

cæcale, par son rétrécissement naturel, offre un asile favorable aux agents tuberculeux.

**Traitement.** — Le pronostic du tuberculome hypertrophique du cæcum s'est complètement modifié depuis quelques années. Autrefois, un individu atteint de cette tuberculose cæcale était considéré comme atteint d'une maladie mortelle; aujourd'hui, il est considéré comme atteint d'une maladie opérable et souvent curable. Toutefois, la guérison ne peut être obtenue qu'à certaines conditions. Il est nécessaire d'opérer en temps voulu, il ne faut pas attendre que le sujet soit déjà cachectisé; aussi, dès que la maladie est reconnue ou même soupçonnée, il faut agir. La coexistence de la tuberculose pulmonaire aggrave d'autant plus le pronostic que cette complication est une contre-indication opératoire; mais n'oublions pas que la tuberculose pulmonaire est rarement la source de la tuberculose du cæcum, elle en est quelquefois la conséquence, ce qui est une raison de plus pour ne pas différer outre mesure l'intervention chirurgicale. Faite en temps opportun, l'opération donne de nombreux succès.

#### § 7. TUBERCULOSE ANO-RECTALE

**Lupus de la région anale.** — Le lupus, relativement fréquent au visage, est extrêmement rare à l'anüs; il y est habituellement associé au lupus des organes génitaux de la femme. Dans deux cas, le lupus s'était développé au niveau de l'orifice externe d'une fistule<sup>1</sup>. L'un de ces cas, communiqué par Besnier, est écrit par lui de la façon suivante: Le lupus consistait en une surface cicatricielle étendue, fibroïde au centre, papillomateuse à la périphérie et bordée de tubercules ulcérés, qui formaient autour quelques larges festons. Le diagnostic du lupus ne pouvait être douteux: affection cutanée chronique évoluant sur place depuis dix-huit ans, autour d'une fistule anale; cicatrisation fibroïde

1. Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, 1895, p. 102.

des points atteints d'abord et évolution excentrique par poussées tuberculeuses lentes. Ni le syphiloderme, ni le cancer épithélial cutané n'évoluent de cette manière, n'ont cette lenteur de processus. Une seule circonstance objective pouvait faire penser à la syphilis, c'était la bordure polycyclique, mais la disposition annulaire figurée se rencontre dans quelques cas de lupus.

**Tuberculose verruqueuse de l'anüs.** — Il est probable que cette forme verruqueuse de tuberculose a été autrefois confondue avec l'épithélioma et les papillomes. Elle est bien connue depuis les travaux de Hartmann<sup>1</sup>, Routier et Toupet<sup>2</sup>. La lésion se présente autour de l'anüs et empiétant sur la fesse, sous forme de plaque hérissée de mamelons non ulcérés et de croûtes. Entre les mamelons sont des sillons érodés, qui suintent. Les ganglions inguinaux sont tantôt sains, tantôt engorgés. L'examen histologique fait découvrir des cellules géantes, au milieu d'amas de cellules, et l'examen bactériologique fait découvrir le bacille de la tuberculose. Sans les recherches bactériologiques ou sans l'inoculation au cobaye, il n'est guère possible de différencier la tuberculose verruqueuse du papillome ou du cancroïde.

**Ulcération tuberculeuses anales.** — Hartmann en a réuni une trentaine d'observations<sup>3</sup>: après quelques mois de démangeaisons, de suintement, de douleurs de défécation, une plaie superficielle se forme autour de l'anüs. C'est une nappe de scrofulome diffus qui s'ulcère. L'ulcération se localise à la marge de l'anüs sans empiéter sur la fesse, mais elle remonte fréquemment dans le canal anal, jusqu'à l'extrémité inférieure du rectum. L'ulcération saigne peu; ses bords sont souvent polycycliques, tantôt décollés, tantôt nettement taillés; le fond en est anfractueux, bourgeonnant, souvent semé de grains jaunes. L'ulcération

1. Hartmann, *Revue de chirurgie*, janvier 1894.

2. Routier et Toupet, *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1895, p. 506.

3. *Chirurgie du rectum*, p. 108.

sécrète un liquide muco-purulent, elle est parfois croûteuse. Autour de la surface ulcérée, on constate quelques tubercules saillants.

