

On avait conseillé, dans les cas où on opère à chaud, de traiter la collection purulente comme un abcès, c'est-à-dire de se contenter d'ouvrir et de drainer, sans s'occuper de l'appendice. Il y a en effet, d'une part, intérêt à faire l'opération la plus rapide et la plus simple possible pour diminuer le shock, et, d'autre part, intérêt à ne pas rompre des adhérences déjà faites. Cependant, il n'est pas sans inconvénient de laisser l'appendice. Cet appendice peut donner lieu à une fistule muqueuse difficile à guérir, comme nous en avons mentionné un cas; et de plus on a vu ainsi le retour d'accidents obligeant à une nouvelle intervention. Dans deux cas de ce genre observés par Homans⁽¹⁾ la mort a été la conséquence, et dans l'un on trouva à la seconde intervention l'appendice gangrené et perforé.

On voit donc combien est encore complexe cette question du traitement de l'appendicite si l'on veut adopter une ligne de conduite éclectique qui est seule en rapport avec la clinique. A part les cas d'appendicite perforante suraiguë, formes foudroyantes où l'opération devrait être faite dans toutes les premières heures, formes dont on peut encore mourir malgré les progrès de notre thérapeutique, on peut dans la plupart des cas s'en tenir d'abord à un traitement médical, en surveillant étroitement le malade et se tenant toujours prêt à intervenir.

CHAPITRE IV

LES ULCÉRATIONS INTESTINALES

L'intestin peut être lésé au cours des maladies les plus différentes, et des ulcérations sont susceptibles de s'y former à la faveur des causes les plus variées. Ces pertes de substances, si elles diffèrent par leur étiologie, présentent des caractères généraux souvent presque identiques. Elles peuvent exister à titre de lésions primordiales, pathogénomiques; elles sont alors spécifiques d'une affection déterminée; mais dans d'autres cas elles n'existent qu'à titre de complications possibles, transitoires et secondaires.

A dire vrai, dans les différentes parties de cet ouvrage, la description sera faite séparément de toutes les ulcérations intestinales; mais, à la suite du chapitre que nous avons consacré aux entérites, il nous a paru utile de tracer en un tableau rapide, comme dans une sorte de schéma, la description de ces lésions de l'intestin. D'ailleurs, outre l'intérêt qui peut résulter de leur étude anatomique comparée, il est évident que toute une symptomatologie naît avec l'ulcération, d'où qu'elle vienne; de même, il est toute une série d'accidents que les ulcérations intestinales entraînent à leur suite, et qu'il n'est pas inutile de décrire dans un même chapitre.

Il ne peut être question de faire l'histoire de lésions secondaires, dont le point de départ varie, mais il est curieux de faire remarquer qu'il y a, en somme, bien peu de temps que les ulcérations ont été constatées.

La première observation où il est fait mention d'une perte de substance de

⁽¹⁾ *Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 fév. 1899.

l'intestin date de 1612. Elle se trouve dans le livre de Jacobus Fontanus. Le fils de cet auteur était mort de dysenterie(?) et l'autopsie faite par Bontamper a démontré l'existence de plus de 200 ulcérations intestinales accompagnées d'abcès. Morgagni les reconnaît. Malgré tout, les véritables descriptions étiologiques et anatomo-pathologiques datent du commencement de ce siècle. Il faut cependant faire remarquer que, en 1715, Conrad de Brunn avait décrit une ulcération manifestement tuberculeuse.

Nous diviserons ainsi qu'il suit l'étude étiologique et anatomo-pathologique des ulcérations de l'intestin⁽¹⁾.

Anatomie pathologique. — A. **Ulcérations inflammatoires.** — Dans les entérites aiguës et chroniques, et plus particulièrement dans ces dernières, il existe des pertes de substance sur la muqueuse intestinale. Ce sont tantôt des éraflures superficielles de l'épithélium, dites *érosions catarrhales*, tantôt des ulcérations qui s'accroissent et gagnent en profondeur. Parmi ces dernières, quelques-unes ont pour origine les follicules lymphatiques abcédés, ce sont les *ulcérations folliculaires*; d'autres dépendent d'un processus destructif de la muqueuse proprement dite, ce sont les ulcérations muqueuses.

