

Girode croit que le point de départ de cette variété d'ulcérations doit être recherché dans l'appareil lymphatique.

Dans une de ses observations, l'ulcération avait la forme d'un L; de la partie inférieure d'une ulcération ovalaire longitudinale, développée sur une plaque de Peyer, partait une ulcération transversale à mêmes caractères, dont l'extrémité était continuée par des traînées de granulations tuberculeuses, dessinant un trajet vasculaire et coïncidant avec de la lymphangite sous-péritonéale au même niveau. Des traînées analogues partaient aussi des extrémités d'ulcérations longitudinales. Leudet a rapporté un cas d'ulcération en forme d'H à deux branches transversales; mais on ne sait pas si la branche longitudinale occupait une plaque de Peyer.

B. *Les ulcérations* sont souvent *longitudinales*, et se trouvent alors surtout dans l'intestin grêle où elles se développent sur les plaques de Peyer, ulcérées en partie ou en totalité. La forme des ulcérations reproduisant celles des plaques, quelques-unes peuvent atteindre 8 à 10 centimètres de long. Leur siège préféré est la fin de l'iléon, empiétant sur la valvule iléo-cæcale. Le plus souvent, ces ulcérations résultent de la coalescence d'ulcères lenticulaires multiples.

C. *Les ulcérations irrégulières* sont fréquentes dans l'intestin grêle et la première moitié du gros intestin. Elles affectent toutes les dispositions, arrondies, sinueuses, rayonnées...

En général leurs bords sont modérément tuméfiés, injectés, parfois décollés. Souvent une couronne de granulations occupe les bords saillants et tranche sur la teinte congestive (Girode). Le fond est presque toujours brunâtre, parfois grisâtre ou marbré de teintes jaunes ou rouges. Leur profondeur est variable, le fond de l'ulcération est généralement constitué par les débris de la tunique celluleuse très altérée. Souvent l'ulcère creuse et arrive à détruire jusqu'à la tunique musculuse, ou bien la séreuse seule, épaissie, sert de fond à l'ulcération.

Les ulcérations peuvent siéger uniquement sur la région cæcale, et constituer une variété particulière de typhlite (Platin, Duguet, Paulier...) dite typhlite tuberculeuse⁽¹⁾. Le cæcum est rouge, tendu, dilaté, avec sa muqueuse violacée et ulcérée par points. Souvent la valvule est déformée et ulcérée. Puis, les lésions existent aussi sur l'appendice, qui est épaissi, dilaté, adhérent, avec des ulcérations et des tubercules.

On rencontre parfois dans le gros intestin une forme de tuberculisation dite, par Lebert, *colite diphthéritique*, caractérisée par des ulcérations larges, profondes, anfractueuses, dont le fond est constitué par la tunique musculaire, qui est comme *mâchée* (Girode).

Chez les enfants, les lésions siègent plutôt sur les plaques de Peyer de l'intestin grêle. A côté de la forme ulcéreuse, il y a une variété caractérisée par l'épaississement des parois intestinales. C'est la *tuberculose intestinale hypertrophique* de Bezançon et Lapointe (*Presse méd.*, mai 1898). Elle donne lieu à des signes de sténose ou de tumeur en saillie. On la voit surtout à l'origine et à la fin du gros intestin, mais on peut l'observer partout. On y voit des lésions tuberculeuses et inflammatoires mêlées. La muqueuse a disparu et est remplacée par

¹⁾ Voir le chapitre : Typhlite.

du tissu tuberculeux qui s'infiltré dans les sous-muqueuse et muqueuse, et même la musculuse. On y trouve peu de bacilles. C'est donc une forme atténuée analogue à certaines tuberculoses vésicales et articulaires. Cette forme avait été déjà signalée au niveau du cæcum par Pilliet et Hartmann. Cette typhlite tuberculeuse peut simuler le cancer et donne histologiquement l'aspect du loup.

