

§ 5. TUBERCULOSE INTESTINALE — ENTÉRITE TUBERCULEUSE

Étiologie. — La tuberculose intestinale peut être la première localisation de l'infection tuberculeuse; mais, habituellement, l'entérite tuberculeuse est devancée par la tuberculose pulmonaire, surtout par la phthisie pulmonaire chronique. Dans quelques cas, la tuberculose intestinale est le résultat d'une auto-infection, le bacille pénétrant dans les voies digestives avec des crachats avalés. Dans d'autres circonstances le bacille pénètre dans les voies digestives avec le lait de vaches tuberculeuses¹. A côté de ces infections qui se font par la surface de la muqueuse intestinale, signalons les infections qui se font par la profondeur des tissus, le bacille étant transporté par les vaisseaux lymphatiques et par les vaisseaux sanguins, surtout au cas de granulose. D'après Tchistovitch², quand l'infection a lieu par la surface de la muqueuse intestinale, les bacilles traversent la couche épithéliale, atteignent les parois de l'intestin au moyen des lymphatiques et progressent dans le tissu adénoïde sous-muqueux qui entoure les vaisseaux sanguins. La direction *transversale* de ces vaisseaux explique la forme de certaines ulcérations. Les bacilles de Koch sont surtout nombreux au niveau des ulcérations.

Anatomie pathologique. — A l'ouverture de l'intestin, on découvre deux ordres de lésions : les unes sont des lésions d'inflammation vulgaire, les autres sont tuberculeuses. Les *lésions tuberculeuses* de la muqueuse intestinale ont pour siège de prédilection la dernière portion de l'iléon et le cæcum; on les retrouve néanmoins dans toutes les autres parties de l'intestin. A l'autopsie, ces lésions se présentent sous forme de *granulations* et d'*ulcérations* dont la forme et les dimensions sont variables. Ces ulcérations

1. Voir le chapitre concernant la tuberculose larvée des trois amygdales.
2. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889.

sont arrondies quand elles occupent les follicules isolés; elles sont longitudinales ou ovalaires quand elles ont pour siège les plaques de Peyer; souvent elles sont transversales, *annulaires*, et entourent l'intestin comme un anneau. Étudions ces différentes altérations.

Les lésions tuberculeuses de l'intestin sont constituées par des *granulations* et par des *inflammations tuberculeuses ulcéreuses*. Les granulations tuberculeuses naissent dans les parois des vaisseaux, dans le tissu conjonctif, qui entoure le cul-de-sac des glandes en tubes, ou dans le tissu conjonctif des villosités; leur présence provoque dans les villosités et dans les glandes un travail phlegmasique.

Les *villosités intestinales*, tuméfiées et infiltrées de cellules rondes, s'unissent les unes aux autres par leur base et forment ainsi une excroissance ayant l'aspect d'un nodule tuberculeux. Les glandes en tubes s'allongent et se remplissent de cellules cylindriques. La petite masse tuberculeuse devient opaque, caséuse, et s'ulcère. Voilà un premier mode d'ulcération intestinale; nous allons voir un autre processus dans lequel les ulcérations ont pour origine la phlegmasie tuberculeuse qui frappe les follicules clos et les glandes de Peyer.

Au début, l'aspect des *follicules lymphatiques* atteints d'inflammation tuberculeuse ne diffère pas de la psorentérie simple; le follicule est augmenté de volume et infiltré d'éléments lymphoïdes; bientôt son centre devient opaque et grisâtre, il se ramollit et se transforme en un petit abcès folliculaire qui ne tarde pas à s'ulcérer. « Souvent, plusieurs follicules altérés siégeant soit sur une plaque de Peyer, soit sur un autre point de la muqueuse, entourés par une inflammation diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux et par une inflammation des villosités et des glandes, se réunissent pour former une plaque saillante qui s'ulcère¹. » C'est là un autre mode d'ulcération dans la tuberculose intestinale; mais, quelle que soit l'origine de

1. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie*, p. 852. — Colin. *Arch. de méd.*, 1874. — Laveran. *Progrès méd.*, 1877.

l'ulcération, qu'elle ait pour origine des granulations ou l'inflammation tuberculeuse des follicules, « son développement ultérieur et ses conséquences sont les mêmes ».

