

recourir à l'exérèse, par le seul effet d'une médication interne. Ce but toujours poursuivi n'a pu être atteint et tout récemment encore on a dû abandonner l'espoir un instant conçu après la publication des premiers travaux de Coley, Emmerich et Scholl, Richet et Héricourt, de voir enfin le traitement médical des tumeurs malignes élevé à la hauteur d'une méthode curative. Il faut reconnaître cependant que si ces tentatives continuées de toutes parts — et dont la presse médicale nous apporte chaque jour les échos contradictoires — n'ont pas réussi à guérir les tumeurs malignes, elles ont du moins paru amener, dans quelques cas, une certaine amélioration.

Quoique n'ayant pu franchir les limites d'un rôle palliatif, le traitement médical n'en reste pas moins utile et important. Grâce aux moyens que la thérapeutique interne met entre ses mains, le médecin arrive à soutenir les forces, endormir la douleur, éviter ou enrayer les complications, c'est-à-dire à prolonger la vie et la rendre supportable. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que, de l'aveu de nombreux chirurgiens, cette thérapeutique palliative est d'ordinaire la seule justifiée en présence d'un cancer de l'intestin; trop souvent en effet le mal est déjà au-dessus des ressources de l'art, au moment où sa nature se révèle.

Plus fréquentes<sup>1</sup>, plus accessibles à l'investigation et à l'intervention chirurgicale les tumeurs du rectum constituent un chapitre à part dans l'histoire des tumeurs intestinales. Leur étude semble ressortir plus spécialement à la pathologie externe. Nous devons en parler ici, mais pour ces néoplasmes comme pour ceux de l'intestin proprement dit, nous ne mentionnerons que d'une manière très succincte l'intervention opératoire dont ils sont justiciables. Le lecteur voudra bien se reporter aux

1. Le cancer serait quatre fois plus fréquent dans le rectum que dans l'ensemble des autres segments du tractus intestinal. Dans une statistique de LEICHTENSTERN, portant sur 4567 décès par cancer à l'hôpital général de Vienne, 178 cas, c'est-à-dire 3,15 p. 100 de la mortalité totale par cancer, sont attribués au cancer du rectum et de l'intestin. (Cité par GALLIARD. — Le cancer de l'intestin, *Médecine moderne*, 1897, p. 153.)

monographies et Traités de thérapeutique chirurgicale où il trouvera les indications discutées, les procédés techniques décrits avec tous les détails nécessaires<sup>1</sup>.

## II

## Tumeurs non cancéreuses.

En dehors du cancer, on peut répartir artificiellement les tumeurs de l'intestin en deux groupes.

Les unes, exceptionnellement rares (*myomes, lipomes, tumeurs kystiques, angiomes*), restent d'ordinaire complètement ignorées pendant la vie et ne sont reconnues qu'à l'amphithéâtre ou parfois au cours d'une opération destinée à lever l'obstruction qu'elles ont déterminée. La présence de *l'actinomyces* dans l'intestin peut provoquer la formation de tumeurs parasitaires inflammatoires. Le diagnostic est assez malaisé surtout quand la tuméfaction de la région iléo-cæcale constitue la principale manifestation de la maladie. Il ne s'agit pas là en réalité d'une vraie tumeur mais d'accidents inflammatoires, d'origine parasitaire, dont le traitement (médication iodurée, intervention chirurgicale) doit être étudié avec celui de l'actinomycose.

Les autres, moins rares, intéressent davantage le praticien. Ce sont les *polypes* et les tumeurs d'origine *tuberculeuse*.

## A. — POLYPES

Les polypes ne peuvent être diagnostiqués et traités que s'ils sont facilement accessibles aux moyens d'exploration ordinaire, c'est-à-dire s'ils se développent dans le rectum. Quelles que soient leur origine et leur constitution (polype mu-

1. Voir en particulier, pour le traitement du cancer du rectum, les récentes discussions sur ce sujet. *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896-1897. — F. TAYLOR. — The operative treatment of Cancer of the Rectum, *Annals of Surgery*, avril 1897, p. 385. — DESFORGES. *Thèse de Toulouse*, 1897. — *Congrès français de chirurgie*, 1897.

queux, adénome chez l'enfant, fibrome chez l'adulte), ils sont justiciables du traitement chirurgical. Delens<sup>1</sup>, exposant l'opinion générale sur ce point, déclare qu'on ne saurait attendre la guérison d'aucune autre méthode. Mollière<sup>2</sup> ne parle même pas d'un traitement palliatif médical et Potherat<sup>3</sup> résume de la façon suivante la manière dont le traitement des polypes du rectum doit être institué.