Lésions concomitantes. — 1° *Lymphangite tuberculeuse intestinale* (Cruveilhier, Andral, Vulpian, Lancereaux, Spillmann, Girode). — On voit sous le péritoine des troncs lymphatiques tuberculeux, ils naissent au pourtour des plaques noirâtres qui correspondent aux ulcérations. Ils se portent soit transversalement vers le bord mésentérique ou bien ils suivent un trajet longitudinal ou oblique, deviennent transversaux en approchant du mésentère et se terminent à son insertion en avant; ces troncs sont flexueux, noueux; ils sont distendus par de la matière jaune, caséuse, friable.

2° *Adénopathies tuberculeuses.* — Les altérations ganglionnaires sont presque constantes dans la forme commune. Lorsqu'elles arrivent à un énorme développement, elles forment la phthisie mésentérique ou carreau.

D'après Parrot, les lésions des ganglions sont comme le miroir des lésions intestinales. Elles sont plus fréquentes chez l'enfant et y atteignent leurs plus grandes dimensions. Presque toujours, les glandes occupent un siège en rapport avec celui des lésions originelles de l'intestin, et peuvent se transformer en coques fibreuses remplies de pus concret. D'autres ganglions peuvent être altérés, et, en particulier, les ganglions abdominaux, mésentériques, sous-hépatiques, pancréatiques.

5° *Lésions péritonéales.* — Chez l'enfant, la péritonite tuberculeuse accompagne le plus souvent l'entérite. Ce fait est plus rare chez l'adulte. (Les rapports de l'entérite et de la péritonite seront étudiés à propos de l'étiologie de la péritonite tuberculeuse.) Dans des expériences de Straus d'entérite tuberculeuse faites sur des cobayes, cet auteur n'a pas vu de péritonites tuberculeuses.

Évolution des lésions. — Quand l'entérite tuberculeuse n'est pas interrompue par la mort des sujets, elle peut se continuer dans deux directions différentes : la progression lente ou rapide qui aboutit à la perforation, et la régression ou cicatrisation.

La perforation intestinale d'origine tuberculeuse est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Généralement elle est unique. Elle peut cependant être double (Grisolle) ou multiple. Elle siège le plus souvent sur les plaques de Peyer de la fin de l'iléon, et s'ouvre presque toujours, non dans la grande cavité péritonéale, mais dans un pseudo-kyste limité par des adhérences. La communication peut se faire avec une anse intestinale voisine, et provoquer une lientérie rapidement grave.

Enfin, les matières intestinales peuvent s'épancher soit primitivement, soit à la suite d'adhérences péritonéales dans le tissu cellulaire sous-séreux, surtout en arrière de la paroi abdominale. Il se produit alors des phlegmons qui s'ouvrent au dehors, à l'ombilic, à la région inguinale.

La terminaison par régression ou guérison est fréquente, les ganglions mésentériques caséux ou crétaqués trouvés dans les autopsies en font foi. Mais aussi le processus ulcéreux, en s'éteignant, peut laisser à sa suite un rétrécissement. Darier (1890) a observé jusqu'à 8 rétrécissements dans l'intestin d'une malade.

Examen microscopique. — Tous les éléments de la muqueuse sont altérés. Les villosités présentent des lésions remarquables : elles sont souvent atrophiées, souvent aussi elles sont renflées en massue et allongées. Presque toujours l'épithélium qui les recouvre est tombé, les capillaires y sont dilatés. Ce qui caractérise surtout la lésion, c'est l'infiltration des villosités par une grande quantité de cellules rondes. Ces altérations prédominent au niveau des bords des ulcérations.

Les glandes de Lieberkühn présentent des altérations analogues. Elles apparaissent allongées, déviées, comprimées en certaines places par la prolifération embryonnaire active du tissu cellulaire qui les entoure; elles peuvent prendre l'aspect kystique. Souvent, elles semblent ramifiées. Leur épithélium s'altère; il devient soit caliciforme, globuleux; ou bien il garde ses caractères primitifs, mais les noyaux cellulaires se gonflent, les cellules se multiplient, se stratifient ou remplissent toute la glande.

