

20 selles semblables par jour; on peut observer des vomissements analogues. La prostration des forces est très grande, la face pâle, les yeux enfoncés dans l'orbite, la voix faible et cassée. Le ventre est normal, parfois ballonné ou, au contraire, légèrement déprimé. Les urines sont rares, sédimenteuses. Il peut y avoir des crampes douloureuses dans les mollets; tendance au refroidissement des extrémités, à la cyanose. Le tableau est complet. Le plus souvent, la guérison se fait dans l'espace de deux ou trois jours, mais la mort peut avoir lieu. Cette terminaison fatale s'observe particulièrement chez les individus débilités et surtout les vieillards.

Dans l'entérite dysentérique, on constate des envies fréquentes d'aller à la selle avec du prurit et du ténésme; les selles sont quelquefois glaireuses. Il y a de la douleur le long du côlon et surtout le côlon descendant, douleur spontanée sous forme de coliques ou sensibilité à la palpation. Des crises d'entérite membraneuse prennent parfois exactement l'aspect dysentérique (voyez plus loin).

L'entérite à forme typhoïde se confond en réalité avec l'embarras gastrique fébrile: fièvre, température de 38 à 39 degrés, céphalgie, inappétence, malaise, courbature générale, diarrhée modérée, en général, selles jaunâtres, plus foncées que dans la fièvre typhoïde; durée de 8 à 10 jours. On ne sait pas exactement de quoi il s'agit. Parfois cette affection règne épidémiquement, alternant avec des cas de fièvre typhoïde ou leur succédant, comme M. Richardièrre en a cité un remarquable exemple<sup>(1)</sup>. Il est très possible qu'il s'agisse là, comme le veut M. Chantemesse, d'une forme atténuée de fièvre typhoïde. Le peu d'intensité de la fièvre, la modération des accidents généraux, l'absence des taches rosées lenticulaires, et le plus souvent de bronchite prédominante vers la base, permettent d'établir le diagnostic différentiel.

On peut voir survenir, dans ces diverses formes d'entérite, du purpura, qui a pour le diagnostic une valeur bien mise en lumière par M. Hutinel<sup>(2)</sup>.

La recherche de l'urobiline indiquera l'état du foie et sera un appoint pour le pronostic.

Une mention spéciale dans le groupe des entérites aiguës doit être faite à l'entérite streptococcique. Pour démontrer la présence des streptocoques dans les selles, on se servira de la coloration de Gram-Weigert, suivie de coloration à la fuchsine. Les coli-bacilles apparaissent en bleu dans des selles normales, en rouge si on a affaire à des selles diarrhéiques. On voit en outre de nombreuses chaînettes courtes, souvent de simples diplocoques. A la période de déclin de l'entérite, les streptocoques cèdent le pas au coli-bacille. Les cultures sur plaques donnent, outre les colonies colibacillaires, des colonies de streptocoques. Ces streptocoques viendraient peut-être du lait de vache, car dans ces faits d'entérite il s'agissait d'enfants au biberon. Ils existent surtout vers les parties inférieures de l'iléon, mais on les trouve dans toute l'étendue du tube gastro-intestinal.

Au point de vue clinique, on peut en distinguer plusieurs formes: des formes locales, et des formes générales, elles-mêmes subdivisées en formes toxiques et formes septicémiques.

Dans la forme locale légère, il y a une diarrhée liquide muqueuse, qui dure deux à quatre jours. Dans la forme plus intense, les selles de neuf à seize représentent des matières provenant de l'intestin grêle. Si le gros intestin est plus atteint, les selles sont muco-purulentes et sanguinolentes.

<sup>(1)</sup> Sem. méd., p. 105, 1890.

<sup>(2)</sup> Gazette hebdomadaire, décembre 1891.

Les phénomènes généraux sont l'hyperthermie, les attaques convulsives; il peut y avoir septicémie avec des microbes dans l'urine. La mort en est alors la terminaison.

