

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'anus; 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'anus.** — 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'anus 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.

**Ulérations 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'anus. C'est une nappe de scrofulome diffus qui s'ulcère. L'ulcération se localise à la marge de l'anus 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 517

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 ténesme 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. 555.

2. Buequoy. 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-épipléique (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.



cha aussitôt et mon chef de clinique Charrier fit le diagnostic de péritonite aiguë. Le malade, le facies grippé, les yeux excavés, était en proie à une anxiété profonde. Il avait du hoquet et des vomissements porracés. Sa respiration était saccadée, interrompue par la douleur. Le ventre était très météorisé, excessivement douloureux et partout sonore, excepté à l'hypogastre et aux flancs.

Toujours bien portant, jusqu'à l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, cet homme, dont les fonctions digestives étaient irréprochables, fut pris brusquement, le samedi 16 janvier, à cinq heures du soir, au moment où il montait la garde au poste de police, d'une douleur tellement atroce, qu'il la compare à un coup de poignard. Il en fut terrassé sur place. On s'empessa auprès de lui, et grâce à l'obligeance du Dr Beausse, qui fut mandé aussitôt, nous savons ce qui s'est passé dès ce moment. Notre confrère trouva le malade se tordant de douleur et poussant des hurlements. Le pauvre homme était debout, soutenu par deux collègues, et, quand on voulut le coucher pour le mieux examiner, il s'y refusa, craignant d'exaspérer les douleurs; il préféra rester debout, moitié plié, courbé.

Beausse pratiqua aussitôt une piqûre de morphine et obtint ainsi un soulagement qui permit de faire transporter le malade à son domicile. Alors l'examen devint possible<sup>1</sup>. Le ventre était rétracté et dur, la palpation était très douloureuse, particulièrement à l'hypochondre droit, d'où les douleurs irradiaient vers le creux épigastrique et jusqu'à la colonne vertébrale. La palpation profonde était impraticable à cause de la défense musculaire, qui donnait à la paroi abdominale sa dureté ligneuse. Cependant, le point de Mac Burney n'était pas particulièrement douloureux et le diagnostic d'appendicite fut avec raison écarté. Le lendemain matin dimanche, le ventre était toujours douloureux et rétracté, mais le malade était plus calme et la fièvre était nulle, la température ne dépassait pas 37°<sup>8</sup>.

1. Cette partie de l'observation a été publiée par le Dr Beausse. *Journal de médecine de Paris*, 21 mars 1897.

Dans la journée, il y eut une selle assez abondante. Le dimanche soir, apparence d'amélioration; les douleurs sont moins vives, le ventre est toujours rétracté. Mais, le lundi matin, apparaissent des vomissements verdâtres, les yeux s'excavent, le nez se pince, le ventre préalablement rétracté commence à se météoriser; bref, la situation devient menaçante. C'est alors que cet homme est transporté à l'Hôtel-Dieu.

Le malade arrive dans mon service, ainsi que je l'ai dit plus haut, en pleine péritonite aiguë, la douleur ayant toujours son maximum d'intensité, comme au début, sous les côtes du côté droit, entre l'hypochondre et l'épigastre. Bien que le pronostic fût presque fatal, bien que la péritonite fût certainement généralisée, l'intervention chirurgicale s'imposait comme unique ressource. Elle fut pratiquée par Gazin, chef de clinique de Duplay. Pas un instant ne fut perdu, car, cinquante minutes après son entrée à l'hôpital, le malade était sur la table d'opération. La péritonite était en effet intense et généralisée, le bassin était plein de pus; il n'y avait pas d'appendicite. L'opération durant déjà depuis longtemps et l'état du malade donnant les plus sérieuses inquiétudes, on décida fort sagement de ne pas poursuivre l'exploration abdominale et on pratiqua le pansement. Le malade succomba quelques heures plus tard.