Les follicules clos, sous-muqueux, sont souvent tuméfiés, hypertrophiés, et ceci surtout sur l'intestin grêle.

Le système vasculaire participe aux lésions, et partout on remarque une congestion intense qui domine surtout dans la muqueuse, les villosités et le tissu sous-péritonéal.

Les granulations tuberculeuses siègent principalement dans les parties profondes de la muqueuse, et débutent presque toujours dans les follicules clos. Puis les lésions avancent, et les deux formes du tubercule subissent la dégénérescence spéciale caséuse ou vitreuse.

La dégénérescence amyloïde des artérioles a été signalée par quelques auteurs.

Bacilles. — La recherche des bacilles dans les parois intestinales, leur étude topographique a été faite par Cornil et Babès. Les microbes se rencontrent surtout dans les lésions tuberculeuses en voie de caséification; ils sont rares ou difficiles à voir dans les parties embryonnaires. On en rencontre aussi dans les lymphatiques sous-péritonéaux.

Symptomatologie. — Le mode de début de l'entérite tuberculeuse est variable et dépend essentiellement de sa forme même; c'est-à-dire, suivant qu'elle est primitive ou secondaire.

Lorsque l'intestin se prend secondairement chez un phtisique, c'est la diarrhée qui se manifeste d'abord, et généralement à la fin, vers l'apparition de la fièvre hectique.

Lorsque l'intestin est pris le premier, c'est encore l'apparition de la diarrhée qui frappe, mais son mode d'évolution est alors particulier. Elle s'installe tenace, sans cause, sans phénomène prémonitoire, le malade a chaque jour tantôt plusieurs selles, tantôt une seule comme en l'état de santé, mais franchement liquide.

La tuberculose ulcéreuse de l'intestin est souvent précédée d'une entéralgie particulière, qui se manifeste sous forme de douleurs continues et comme névralgiques; les selles sont plus fréquentes, solides, les matières étant enduites de mucus.

Puis, lorsque l'entérite est définitivement constituée, la diarrhée devient le symptôme principal.

Elle doit être étudiée dans tous ses modes et sous toutes ses formes. Sa fré-

quence augmente avec la progression constante des lésions ulcéreuses, de sorte que dans les derniers jours de l'affection elle est presque continuelle. Cette fréquence peut d'ailleurs varier d'un jour à l'autre, mais on observe couramment de 10 à 15 selles par jour et plus. Parfois, mais non toujours (observations de Girode), la diarrhée se supprime à l'apparition d'une tuberculose, méningée ou cérébrale.

Cette diarrhée ne présente rien de fixe quant au moment des évacuations. Il est fréquent, dans les premières périodes de l'affection, de l'observer surtout la nuit ou le matin; mais bientôt, elle survient à toute heure, souvent augmentée et précipitée par l'ingestion d'aliments trop froids.

Les évacuations ont parfois un caractère pressant, jusqu'à la perte des matières au lit.

La diarrhée est abondante, profuse, colliquative. Au début, les selles sont miliquides, mi-solides; elles sont mélangées de grumeaux consistants, grisâtres ou jaunâtres, du volume d'une lentille. Dans la forme dite colite diphtéritique (Andral) des lambeaux de muqueuse sont évacués avec les selles.

On peut parfois y reconnaître les aliments ingérés, surtout dès que vient la période terminale.

Les selles sont blanchâtres ou grisâtres au début, puis rapidement elles se foncent, deviennent gris noirâtre et bientôt complètement noires. On peut les comparer alors (Girode) aux selles mélâniques, ou au vomissement noir du carcinome gastrique.