En examinant l'anus au spéculum, on voit sur la muqueuse des lésions analogues à celles de la peau; le toucher rectal permet d'apprécier les limites du mal. Presque toujours les ganglions inguinaux sont engorgés. Ces ulcérations sont d'autant plus douloureuses que la douleur est à chaque instant réveillée par le passage des matières fécales, par la marche, par le frottement. Dans quelques cas, cependant, elles sont presque indolentes.

L'ulcération tuberculeuse anale a une marche extrêmement lente; elle n'a aucune tendance à la cicatrisation; elle coïncide parfois avec des ulcérations tuberculeuses des autres parties de l'intestin. La recherche des bacilles dans les sécrétions de la surface ulcérée est le mode le plus positif du diagnostic.

**Abcès et fistule à l'anus.** — La fistule à l'anus, d'origine tuberculeuse, succède toujours à un abcès; elle n'est pas le résultat d'une ulcération qui creuse, elle est le résultat d'un abcès. Sur 12 abcès de la région anale, étudiés au point de vue bactériologique, Hartmann et Lieffring<sup>1</sup> ont trouvé 7 fois le bacille tuberculeux avec adjonction de différents microbes.

L'abcès tuberculeux sous-cutané s'ouvre en dehors à la peau, ou en dedans dans le canal ano-rectal, ou bien il s'ouvre à la fois à la peau et dans l'intestin. Si le trajet consécutif à l'abcès devient persistant, la fistule est constituée. La fistule est un ulcère canaliculé qui n'a aucune tendance spontanée à la guérison; elle commence quand le travail de réparation s'arrête. La fistule complète suppose un trajet et deux orifices, l'un cutané, l'autre intestinal; on dit que la fistule est borgne externe si elle ne possède que l'orifice cutané; on dit qu'elle est borgne interne si elle ne possède que l'orifice intestinal.

Les symptômes de la fistule sont précédés des symptômes

1. Société anatomique, 1895, p. 69, 161 et 317

de l'abcès. Au cas de fistule borgne externe, le mal n'est qu'une simple infirmité entraînant du prurit, du suintement, de la suppuration et la souillure des linges. Au cas de fistule complète, la souillure des linges par des matières fécales, l'odeur stercorale, le ténésme parfois douloureux, compliquent la situation. A certains moments, le malade est sous le coup de poussées inflammatoires; dès qu'il se fait un obstacle à l'écoulement des liquides infectieux, dès que le trajet fistuleux est transformé en cavité close (quelle qu'en soit la cause), les microbes (coli-bacille, streptocoque) exaltent leur virulence. Ces « réchauffements » de la fistule occasionnent de nouveaux abcès péri-fistuleux avec fièvre, irradiations douloureuses anales, périnéales, etc.

Chez les tuberculeux, la fistule à l'anus existe dans les proportions de 12 pour 100 (Cripps), de 14 pour 100 (Allingham), de 16 pour 100 (Geffrart), de 50 pour 100 (Hartmann<sup>1</sup>) de 15 pour 100 (observations personnelles). Habituellement, l'abcès et la fistule qui en est la conséquence se développent pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire ou à une époque avancée de la maladie. Mais, dans quelques circonstances, l'abcès semble précéder la tuberculose pulmonaire<sup>2</sup>. Il n'est pas rare de voir des gens qui toussaient depuis des années, se croyant atteints d'un simple emphysème pulmonaire avec catarrhe bronchique, et chez lesquels l'apparition d'un abcès tuberculeux de l'anus vient révéler la vraie nature du soi-disant catarrhe. Il n'est pas rare, dans une famille de tuberculeux, de voir un des membres de la famille, un des enfants, n'avoir, en fait de lésions tuberculeuses, que l'abcès anal tuberculeux.

Au sujet de ces fistules, une question importante se présente : peut-on les opérer sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour le malade, ou bien doit-on les respecter sous peine d'accidents? Généralement, on considère la fistule anale chez les tuberculeux comme une sorte d'émonctoire qu'il faut respecter sous peine de recrudescence dans

1. Statistique de « la chirurgie du rectum », p. 180.

2. D. Mollière. *Maladies du rectum et de l'anus*. Paris, 1877.

la marche des accidents pulmonaires. Cette assertion est fort exagérée; aussi faut-il s'inspirer, avant de prendre une décision, de l'état du malade et opérer la fistule, à moins que les lésions pulmonaires soient assez avancées.

