

Le lavage de l'estomac avec l'eau *naphtolée*, par exemple, sera d'un grand secours.

Pour combattre l'occlusion elle-même, il est différents moyens.

Le premier remède que l'on emploie est toujours un purgatif, il s'adresse au symptôme le plus évident, à la constipation.

Il faut cependant y avoir recours avec quelque prudence; il ne faut pas employer un drastique énergique. M. Dujardin-Beaumetz rapporte, dans ses cliniques, l'histoire d'un malade de Béhier, à qui on administra l'huile de croton pour combattre une occlusion, et qui mourut en rompant son intestin.

Mieux valent les purgatifs huileux, ou les purgatifs salins, voire même l'eau-de-vie allemande. C'est le purgatif le plus violent que l'on doit employer.

Le purgatif reste sans effet. Alors, les moyens mécaniques restent, administrés soit par la bouche, soit par le rectum.

On sait qu'anciennement les médecins n'hésitaient pas à administrer le mercure de la façon suivante : on donnait au malade de une livre à une livre et demie de mercure en une seule fois, puis on le plaçait dans un bain, et là deux aides énergiques le secouaient pour faire tomber le mercure dans l'intestin et déterminer la disparition de l'obstruction.

Cette façon « de secouer le malade avant de le guérir » fut rapidement abandonnée.

Les lavements peuvent rendre de réels services dans l'occlusion intestinale.

On emploiera d'abord les lavements purgatifs; les lavements d'eau simple sont utiles même, mais lorsqu'ils sont administrés d'une certaine façon.

Ce n'est plus un simple « clystère » qu'il faut employer, c'est une injection puissante.

Pour cela deux moyens : A. l'*entéroclisme*. B. les *irrigations forcées*.

Cantani créa l'entéroclisme et vulgarisa la méthode.

Le meilleur instrument est alors le tube de M. Debove. Dans le cas de compression de l'extrémité inférieure du gros intestin, en pénétrant au-dessus de l'obstacle, la sonde permet de faire arriver les courants d'eau au milieu des matières fécales accumulées en ce point, et peut déterminer leur issue à l'état liquide (Dujardin-Beaumetz).

L'autre moyen consiste dans l'usage de pompes foulantes puissantes qui permettent de lancer dans l'intestin un courant d'eau très énergique. Ce moyen peut être dangereux sans être supérieur au précédent.

On a vanté aussi les injections d'acide carbonique. Ce n'est pas encore là un procédé bien commode. On peut le remplacer avantageusement par les injections d'eau de Seltz dans le rectum, recommandées par M. Dujardin-Beaumetz.

Il est classique d'essayer aussi les ponctions intestinales capillaires.

L'instrument le plus commode est alors une seringue de Pravaz, avec laquelle on peut faire sans danger des piqûres multiples.

Ce n'est encore là qu'un moyen palliatif.

Il vaut mieux faire des applications de glace sur le ventre, qui excitent la contraction de l'intestin.

Un dernier procédé reste, qui est presque toujours le meilleur : l'*électricité*.

Voici les règles tracées par Boudet de Paris. « Se servir non pas de courants

faradiques, mais de courants galvaniques, et introduire par l'anus une électrode spéciale constituée par une sonde en caoutchouc dans laquelle se place un mandrin métallique qui ne peut atteindre l'extrémité de la sonde, de telle sorte que la muqueuse n'est jamais en contact direct avec le mandrin. On fait aboutir le courant négatif à l'extrémité du mandrin métallique, tandis qu'au contraire le courant positif est appliqué sur l'abdomen. La force du courant ne doit pas dépasser 10 à 15 milliampères, et chaque séance doit durer une vingtaine de minutes. Il faut avoir soin d'interrompre le courant de temps en temps.

« Enfin, les injections de morphine devront toujours être employées pour combattre la douleur. »

CHAPITRE VIII

DYSENTERIE

Historique. Définition. — Les obscurités qui entourent la véritable nature de la dysenterie sont levées d'hier, — peut-être même ne le sont-elles pas encore complètement, puisque l'agent infectieux, spécifique de la maladie, s'il n'est plus hypothétique est au moins encore discuté, — et l'on s'explique sans peine les opinions étranges et erronées de certains auteurs, émises sur la nature intime de la maladie, chaque conception différente n'étant que le reflet de l'idée médicale régnant de la même époque.

