

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 tholocideum*, 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.*

de nos régions est beaucoup moins grave. Elle l'est cependant encore lorsqu'elle s'accompagne de lésions profondes, d'ulcérations, comme chez les alcooliques, lorsqu'elle existe chez des individus débilités déjà auparavant, qu'elle présente une longue durée, que les évacuations sont fréquentes et abondantes. Une entérite prolongée, avec tendance à la cachexie, doit toujours, dans nos pays, faire penser à la tuberculose intestinale.

Traitement. — Entérite aiguë. — Dans les formes légères, le traitement est simple : diminution de l'alimentation, ou même diète lactée complète, administration de poudres inertes, le sous-nitrate de bismuth auquel on tend à préférer le salicylate de bismuth; de craie préparée; administration d'une certaine quantité d'extrait thébaïque, de laudanum ou d'éllixir parégorique. L'eau albumineuse rend également des services. Dans les formes quelque peu intenses, il est bon de donner avant tout traitement un léger purgatif salin.

Entérite chronique. — Tout d'abord supprimer la cause, si possible : par exemple, l'ingestion de l'alcool chez les éthyliques.

On peut avoir recours à quatre ordres de facteurs thérapeutiques : 1° le régime; 2° les antiseptiques intestinaux; 3° les constipants; 4° les eaux minérales.

1° **Régime.** — L'indication principale est de nourrir les malades suffisamment avec des substances diverses, peu irritantes, très nutritives sous un petit volume, peu propres à provoquer ou à entretenir les fermentations intestinales.

Au premier rang, le régime lacté, très utile dans les cas graves; viennent ensuite la viande crue, la poudre de viande, les farines et les poudres alimentaires. Il est bon souvent de supprimer l'usage du vin et surtout du vin rouge.

2° **Antiseptiques intestinaux.** — Après bien des essais, M. Bouchard a proposé un mélange de salicylate de bismuth et de naphthol B.

Naphthol B finement pulvérisé. 15 gr.
Salicylate de bismuth. 7 gr. 50

Mélez et divisez en 50 paquets dont on administrera de 5 à 12 par 24 heures⁽¹⁾. Le salol peut être également utilisé à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 par jour, par cachets de 0 gr. 25 à 0 gr. 50.

L'acide lactique, qui a donné de bons résultats à M. Hayem, est également un antiseptique.

Le calomel a l'avantage d'agir à la fois comme antiseptique et comme évacuateur.

On a recommandé encore le lavage de la bouche et des dents avec une solution antiseptique : acide borique ou même sublimé au 1/1000^e, et les grands lavements antiseptiques à l'acide borique, au permanganate de potasse à 1 ou 2 pour 1000.

3° **Constipants.** — Le bismuth, la craie préparée sont souvent usités; il ne faut pas toutefois donner indéfiniment le bismuth à dose élevée, cela n'est pas sans inconvénient. M. Debove a donné avec succès, dans des diarrhées chroniques, le talc pur, ou silicate de magnésie, à dose massive : 50 à 60 gr. et plus par jour.

(1) *Thérapeutique des maladies infectieuses*, p. 281 et 294.

Des divers *astringents*, celui que nous préférons pour notre part est le tannin en pilules, de 0 gr. 10 centigr., à raison de 5 ou 6 par jour.

Viennent enfin les opiacés, dont l'usage ne peut être indéfiniment prolongé, et qu'on ne peut pas employer d'une façon constante.

On peut combiner leur emploi intermittent avec celui des eaux minérales purgatives par exemple.

4° **Eaux minérales.** — On peut utiliser contre l'entérite chronique diverses eaux minérales. Les eaux purgatives pour amener des évacuations suivies de constipation ou à faible dose; non purgatives, les eaux minérales faibles, comme celles de Pougues; enfin les eaux chaudes en douches ascendantes, comme cela se pratique à Plombières.

Entérite muco-membraneuse. — On désigne sous ce nom une affection que caractérise le rejet par les selles de matières représentées surtout par du mucus, soit sous forme de glaires, soit sous forme de fausses membranes d'aspect variable, souvent rubanées ou tubulées.

Les dénominations de diarrhée glutineuse (van Swieten), de diarrhée tubulaire (Good), d'entérite membraneuse (Da Costa), de croup intestinal (Clemens), de colique muqueuse (Nothnagel), de diarrhée fibrineuse (Granthaus), d'entérite interstitielle (Wannebroucq) — ce n'est là qu'une partie des appellations proposées par les divers auteurs — indiquent suffisamment combien on a varié dans la compréhension de ce phénomène pathologique.