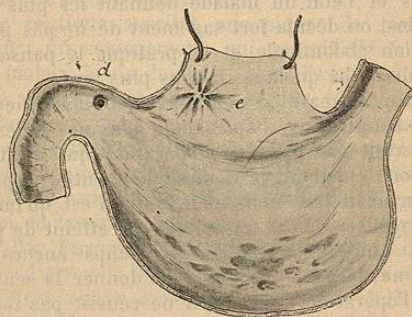
Le lendemain matin, à mon arrivée à l'Hôtel-Dieu, j'appris du même coup l'arrivée du malade dans nos salles, la décision qui avait été prise et l'opération qui avait été pratiquée. Non seulement je donnai mon entière approbation à ce qu'on avait fait, mais mon opinion est qu'on ne pouvait mieux faire. Quand un malade est atteint de péritonite aiguë, et qu'il en est peut-être temps encore, il faut prendre une décision rapide et lui donner la seule chance de salut, l'opération. Certes, on ne réussit pas toujours, il s'en faut; mais je citerai des cas, en apparence désespérés, où l'intervention chirurgicale eût eu un plein succès. Au récit qui me fut fait de la maladie de notre homme, je fis part de mes impressions concernant la cause de sa



péritonite et je crus pouvoir affirmer qu'il avait succombé à la perforation d'un ulcère latent du duodénum ou de l'estomac. Je dirai plus loin sur quoi je basai ce diagnostic rétrospectif.

Voici les résultats de l'autopsie : Péritonite généralisée. L'examen méthodique de l'intestin fait découvrir la cause de la péritonite : à la face postérieure du duodénum, à deux centimètres au-dessous du pylore, on trouve *un ulcère simple perforé à son centre* ainsi qu'on le voit sur la planche ci-dessous.

Vu par la face intestinale, l'ulcère a la forme d'un entonnoir, dont la partie évasée mesure un centimètre de diamètre. Les parois de cet entonnoir sont déclives et formées de deux gradins. Au fond de l'ulcère existe la perforation, véritable trou, qui a un demi-centimètre de diamètre; ses contours sont circulaires, indurés, épais, formés par des bords arrondis. Vue du côté du péritoine, la perforation est tellement nette, qu'elle semble avoir été faite à l'emporte-pièce, en plein tissu sain. Le duodénum dans le reste de son étendue est absolument normal. A la face antérieure de l'estomac, on trouve la cicatrice radiée d'un ulcère guéri.



d, perforation de l'ulcère duodénal. — e, cicatrice d'un ancien ulcère stomacal.

En résumé, notre malade a succombé en moins de trois

jours à une péritonite suraiguë, due à la perforation d'un ulcère duodénal dont l'évolution avait été *absolument latente*.

**Analyse des symptômes.** — Premier point à signaler, c'est que, dans la très grande majorité des cas, l'ulcère du duodénum évolue à l'état *latent*. Dans toutes les observations que j'ai réunies dans ma leçon clinique, l'ulcus duodénal a été *absolument latent*; il n'a provoqué, pendant son évolution, ni douleurs, ni hémorragies intestinales; il s'est révélé brusquement, par la perforation, chez des gens en pleine santé, qui n'avaient jamais éprouvé quoi que ce soit, qui eût pu faire songer à la présence d'une aussi terrible lésion. C'est donc par la perforation que s'annonce habituellement l'ulcus duodénal.

Cette perforation, ici comme à l'estomac, provoque une douleur atroce et soudaine que j'ai nommée le *coup de poignard péritonéal*. Sans avertissement, sans prodromes, le sujet est pris « de son coup de poignard ». Je retrouve cette même entrée en scène dans toutes les observations consignées dans ma leçon clinique. Ainsi notre malade, en parfaite santé, montait tout tranquillement la garde devant le poste de police du deuxième arrondissement, quand soudainement il fut comme terrassé par une atroce douleur à la région sous-hépatique; on ne peut rien voir de plus subit. Le malade de Dutil<sup>1</sup> est pris, inopinément, à sept heures du soir, de douleurs abdominales tellement intenses, qu'il se laisse tomber à terre en poussant des gémissements; il succombe en 18 heures; on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Vermorel et Marie<sup>2</sup>, lui aussi, était tout à fait bien portant, quand il éprouva brusquement, sans aucun avertissement, à quatre heures de l'après-midi, les terribles douleurs de sa perforation duodénale; il succombe en 27 heures et on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Brouardel s'était couché, la veille,

