

## CHAPITRE CINQUIÈME.

### ULCÈRE PERFORANT DU DUODÉNUM.

Dans le duodénum, surtout dans sa partie horizontale supérieure, on rencontre une forme d'ulcère qui, sous le rapport de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et en grande partie de la symptomatologie, est complètement analogue à l'ulcère rond de l'estomac. Il est probable que le plus souvent cet ulcère résulte également de l'influence qu'exerce sur la muqueuse duodénale le suc gastrique acide, agissant dans les conditions que nous avons décrites à propos de l'étiologie de l'ulcère de l'estomac. Signalons encore, comme un fait digne de remarque, qu'à différentes reprises on a observé l'ulcère du duodénum (rarement de l'estomac), à la suite de *vastes brûlures de la surface cutanée*. En ce cas l'ulcère tient peut-être à une obstruction embolique d'un vaisseau duodénal par des masses sanguines désagrégées.

L'ulcère duodénal est beaucoup plus rare que l'ulcère rond de l'estomac. Il est à noter qu'à la différence de ce dernier, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Maintes fois l'ulcère du duodénum évolue sans provoquer de symptômes et ne se révèle que par une *hémorragie* subite (érosion d'une artère pancréatico-duodénale, gastro-duodénale, etc.) accompagnée d'hématémèse et de selles sanguinolentes ou par les signes soudains d'une *péritonite par perforation*. Dans d'autres cas, on a devant soi pendant un temps considérable un tableau morbide dont tous les symptômes reproduisent si fidèlement ceux de l'ulcère de l'estomac, que le diagnostic positif entre ces deux formes d'ulcère est presque impossible du vivant du malade. En cas d'ulcère du duodénum, on voit prédominer des douleurs continues ou névralgiques qui ont leur siège dans l'hypocondre droit. Des symptômes gastriques plus graves, surtout le *vomissement*, sont plus rares dans l'ulcère du duodénum que dans celui de l'estomac. L'état général et les fonctions nutritives peuvent pendant longtemps être parfaitement intacts.

La terminaison de l'ulcère du duodénum, c'est la guérison par cicatrisation ou la cicatrisation avec rétrécissement et dilatation secondaire du segment stomacal du duodénum et puis de l'estomac. En ce qui concerne les adhérences éventuelles et les perforations de l'ulcère dans les organes voisins, nous pouvons renvoyer à la description de l'ulcère de l'estomac.

Le *traitement*, surtout en cas de diagnostic douteux, doit se guider d'après les règles fondamentales applicables au traitement de l'ulcère de l'estomac.

## CHAPITRE SIXIÈME.

### TUBERCULOSE DE L'INTESTIN.

La tuberculose de l'intestin est le plus souvent une *maladie secondaire* faisant partie d'une tuberculose répandue sur une plus grande partie du corps. Elle se développe d'ordinaire au cours d'une tuberculose chronique du poumon et tient alors, comme nous l'avons vu, à une infection de l'intestin par les crachats tuberculeux que le malade avale.

La tuberculose intestinale peut néanmoins être une *maladie primitive* et constituer le point de départ de la dissémination ultérieure de la tuberculose par tout l'organisme. C'est chez les enfants surtout que la « *tuberculose des organes abdominaux* » qui a son origine habituelle dans l'intestin, présente de l'intérêt clinique. Il n'est pas improbable que dans des cas de cette nature le germe infectieux émane originairement de l'intestin et que le poison tuberculeux a été introduit dans l'organisme avec les aliments (nous visons en particulier le lait de vaches pommelières, c'est-à-dire tuberculeuses).

Les *altérations anatomiques* dans la tuberculose intestinale sont complètement analogues aux lésions tuberculeuses des autres membranes muqueuses. La néoplasie tuberculeuse débute le plus souvent dans l'appareil lymphoïde de l'intestin, dans les follicules solitaires et dans les plaques de PEYER. Les premiers tubercules miliaires se forment sous l'épithélium et en se fusionnant ne tardent pas à constituer une infiltration tuberculeuse diffuse. Dans la suite, cette infiltration s'étend de plus en plus en largeur et en profondeur, de manière à imprégner le tissu sous-muqueux et musculaire jusqu'à la séreuse; d'autre part se développent les *ulcérations tuberculeuses* résultant du travail destructif qui s'empare de la surface du néoplasme et marche également d'une façon progressive. Au fond et sur les bords infiltrés de l'ulcère, et notamment quand il s'agit d'ulcères profonds, aux endroits de la séreuse qui leur correspondent on voit souvent à l'œil nu des tubercules miliaires isolés ou réunis en groupe. La configuration des ulcères tuberculeux de grande dimension est parfois irrégulière; fréquemment le grand axe de l'ulcère est parallèle à la circonférence de l'intestin, de manière à décrire un cercle, *forme annulaire* qui est spécialement caractéristique de la tuberculose.

Les ulcères tuberculeux siègent aussi bien dans l'intestin grêle que dans le gros intestin. La région de la valvule iléo-cœcale est leur lieu de prédilection. Dans l'estomac ils sont extrêmement rares. Très souvent la tuberculose intestinale est accompagnée de *tuberculose des ganglions mésentériques*, parfois aussi de *tuberculose du péritoine*.