1° Polype mou à pédicule long et grêle : torsion et arrachement;

2° Polype dur à pédicule de petit volume : ligature, excision immédiate au-dessous, cautérisation du pédicule;

3° Polype à gros pédicule : écrasement linéaire ou mieux ablation avec l'anse galvanique.

B. — NÉOPLASMES D'ORIGINE TUBERCULEUSE  
(TUBERCULOMES)

Dans ces dernières années, l'étude histologique de certaines tumeurs prises au lit du malade et même à l'amphithéâtre pour des tumeurs de mauvaise nature, a montré que ces néoplasmes étaient d'origine bacillaire. Presque au même moment, Durante<sup>4</sup>, Czerny<sup>5</sup>, Hofmokl<sup>6</sup>, Billroth<sup>7</sup>, Hartmann et Pilliet<sup>8</sup> ont appelé l'attention sur une *tuberculose lente, essentiellement localisée* dans la région iléo-cæcale, plus rarement sur le côlon, et se traduisant cliniquement par une *tumeur* dont l'allure et l'aspect macroscopique simulent com-

1. DELENS. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. RECTUM.

2. MOLLIÈRE. — *Traité des maladies de l'anus et du rectum*.

3. POTHERAT. — *Nouveau traité de chir.* T. VII, 1892, p. 65.

4. DURANTE. — Résection de l'intestin pour tuberculose locale. VII<sup>e</sup> réunion de la Société italienne de chirurgie, 1890.

5. CZERNY. — Beitrag zur kl. Chir. Tubingue, 1890. Cité par SACHS : Extirpation du cæcum pour tuberculose. *Arch. de médecine*, 1892, XXX, p. 561.

6. HOFMOKL. — *Société des médecins de Vienne* (30 oct. 1890). *Semaine méd.*, 1890.

7. BILLROTH. — *Ibidem*.

8. HARTMANN et PILLIET. — Variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 471.

plètement les sarcomes et cancers. D'autre part, les recherches et discussions suscitées par le traitement des appendicites (Terrier, Richelot, Bouilly, Reclus, Broca, etc.<sup>1</sup>) amenaient à cette même conclusion que, à côté et en dehors de la forme classique de la tuberculose intestinale, il en existe une seconde très différente de la première. Celle-là est encore aujourd'hui trop peu connue des praticiens<sup>2</sup>.

Dans cette nouvelle variété, comparée par les chirurgiens aux tuberculoses locales des autres organes (peau, articulations, etc.), les symptômes de phtisie pulmonaire et ceux de la tuberculisation intestinale vulgaire font défaut ou se cachent au second plan. Primitivement développée dans le cæcum, d'ordinaire au niveau de l'angle iléo-cæcal, elle affecte une marche chronique et, par un processus analogue à celui de la *phtisie fibreuse*, provoque d'abord l'épaississement et l'induration des tuniques du segment envahi<sup>3</sup>. L'hyperplasie intra-pariétale détermine des rétrécissements plus ou moins étendus qui augmentent avec les progrès de l'altération elle-même et peuvent arriver à réduire la lumière du canal à la dimension de la pulpe du petit doigt. Quand la muqueuse s'ulcère, sa surface tomenteuse, rougeâtre, irrégulière, rappelle à s'y méprendre l'aspect du sarcome ou de l'épithélioma. Ainsi s'explique l'erreur de diagnostic se continuant encore après l'opération, dans plusieurs cas où l'exérèse avait été

1. *Bulletins de la Société de chirurgie*. Traitement de l'appendicite et discussion (21 fév. 1892 et seq.). *Ibidem*, 1893. — RECLUS. Typhlite et appendicite tuberculeuses (*Bull. méd.*, 1892, p. 587). — BROCA. La typhlite tuberculeuse chronique (*Gaz. hebd. de méd.*, 1892, p. 100). — BENOIT. *Th. de Paris*, 1893. — GALLIARD. Formes cliniques de la tuberculose intestinale (*Médecine moderne*, décembre 1896, p. 737).

2. Elle ne tardera pas à l'être davantage, car sa description qui ne se trouvait dans aucun ouvrage classique, y prend place en ce moment. Voir DIEU-LAFOY. *Manuel de path. int.*, t. III, 1897, p. 368. — GALLIARD. Art. Tuberculose intestinale, in *Traité de path. interne* de BROUARDEL et GIRODE, t. IV, 1897.