La dysenterie fut longtemps considérée comme une fièvre; — fièvre jetée sur les intestins, disait Sydenham, — on entendait d'ailleurs désigner sous ce terme une entité morbide bien nette, et tout à fait distincte des diarrhées, des « cours de ventre » ordinaires. Cependant dans Sydenham on ne trouve qu'une description bien peu claire de la maladie.

A Pringle⁽¹⁾, qui l'étudia plus tard, elle apparut sous l'aspect d'une affection pestilentielle. Elle était l'expression de la décomposition putride du sang et des humeurs sous l'influence des vicissitudes atmosphériques, des fatigues de la guerre, des miasmes putrides ou du contagion.

Zimmermann (1765) observa des épidémies où la dysenterie parut s'associer à des fièvres prolongées qu'il nommait « putrides ». Il pensa que le principe putride, cause immédiate et interne de la fièvre, résidait dans la dépravation de la bile, la plus corruptible de nos humeurs. La bilieuse putride devint donc l'espèce ordinaire de la dysenterie; à cette espèce il faut en ajouter une autre, la maligne, qui s'observa concurremment avec la première. Cette dernière résultait plutôt des conditions extérieures de misère, d'encombrement, de famine.

Stoll arriva à une conception toute différente de la dysenterie : elle était pour lui une fièvre rhumatismale. Le froid serait la cause ordinaire des deux maladies. « Je n'ai jamais vu, dit-il, cette maladie avoir lieu sans que les malades se fussent exposés au froid étant en sueur. » Le froid, se portant sur les intestins, y produirait le rhumatisme spécial. Avec Annesley, commence une ère nouvelle dans

(1) Les détails plus complets de cette histoire sont excellemment rapportés dans l'ouvrage de MM. KELSCH et KIENER : *Traité des maladies des pays chauds*.

l'évolution historique de la dysenterie. Elle lui paraît résulter de la viciation des sécrétions gastro-intestinales.

« En résumé, les deux siècles précédents ont légué au nôtre trois descriptions de la même maladie profondément différentes dans leurs traits essentiels et demeurés à juste titre classiques. Elles se rapportent l'une à la dysenterie sporadique et saisonnière des climats tempérés, l'autre à la dysenterie épidémique des armées en campagne, la troisième à la dysenterie endémique des pays chauds. Chacune de ces formes donne lieu à une opinion différente sur la nature intime de la maladie, qui est jugée fluxionnaire dans un cas, putride dans un deuxième cas, et biliaire dans le troisième » (Kelsch et Kiener).

Bientôt après les travaux d'Annesley, les recherches anatomo-pathologiques commencent sérieusement et viennent successivement caractériser nettement la dysenterie. Gely, Masselot, Follet (1845), Colin (1848) observent des épidémies de dysenterie en France. L'ulcération intestinale, la pseudo-membrane, la folliculite, la gangrène, sont reconnues et décrites.

Après ces travaux viennent ceux des médecins qui observent en Algérie, Haspel (1850-1852), Cambay, Catteloup, Dutroulau (1868). Ce dernier auteur décrit minutieusement les formes gangreneuses de la dysenterie tropicale.

La dysenterie, pour Cruveilhier, Virchow (1842), ne fut plus qu'un syndrome clinique correspondant anatomiquement soit à un simple catarrhe, soit à une affection diphtérique de la muqueuse intestinale.

La spécificité de la dysenterie, bien vue par les cliniciens, fut donc détruite par les anatomo-pathologistes. Heubner (1871) fournit une description schématique des lésions histologiques de la dysenterie. Cornil et Ranvier, Kelsch, en donnent ensuite des descriptions cliniques minutieuses.

(Nous mentionnerons au courant de la description les noms des auteurs principaux qui ont étudié cette maladie.)

La dysenterie est une maladie infectieuse, endémo-épidémique, contagieuse, caractérisée anatomiquement par une inflammation ulcéreuse du gros intestin, et cliniquement par des altérations particulières des selles et par des coliques intestinales.

Mais une question très importante se pose dès le début d'une étude quelconque sur la dysenterie : Est-ce une entité clinique, une entité pathologique? est-ce la même maladie en quelque lieu qu'elle naisse, ou diffère-t-elle suivant les milieux? En un mot, y a-t-il une ou des dysenteries?