Cette diarrhée noire est un signe très important et trouve d'ailleurs son explication dans l'existence d'ulcérations parfois très étendues et de lésions aisément hémorragiques.

L'odeur des selles est spéciale. Avec les ulcérations, les fermentations microbiennes redoublent, et la diarrhée prend une fétidité exagérée, presque gangreneuse.

Le bacille existe dans les selles; il y a été trouvé par Litchteins, Menche, Girode, par Straus (*Arch. exp.*, janv. 1897) dans les selles de cobayes atteints d'entérite tuberculeuse expérimentale à la suite d'ingestion de matières tuberculeuses. Au début ces bacilles représentaient les microbes introduits avec les aliments; plus tard ils provenaient des ulcérations intestinales. Récemment Rosenblatt (*Centralbl. f. inn. Med.*, 1899, n° 29) a conseillé, pour faciliter la recherche des bacilles, de donner de la teinture d'opium jusqu'à rendre les selles solides et de chercher les bacilles dans les parties muco-purulentes de la surface des matières.

La diarrhée, isolée ainsi dans ses caractères spéciaux, est de beaucoup le phénomène le plus typique de l'affection, il n'est pas le seul. Parfois même c'est la constipation qui devient le phénomène dominant. M. Rendu a observé un malade chez lequel on n'observa guère qu'une tympanite douloureuse et une constipation absolue, faisant croire plus à une péritonite qu'à de l'entérite; à l'autopsie, on trouva tout l'intestin grêle, à partir du pylore, tapissé d'ulcérations profondes et de granulations tuberculeuses sans péritonite. Par conséquent, des ulcérations extrêmement nombreuses et profondes peuvent se développer sans donner lieu aux symptômes habituels de l'entérite.

Souvent, on note l'existence de coliques parfois très violentes, que réveille surtout l'ingestion de certains aliments, et qui se localisent principalement dans la région du flanc droit et de la fosse iliaque du même côté. La douleur peut

être réveillée par la pression et surtout par la décompression brusque qui suit une pression exercée lentement.

Le ventre est ordinairement de volume normal, parfois plat ou déprimé, très rarement saillant ou ballonné. Les symptômes généraux sont vite caractéristiques.

La peau devient terreuse et sèche, l'amaigrissement survient rapidement; la cachexie augmente avec l'évolution progressive de la diarrhée.

Formes cliniques. — Lorsque les ulcérations prédominent dans le cæcum, des symptômes de typhlite apparaissent, qui sont assez particuliers. On trouve une douleur localisée surtout dans la fosse iliaque droite, de la tuméfaction à ce niveau et au début même de la constipation. L'évolution est lente et l'examen du poumon permet de déceler la véritable nature de la maladie.

Dans la *forme dysentérique*, la douleur prend le caractère du ténésme ou de l'épreinte, les évacuations sont fréquentes, peu abondantes, glaireuses, souvent sanguinolentes.

Dans la phtisie aiguë, on observe fréquemment le ballonnement du ventre, la douleur iliaque droite et l'hémorragie intestinale, comme dans la fièvre typhoïde. Girode a observé un cas de cette forme dans lequel le ventre était couvert de taches rosées; le ballonnement, la diarrhée, l'état typhoïde faisant croire à une véritable dothiéntérie.

Marche, durée, terminaisons, complications. — 1^o **Forme primitive.** — Marche continue, progressive: la diarrhée, une fois installée, ne cède plus, et la mort arrive presque sans signes pulmonaires.

2^o **Forme secondaire.** — Évolution irrégulière; la diarrhée apparaît, puis s'amende pour revenir encore.

Dans les deux cas, lorsque la diarrhée est devenue persistante et a pris le caractère mélénique, elle caractérise l'existence d'ulcérations intestinales, la régression devient impossible et la mort est proche. Le pronostic s'assombrit encore lorsque des hémorragies ou des perforations compliquent la marche de l'affection. D'ailleurs l'hémorragie n'est pas un symptôme commun et s'observe surtout dans la tuberculose intestinale aiguë.