1. Dutil. *Bulletin de la Société anatomique*, 1887, p. 478.

2. Vermorel et Marie. *Bulletin de la Société anatomique*, 1895, p. 350.



dans les meilleures conditions de santé<sup>1</sup>, quand il fut réveillé tout à coup, à trois heures de la nuit, par une atroce douleur entre le foie et l'estomac; il succombe en 28 heures et on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Lardennois et Levrey<sup>2</sup> se rendait le matin, frais et dispos, à son travail, quand il éprouva soudainement, à dix heures, une douleur atroce et déchirante à la partie gauche de l'abdomen; il succombe en 36 heures et on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Banzet et Lardennois<sup>3</sup> venait de déjeuner, le matin, avec son appétit habituel, quand, à la dernière bouchée, il fut pris brutalement d'une terrible douleur abdominale, aussitôt suivie de vomissements alimentaires et bilieux; il succombe, malgré l'opération, à la perforation de son ulcus duodénal. Le malade de Lockwood était en pleine santé, quand il fut pris subitement, en prenant une tasse de thé, des douleurs terribles de sa perforation duodénale<sup>4</sup>.

Un autre point à préciser c'est l'état du ventre après la perforation pendant la première phase de la péritonite. Je vais répéter ce que j'ai dit au sujet de la perforation de l'ulcus stomacal. On est généralement trop imbu de l'idée que la péritonite par perforation est suivie de météorisme abdominal; il n'en est pas toujours ainsi, et ce serait une erreur d'exclure la péritonite, pour la raison que le ventre est dur, plat et rétracté. Il est des malades atteints de perforation duodénale chez lesquels la péritonite, à son début, provoque par action réflexe une telle contraction des muscles abdominaux, que loin d'être météorisé le ventre est comme sanglé, il est *plat et dur*. Le ventre était dur et plat chez les malades de Letulle, de Brouardel, de Vermorel et Marie, de Lardennois et Levrey, de Banzet et Lardennois. Le ventre était également rétracté et d'une dureté ligneuse

1. Brouardel. *La mort et la mort subite*. Paris, 1895.

2. Lardennois et Levrey. *Bulletin de la Société anatomique*, 1897, p. 46.

3. Banzet et Lardennois. *Bulletin de la Société anatomique*, 1897, p. 479.

4. Observations citées dans la thèse de M. Collin.

quand le Dr Beausse fut appelé auprès du malade dont je viens de rapporter l'histoire. C'est là un signe important à connaître. Toutefois, ces deux états peuvent se succéder chez le même sujet. Tel malade, dont le ventre est dur et plat au début de sa péritonite, aura le ventre tympanisé et météorisé quelques heures plus tard ou le lendemain.

La discussion que j'ai entreprise relativement au diagnostic de la perforation de l'ulcus stomacal est absolument applicable au diagnostic de l'ulcus duodénal. La soudaineté, l'intensité de la douleur, le *coup de poignard péritonéal* est l'apanage de la perforation de l'ulcus duodénal ou stomacal. Ce symptôme, quand il est bien établi, permet déjà, à lui seul, d'éliminer les coliques hépatiques, l'occlusion intestinale, l'appendicite, et autres états morbides à retentissement péritonéal, *qui ne débutent jamais* par des douleurs aussi violentes et aussi inopinées.

Les douleurs de la colique hépatique et de la perforation duodénale débutent dans les mêmes parages, mais regardez-y de près, et vous verrez que les douleurs de la colique hépatique, même quand elles sont intenses, n'ont pas la soudaine intensité des douleurs péritonéales consécutives à la perforation du duodénum. De plus, l'homme qui a une colique hépatique, malgré ses souffrances, malgré ses vomissements, n'a jamais, au bout d'une heure ou deux, le masque péritonéal de l'homme qui vient d'avoir une perforation duodénale avec début de péritonite suraiguë. Chez celui-ci, en effet, tout indique l'imminence du péril. Examinez avec attention son visage, il porte déjà la griffe péritonéale; les traits sont tirés; le teint est d'une pâleur terreuse; tantôt le ventre est dur et rétracté par la contraction des muscles abdominaux qui se défendent, tantôt il est tympanisé, par la distension des anses intestinales paralysées et par le passage de gaz dans la cavité péritonéale; le moindre attouchement, la palpation la plus légère réveillent souvent des douleurs atroces. Le pouls est petit et rapide, peut-être le malade a-t-il déjà le hoquet. Rien de tout cela ne se voit dans la colique hépatique. Je ne



parle pas de la teinte ictérique et de la présence de la bile dans les urines, car ces signes, habituels à la colique hépatique, ne sont pas précoces et surviennent à un moment où le diagnostic doit être déjà fait.