Les ulcérations tuberculeuses se réunissent et prennent souvent une forme *annulaire*; on trouve alors sur la muqueuse des segments d'anneaux ou des anneaux complets ayant chacun une largeur de 1 à 2 centimètres et distants les uns des autres de plusieurs centimètres. Cette disposition *annulaire* des ulcérations tient probablement à une disposition analogue des territoires vasculaires¹; les vaisseaux étant, eux aussi, disposés en anneaux autour de l'intestin, et leurs parois étant infiltrées de granulations tuberculeuses. Les plaques de Peyer ulcérées ne sont pas tuméfiées comme dans la fièvre typhoïde, elles sont peu saillantes et semées d'ulcérations cratériformes. Ces deux types d'ulcérations, les ulcérations annulaires et les ulcérations des plaques de Peyer, sont isolés, ou réunis chez le même sujet.

Les bords et le fond des ulcères tuberculeux sont souvent parsemés de granulations tuberculeuses, granulations qu'on retrouve dans les diverses couches de tissu conjonctif des parois intestinales, entre les fibres musculaires et dans le tissu sous-muqueux profond.

Le *système lymphatique* participe largement au processus tuberculeux. Les vaisseaux lymphatiques qui partent des plaques de Peyer ulcérées sont injectés de matière tuberculeuse. Les points de la surface *péritonéale* de l'intestin qui répondent aux ulcérations de la muqueuse offrent toujours un certain nombre de granulations tuberculeuses qui se détachent sur le fond rouge de la séreuse enflammée; les vaisseaux lymphatiques qui en émergent, pour se rendre aux ganglions mésentériques sont blanchâtres, noueux, volumineux et infiltrés de granulations tuberculeuses.

Les ulcérations tuberculeuses de l'intestin aboutissent quelquefois au *rétrécissement* et rarement à la *perforation*; elles

1. Spillmann. *Tuberculose du tube digestif*. Paris, thèse d'agrégat., 1878.

existent parfois au cæcum, dans cette forme de tuberculose hypertrophique du cæcum que nous allons étudier dans le chapitre suivant. Dans le gros intestin, les ulcérations peuvent avoir une *telle étendue* qu'au premier abord la *colite tuberculeuse* n'est pas sans analogie avec les lésions de la dysenterie.

Les ulcérations tuberculeuses peuvent se développer également sur l'*appendice*; ces ulcérations coexistent en général avec des ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle, du cæcum et du côlon. J'ai observé, à l'Hôtel-Dieu, un cas de ce genre, où les lésions étaient des plus intenses¹. Les ulcérations creusaient profondément les parois de l'appendice, mais la lumière du canal appendiculaire avait conservé intégralement sa perméabilité; aussi, n'y avait-il jamais eu de symptômes d'appendicite.

Pourquoi cette latence de la tuberculose appendiculaire malgré des lésions considérables des parois, tandis que, dans l'appendicite, il suffit de si petites lésions pour causer de terribles accidents toxi-infectieux? C'est parce que dans la tuberculose appendiculaire (du moins tant que l'appendice reste perméable) il n'y a pas de cavité close; par suite, pas d'exaltation de virulence, pas de migration coli-bacillaire à travers les parois appendiculaires. Cette absence de migration microbienne a été constatée sur les coupes de l'appendice tuberculeux dont je viens de parler; les microbes n'y dépassaient pas la couche superficielle de l'ulcération; ils n'avaient pas exalté leur virulence parce que les lésions n'avaient pas abouti à la formation d'une cavité close. Chez le malade en question, les ulcérations tuberculeuses de l'intestin n'avaient pas provoqué de phénomènes péritonéaux; sur les coupes de ces ulcérations intestinales, comme sur les coupes des ulcérations appendiculaires, les microbes n'avaient pas dépassé les anfractuosités de la

1. Cette observation a été publiée par mon chef de clinique Apert. *Presse médicale*, 1898, n° 102; « Tuberculose de l'intestin et de l'appendice; lésions considérables de l'appendice; pas de cavité close; aucun symptôme d'appendicite. »