

anglaise alors que le reste de l'armée était frappé de l'épidémie, immunité qui cessa le jour où ces compagnies, qui avaient jusque-là fait usage de latrines séparées, durent recourir à celles des compagnies atteintes.

D'autres exemples de même ordre ont été cités par Czernicki, Pinel, Coste....

A côté de l'eau, des émanations des matières fécales auxquelles il faut sans aucun doute faire jouer un rôle dans la contagion de l'affection, il ne faut pas omettre de mentionner que tous les vices de l'alimentation, depuis la simple pénurie alimentaire jusqu'à l'abus des fruits, peuvent la préparer et aider à son développement.

L. Colin pense que les vices alimentaires les plus variés concourent au même résultat: 1° L'abus des fruits mal mûris; 2° l'influence d'une alimentation viciée par l'excès de corps gras et féculents; 3° l'usage exclusif ou trop fréquent des viandes salées.

Le biscuit, qui est d'une mastication difficile, paraît aider au développement de l'infection par l'irritation mécanique des parois intestinales.

Causes prédisposantes. Causes adjuvantes. — Aucun âge n'est à l'abri de l'infection dysentérique. « Cette affection a causé la ruine de plusieurs colonies des pays chauds par la mortalité des enfants en bas âge. » De même, les vieillards dans certaines localités furent en grand nombre la proie de la dysenterie.

Il est certain cependant, et cela eu égard à la masse des hommes qui sont dans les conditions nécessaires pour contracter la maladie, que les adultes sont presque toujours pris en plus grand nombre.

C'est dans l'armée que la dysenterie fait le plus de ravages, et à cette question des jeunes soldats atteints par la maladie se rattache celle de l'acclimatement.

Y a-t-il une sorte d'accoutumance qui fait que les soldats ayant déjà séjourné longtemps dans les pays chauds résistent mieux que ceux qui y arrivent, ou même restent indemnes? Non. Il n'y a pas d'acclimatement pour la dysenterie, non plus que d'immunité conférée par une première atteinte. Les récurrences sont fréquentes et de plus en plus graves.

Ce qui peut faire croire que les vieux soldats jouissent d'une immunité relative, c'est que, par rapport aux autres, ils sont moins nombreux et que les jeunes vont presque immédiatement en expédition et en colonne. D'ailleurs ce qui lève tous les doutes sur ce point, c'est que les indigènes, quoique mieux acclimatés, ne résistent pas davantage (Cipayes aux Indes, troupes noires aux Antilles), et bien plus, si la dysenterie est moins fréquente chez eux, elle y est plus grave.

Enfin, toutes les influences extrinsèques de fatigue, de misère, ont une grande action, et l'on peut dire « que les désastres que cause la dysenterie sont en raison directe de l'affaiblissement des hommes, et, inversement, que les conditions de bien-être revenant, font à leur tour diminuer la dysenterie ».

Au début de son installation devant Sébastopol, l'armée anglaise n'avait pas trouvé les conditions de bien-être qui lui sont nécessairement assurées dans ses campagnes. Un état d'affaiblissement intellectuel et physique fut bientôt observé chez un grand nombre de soldats; « ils restaient des heures accroupis sans faire le moindre mouvement; ils paraissaient n'avoir plus conscience d'eux-mêmes; les médecins de l'armée anglaise rapprochaient ces symptômes de ceux qui ont été observés en Irlande pendant la famine, et ils appelaient

cette affection maladie des tranchées ». Ces hommes, affaiblis par la misère, payèrent un tribut de mortalité considérable à toutes les maladies et en particulier à la diarrhée et à la dysenterie (1).

Cette influence aggravante de la misère peut être rapprochée de celle de la famine; l'histoire des grandes famines est singulièrement instructive sur ce point. (Famine du royaume de Naples, 1764. Famine de l'Algérie en 1867-1868). Dans ces cas toutes les maladies sévirent cruellement, mais la plus intense fut peut-être encore la dysenterie.

Il en est identiquement de même pour la population des prisons, des bagnes, dans les camps, pour les armées en campagne.

De même la maladie frappe aussi plus volontiers tous les gens cachectisés par une maladie antérieure, et l'exemple le plus probant, c'est la singulière gravité que prend la dysenterie chez les gens atteints d'anémie palustre.