Ulcération muqueuse, érosive. — C'est d'abord seulement une érosion arrondie, lenticulaire; peu à peu, elle gagne en surface et en profondeur, les ulcérations se touchent bientôt, et la forme primitivement circulaire disparaît pour céder la place à une perte de substance irrégulièrement dentelée, déchiquetée. La muqueuse environnante apparaît en quelque sorte minée, et permet l'introduction facile d'un stilet jusqu'au fond de l'ulcération. Parfois des prolongements de muqueuse s'avancent jusque dans l'intérieur de la perte de substance.

Ulcérations folliculaires. — Elles siègent souvent dans le côlon. Lorsqu'elles sont très rapprochées, la muqueuse semble percée comme un crible: les follicules se mortifient à leur centre, qui devient opaque, jaunâtre, caséux; d'où naît une ulcération cratériforme, à bords escarpés, profonds et élevés. Si les ulcérations empiètent les unes sur les autres, il peut se produire de larges pertes de substance, de forme irrégulière, et la muqueuse qui limite ces trous semble décollée sur une plus grande étendue.

Lorsque ces ulcérations siègent surtout dans le rectum et l'S iliaque, elles affectent de grandes ressemblances avec les lésions de la dysenterie.

Nous savons⁽²⁾ qu'il existe des ulcérations décrites par Treitz, et rapportées à l'*urémie*. Elles siègent de préférence dans le gros intestin, très rarement à la

⁽¹⁾ Nous laissons tout à fait de côté l'ulcère simple du duodénum qui a été décrit précédemment.

| | |
|--|---|
| a. Ulcérations inflammatoires. | Entérites aiguës et chroniques. |
| b. Ulcérations spécifiques. | Fièvre typhoïde, dysenterie, charbon, tuberculose, syphilis. |
| c. Ulcérations par vice de circulation. | Embolies. { Endocardite ulcéreuse. et { Infection purulente. thromboses. { Artérielle { Veines mésentériques. veineuse. { raïques. |
| d. Ulcérations développées aux dépens d'un néoplasme | Cancer de l'intestin, leucémie, pseudo-leucémie, lymphadénome. |
| e. Ulcérations dans la dégénérescence amyloïde de l'intestin. | |
| f. Ulcérations toxiques. | Arsenic, sublimé, tartre stibié, alcoolisme. |

⁽²⁾ Voir Étiologie de l'entérite chronique.

partie inférieure de l'intestin grêle. Elles sont dues à une mortification par place de la muqueuse et à l'élimination des eschares. C'est une sorte de dysenterie gangreneuse (Cornil et Ranvier) dans laquelle la muqueuse intestinale n'est pas notablement épaissie ni congestionnée, mais présente des eschares suivies d'ulcération. Ces ulcérations, qui ont pour point de départ les follicules clos et le tissu qui les entoure, s'étendent de façon à acquérir jusqu'à plusieurs centimètres; elles sont en nombre variable et ont généralement leur grand axe longitudinal.

B. Ulcérations spécifiques. — a. *Fièvre typhoïde.* — Les lésions siègent à la partie inférieure de l'intestin grêle, et envahissent assez rarement le gros intestin.

L'ulcération, qui constitue le deuxième stade des lésions de la maladie, débute par les plaques et les follicules isolés les plus rapprochés de la valvule iléo-cæcale. Sur les plaques, la lésion commence par la nécrose de la partie saillante qui prend une teinte jaunâtre; cette partie s'élimine par petits fragments, et une ulcération en résulte dont le fond se déterge peu à peu. De même les follicules isolés présentent, au début du processus, une eschare à leur partie saillante, lorsque celle-ci est expulsée; il en résulte une ulcération qui occupe uniquement au début le centre du follicule et qui s'agrandit progressivement en l'envahissant tout entier. Les ulcérations ainsi produites ont souvent une grande tendance à s'étendre en profondeur.

