

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 musculée ». 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.

Le sphincter est peu à peu relâché; l'amaigrissement se prononce rapidement et l'anus béant paraît faire saillie hors des fosses ischio-rectales; on peut constater, à travers l'anus, les ulcérations de la muqueuse de l'extrémité inférieure du gros intestin (L. Colin).

Symptômes généraux. — En dehors des principales formes que nous allons passer en revue dans un instant, les symptômes généraux sont banaux. Généralement, au début surtout, la fièvre est peu marquée. La céphalalgie est peu intense, les sécrétions sont diminuées, les urines sont très rares, rendues goutte à goutte.

Plus tard la bouche est sèche, la langue dépouillée, rouge, la soif vive, l'urine supprimée; la voix s'éteint, les extrémités deviennent froides.

L'exagération ou l'absence de ces symptômes, leur association entre eux ou avec des phénomènes empruntés à une affection concomitante, constituent les différentes formes cliniques de la maladie.

Formes cliniques de la dysenterie. Dysenterie bénigne ou dysenterie blanche. — Le début est brusque, et manifesté par une diarrhée plus ou moins abondante, avec ou sans coliques. Les selles sont de coloration gris sale, jaunâtres: elles sont rarement d'emblée muco-sanglantes. En même temps se manifestent les signes d'un embarras gastrique léger. Puis les phénomènes s'accroissent, et 2 ou 3 jours après le début les selles atteignent le chiffre de 20 à 60 dans les 24 heures. Elles ont alors l'aspect du frai de grenouille. Généralement elles sont mélangées de sang en quantité variable. Par moments elles changent de caractère et redeviennent séreuses ou séro-bilieuses. Puis les autres symptômes se manifestent et la période d'état dure 8 à 15 jours; la détente s'annonce alors, les coliques s'amendent, les selles s'espacent, l'appétit renaît et les forces reviennent rapidement.

Forme inflammatoire. — Celle-ci est caractérisée surtout par une forte réaction fébrile.

Mais cette forme qui dépend de la « puissance réactionnelle de l'organisme atteint » a été prise dans un sens différent par de nombreux auteurs. Pour Annesley, Cambay, la dysenterie inflammatoire serait synonyme de dysenterie phlegmoneuse. Cette opinion paraît erronée et a été battue en brèche par L. Colin.

Forme bilieuse. — Généralement cette forme est précédée de diarrhée bilieuse; en même temps le malade a la bouche amère, il a perdu l'appétit, il a des nausées, parfois des vomissements bilieux. Les conjonctives, la muqueuse sub-linguale prennent une teinte subictérique.

La fièvre est forte.

Forme hémorragique. — Il faut entendre sous ce nom à la fois les cas où il y a exagération du flux sanguin ordinaire de la dysenterie, et ceux qui sont caractérisés par des hémorragies multiples et graves, ayant pour siège non seulement l'intestin, mais d'autres muqueuses, le tissu cellulaire, la peau. Le malade présente des épistaxis profuses, des ecchymoses, des taches purpuriques. Généralement ces hémorragies sont accompagnées des symptômes typhoïdes avec fièvre élevée et troubles nerveux graves.

Forme typhoïde, adynamique et ataxique. — Caractérisant encore la forme maligne de la dysenterie.

Cette forme sévit surtout dans certaines conditions; elle frappe davantage les individus cachectisés par une cause quelconque, entassés, en proie à tous

les dangers de la misère et de l'encombrement. Elle doit donc surtout sa gravité à la détérioration profonde des organismes qu'elle frappe.

Le mouvement fébrile s'accroît rapidement après le début de la maladie. La fièvre prend un type continu ou rémittent, accompagné de frissonnements répétés. La langue est sèche, les dents fuligineuses, l'haleine fétide. Des troubles cérébraux graves viennent rapidement, le ventre est douloureux, ballonné, les vomissements fréquents révélant parfois l'existence d'une péritonite surajoutée.

Cette forme se complique souvent d'anthrax, d'abcès, d'escarres au sacrum, aux fesses. Elle se termine presque toujours par la mort (Kelsch et Kiener).

Forme algide, cholériforme. — Dès le début cette forme est grave, les selles sont fréquentes et sanglantes, accompagnées de coliques et de ténésme, souvent de fièvre. Rapidement, les évacuations changent de caractère, elles deviennent fétides, hémorragiques, contiennent des lambeaux gangreneux. Les coliques s'atténuent ou cessent, le ténésme anal persiste avec paralysie du sphincter, anus béant. Le malade est dans une extrême faiblesse, avec le pouls petit, le cœur mou, des lipothymies fréquentes. Il est couvert de sueurs, et tombe rapidement dans le collapsus où il meurt.