L'entérite pneumococcique a été l'objet d'études de la part de Marchiafava, Massalongo, Weichselbaum, Galliard (Sem. méd., août 1896). Marchiafava avait décrit les lésions de l'entéro-colite croupale caractérisée par un exsudat fibrineux, mais c'est Massalongo qui a montré la présence constante du pneumocoque dans ces lésions. Dans un cas de Weichselbaum, l'inoculation au lapin vint démontrer la présence du diplocoque encapsulé. Par expérimentation, Foa et Ufreduzzi ont vu après inoculation sous-cutanée survenir une diarrhée profuse chez le lapin. Probablement l'infection suit la voie sanguine.

L'entérite pyocyanique, étudiée récemment par Escherich et ses élèves, se caractérise par l'apparition de vésicules hémorragiques. On peut trouver le bacille dans les selles (Baginski), et l'on peut voir survenir des symptômes d'infection générale, tels que péricardite, endocardite.

Parmi les complications de l'entérite ou de l'entéro-colite aiguë, il faut signaler l'hémorragie intestinale, qui est rare, et la cystite, qui est plus fréquente. Déjà, en 1894, Escherich avait montré que le contact des matières fécales avec la vulve pouvait, chez les petites filles, causer l'infection vésicale colibacillaire. Trumpp et en France M. Hutinel en ont apporté des exemples. L'accident est, on le comprend, plus fréquent chez les filles, et chez les garçons il faut, pour l'expliquer, invoquer une infection directe à travers les parois du rectum et de la vessie. On ne peut en effet admettre pour ces cas une infection sanguine générale. La cystite peut être latente ou donner lieu aux troubles ordinaires. Elle guérit facilement mais récidive souvent.

M. L. Rénon a rapporté à la Société médicale des hôpitaux (5 mai 1899) une série d'accidents survenus chez une enfant de 8 ans au cours d'une entéro-colite aiguë. Il y eut de la dyspnée violente, des vomissements, des irrégularités du pouls et des battements cardiaques, des menaces de syncope et d'asphyxie. Ces accidents, qui durèrent une douzaine de jours, cédèrent à la diète hydrique. Ils seraient dus à une névrite du pneumogastrique. M. Hutinel en a rapporté des exemples: ce sont là des phénomènes toxiques.

Le séro-diagnostic ne semble pas à l'heure actuelle donner aucun résultat utile au diagnostic des entérites colibacillaires. La réaction est trop inconstante pour être employée en clinique (Widal et Nobécourt, Lesage).

**Pathogénie des entérites aiguës microbiennes.** — Il existe donc au point de vue pathogénique d'assez nombreuses variétés de gastro-entérites aiguës que nous passerons en revue d'après une récente monographie de Lesage<sup>(1)</sup>.

1° Il y a des entérites à microbes coliformes, c'est-à-dire à microbes de formes diverses, mais tous décolorés par le gram. Sur culture, le polymorphisme est moindre, parce que les organismes ont tous le même âge.

Dans ce groupe rentrent les cas de microbes à pigment vert. Dans ces entérites, la septicémie est secondaire, terminale, inconstante. Leur virulence est très variable d'un jour à l'autre. Ils peuvent donner de la toxine. Lesage a vu

<sup>(1)</sup> LESAGE, De la gastro-entérite aiguë des nourrissons. Œuvre médico-chirurg., n° 17.

enfin qu'il n'y a pas de rapport entre la virulence des microbes et la présence de l'agglutination.

2° Il y a des *entérites à streptocoque d'Escherich*, où le streptocoque est associé aux microbes coliformes. Elles sont caractérisées par l'intensité de la congestion et par des hémorragies.

3° Il y a des *entérites à symbiose coli-streptococcique*. Ce seraient des formes lentes. Ces microbes en symbiose tuent à dose plus faible qu'isolés.

4° *Entérites à diplocoques*. — Il y a des diplocoques de diverses espèces. D'abord on peut voir le *pneumocoque* comme nous l'avons indiqué plus haut. Récemment Thiercelin<sup>(1)</sup> a décrit un diplocoque spécial, qu'il a appelé *entérocoque*, et qui n'est pas pathogène pour le cobaye, qui l'est peu pour le lapin, mais qui l'est pour la souris. Il est simple ou en chaînettes. Thiercelin l'a vu surtout dans les selles glaireuses. Il peut se trouver en culture pure. Il serait l'agent pathogène de « gripes intestinales ». On le trouve dans le choléra sec (Hutinel). Il peut même produire une vraie septicémie.