Les perforations se produisent d'une façon insidieuse, sourdement, avec des symptômes locaux insignifiants, à moins que les matières se vident dans un enkystement, et qu'un phlegmon ne vienne s'ouvrir en un point quelconque de la paroi.

Le pronostic est d'autant plus rapidement sombre que les troubles gastro-intestinaux sont plus précoces, plus développés, plus persistants.

Diagnostic. — On peut parfois méconnaître la véritable nature des troubles précédents et surtout lorsque la tuberculose intestinale arrive au cours d'une granulie, et que la prédominance des troubles abdominaux donne au malade l'apparence d'un typhique. Il faut pour affirmer la phtisie aiguë se fonder sur la fixité des signes pulmonaires, le caractère gris noirâtre de la diarrhée, l'évolution de la maladie.

Dans la forme chronique, les causes d'erreur sont nombreuses, surtout chez l'adulte.

Il faut écarter les diarrhées chroniques urémiques, cachectiques, nerveuses;

les diarrhées symptomatiques de néoplasmes de l'intestin: cancer, lymphadénome, celles de l'actinomycose.

Il suffit d'un examen attentif du malade et de la connaissance des symptômes mentionnés plus haut pour que le diagnostic exact soit établi.

La constatation dans les selles de bacilles de Koch lèverait enfin tous les doutes, mais la technique sur ce point est encore peu pratique.

Traitement. — Hygiène et diététique. — Aliments appropriés; réparateurs sous un petit volume, viandes suffisamment cuites, lait additionné d'eau de chaux. Poudres de viande.

Contre la douleur parfois si vive, l'injection sous-cutanée de morphine est certainement le remède le plus efficace; contre les coliques, on se trouvera bien des lavements laudanisés.

Toutes les préparations opiacées ont été employées contre la diarrhée. L'*élixir parégorique* (1 à 5 grammes) est fréquemment et utilement employé.

Les absorbants doivent être prescrits, seuls ou unis à l'opium.

On emploie surtout le charbon, la craie préparée seule ou associée au phosphate de chaux, le salicylate de bismuth.

Lebert, Leube ont recommandé les lavements au nitrate d'argent à 1 pour 100, au sulfate de zinc.

M. Jaccoud pense que l'on peut obtenir de bons résultats en faisant prendre, dans la diarrhée du début, un ou deux verres d'eau purgative saline.

M. le professeur Hayem a employé avec succès l'acide lactique dans des cas semblables. D'autres auteurs en ont aussi obtenu de bons effets; mais il ne faut pas craindre d'en élever les doses jusqu'à 4 et 8 grammes par jour.

On a aussi employé le képhir.

M. le professeur Debove a employé avec succès la poudre de talc à hautes doses.

On fait prendre aux malades 100 et 200 grammes de poudre de talc mélangée au lait. Très souvent la diarrhée diminue et cesse même après quelques jours de ce traitement. Le tannigène et la tannalbine pourront rendre service.

SYPHILIS INTESTINALE

Signalée par Sauvages, Chalmet, la syphilis intestinale a été observée par Müller, Cullerier, Wagner.

On peut voir des lésions intestinales parmi les manifestations héréditaires de la syphilis, ou au cours de la syphilis acquise à ses périodes secondaire et tertiaire.

Anatomie pathologique. — 1^o **Lésions de la syphilis héréditaire.** — Les lésions spécifiques portent surtout sur la partie inférieure de l'intestin grêle. Elles consistent en une infiltration autour des plaques de Peyer et dans ces plaques, ou en des nodules jaunes avec épaissement péritonéal à leur niveau.

Au microscope on voit la prolifération de cellules embryonnaires ayant leur origine dans la tunique externe des artérioles; il y a de la périartérite autour des plaques de Peyer et à leur niveau, de même que dans la sous-muqueuse et