Ces selles particulières, glaireuses ou membraneuses, ont nécessairement frappé l'attention d'un grand nombre d'observateurs, et l'histoire de cette affection remonte assez haut. Elle est mentionnée par Morgagni, Sennert, Lanusi, van Swieten, etc. L'aspect pseudo-membraneux des déjections a amené la confusion avec les productions fibrineuses ou croupales des autres muqueuses. Gendrin⁽¹⁾ ne s'y était pas trompé, et il avait nettement indiqué l'origine muqueuse des concrétions. M. Laboulbène⁽²⁾ a définitivement séparé les muco-membranes des fausses membranes diphtériques; dans l'histoire de cette affection, c'est là une distinction capitale. Signalons encore, parmi les travaux les plus importants, les communications de Siredey et Guyot à la Société médicale des Hôpitaux (1868), les chapitres consacrés à l'entérite muco-membraneuse par M. G. Sée⁽³⁾, dans son *Traité des dyspepsies et du régime alimentaire*; une leçon de M. Potain⁽⁴⁾, un article de M. Langenhagen (*Sem. méd.*, 5 janv. 1898).

Les matières muqueuses peuvent se présenter sous trois formes : 1° glaires; 2° concrétions; 3° membranes ou rubans (G. Sée).

Les *glaires* accompagnent souvent des matières dures, des scybales. Elles sont repoussées par elles, ou, au contraire, elles les suivent directement. Parfois, ces glaires, souvent comparées à du blanc d'œuf cru, constituent la presque totalité des selles, ou bien on ne trouve au milieu d'elles que des fragments de scybales. Il arrive encore, et c'est là une autre modalité, que des personnes habituellement constipées sont prises tout à coup d'une véritable débâcle d'allures dysentériques. Il y a des épreintes, du ténésme, et ces crises, bien décrites par Lasègue, ont été certainement confondues, parfois, avec la dysenterie.

(1) G. LYON, *Gaz. des hôpitaux*, p. 495, 1889.

(2) *Traité de médecine pratique*, 1841.

(3) *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, 1861.

(4) *Semaine médicale*, p. 541, 1887.

Souvent, la substance muqueuse se présente sous forme de *concrétions* d'aspect tout à fait irrégulier. Ces grumeaux, plus ou moins volumineux, ressemblent, dans certains cas, à des fragments de blanc d'œuf.

Dans la forme *pseudo-membraneuse* qui a surtout frappé les observateurs, ce sont des filaments, de véritables membranes blanchâtres d'aspect très variable, suivant les hasards de leur dessiccation. Le plus souvent, il s'agit de petits morceaux larges comme l'ongle, à bords plus ou moins irréguliers, parfois des membranes beaucoup plus étendues, ayant la forme de tubes. L'analogie avec la bronchite pseudo-membraneuse est assez manifeste. Enfin, il faut signaler l'aspect de *rubans* blancs plus ou moins allongés. Ces rubans, irrégulièrement fragmentés, ont été pris assez souvent pour des *ténias* par les malades, sinon même par des médecins peu attentifs.

Parfois encore, ce sont de petits *filaments* allongés qui, suivant leurs dimensions, rappellent tantôt les oxyures, tantôt les ascarides.

Il est rare que la substance muqueuse se présente exclusivement sous la forme pseudo-membraneuse; assez souvent on trouve, au contraire, un mélange de glaires, de concrétions irrégulières et de fragments membraneux.

Il n'est pas très rare non plus que les matières fécales se trouvent comme enrobées par le mucus, qui peut être alors plus ou moins solide.

Parfois aussi on trouve des stries ou des grumeaux de sang.

Dans ces concrétions et ces lamelles, ce qu'on trouve surtout, c'est du mucus et des éléments épithéliaux, des noyaux cellulaires, des granulations.

Kitawaga (*) a admis trois groupes de membranes : 1° des masses lamelleuses dont la substance fondamentale est troublée et rendue striée par l'acide acétique; 2° des masses lamelleuses dont la substance fondamentale est éclaircie par le même acide; 3° enfin, des masses solides, sous forme de cordons, souvent unies les unes aux autres en forme de réseau, dont la substance fondamentale est rendue plus opaque et plus striée par l'acide acétique.

Il n'y aurait pas de fibrine dans ces productions, mais de la globuline en petite quantité. Il y aurait surtout une substance *albumineuse* coagulée, avec, comme ciment, une substance muqueuse.