Ce microbe est très polymorphe. Il reste coloré au gram.

5° *Entérites à microcoques* ayant les caractères du staphylocoque.

6° *Entérites à proteus*, surtout chez des enfants très jeunes nourris avec de la viande.

7° *Entérites à bacille pyocyanique*, quelquefois avec association au coli-bacille (Nobécourt).

8° *Entérites avec levures* (Lesage).

9° *Entérites avec bacille lacticus* (Lesage).

10° *Entérites avec tyrothrix*, microbe coloré au gram, qu'on trouve dans des formes algides, et qui sécrète une toxine étudiée par Lesage et Winter.

11° *Entérites avec bacille mesentericus*, très rares.

12° *Entérites avec bacilles de Klein (bacillus enteritidis sporogenes)*, décolorés au gram, liquéfiant la gélatine.

Si les accidents d'entérite sont diminués par l'usage du lait stérilisé, ils ne sont pas entièrement supprimés, et Lesage fait jouer un rôle important à l'action de la chaleur et de l'électricité, et peut-être à l'infection par l'air.

Comme on le voit, la pathogénie des entérites est des plus complexes.

**Entérites chroniques.** — D'après la description classique, l'entérite chronique est caractérisée par des coliques, des borborygmes, des selles plus ou moins fréquentes, qui surviennent de préférence presque immédiatement après l'ingestion des aliments. Il n'y a rien là de caractéristique, et nous avons signalé précédemment des faits de diarrhée nerveuse dans lesquels il n'y avait probablement pas de substratum anatomique.

Dans l'entérite ou entéro-colite chronique, ordinairement modérée, de nos régions, les selles sont liquides, jaunâtres, muqueuses, quelquefois très fétides. Il y en a cinq ou six par jour, quelquefois plus, rarement moins.

L'état général reste bon dans les cas d'intensité moyenne. Lorsque la maladie se prolonge, quand les évacuations sont fréquentes et abondantes, l'état général s'altère. Les malades pâlisent, maigrissent, leur peau prend une teinte terreuse, elle devient sèche, le ventre se rétracte. Le marasme peut atteindre un degré si marqué que la mort survient par épuisement.

<sup>(1)</sup> Soc. Biol., avril 1899.

On a décrit quelquefois sous le nom d'entéro-colite ou de colite chronique des manifestations qui se confondent avec l'entérite pseudo-membraneuse dont il sera question plus loin.

Dans les pays chauds, plus particulièrement en Indo-Chine, l'entérite chronique prend une intensité beaucoup plus considérable; elle y règne d'une façon endémique et atteint surtout les Européens non acclimatés, plus souvent encore ceux dont l'hygiène est défectueuse. De là ses ravages sur nos troupes coloniales. Elle se produit le plus souvent chez des individus atteints par la fièvre intermittente. Des attaques de diarrhée se produisent, séparées par des intervalles de plus en plus courts. La diarrhée, bilieuse au début, change de caractère, les selles deviennent plus denses, comme mucilagineuses; le malade n'a plus que deux ou trois selles par jour. On arrive insensiblement à la diarrhée chronique. Parfois surviennent des poussées cholériformes ou dysentérisées; souvent même l'entérite prend au moment de ces exacerbations le caractère hémorragique ou gangreneux: le danger est alors imminent.

A la période d'état de la *diarrhée de Cochinchine*, les selles ne sont pas très nombreuses: cinq ou six en 24 heures; elles ne s'accompagnent pas de coliques, elles ont lieu surtout le matin et après les repas. Leur aspect est celui d'une purée claire, huileuse, renfermant des flocons et des débris solides en suspension, jaunâtre d'abord, parfois verdâtre, mais qui s'éclaircit peu à peu, jusqu'à une teinte gris foncé ou café au lait clair. Quelquefois même, les évacuations sont complètement décolorées, d'une teinte mastic (de Santi). L'odeur présente une fétidité spéciale, âcre, piquante, pénétrante, rappelant à la fois l'aigre et le pourri (de Santi).