D'ailleurs, il faut dès l'instant mentionner que ces épidémies sévissent souvent dans les régions qui avoisinent l'embouchure de nos rivières, dans les régions où l'écoulement des eaux pluviales est mal assuré, au voisinage des marais, sur le bord des lacs; l'épidémie naît souvent aussi à la suite du curage d'un canal, d'un étang, et de la sorte s'explique la coïncidence des épidémies de dysenterie et de fièvre intermittente.

Cette coïncidence fit admettre par certains auteurs (Cambay et Dutroulau) que la dysenterie comme l'hépatite et les fièvres palustres, ne sont que des manifestations multiples de l'intoxication paludéenne.

Au siècle dernier déjà, les observateurs les plus autorisés (Torti, Morton) pensaient aussi que l'air des marais était la cause principale de la dysenterie.

Ceci est faux, évidemment. Ce qui est vrai et d'explication plus facile, c'est la simultanéité de deux affections assujetties, comme les fièvres intermittentes et la dysenterie, à une même loi générale de répartition géographique, à une aggravation parallèle à mesure qu'on se rapproche de l'équateur.

Mais la malaria ne donne pas la dysenterie; les preuves cliniques abondent pour l'affirmer. A Rome, la malaria règne au point d'absorber toutes les autres affections, et la dysenterie y est fort rare.

En France même (Colin), c'est celui de nos ports maritimes où la dysenterie est le moins commune, à Rochefort, que l'on compte le plus grand nombre de fièvres intermittentes.

De même la dysenterie sévissait énormément à la Réunion, bien avant l'époque où cette île est devenue un foyer de malaria.

Distribution géographique. Foyers et épidémies de dysenterie. — La dysenterie appartient à toutes les contrées habitées du globe. Son extension géographique ne connaît pour ainsi dire pas de limites. Il n'est aucune partie habitée de la terre où l'on n'ait signalé ses épidémies tantôt bénignes, tantôt graves, tantôt circonscrites, tantôt étendues. Endémique et permanente dans la zone tropicale, annuelle et saisonnière dans les climats tempérés, elle a fait des apparitions jusque dans les contrées circompolaires.

Cependant il est deux faits à mentionner, d'importance extrême :

Sa prédominance et en quelque sorte son affinité pour les climats chauds et son affinité encore pour certaines autres zones où des épidémies se renouvellent plus volontiers;

(1) QUESNOY, cité par Kesch et Kiener.

Elle sévit endémiquement au Sénégal, en Cochinchine, au Mexique, aux Antilles, aux Indes, en Algérie.

Mais il peut y avoir des foyers dysentériques à toute latitude (Colin).

En Europe, elle est plus fréquente, en Touraine et en Bretagne; elle affecte une prédilection marquée pour certaines villes de garnison : Metz, Strasbourg, Versailles; elle est très rare à Paris.

On a observé des poussées plus graves jusque dans les climats froids : Norvège (1859 à 1862). En Suède, de 1855 à 1860, elles atteignent 9 000 personnes.

Dans les contrées où elle sévit le plus volontiers, elle a encore ses endroits de prédilection.

Pour n'en citer qu'un exemple : il est certaines îles du groupe des Antilles que la dysenterie atteint cruellement, tandis qu'elle respecte presque complètement les îles voisines. Il est évident que ces différences sont en rapport avec la diversité des conditions respectives d'alimentation, de pureté des eaux.

La chaleur est en tout cas un des facteurs les plus importants, car les épidémies se développent et achèvent leur évolution dans la saison chaude (juillet, août, septembre).

Symptomatologie. Dysenterie aiguë. — Le tableau symptomatique de la dysenterie aiguë est extrêmement variable. Il est difficile, presque impossible d'en faire une description qui s'applique même à la majorité des cas, car la maladie est bénigne, moyenne ou grave, suivant les causes les plus différentes, et ses formes cliniques sont extrêmement nombreuses.

Période prodromique. — Dans la majorité des cas, la dysenterie est précédée d'une période prodromique, caractérisée soit par une diarrhée bilieuse, indolore, sans fièvre, parfois par les symptômes d'un embarras gastrique léger (L. Colin).

Ces prodromes n'existent que lorsque la dysenterie s'établit chez des gens antérieurement sains; ils manquent presque toujours lorsque la maladie prend naissance chez des sujets en proie à une autre affection, telle que l'impaludisme, le scorbut.

D'ailleurs, ces symptômes avant-coureurs sont presque exclusivement limités à la diarrhée, dite diarrhée prodromique; elle est sans durée fixe, sans caractères objectifs bien précis.