Je pense, pour ma part, que, chez un phthisique arrivé à une période avancée de sa maladie, il faut s'abstenir, mais dans tous les autres cas on doit opérer, car je n'ai jamais vu qu'il en résultât un inconvénient sérieux.

§ 8. ULCÈRE SIMPLE DU DUODÉNUM  
PERFORATION — PÉRITONITE SURAIGÜÉ

**Anatomie pathologique**<sup>1</sup>. — L'ulcère simple du duodénum a les plus grandes analogies avec l'ulcère de l'estomac et de l'œsophage; il occupe principalement la première portion du duodénum, plus souvent sa face antérieure que sa face postérieure, et il empiète parfois sur le pylore. Quand il y a plusieurs ulcères, ils se fusionnent et donnent à l'ulcération une forme irrégulière. Il n'est pas rare de trouver à la fois l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

La pathogénie, l'évolution, la cicatrisation, la perforation de l'ulcère duodénal, la pathogénie des hémorragies et de la péritonite, sont de tous points comparables au processus de l'ulcère stomacal. Des adhérences et des trajets fistuleux peuvent s'établir entre le duodénum et les organes voisins.

**Symptômes**. — L'ulcère simple du duodénum évolue généralement d'une façon presque latente comme certains ulcères de l'estomac; il est même plus souvent latent que l'ulcère de l'estomac. Ses symptômes les plus habituels sont: la douleur, les vomissements, le melæna, l'hématémèse<sup>2</sup>.

Les douleurs se retrouvent ici, avec quelques-uns des

1. Letulle. *La presse médicale*, 1894, p. 535.

2. Bucquoy. Ulcère simple du duodénum. *Arch. de méd.*, avril, mai, juin 1887.

caractères signalés au sujet de l'ulcère stomacal, elles ont un siège un peu différent, les points xiphoidien et rachidien font souvent défaut, et la crise douloureuse n'apparaît que deux ou trois heures après les repas, dans une région voisine du pylore, au-dessous du bord inférieur du foie.

Les hémorragies intestinales peuvent être foudroyantes si un gros vaisseau a été lésé: ulcérations de l'artère gastro-épiploïque (Broussais), de l'artère pancréatico-duodénale (Knecht), de l'aorte (Stich), de la veine porte (Rayer). Dans les cas ordinaires, le melæna se répète à intervalles plus ou moins rapprochés, avec ou sans douleurs, et parfois avec hématémèses si le sang a reflué dans l'estomac. La pâleur du visage, la décoloration des téguments, la tendance aux défaillances, à la syncope, sont la conséquence de ces hémorragies.

**Perforation de l'ulcère**. — L'ulcère du duodénum aboutit très souvent à la perforation; on a compté 181 fois la perforation sur 262 ulcères. La perforation avait provoqué 125 fois la péritonite généralisée; dans les autres cas, la péritonite était localisée grâce à des adhérences, ou bien la perforation n'avait pas eu de conséquences, grâce à des organes qui formaient tampon (Collin); ces organes sont le foie et surtout le pancréas<sup>1</sup>.

Les péritonites partielles, les abcès enkystés du péritoine dus à des adhérences, sont beaucoup plus rares au cas d'ulcère perforant de l'estomac. Ils peuvent s'ouvrir à l'ombilic ou dans un espace intercostal.

La perforation de l'ulcus duodénal avec péritonite suraiguë est un accident terrible; on en aura une idée par le cas suivant consigné dans une de mes leçons cliniques sur la perforation de l'ulcère simple du duodénum<sup>2</sup>.

Le 18 janvier 1897, à cinq heures du soir, on portait dans mes salles de l'Hôtel-Dieu un malade qui ne cessait de pousser des cris plaintifs et des gémissements. On le cou-

1. Collin. *Ulcère simple du duodénum*. Thèse de Paris, 1894.

2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897. Perforation de l'ulcère simple du duodénum. Douzième leçon.