Les éléments anatomiques, épithéliaux, en grande abondance au début, disparaissent dans les selles quand la diarrhée devient chronique. On y trouve des détritres alimentaires et des parasites, surtout l'anguillule de Normand<sup>(1)</sup>, petit ver nématode de 50 à 40  $\mu$ . de long, qui pullule fréquemment dans les selles des diarrhées des pays chauds, mais dont l'apparition serait postérieure à celle de la diarrhée elle-même, ce qui lui enlève toute valeur pathogénique. Les bactéries et les infusoires fourmillent, du reste, dans les selles chez les malades de cet ordre.

Quand la diarrhée chronique est installée, on ne tarde pas à observer des phénomènes généraux accentués. A l'anémie paludéenne, banale, succèdent des phénomènes graves de dyspepsie et de dénutrition. Les digestions deviennent difficiles, il y a de la pesanteur épigastrique, du tympanisme. La faim est conservée, mais elle est assouvie dès les premières bouchées, et fait place à la satiété et au dégoût; les vomissements sont rares.

L' inanition, le défaut de digestion gastro-intestinale et d'absorption amènent l'amaigrissement, qui, dans les cas graves, devient réellement squelettique. La peau devient sèche et bistrée, il y a de l'œdème malléolaire, de la furonculose, des souffles anémiques, de l'hypoglobulie. L'haleine prend une odeur fétide qui rappelle celle des matières fécales. La mort, à moins de complication, a lieu par épuisement.

Nous avons tenu à donner le tableau clinique sommaire de la diarrhée dite de Cochinchine, parce qu'il n'est pas rare d'en rencontrer des victimes, à leur retour des colonies, et aussi parce qu'elle reproduit en quelque sorte d'une

<sup>(1)</sup> Mémoire sur la diarrhée dite de Cochinchine; Arch. de méd. navale, 1877. — DE SANTI, loc. cit., p. 114.

façon exagérée ce qu'on observe dans certaines diarrhées chroniques de nos climats. Dans la diarrhée de Cochinchine, il y a une destruction presque complète de la muqueuse gastro-intestinale, car l'estomac n'échappe pas aux lésions.

Dans nos pays, il n'est pas très rare, dans l'entérite chronique, de rencontrer de la *lientérie*, c'est-à-dire le passage des aliments en nature, en fragments reconnaissables dans les selles. Ce phénomène, toutefois, dépend surtout de l'augmentation du péristaltisme gastro-intestinal; il ne mesure ni l'intensité, ni l'étendue de la lésion de la muqueuse digestive.

Certains phénomènes trahissent aussi quelquefois l'existence des *ulcérations*. Tout d'abord, dans ces cas, les selles sont plus fréquentes, l'affection plus rebelle au traitement. Parfois il y a de la douleur à la palpation, d'une façon fixe; dans la région qui correspond à la localisation des ulcérations. Cela est vrai surtout dans l'entérite colique tuberculeuse. Parfois, sur les selles on peut trouver de petits amas purulents, parfois aussi des filets ou des caillots de sang. Il peut même y avoir des hémorragies. Lorsqu'elles siègent haut, dans l'intestin grêle le sang est intimement mélangé aux matières fécales, il a conservé son aspect, qu'il soit liquide ou en caillots, ou il se présente sous l'aspect d'un liquide noirâtre, épais et fétide. Lorsque l'hémorragie vient de la partie inférieure du côlon, l'S iliaque ou du rectum, le sang n'est plus intimement mélangé aux matières, il est rejeté en nature, non modifié.

La présence de petits amas de mucus a moins de valeur pour le diagnostic des ulcérations intestinales; cependant, dans la dysenterie chronique, on admet que de petites boules de mucus ont pu se former en s'accumulant dans les excavations cryptiques qui résultent des pertes de substance subies par la muqueuse.

**Entérites partielles, localisées.** — L'entérite peut se localiser exclusivement ou prédominer dans certaines régions du tube intestinal; de là des allures cliniques particulières.

La localisation au *duodénum* est rare, en dehors de certaines intoxications par des substances caustiques et de la duodénite ulcéreuse qui complique parfois les brûlures étendues.