Symptômes abdominaux, caractères des selles dysentériques. — Les selles ont, dans la dysenterie, des caractères nettement précis. Ils changent ou s'accroissent d'ailleurs suivant la gravité de l'affection, et leur description en doit être faite, en montant minutieusement cette échelle d'intensité, du bas jusqu'au sommet.

Au début, les selles prodromiques avec leur aspect bilieux se mélangent aux évacuations naissantes de la période d'état. Elles sont de plus en plus visqueuses et commencent à contenir des grumeaux jaunâtres striés de sang. Puis, la pigmentation biliaire disparaît à son tour, ainsi que l'odeur fécale.

C'est alors que les selles présentent l'aspect tout à fait particulier et caractéristique du premier degré de la dysenterie aiguë; à ce moment les ulcérations intestinales ne sont pas encore faites, les évacuations ressemblent à du blanc d'œuf, à du frai de grenouille strié parfois de sang, aux crachats de la pre-

mière période de la pneumonie dont elles ont la viscosité, la transparence, la teinte rougeâtre. La muqueuse commence seulement à s'exfolier.

Mais à mesure que progressent les lésions de l'intestin, les selles se modifient et prennent de nouveaux aspects. Elles perdent leur viscosité, deviennent liquides, semblables à de la *lavure de chair*. Elles acquièrent une fétidité croissante et intolérable. Au milieu de la sérosité nagent des débris, des lambeaux de la membrane, *raclures de boyaux*, et qui sont en réalité des lambeaux de muqueuse ulcérée; l'examen microscopique montre que la structure de ces lambeaux est identique à celle de l'intestin d'où ils viennent.

Ces fragments de la paroi intestinale sont plus ou moins larges; les uns offrent parfois une épaisseur de 2 à 3 millimètres « constitués par la muqueuse et la celluleuse, à la face profonde de laquelle on remarque parfois des stries noirâtres qui ne sont autre chose que des fibres de la tunique musculieuse ». Leur largeur varie de même; les uns semblent de vastes plaques de plusieurs centimètres, d'autres ont la forme d'un manchon, lorsque toute la périphérie de l'intestin est simultanément intéressée et rejetée d'un bloc.

Si la dysenterie tend à s'aggraver, la fétidité des selles devient plus insupportable encore. Souvent les garde-robes contiennent du pus en assez grande quantité; souvent aussi, pendant la période d'état, on rencontre au milieu des selles de véritables matières fécales moulées.

Le nombre des évacuations varie, mais il est toujours considérable et en rapport étroit avec le degré de gravité de la maladie.

Elles se répètent couramment plusieurs fois par heure, et dans les cas très graves les malades ont jusqu'à 50, 100 et 200 selles par 24 heures, et la masse totale des matières rendues peut s'élever à 5, 4 et 5 litres.

Douleurs abdominales. Coliques. Épreintes. Ténésme. — Les évacuations sont précédées et accompagnées de douleurs abdominales intenses qui affectent de singuliers caractères de localisation.

Ces épreintes ou faux besoins partent de l'hypogastre, s'étendent en haut le long du côlon ascendant, gagnent le flanc gauche et redescendent par l'S iliaque jusqu'au rectum et à l'anus.

Cette sensation extrêmement douloureuse de torsion devient de plus en plus cuisante au moment où elle parvient à l'anus, provoque alors un besoin insurmontable d'expulsion, besoin qui persiste dans l'intervalle des épreintes, d'où naît une incessante et cruelle envie d'aller à la garde-robe.

Ces envies n'aboutissent qu'à faire rendre au malade, au prix des efforts les plus douloureux, tout au plus la valeur d'une cuillerée à café de matières. Ce ténésme violent, et si longtemps rapporté à la contracture énergique du sphincter, est dû surtout à la violente inflammation du conduit.

C'est une sensation atrocement pénible; le malade en est la proie presque incessamment, même dans l'intervalle des coliques.

En outre, des coliques violentes existent autour de l'ombilic et sur tout le trajet du gros intestin. La palpation du ventre est douloureuse, ainsi d'ailleurs que tout mouvement provoqué; de sorte que le malade cherche à restreindre ses gestes et tâche à s'immobiliser. Il se tient presque toujours couché sur le côté, les cuisses fléchies sur l'abdomen, sans mouvement; à une période avancée, le ventre est excavé, et des auteurs prétendent que l'on peut reconnaître, par le palper, des bosselures surtout sensibles dans le flanc gauche, dues à la tuméfaction inégale de la tunique celluleuse.