Cette forme peut encore être plus accentuée et rappeler de plus près le choléra.

L'algidité est de jour en jour plus prononcée, le pouls est insensible, la voix éteinte, le malade a des crampes douloureuses.

Notons encore la cyanose, l'aphonie, l'anurie, tous symptômes qui complètent l'analogie de cette forme de la dysenterie et du choléra. Généralement l'intelligence persiste jusqu'à la mort qui vient rapidement, et quelquefois même d'une façon foudroyante.

Forme gangreneuse. — C'est une des formes les plus rapidement graves. Les symptômes qui la caractérisent sont assez appréciables. Les selles sont incessantes, et s'accompagnent des symptômes douloureux communs à toute dysenterie, mais portés au maximum: coliques, ténésme, dysurie, névralgie sciatique, névralgie du cordon, etc.

Les selles ont des caractères spéciaux, et prennent rapidement l'aspect ordinaire de la gangrène.

C'est une sorte de sérosité foncée, comme une boue noire et fétide, un ichor sanguinolent contenant parfois des lambeaux de tissu sphacélé. D'autres fois, elles ressemblent à une purée verdâtre tenant en suspension des petits grumeaux noirs.

Lorsque ces symptômes locaux sont à leur maximum, l'abdomen météorisé devient indolent, une sorte d'apaisement se fait avec la disparition progressive des coliques.

Mais l'état général s'aggrave parallèlement.

Avec l'apparition des signes de la gangrène, la température commence à décroître. L'hypothermie arrive, commençant par les parties périphériques; les pieds, les mains, les parties proéminentes de la face se glacent. « Le refroidissement s'étend ensuite à la cavité axillaire, à la cavité buccale, l'haleine est froide. »

Le pouls devient petit, l'urine rare et albumineuse, le cœur mou, les lipothymies fréquentes, la voix s'affaiblit, et la mort arrive vite.

Cette forme a été surtout observée dans les pays chauds.

Forme rhumatismale. — Cette forme est certes l'une des plus intéressantes. Elle mérite qu'on s'y arrête, car, outre l'intérêt clinique qu'elle présente et qui est considérable, elle emporte un enseignement théorique important.

La forme rhumatismale de la dysenterie a été connue de tous temps. Hippocrate l'avait vue, Sydenham l'a étudiée. Strock en note des exemples pendant l'épidémie de Mayence (1757 à 1759), Zimmermann pendant l'épidémie de Berne (1760), Lepecq de la Clôture pendant l'épidémie de Caen (1765).

Stoll, qui observe des faits semblables en 1776 et 1777, arrive à conclure que la dysenterie est le rhumatisme de l'intestin.

En 1855, Thomas de Tours considère les phlegmasies articulaires comme une complication ou mieux comme une métastase fréquente autant que grave.

Cambay, en 1847, parle de la possibilité de l'apparition d'un rhumatisme au même titre que la fièvre intermittente, la pleurésie..., dans le cours de la dysenterie, et le considère comme un phénomène critique de la maladie.

De nos jours, Delieux de Savignac, Trousseau en décrivent une forme rhumatismale.

Huette en 1869, M. Quinquaud en 1876, M. Dewèvre en 1886, publient d'excellents mémoires sur cette question. M. Bourcy coordonne ces faits dans sa thèse, puis les descriptions cliniques sont renouvelées et complétées dans les ouvrages de Bérenger-Féraud, Kelsch et Kiener, la thèse de M. de Laperonne, etc.

Étude clinique. — Les manifestations articulaires arrivent à des époques variables. Quelquefois, c'est pendant la première semaine de la maladie, plus rarement pendant la seconde, et en général c'est après la guérison, soit dès les premiers jours de la convalescence, soit plus tard.

Une fois sur dix, l'apparition du rhumatisme a coïncidé avec la suppression brusque de la dysenterie (Kelsch et Kiener).

Quelquefois, il s'agit d'un rhumatisme polyarticulaire, plus souvent d'une arthropathie plus fixe et plus rebelle.

D'ailleurs, lorsque c'est au rhumatisme polyarticulaire que l'on a affaire, il se présente sous la forme d'une manifestation assez vague, sans retentissement le plus souvent sur les séreuses, généralement assez rapide dans son évolution.

Il n'en est pas de même de la seconde forme : l'*arthropathie dysentérique*.

