parfois, ces glaires sont transparentes, mêlées de filets de sang, ou encore elles ont l'apparence rouillée des crachats pneumoniques. Jusque-là, les ulcérations intestinales ne sont pas constituées.

Les évacuations sont précédées d'un sentiment très douloureux de tension et de constrictions à l'anus (*épreintes et ténesme*) et d'envies incessantes, que le malade ne peut satisfaire, et qui n'aboutissent qu'à lui faire rendre à la fois, tout au plus, la valeur d'une cuillerée à café de matière. Les épreintes, vives et douloureuses, se propagent parfois du rectum à la vessie (dysurie). Le ténesme, phénomène extrêmement pénible, n'est pas dû, comme on l'avait supposé, à la contracture convulsive du sphincter, car l'anus est béant et largement ouvert, il est dû à la violente inflammation du conduit.

En outre, il y a des coliques autour du nombril et sur le trajet du gros intestin. Ces douleurs sont exagérées par la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche.

Avec les ulcérations intestinales, les garde-robes se modifient; outre les matières glaireuses, elles contiennent du sang pur, et des membranes nommées vulgairement *raclure de boyaux*, qui sont en réalité des lambeaux de muqueuse ulcérée, ainsi que le démontre l'examen microscopique. Au milieu de ces garde-robes, il n'est pas rare de rencontrer de véritables matières fécales moulées. A cette période, les efforts de défécation se répètent plusieurs fois par heure, et

1. Trousseau. *Clin. méd.*, t. III, p. 165.

dans les cas très graves, épidémiques, les malades ont jusqu'à cinquante, cent et deux cents selles par vingt-quatre heures, et la masse totale des matières rendues peut s'élever à trois, quatre et cinq litres.

Vers le huitième, dixième, quatorzième jour, les garde-robes, d'une fétidité horrible, ne contiennent presque plus de mucus, puisque les glandes muqueuses sont en partie détruites, elles sont constituées par un liquide séreux et rougeâtre au milieu duquel nagent des lambeaux de membranes. Alors aussi les garde-robes contiennent du pus en quantité notable.

Tel est l'exposé des phénomènes *locaux* de la dysenterie; leur intensité dépend de la gravité de la maladie. Je vais exposer maintenant les symptômes *généraux*, qui varient avec les épidémies, et suivant les contrées.

a. Dans les formes *bénignes* (sporadiques de nos contrées), la dysenterie est peu fébrile, la température ne dépasse pas 38 degrés et les évacuations alvines ne vont pas au delà de 12 à 15 par jour. Néanmoins l'amaigrissement du malade est rapide et sa figure s'altère vite. Ces cas-là guérissent en une huitaine de jours. Dans les formes *graves* (sporadiques des pays tropicaux et formes épidémiques), les symptômes généraux sont rapidement inquiétants; la soif est vive, la peau est sèche et le pouls variable; les évacuations sont incessantes, des douleurs intolérables épuisent le malade, les forces déclinent brusquement, l'amaigrissement est considérable; la prostration, la somnolence et le refroidissement complètent souvent ce tableau, et la mort peut survenir du quatrième au vingtième jour de la maladie.

b. La forme *inflammatoire* est caractérisée par une forte réaction fébrile, avec fréquence et dureté du pouls. La langue, au lieu d'être saburrale, est rouge, sèche et sans enduit; les garde-robes sont rares, et, quand elles deviennent plus fréquentes, la fièvre ne tarde pas à tomber.

c. Dans la forme *bilieuse*, contrairement à ce qu'on observe dans la dysenterie, il y a conjointement de la diarrhée, et

les selles dysentériques sont mélangées de matières bilieuses jaunâtres et verdâtres. Les malades se plaignent de nausées, de vomissements, la langue est couverte d'un enduit saburral, le mouvement fébrile est peu intense.

d. La forme *rhumatismale*, disait Stoll¹, est remarquable par les métastases qui se produisent sur les *articulations*. Dans le langage médical actuel, nous disons: L'infection dysentérique provoque des arthropathies qui font partie de la classe des pseudo-rhumatismes. Ces arthropathies dysentériques s'observent dans les formes légères de la dysenterie plus que dans ses formes graves; elles apparaissent surtout au déclin de la maladie, aux environs de la convalescence; elles débutent habituellement par le genou et se généralisent ensuite à plusieurs jointures, au cou-de-pied, aux épaules, aux petites articulations des doigts². L'arthropathie dysentérique survient soudainement, elle ne provoque ni fièvre ni douleur vive; dans quelques cas, son apparition coïncide avec l'arrêt du flux dysentérique: l'alternance de localisations intestinales et articulaires a été observée deux ou trois fois chez les mêmes individus³. Ces arthralgies sont tenaces, elles peuvent durer des semaines et des mois, elles ne sont accompagnées d'aucune des complications viscérales du vrai rhumatisme. Dans une épidémie observée à Montargis (Huette), les accidents rhumatismaux avaient pris la forme d'arthrites analogues aux arthrites blennorrhagiques.