Les renseignements fournis par la température n'ont pas une grande valeur diagnostique : on croit trop généralement que la colique hépatique est apyrétique et que la péritonite due à une perforation duodénale ou stomacale est fébrile. Cela est vrai dans bien des cas ; mais le contraire se voit également ; telle péritonite se fait sans élévation de température, et, par contre, telle colique hépatique est accompagnée de frissons violents et de fièvre à 39 et 40 degrés. Je décrirai aux maladies du foie cette fièvre « hépatalgique », pour me servir de l'expression de Charcot, fièvre satellite de la migration de calculs biliaires, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre hépatique bilio-septique.

Je renvoie au chapitre de l'appendicite pour le diagnostic de l'appendicite avec la perforation de l'ulcus stomacal.

En face d'un malade atteint de *tympanisme* abdominal, avec douleurs, vomissements, arrêt au cours des matières et des gaz, on a quelquefois pris la péritonite par perforation pour une occlusion intestinale. Cette erreur me paraît facile à éviter, car l'occlusion, quelle que soit sa cause, ne débute jamais par « le coup de poignard ». Ses symptômes sont graduels et progressifs, il y a une période de constipation qui a précédé de plusieurs jours les symptômes d'occlusion ; rien de pareil dans la perforation duodénale.

Il est presque impossible de dire si l'ulcère qui vient de se perforer siège au duodénum ou à l'estomac. On ne peut le localiser à l'estomac que si la perforation a été précédée des signes classiques de l'ulcus stomacal. Et, encore même, il se peut qu'il y ait eu deux ulcères, comme chez notre malade, l'un à l'estomac, qui s'est cicatrisé, l'autre au duodénum, qui s'est perforé. Mais ce diagnostic topographique n'a qu'une médiocre importance, puisque les mêmes indications opératoires sont applicables aux deux cas.

Une dernière remarque : la brusquerie et la violence des

douleurs, l'intensité et la généralisation de la péritonite, au cas de perforation d'ulcère duodénal ou stomacal, tiennent à la dimension de ces perforations et à la rigidité des tissus qui forment paroi. Le trou est large et béant, les bords indurés n'ont aucune tendance à combler le vide, ainsi que pourraient le faire des tissus flasques ; aussi les produits de la digestion, microbes et toxines, sont-ils rapidement déversés dans le péritoine en quantité considérable. Sous ce rapport, la perforation duodénale me paraît plus redoutable encore que la perforation stomacale, car les matières toxi-infectieuses de la digestion peuvent passer dans le péritoine sous forme de chyme venu de l'estomac et sous forme de matières fécales remontant de l'intestin par mouvements antipéristaltiques. Le péritoine subit un tel assaut qu'en moins de vingt heures la péritonite est généralisée, et le malade peut succomber d'une façon presque foudroyante.

Quelle différence avec la péritonite consécutive aux petites perforations intestinales de la fièvre typhoïde, lesquelles ont les dimensions d'une fissure, d'une tête d'épingle, et peuvent être si minimes que, à l'autopsie, il est souvent nécessaire, pour les découvrir, de distendre l'intestin sous un courant d'eau.

Arrivons maintenant au *traitement*. En face d'une péritonite suraiguë consécutive à la perforation d'un ulcère duodénal, un seul traitement s'impose : c'est l'intervention chirurgicale. Dans les 9 cas publiés dans le *Medical News*<sup>1</sup>, l'opération a été suivie 9 fois de mort ; il est juste de dire que tous ces malades ont été opérés trop tard. Le cas de guérison publié par Landerer et Glücksmann<sup>2</sup> concerne un homme qui fut opéré douze heures après sa perforation duodénale. La conclusion qui s'impose, c'est qu'en fait de perforation du duodénum, comme en fait de perforation de l'estomac, il faut faire un diagnostic précis, prendre une décision rapide et opérer sans retard.