3. La région iléo-cæcale et appendiculaire n'est pas la seule où se développe cette forme de tuberculose locale chronique. On la trouve aussi, sous forme de callosités plus ou moins volumineuses, dans d'autres parties du gros intestin (côlon ascendant, rectum) et, exceptionnellement, dans l'intestin grêle (DURANTE, SOURDILLE, KOCHER).

pratiquée par des chirurgiens autorisés, croyant avoir affaire à un cancer.

Histologiquement, les lésions diffèrent aussi des altérations tuberculeuses banales. Les follicules sont plus rares, l'infiltration au contraire plus marquée; ces caractères anatomiques rappellent ceux du *lupus* (Darier<sup>1</sup>, Pilliet et Hartmann, Sachs, Galliard).

Sous l'influence du processus tuberculeux bientôt propagé aux ganglions avoisinants et de l'irritation due à la coprostase, le péritoine réagit. Des néo-membranes se forment, englobant dans une épaisse capsule scléro-adipeuse le cæcum, l'appendice, souvent aussi une partie de l'iléon et du côlon ascendant. Et toute cette masse indurée donne, à la palpation clinique comme à l'ouverture de l'abdomen, l'impression d'une véritable tumeur.

D'autre part, l'altération des tuniques et l'arrêt des matières facilitent les infections secondaires par les agents pathogènes (microbes pyogènes, coli-bacille, etc.). D'où la provocation facile de poussées de typhlite, pérityphlite, appendicite, et la production du pus sous l'influence de l'infection par associations microbiennes, sans compter l'éventualité d'une perforation par ulcération<sup>2</sup>.

Ainsi, tumeur néoplasique, inflammation suppurative sont deux modalités de l'évolution de la tuberculose cæcale chronique. Elles peuvent exister isolément ou être associées à des degrés divers chez le même individu; leur histoire générale ressortit donc à l'étude de la tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale bien plus qu'elle n'appartient à celle des tumeurs de l'intestin.

Cette affection se présente sous deux formes cliniques

1. DARIER. — *Bull. Soc. anat.*, janvier 1890, p. 87.

2. Depuis longtemps, DUGUET, LASÈGUE, BLATIN, DAMASCHINO, CORNIL et HÉRARD, HANOT avaient déjà signalé l'existence de lésions du cæcum, de l'appendice, ainsi que les typhlites et appendicites survenant comme complications au cours de la tuberculose intestinale classique et de la phthisie pulmonaire.

principales<sup>1</sup> : 1° la forme de typhlite à répétition ou d'appendicite dont le traitement a déjà été étudié avec celui des typhlites et appendicites; 2° la forme néoplasique, la plus ordinaire simulant les tumeurs de la région, et dont la thérapeutique doit être brièvement envisagée dans ce chapitre, sous la réserve qu'il ne s'agit point de véritables tumeurs et que ce terme doit être pris ici uniquement avec sa signification clinique.

Actuellement que l'attention est appelée sur ces tuberculomes<sup>2</sup>, plusieurs sans doute pourront être diagnostiqués qui, auparavant, seraient restés méconnus.

Tumeur de la fosse iliaque, douleurs abdominales, amaigrissement, perte des forces, troubles digestifs, constipation habituelle, parfois diarrhée, ou au contraire, phénomènes d'obstruction chronique, tels sont les symptômes qui composent le fond du tableau et amènent à penser à un rétrécissement progressif de l'intestin par un néoplasme.

Le diagnostic différentiel de la nature de la tumeur, toujours épineux, même dans les cas où les signes s'enchaînent avec une régularité relative (forme coprostatique de Galliard), peut devenir plus difficile si la diarrhée est fréquente ou même persistante, ce qui est arrivé dans certains cas. La durée des accidents, l'âge des malades, leurs antécédents morbides, leur hérédité, l'existence de signes sthétoscopiques douteux du côté des poumons, la constatation dans un autre point de l'économie d'une adénite suspecte ou d'une manifestation atténuée de la tuberculose (scrofulides, lupus), la forme de la tumeur souvent mal limitée se continuant dans la partie supérieure avec le côlon, sont autant d'indices dont la valeur sémiologique, dans certains cas, peut mettre sur la voie du diagnostic. L'examen bactériologique des crachats, celui des

1. BENOIT. — Tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale (Étude anatomo-pathologique, clinique et chir.). *Thèse de Paris*, 1893.

2. Nous nous servons ici de ce terme par abréviation et par analogie avec l'expression qui a été adoptée pour désigner l'épaississement syphilitique des parois du rectum formant rétrécissement et facilement confondu avec les cancers, avant l'étude magistrale de FOURNIER.

déjections alvines peuvent encore servir de moyens d'investigation. La présence des bacilles de Koch dans les selles lèverait tous les doutes.