Son début coïncide souvent avec la suppression de la diarrhée; il peut se faire aussi en pleine convalescence. C'est alors insidieusement que l'arthrite survient.

Le plus souvent les genoux sont pris les premiers. Trousseau avait déjà remarqué que les genoux étaient volontiers un lieu d'élection pour cette complication.

La douleur est d'abord sourde, s'avive peu à peu; mais son acuité dure peu. La gêne et l'inaptitude du membre persistent au contraire pendant un très long temps.

L'articulation est gonflée, souvent pleine de liquide, recouverte d'un œdème blanc sans trace de rougeur inflammatoire. Généralement cette arthrite ne provoque pas de fièvre, non plus que de symptômes généraux.

D'autres articulations peuvent être prises alors, c'est assez rare. L'arthrite fixée au genou, par exemple, y persiste seule pendant longtemps.

La marche en est généralement longue et traînante; le liquide se résorbe avec une extraordinaire lenteur.

La guérison, qui est la règle, se fait au minimum dans l'espace de trente à

quarante-cinq jours; elle ne laisse presque jamais après elle ni ankylose, ni suppuration, ni complication cardiaque.

Ces complications articulaires ne sont pas très rares.

D'après la relation de cinq épidémies (Brest, la Rochelle, Joigny, Vincennes, Lyon), Kelsch et Kiener comptent 44 cas d'arthrite sur 1137 faits, soit 1/38. Il n'y a guère lieu de s'arrêter aux autres facteurs étiologiques, tels que le sexe et l'âge. Il suffit de se souvenir que la dysenterie atteint plus fréquemment les hommes adultes.

Le rhumatisme dysentérique a donné lieu à des opinions sans nombre.

Il est inutile cependant d'insister sur la théorie de Zimmermann, qui attribuait la production de l'arthrite à une thérapeutique mal entendue, non plus que sur la théorie de la métastase de Cambay, Fallot.

Les deux opinions que l'on a particulièrement soutenues sont : l'identité de nature entre le rhumatisme et la dysenterie. On se fondait surtout pour admettre ceci sur la similitude étiologique des deux affections, que l'on croyait deux affections *a frigore*. Or, nous ne sommes pas convaincus que le rhumatisme, quel qu'il soit, puisse seulement naître sous l'influence du froid; et nous ne pouvons admettre que la température seule suffise à provoquer la dysenterie.

Le froid agit comme une cause prédisposante, plus ou moins active, même comme une cause déterminante, comme un traumatisme si l'on veut, mais il faut admettre aussi que l'individu atteint était préalablement infecté.

On a pensé, raisonnant comme pour la blennorragie, que la diathèse rhumatismale était réveillée par l'inflammation intestinale. Or, la majorité des malades observés n'avaient, ni directement, ni par leurs ascendants, d'antécédents rhumatismaux; et, de plus, il a été maintes fois constaté que, chez des sujets ayant eu des attaques antérieures, le rhumatisme n'avait pas reparu à l'occasion de la dysenterie.

Or, en l'état actuel de la science, il est rationnel d'admettre et d'affirmer la nature infectieuse de la dysenterie, et d'affirmer aussi la nature infectieuse du rhumatisme qui l'accompagne ou la complique.

Il s'agit ici d'un *pseudo-rumatisme infectieux*, analogue comme nature, sinon comme origine, à celui de la blennorragie, du choléra, de la variole et de la scarlatine.

Mais, si l'on est actuellement en droit de comparer le rhumatisme infectieux de la dysenterie à celui de la blennorragie, il importe de se demander, pour les deux, si ce sont là des lésions spécifiques, c'est-à-dire produites par le même agent pathogène, ou s'il s'agit d'une infection secondaire, d'une infection surajoutée. La chose paraît jugée pour la blennorragie. Il n'y a rien de net sur ce point dans la dysenterie. L'analogie des complications peut seulement faire soupçonner l'analogie de leur nature.

Récemment Remlinger dans un travail sur ce sujet (*Revue de méd.*, 10 septembre 1898) concluait que le pseudo-rumatisme s'observe surtout au décours des formes bénignes, soit sous la forme sèche, polyarticulaire fugace, soit sous une forme fixe, rebelle. Le genou est le lieu d'élection. Le liquide articulaire n'avait montré aucun microbe et donné aucun résultat par inoculation aux animaux. Il semblerait donc que les arthrites seraient dues à un parasite spécial ou plutôt aux toxines élaborées dans l'intestin par un microbe du groupe coli. Remlinger conseille l'antipyrine dans la forme sèche, la ponction avec compression et immobilisation dans les cas avec hydarthrose.