Quelquefois, l'ulcération atteint séparément les différents follicules qui composent une plaque de Peyer, et cette plaque présente alors une surface irrégulière parsemée de dépressions: c'est la plaque réticulée de Louis.

Les surfaces ulcérées sont tapissées, non de bacilles typhiques, mais de microbes étrangers à la maladie (Chantemesse).

Anatomiquement, on ne peut guère confondre les ulcérations typhiques qu'avec les ulcères tuberculeux. Nous allons voir que ceux-ci se reconnaissent à leur direction, à leur siège.

Les difficultés d'interprétation sont quelquefois considérables, quand on peut supposer l'existence simultanée de la tuberculose et de la fièvre typhoïde.

b. *Dysenterie.* — *Dysenterie aiguë.* — Les lésions existent dans toute l'étendue du rectum et dans la partie inférieure de l'S iliaque. Les ulcérations débent peu de jours après le début de la maladie; elles sont petites, taillées à l'emporte-pièce; si l'inflammation est plus intense, il peut se produire une véritable mortification d'une partie limitée de la muqueuse. Si la mortification comprend une partie de la couche glanduleuse, il en résulte une ulcération plus ou moins étendue, à fond plat, à bords irréguliers et siégeant en général au sommet d'un pli. Si l'eschare intéresse un follicule lymphatique, il se produit un ulcère plus profond, petit et circulaire.

Si la dysenterie est plus grave, les lésions se généralisent à une grande partie ou à la totalité du gros intestin, les ulcérations sont plus grandes, plus profondes et réparties sur presque toute la surface de l'intestin, depuis le cæcum jusqu'à l'anus. Le bord des ulcérations est taillé à pic et limité par une muqueuse boursoufflée. Ces pertes de substance peuvent atteindre une étendue telle qu'il reste à peine quelques flots où la muqueuse n'est pas complètement détruite.

Dysenterie chronique. — La surface des ulcérations est brune ou ardoisée; on y voit à l'œil nu des orifices plus ou moins réguliers qui conduisent dans des

dépressions folliculaires situées plus profondément au milieu même du tissu conjonctif sous-muqueux. On peut faire sortir de ces petites cavités du mucus concret semblable à du frai de grenouille.

c. *Charbon.* — Les ulcérations du tube digestif sont très fréquentes dans le charbon: elles se montrent, soit comme manifestation isolée, soit comme manifestation secondaire au cours de la pustule maligne. (Wahl, Recklinghausen, Buhl, Waldeyer, Münch, Wagner, Albrecht, Bouisson (*Thèse de Paris*, 1889), Roger (*Traité de médecine*, t. I.)

C'est surtout l'intestin grêle qui est atteint, et particulièrement la partie supérieure du jéjunum; le colon est aussi quelquefois envahi. Les lésions siègent de préférence sur le bord opposé à l'insertion du mésentère. On trouve, soit des ecchymoses, soit des plaques gangreneuses, tantôt une infiltration gélatiniforme. Les lésions gangreneuses rappellent quelquefois l'aspect du furoncle et de la pustule maligne. Souvent les parties superficielles sont ulcérées. L'intestin est épaissi par places, avec parfois sur son parcours de grandes plaques rouges qui peuvent atteindre une longueur de 20 centimètres. Au microscope: chute de l'épithélium; élargissement des villosités; infiltration par un exsudat séro-purulent et sanguinolent de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Dissociation de la musculature par les extravasats: engorgement des capillaires par le sang.

d. *Tuberculose.* — Les ulcères tuberculeux siègent le plus ordinairement à la partie inférieure de l'iléon sur les plaques de Peyer, ils affectent une forme circulaire ou elliptique; leur grand axe est longitudinal lorsqu'ils siègent sur des plaques de Peyer. Ceux qui se produisent en dehors des plaques de Peyer, dans le jéjunum, dans le gros intestin ou même dans l'iléon, ont le plus ordinairement leur grand axe dirigé transversalement à la direction de l'intestin.