Les symptômes de la tuberculose intestinale s'effacent d'ordinaire derrière les manifestations dues aux affections tuberculeuses concomitantes. Parfois même il y a des ulcères tuberculeux étendus sans aucun symptôme déterminé. En général cependant la *diarrhée* qui survient attire l'attention sur l'affection intestinale (v. le chapitre de la tuberculose pulmonaire).

La tuberculose primitive des organes abdominaux revêt dans l'enfance un appareil morbide assez caractéristique pour avoir été désigné sous le nom de *tabes mésaraique* par les anciens médecins. Les principaux traits de ce tableau consistent en une émaciation et une *anémie* progressives accompagnées d'une *fièvre hectique* qui résiste opiniâtrément à tous les remèdes. Le ventre est ordinairement *météorisé*, parfois aussi aplati ou creux. Dans quelques cas, mais moins souvent qu'on le croyait jadis, on sent à travers les parois de l'abdomen un *engorgement des ganglions mésentériques*. Le foie est quelquefois élargi et l'on perçoit son bord inférieur. Les selles sont irrégulières ; le plus souvent il existe une diarrhée continue, peu abondante, qu'aucun moyen ne parvient à arrêter. La mort vient toujours terminer la scène par aggravation du marasme, ou à la suite d'une affection tuberculeuse aiguë (tuberculose miliaire, méningite tuberculeuse). L'autopsie révèle l'existence, dans une étendue plus ou moins considérable, de la tuberculose des intestins, du péritoine, des ganglions lymphatiques, du foie, etc. Les poumons peuvent être totalement indemnes. Nous reviendrons encore une fois sur cette affection en décrivant la tuberculose péritonéale.

Le traitement de la tuberculose intestinale est purement symptomatique. A part le traitement diététique général qui vise à maintenir les forces, les douleurs abdominales et la diarrhée réclament principalement l'intervention médicale. Le remède capital et qui est le plus en état d'améliorer les symptômes intestinaux, c'est l'*opium* donné isolément ou associé au tannin, à l'acétate de plomb, etc. Parmi les applications locales, les cataplasmes chauds et les compresses de PRIESSNITZ rendent les meilleurs services.

Pour le reste, le traitement concorde avec celui de la tuberculose en général (v. plus haut).

## CHAPITRE SEPTIÈME.

### SYPHILIS DU RECTUM.

Dans le rectum et surtout dans sa partie inférieure, on rencontre assez souvent des ulcérations syphilitiques étendues qui donnent lieu à un tableau morbide grave et important au point de vue pratique. La lumière n'a pas encore été faite sur les relations de dépendance qui existent entre la syphilis

du rectum et la syphilis constitutionnelle. D'après une hypothèse assez généralement admise, l'infection du rectum s'opérerait par les produits de sécrétion qui découlent des ulcères génitaux. A l'appui de cette opinion on invoque surtout cette circonstance que la syphilis rectale s'observe beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme. Quelques auteurs prétendent même que les ulcérations soi-disant « syphilitiques » du rectum n'ont aucun rapport avec la syphilis constitutionnelle, et ne sont que des ulcères chancreux. Quoi qu'il en soit, il est remarquable, bien que cela ne soit pas une preuve concluante en faveur de l'hypothèse susdite, qu'à l'autopsie de personnes mortes de la syphilis rectale, on trouve rarement, comme nous avons pu nous en convaincre nous-même, des altérations incontestablement syphilitiques dans les autres organes internes.

Le signe le plus caractéristique des ulcères syphilitiques du rectum, c'est la tendance à la formation de cicatrices et de rétrécissements. Cette terminaison de l'ulcération a aussi de la valeur au point de vue clinique, attendu que les symptômes principaux de la maladie ne commencent qu'avec la production du rétrécissement rectal. Le siège de la coarctation est ordinairement si bas, que même du vivant du malade on peut parfaitement l'atteindre par l'exploration digitale du rectum. Celui-ci va en se rétrécissant vers le haut sous forme d'entonnoir et avec le bout du doigt on sent le bord parfois assez aigu de la cicatrice annulaire. Ce rétrécissement *infundibuliforme* est tellement caractéristique de la syphilis rectale, qu'il suffit à lui seul dans presque tous les cas pour poser le diagnostic avec une entière certitude.

Au-dessus du rétrécissement, le rectum et le colon descendant se dilatent d'ordinaire, et là encore on trouve sur la muqueuse, d'une part des ulcérations étendues, irrégulières et à bords décollés, qui sont également de nature spécifique, et de l'autre des ulcères diphthéritiques produits par la pression des matières stercorales stagnantes.

Les symptômes de la syphilis rectale se manifestent le plus souvent avec beaucoup de lenteur. Au début il y a des irrégularités et de la gêne de la défécation qui résistent obstinément aux moyens ordinaires. Parfois aussi, comme nous l'avons observé, le premier stade de la maladie est marqué par des évacuations répétées et considérables de sang mêlé aux selles, d'où vient que pendant longtemps la maladie est prise erronément pour des « hémorroïdes saignantes ». Les malaises s'accroissent de plus en plus par la cicatrisation progressive de l'ulcère et la marche du rétrécissement rectal. Le plus souvent le rectum est atteint d'un catarrhe intense, de sorte que les selles diarrhéiques contiennent de grandes quantités de mucus et de pus. L'état du malade devient extrêmement pénible par suite des douleurs qui accom-