1. *The medical News*, 1895, p. 460.

2. *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 1896, p. 409.



Je viens de parler des cas où l'ulcère duodénal se perforé; il est des cas où il guérit et se cicatrise comme l'ulcère stomacal; cependant la cicatrice peut déterminer un rétrécissement du pylore avec dilatation consécutive de l'estomac, une occlusion du canal cholédoque avec ictère chronique, une thrombose de la veine porte.

### § 9. CANCER DE L'INTESTIN

Par sa fréquence, le *cancer de l'intestin* vient après le cancer de l'estomac, du foie, et du sein; il présente cette particularité d'être assez fréquent chez l'adulte.

**Anatomie pathologique.** — Les différentes parties de l'intestin ne sont pas également envahies par le cancer; ce sont, par ordre de fréquence, le rectum<sup>1</sup>, l'S iliaque<sup>2</sup>, le colon, le cæcum<sup>3</sup> et l'intestin grêle; autrement dit, le cancer devient plus rare à mesure qu'on se rapproche de la partie supérieure de l'intestin. Primitif ou secondaire, et ce dernier se développe à la suite d'un cancer de l'estomac, de l'utérus, le cancer intestinal offre les variétés suivantes: l'épithéliome cylindrique, l'encéphaloïde, le squirrhe. Qu'il prenne naissance dans la couche muqueuse de l'intestin, aux dépens de l'épithélium des glandes, ou dans la couche sous-muqueuse, le cancer, une fois constitué, se présente sous forme de *plaque*, de *noyau* et d'*anneau*.

Les *plaques cancéreuses* transforment parfois un segment d'intestin en un tube rigide; les *anneaux cancéreux* rétrécissent le diamètre de l'intestin au point de permettre à peine le passage d'une plume d'oie. Vu par sa face interne, le cancer est fongueux, bourgeonnant, ulcéré, saignant, ou bien dur et squirrheux. Habituellement, l'intestin présente au-dessus du point rétréci une dilatation qui peut

1. D. Mollière. *Traité des maladies du rectum et de l'anus*. Paris, 1880.

2. Giamboni. *Cancer de l'S iliaque*. Th. de Paris, 1880.

3. Sarazin. *Cancer du cæcum*. Th. de Paris, 1880.

acquérir de fortes proportions, et ses couches musculuses acquièrent une *épaisseur* parfois considérable. La péritonite cancéreuse, la dégénérescence cancéreuse des ganglions mésentériques, sont des complications fréquentes, habituellement associées à un épanchement péritonéal séreux ou *hématique*. Les perforations de l'intestin et les communications avec les organes voisins sont des complications plus rares.

**Symptômes.** — Voici comment procède habituellement le cancer intestinal: le début est insidieux; pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, le sujet n'accuse que des douleurs plus ou moins vives, fixes ou erratiques; les fonctions digestives sont troublées; la constipation est la règle, et les *débâcles*, c'est-à-dire l'évacuation d'une grande quantité de matières plus ou moins liquides, alternent souvent avec la constipation. Si le cancer occupe la partie inférieure du gros intestin, et s'il a provoqué un rétrécissement notable, les matières fécales sont effilées, rubanées, et comme passées à la filière. Le *melæna* est un symptôme fréquent; le sang rendu dans les garde-robes conserve sa coloration rouge si la lésion occupe les régions inférieures de l'intestin ou si l'hémorrhagie est abondante et rapidement rejetée au dehors; il est noir et analogue à du goudron s'il a séjourné dans l'intestin au contact des liquides et des résidus de la digestion. Le ventre est souvent ballonné, condition peu favorable à la recherche de la tumeur cancéreuse. Dans le cas de *rétrécissement* cancéreux, il y a parfois des accès douloureux pendant lesquels les anses intestinales contracturées font relief et se dessinent sous les parois abdominales.

L'induration cancéreuse n'est pas toujours accessible à la palpation abdominale; si le sujet est amaigri, si le ventre est rétracté, on perçoit la tumeur, et l'on constate généralement qu'elle est mobile; mais si le ventre est ballonné, s'il y a de l'épanchement péritonéal, la recherche de la tumeur devient très difficile.

Ici, comme dans tout cancer, les symptômes généraux