Dans certaines gastro-entérites aiguës, on voit l'ictère s'ajouter au bout de quelques jours aux phénomènes de l'embarras gastrique fébrile. La théorie c'est que l'inflammation, en se propageant de l'estomac au duodénum, atteindrait les voies biliaires, et y déterminerait l'occlusion du cholédoque par le mécanisme du bouchon muqueux de Virchow. Plus récemment (1), on a admis la pénétration ascendante de microbes de l'intestin dans les canaux excréteurs de la bile. Gessner (2) a pu, du reste, dans le duodénum, isoler les microbes suivants : le *bacterium tholocidum*, qui se distingue surtout du *B. lactis aerogenes* par son pouvoir pathogène; le *B. coli* commune; deux bacilles dont l'un liquéfie la gélatine, deux staphylocoques et le streptocoque pyogènes duodenalis, probablement identique au streptocoque pyogènes ordinaire. Dupré est arrivé à peu près à des résultats identiques; Netter a décrit en plus, dans cette même région, un bacille court et le staphylocoque doré.

C'est à l'*iléo-jéjunite* que l'on attribue les formes habituelles classiques de

(1) DUPRÉ, Des infections biliaires; Thèse de Paris, 1891.

(2) *Centralbl. f. Bakter.*, II Bd, n° 4, 1889.

l'entérite aiguë et chronique; toutefois de nombreux documents et en particulier les autopsies pratiquées pendant la guerre de Sécession, montrent bien que le gros intestin participe le plus souvent aux lésions de l'entérite simple mais intense en dehors de la dysenterie. Dans la diarrhée de Cochinchine, on trouve des lésions destructives non seulement dans le petit et le gros intestin, mais aussi dans l'estomac (de Santi).

Les localisations du côté du côlon sont très intéressantes. La *typhlite* et l'*appendicite* seront décrites à part, ainsi que l'entérite pseudo ou muco-membraneuse qui englobe le plus grand nombre des cas de colite chronique. Ce qui donne à la dysenterie son allure clinique si particulière, c'est surtout la localisation des lésions au côlon descendant, c'est elle qui explique en tout cas les épreintes, et le ténésme. Ces manifestations ne sont pas très rares sous l'influence de causes diverses : lésions tuberculeuses, entérite muco-membraneuse.

Dans la *proctite* (inflammation du rectum), bien décrite par Eichhorst (1), le tableau clinique est le suivant. Le malade souffre de violents besoins d'aller à la garde-robe, il a du ténésme. Les besoins de défécation sont incessants si l'inflammation est vive. Quelque temps avant le début de la selle, il se produit des douleurs térébrantes dans la région iliaque gauche, et l'acte de la défécation lui-même est accompagné des douleurs les plus vives. La pression exercée sur la fosse iliaque gauche est douloureuse, on y sent des gargouillements. Les selles contiennent une grande quantité de mucosités, des tractus sanguinolents. On peut même, lorsque la proctite dure déjà depuis un certain temps, constater une sorte de paralysie du sphincter, et un écoulement incessant de liquide par l'anus. Le tissu cellulaire avoisinant peut s'enflammer par propagation; il peut y avoir des abcès et secondairement des fistules. Chez l'enfant, on voit survenir dans ces conditions du prolapsus rectal.

**Diagnostic.** — Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos des diverses variétés d'entérite que nous avons passées successivement en revue, peuvent nous permettre d'être bref en ce qui concerne le diagnostic.

Nous n'appellerons l'attention que sur un seul point : lorsque dans nos régions on se trouve en présence d'une entérite chronique tenace avec tendance à l'épuisement général, il faut songer à la tuberculose à localisation prédominante du côté de l'intestin, sinon à une tuberculose intestinale primitive.

Faire le diagnostic différentiel complet des entérites nous amènerait à énumérer toutes les maladies — et elles sont très nombreuses — dans lesquelles il peut y avoir de la diarrhée. Ce serait faire œuvre ingrate et abuser d'une séméiologie générale qui ne rentre du reste guère dans le plan de cet ouvrage.

**Pronostic.** — L'entérite aiguë est habituellement sans gravité chez l'adulte, même dans ses formes intenses. Il n'en est pas de même chez les vieillards et surtout chez les enfants. L'entérite cholériforme tue cependant, chaque année, dans les mois chauds, un certain nombre de personnes. Ce sont surtout les individus débilités antérieurement pour une raison quelconque qui en sont les victimes.

L'*entérite chronique* des pays chauds tue beaucoup d'Européens. L'entérite

(1) *Handb. der spez. Pathol. u. Therapie.*