Les conditions si diverses, en effet, dans lesquelles on voit se développer cette maladie ont amené de nombreux observateurs à penser qu'elle différait de nature, suivant qu'elle se développait dans les climats chauds, par exemple, ou dans les climats froids; que, par exemple, dans les pays chauds elle dépendait d'une cause endémique, peut-être d'origine tellurique, paludéenne ou non, et qu'elle empruntait à ce principe sa gravité exceptionnelle et son caractère gangreneux; que dans les guerres elle était produite par le méphilisme des camps auquel elle était redevable de son caractère contagieux, et qu'enfin, dans ses épidémies saisonnières des climats tempérés, elle relevait seulement d'influences météoriques. D'autres auteurs ont pensé résoudre toutes les difficultés de l'étiologie en admettant que la maladie peut naître de causes multiples non spécifiques, agissant simultanément ou isolément, telles : les influences météoriques, les défauts du régime alimentaire, l'absorption de prin-

cipes putrides par l'alimentation ou la respiration, quelle que soit leur nature.

Mais, à n'en pas douter, la dysenterie est une; elle a des degrés différents, des formes diversement nuancées, mais il n'y a pas plusieurs dysenteries. On peut retrouver dans son étiologie quatre facteurs, à savoir : 1° l'influence de la saison chaude et du climat tropical; 2° l'existence de foyers d'infection à la surface du sol; 3° la contagion; 4° l'insuffisance du régime alimentaire et la famine, chacun de ces facteurs pouvant essentiellement acquérir une influence prédominante et rendre inutile ou secondaire l'un des autres. Mais on ne peut attribuer à ces conditions étiologiques que le rôle de causes secondes, car le développement de la dysenterie est dans tous les cas subordonné à l'intervention d'un agent unique et spécifique.

Kelsch et Kiener ne décrivent pas l'agent de la dysenterie, ils en admettent l'influence probable.

« Quant à la cause première de la maladie, disent-ils, à la nature intime du poison dysentérique, sa détermination est restée étrangère à nos recherches. Les procédés que nous avons appliqués à l'étude étiologique de la dysenterie ne nous ont permis d'atteindre qu'aux causes secondes.

Aujourd'hui, il est impossible de ne pas aller plus loin et de ne pas mentionner — puisqu'on ne peut pas encore affirmer la spécificité d'aucun — les principaux agents pathogènes auxquels on a, tour à tour, donné le rôle principal dans la genèse de la maladie.

Étiologie. — Les facteurs étiologiques de la dysenterie peuvent être classés en deux groupes.

Dans le premier sont les causes directes, efficientes, primordiales de la maladie, à savoir :

1° *L'infection et ses agents*; 2° *la contagion et ses moyens*.

Dans le second, rentrent les causes prédisposantes, adjuvantes ou aggravantes, modifiant le terrain; telles sont les influences thermiques, régionales de la dysenterie, la misère, la famine.

Elles aident la maladie, elles ne sauraient la créer à elles seules.

1° **Infection, agents infectieux. Microbe de la dysenterie.** — La microbiologie de la dysenterie est une question encore controversée.

Trois parasites, d'ordre et de nature différents, se sont partagé et se partagent encore actuellement l'étiologie de cette affection.

A. *Anguillule de Normand.* — En 1876, le Dr Normand, pratiquant l'examen microscopique des selles de soldats revenant de Cochinchine avec une dysenterie grave, découvrit un parasite qu'il étudia avec Bavay et qu'ils nommèrent *Anguillula stercoralis*. C'est un ver fusiforme de la famille des nématodes, fort analogue comme aspect et comme dimensions à la filaire du sang humain de Wucherer et Lewis.

L'anguillule mesure environ 1 millimètre de longueur sur 30 à 40 μ de large, un peu aminci en avant, s'effilant en pointe en arrière.

Normand ayant au début, constaté la présence de ce ver dans presque tous les cas de dysenterie grave, n'hésita pas à en faire l'agent spécifique de l'affection. Cette conception fut vite abandonnée, et peut-être (Talamon)⁽¹⁾ a-t-on fait

(1) TALAMON, *Méd. moderne*, juillet 1891.