Quel *traitement* faut-il opposer aux *néoplasies tuberculeuses* dont nous venons de nous occuper?

Le traitement doit être médical et chirurgical.

Le processus fibreux, dans la tuberculose en général et surtout dans la tuberculose localisée, est considéré, on le sait, comme un gage d'évolution lente, atténuée, relativement favorable. Aussi ne faut-il donc point se presser de proposer l'opération contre la tuberculose chronique iléo-cæcale, si l'on arrive à la dépister, quand la *tumeur* et les autres symptômes sont encore au début. La médication interne peut être suivie dans ce cas d'excellents résultats, ce serait donc une exagération de penser que la tuberculose locale est justiciable uniquement de l'instrument tranchant.

A. — Le *traitement médical* trouve son indication tout à fait au début, et à une période avancée quand il est trop tard pour opérer. Il sert à combattre et jusqu'à un certain point à prévenir les douleurs, la coprostase, les troubles digestifs, et par suite l'asthénie générale.

1° *Médication symptomatique*. — Le repos, les *révulsifs* (pointes de feu, petits vésicatoires, ventouses scarifiées) seront prescrits dès qu'il existera une menace de poussée inflammatoire. Contre les douleurs, on utilisera les frictions et embrocations calmantes, les *préparations opiacées*, la *belladone*; si la souffrance est très vive, on pratiquera une *injection de chlorhydrate de morphine* à faible dose. Les mélanges absorbants et légèrement laxatifs (*magnésie, charbon, rhubarbe*); les lavements; les purgatifs légers; les antiseptiques intestinaux (*benzonaphtol, salicylate de bismuth* aux doses ordinaires) seront employés contre les troubles fonctionnels du tube digestif (diarrhée, constipation, flatulence, fermentations anormales).

2° *Médication antiphymique*. — A cette médication symptomatique, on joindra l'usage des médicaments antibacil-

laires (*créosote* en lavements, *iodoforme, teinture d'iode*, etc.), et l'emploi des modifiants généraux de la nutrition parmi lesquels le grand air, une hygiène bien réglée et surtout un régime alimentaire approprié tiennent la première place (*lait, poudres alimentaires, jus de viande, œufs, viandes hachées, huile de foie de morue*, si celle-ci n'est pas bien supportée, *glycérine neutre*, 20 à 60 grammes par jour, etc.). Nous n'avons pas besoin d'insister sur ces règles générales du traitement qui doivent répondre aux trois indications suivantes: a) *Existence d'une tuberculose*; b) *localisation sur le tube digestif*; c) *crises douloureuses ou poussées infectieuses accidentelles*.

B. — *Traitement chirurgical*. — S'il ne faut pas recourir d'une façon hâtive à l'intervention opératoire toujours très sérieuse dans cette région malgré les progrès de l'antisepsie, on ne doit pas oublier non plus que l'action simplement médicale est condamnée à ne remplir qu'un rôle palliatif dès que les troubles sont fréquents ou accentués, surtout dès que la tumeur s'affirme et s'accroît. *C'est alors à la thérapeutique chirurgicale qu'il faut s'adresser*.

Comme pour les autres tuberculoses locales (peau, articulations), l'exérèse de la partie malade a fourni des résultats encourageants en France et à l'étranger. Sachs, Benoit ont rapporté des statistiques très favorables<sup>1</sup>; mais, comme le remarque le premier de ces auteurs, après avoir donné la proportion considérable de succès obtenus à la suite des opérations connues (1892), les statistiques n'ont pas une valeur absolue, car on ne publie le plus souvent que les guérisons.

C'est donc à préciser les chances de succès d'après la nature des accidents, les conditions actuelles du malade, d'après son hérédité, d'après la marche de la tuberculose locale, que le médecin doit s'attacher avant de faire appel au chirurgien.

D'une manière générale, l'*indication d'intervenir* est fournie par l'*existence du rétrécissement progressif* de l'intestin résul-

1. 18 succès sur 22 opérations (statistique de Benoit, 1893).

tant de la tuberculisation *locale* du cæcum. Elle peut s'imposer d'urgence s'il y a une obstruction aiguë.

L'existence de signes d'une phtisie pulmonaire avancée, d'une tuberculose aiguë, d'une tuberculisation intestinale disséminée ou d'une tuberculose pleuro-péritonéale, constituent une *contre-indication formelle*.