e. La forme *intermittente* est caractérisée par des rémissions suivies d'exacerbations: il ne faut pas la confondre avec la *fièvre pernicieuse* dysentérique.

f. Les formes *adynamique* et *ataxique* sont caractérisées, la première par la prostration et un abattement qui conduisent rapidement au coma; la seconde par du délire, de

1. Quinquaud. Manifest. rhum. de la dysent. *Gaz. hôp.*, 1874.

2. Arthralgie infectieuse de la dysenterie. — Deweyre. *Arch. de méd.*, juillet, août, octobre 1886.

3. Huette. *Arch. de méd.*, août 1869.

l'agitation, de la carphologie, des soubresauts de tendons. Ce sont des formes terribles qui s'associent, se succèdent et constituent la dysenterie dite *maligne*.

g. La *dysenterie chronique* s'observe fréquemment dans les pays chauds; elle fait suite habituellement à plusieurs attaques aiguës; elle est caractérisée par les symptômes de la dysenterie aiguë notablement modifiés. Ainsi les évacuations sont séreuses, puriformes, rarement sanguinolentes; l'anus est béant, et le ténésme est remplacé par une pesanteur douloureuse. Le ventre est plat, rétracté, douloureux à la pression. L'apyrexie est complète et l'appétit est conservé ou exagéré. Malgré cela, l'amaigrissement fait des progrès et le sujet arrive graduellement à la cachexie. La maladie dure des mois et des années et sa marche est quelquefois entrecoupée par des *poussées aiguës*; le guérison est possible, mais la mort est la terminaison la plus fréquente.

Complications. — Les complications de la dysenterie sont les suivantes : *perforation* de l'intestin, qui provoque, suivant le cas, une péritonite limitée, une péritonite généralisée, un phlegmon localisé autour du rectum ou du cæcum; les *hémorrhagies* intestinales, qui peuvent être assez abondantes pour entraîner la mort; les *parotides*, caractérisées par l'inflammation et par la suppuration des glandes parotides et du tissu cellulaire ambiant, suppuration qui peut envahir le tissu cellulaire du cou dont elle dissèque les masses musculaires; les *paralysies* partielles et passagères, qui rentrent dans la catégorie des paralysies qu'on observe à la suite des maladies aiguës graves¹; les *cicatrices* de l'intestin, complication tardive qui peut déterminer un rétrécissement intestinal et les symptômes de l'occlusion intestinale.

L'*abcès du foie*, qui est la complication la plus typique de la dysenterie, sera étudié avec les maladies du foie.

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

1. Pugibet. *Revue de médecine*, février 1888.

pas de difficulté. Du reste, la recherche du microbe dans les selles et surtout le séro-diagnostic sont autant de signes spécifiques qui dans les cas difficiles permettent actuellement d'affirmer le diagnostic de la dysenterie. La *diarrhée chronique de Cochinchine* ne doit pas être confondue avec la dysenterie chronique. 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 dysenterie¹.

Le *pronostic*, habituellement bénin dans la dysenterie sporadique, est beaucoup plus grave dans la forme endémique et devient terrible dans certaines épidémies.

Traitement. — Voici les préceptes formulés par Trousseau contre la dysenterie épidémique : au début, on prescrit l'ipécacuanha à la dose vomitive, 3 grammes divisés en quatre paquets à prendre à dix minutes d'intervalle jusqu'au vomissement. A partir du lendemain, on donne un sel neutre, sulfate de soude, sel de Seignette, à la dose de 15 ou 20 grammes, et l'on continue la purgation tous les jours, ou deux fois par jour, jusqu'à ce que les garde-robes soient devenues diarrhéiques. En même temps, on attaque le mal au moyen de lavements composés de 20 à 50 centigrammes de nitrate d'argent pour 250 grammes d'eau. Les malades doivent être alimentés avec des potages, des panades épaisses, des œufs battus dans du bouillon; on leur donne comme boisson l'eau de riz, l'eau albumineuse, la décoction blanche de Sydenham. Des quarts de lavement avec quelques gouttes de laudanum peuvent servir à calmer les épreintes et le ténésme.

Le traitement de la dysenterie chronique est différent : les lavements au nitrate d'argent et les purgatifs salins à petite dose (5 à 10 grammes) doivent être conseillés; à ces moyens on ajoute le sous-nitrate de bismuth à haute dose, 10 à 20 grammes par jour. Le régime lacté et l'usage de la

1. Kelsch. *Arch. de physiologie*, 1875.