Quoi qu'il en soit, ces produits ne sont évidemment que des produits d'exsudation superficielle d'une muqueuse irritée, mais peu profondément lésée. L'opinion n'est pas définitivement fixée sur la nature de la maladie, précisément parce qu'on n'a pas l'occasion de faire l'autopsie des malades qui en sont atteints. Cette circonstance, par elle seule, plaide déjà en faveur de la superficialité des lésions.

Les cas dans lesquels Wannebroucq a constaté une inflammation interstitielle intense, destructive de la muqueuse, n'appartiennent probablement pas à la même série pathologique.

On peut penser, du reste, que ce qu'on appelle l'entérite pseudo ou muco-membraneuse n'est qu'un complexe symptomatique en rapport avec des états morbides différents.

Anatomie pathologique. — Le siège de la maladie est le gros intestin, plus rarement la fin de l'intestin grêle. Tous les segments du gros intestin, depuis le cæcum jusqu'au rectum, peuvent être pris successivement ou simultanément.

(*) *Ztschr. f. klin. med.*, Bd XVIII, p. 9.

La muqueuse n'a que des lésions superficielles, catarrhales. La desquamation épithéliale est intense, les glandes sont tuméfiées. Au microscope on voit des bouchons muqueux dans leur intérieur.

Le coli-bacille domine dans les muco-membranes.

Symptomatologie. — Comment se présente en clinique la colite pseudo-membraneuse?

Le plus souvent il s'agit d'individus — fréquemment des femmes — sujets à des accidents de dyspepsie nervo-motrice et à la constipation. Les enfants ayant hérité de leurs parents la diathèse neuro-arthritique y sont sujets, surtout passé l'âge de quatre ans. Les exacerbations de cette constipation sont bientôt suivies de poussées muco-membraneuses. Parfois, comme nous l'avons indiqué déjà, il y a simplement un peu de mucus à chaque selle, enrobant plus ou moins les matières dures, entières ou fragmentées. Parfois, au moment des débâcles, le mucus devient prédominant, il y a à la fois des glaires et des concrétions d'aspect variable, et plus rarement du sang, quelquefois cependant d'abondantes hémorragies (de Langenhagen).

Les matières muco-membraneuses sont quelquefois tellement abondantes qu'on leur a attribué de véritables accidents d'obstruction.

On rapporte généralement l'apparition du mucus sous ses différents aspects à l'irritation qu'exerce sur la muqueuse du côlon la présence de matières stercorales assez dures pour jouer le rôle de véritables corps étrangers. Cette interprétation ne s'applique peut-être pas à tous les cas, indistinctement. Nous avons, pour notre part, rencontré un malade qui avait des selles glaireuses très abondantes, toutes les fois qu'il était atteint d'asthme des foins, et cela sans constipation manifeste.

Les malades atteints d'entérite glaireuse se plaignent souvent de douleurs vives au niveau et au-dessus de l'ombilic. Ces sensations pénibles, coliques ou brûlure, surviennent surtout trois ou quatre heures après le repas. Elles gênent souvent le sommeil, sont suivies parfois mais non toujours d'évacuations intestinales. Elles deviennent par leur répétition fréquente une cause réelle de fatigue et de préoccupation.

On peut voir même de vrais accès de péritonisme.

Parfois encore, on constate chez ces malades des poussées de fièvre, une diminution très grande des forces, une impuissance absolue au travail intellectuel, du purpura (Hutinel). L'alimentation est restreinte à cause des sensations douloureuses que provoque l'ingestion des aliments, et les malades maigrissent. Peut-être y a-t-il là, d'une part, des poussées d'inflammation colique, et, de l'autre, des accidents d'auto-intoxication dus aux abondantes fermentations intestinales qui se font dans un côlon, dilaté et rempli de substances glaireuses. L'étude bactériologique de ces produits serait des plus intéressantes.

La plupart de ces malades sont des neurasthéniques ou des arthritiques. Il faut donc compter chez eux d'une part sur les phénomènes habituels de la neurasthénie, et, de l'autre, en leur qualité de névropathes, sur un retentissement exagéré des phénomènes dont leur tube digestif est le siège et le point de départ.

L'entérite pseudo-membraneuse s'accompagne souvent de phénomènes à distance plus ou moins marqués : céphalalgie, palpitations, dyspnée, quelquefois même arythmie, tremblement généralisé. On a signalé encore l'aphasie, les