Le problème est plus délicat à résoudre quand l'auscultation attentive du poumon permet de constater la présence de lésions encore peu marquées ou quand l'exploration des divers organes fait reconnaître des scrofulides et des productions tuberculeuses à marche torpide. Le traumatisme opératoire ne leur donnera-t-il pas le coup de fouet? Vaut-il mieux pour le malade courir les chances d'une opération, — puisqu'il y a des observations d'amélioration prolongée obtenues dans ces conditions? Vaut-il mieux s'en tenir exclusivement à la médication interne? Ce sont là des questions auxquelles ne peut être fournie une réponse théorique générale. La conduite à tenir varie suivant les circonstances particulières de chaque cas. Il faut alors tenir grand compte surtout : 1° de l'état général du malade; 2° de l'état des fonctions de l'estomac, 3° du genre de tuberculose en face de laquelle on se trouve, héréditaire ou acquise, vulgaire ou atténuée, à tendance progressive ou fibreuse.

Une question se présente ici : Dans les cas douteux où l'on soupçonne la tuberculose y a-t-il quelque avantage à pratiquer une injection de *tuberculine*, comme moyen de diagnostic, et si l'épreuve donne une réaction positive, à tenter un traitement par cette toxine<sup>1</sup>?

Ce que nous savons des effets produits par la tuberculine de Koch prouve surabondamment que cette substance est susceptible de provoquer de dangereuses complications. En l'état actuel de la science, nous ne pensons pas devoir la proscrire, *en principe*, d'une façon absolue, *comme moyen de diagnostic*, chez l'homme<sup>2</sup>. Toutefois on ne saurait, à notre

1. V. BIONDI. — Congrès international de Berlin, *Revue de chirurgie* (1890).

2. BILLROTH a employé ce procédé pour arriver au diagnostic dans un cas de

sens, l'autoriser que sous cette double restriction : 1° Réserver exclusivement cette investigation aux cas pour lesquels elle est reconnue indispensable; 2° S'entourer de toutes les précautions et pratiquer l'injection à *doses très minimes* et avec une extrême prudence.

Quant au second point de la question, il n'est pas permis d'y répondre avec quelque certitude. L'efficacité thérapeutique de la nouvelle tuberculine préparée par centrifugation<sup>1</sup> n'est pas démontrée à l'heure où nous écrivons cet article. Les graves mécomptes enregistrés avec la première préparation du professeur de Berlin sont de nature à inspirer une grande circonspection à ceux qui seraient disposés à tenter une seconde expérience. A notre sens, il vaut mieux encore s'abstenir.

Quel que soit l'avenir réservé à ces produits<sup>2</sup>, aujourd'hui le praticien mis en présence d'une tumeur de l'intestin dont la nature tuberculeuse est bien établie doit s'inspirer des principes qui le guideraient s'il s'agissait d'une péritonite chronique, c'est-à-dire qu'il doit décider, d'après l'ensemble des signes généraux et locaux, s'il faut intervenir chirurgicalement, ou si c'est le traitement médical palliatif anti-bacillaire et reconstituant qui reste la seule ressource.

tumeur de la fosse iliaque droite. Tout récemment GRASSET et VEDEL ont préconisé les injections de tuberculine (deux à cinq dixièmes de milligramme) comme moyen de diagnostic précoce de la tuberculose humaine. A ces doses minimes la méthode serait sans danger d'après ces auteurs. On ne doit pas oublier cependant qu'il ne faut pas attribuer à ce moyen d'investigation une valeur absolue. La réaction, en effet, peut faire défaut sans que l'on puisse conclure à l'absence de tuberculose (lésions guéries, accoutumance). D'autre part, la syphilis, la lèpre, et l'actinomyose peuvent présenter des réactions par la tuberculine. Or, la tumeur *actinomyosique* se rencontre dans la région iléo-cæcale, soit comme localisation de la maladie généralisée, soit comme manifestation principale de la présence du parasite dans l'économie, et plusieurs fois déjà elle a donné lieu à une intervention opératoire.

1. KOCH. — Sur de nouvelles préparations de tuberculine. *Deutsch mediz. Woch.* 1<sup>er</sup> avril 1897. (Traduction in *Sem. Méd.*, 1897, p. 117. — Réclamation de BÜCHNER (in *Presse médicale*, 1897, p. CLXVII).

2. Depuis que ces lignes ont été écrites, l'enquête entreprise avec la nouvelle tuberculine de Koch l'a conduit à de nouveaux mécomptes et fait condamner l'usage thérapeutique de cette préparation, même en Allemagne.