Il y a deux grandes variétés de ces ulcérations (Spilmann, Girode), les ulcérations lenticulaires et les grandes ulcérations.

Les premières résultent de l'ouverture à la surface des granulations tuberculeuses. Elles ont la forme en godet, ou en gourde à fond plus large constitué aux dépens d'un décollement des bords; ceux-ci sont souvent couverts de granulations. Tous les ulcères se touchent, la plaque prend une apparence réticulée. Les grandes ulcérations sont soit annulaires, soit longitudinales.

Les ulcérations annulaires se voient souvent assez haut sur l'intestin grêle, elles font rarement le tour complet de l'intestin; quelquefois elles prennent la forme d'une L ou d'une H.

Les ulcérations longitudinales appartiennent surtout à la tuberculose infantile; elles sont aussi particulières à l'intestin grêle, où elles se développent sur les plaques de Peyer; les plus étendues siègent à la fin de l'iléon et empiètent sur la valvule iléo-cæcale. Enfin, les ulcérations peuvent être irrégulières (fissuriques, sinueuses, arrondies, serpigneuses, irrégulièrement rayonnées...). Dans toutes les formes de grandes ulcérations, les bords présentent un degré modéré de tuméfaction, sont souvent décollés, et souvent occupés par une couronne de granulation.

Actinomycose. — Les lésions sont superficielles et caractérisées par des plaques blanches (Chiari); on retrouve le mycélium, dans les glandes de Lieberkühn; ou elles sont profondes, localisées surtout au rectum ou au cæcum. Les foyers, du volume d'une lentille à un pois, occupent la muqueuse et la sous-muqueuse; puis se forme une ulcération avec les granulations caractéristiques. La lésion tend à produire des fistules allant vers le péritoine et la peau.

e. *Syphilis*. — Les ulcérations intestinales s'observent dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise.

Dans la syphilis héréditaire, Forster, Eberth, Roth, ont observé des cas où il s'agissait d'une tuméfaction et d'une destruction des glandes de Peyer; d'autres fois ce sont des dépôts caséux ayant l'apparence de gommés. Oser, Jurgensen, Parrot ont décrit aussi des lésions disparates de la muqueuse.

Chez l'adulte, les ulcérations syphilitiques sont souvent consécutives à des gommés, comme dans un cas rapporté par Klebs. Ces lésions ont communément des nodosités caséuses à leur centre; leur fond, qui fait saillie du côté de la séreuse, est fait d'un tissu dense, gris jaunâtre, fibreux. L'ulcération débute par les follicules lymphatiques des glandes de Peyer. Les lymphatiques qui rampent à la surface de la séreuse intestinale à ce niveau sont altérés et noueux.

Ces ulcérations sont d'un diagnostic anatomique très difficile.

Au rectum, on rencontre souvent des ulcérations très étendues, qui précèdent le rétrécissement. Ces ulcérations commencent à quelques centimètres au-dessus de l'anus et sont limitées par un bord taillé à pic; elles donnent lieu à une abondante sécrétion de pus. Elles diffèrent de celles de la dysenterie chronique en ce qu'elles siègent seulement à la partie inférieure du rectum. Elles succèdent soit à des chancres de l'anus, soit à des plaques muqueuses.

C. **Ulcérations intestinales par vice de circulation.** — *Embolies*. — Dans l'infection purulente, et surtout dans l'endocardite ulcéreuse, des embolies se font dans les artères mésentériques, et on trouve des ulcérations dans l'intestin qui ont une grande analogie avec celles de la fièvre typhoïde. Ce sont des ulcérations disséminées, en nombre variable, sur une longueur plus ou moins considérable de l'intestin. Leur forme est circulaire, de 1 à 3 centimètres de diamètre, et elles peuvent pénétrer jusqu'à la tunique musculaire. Leur fond est d'un gris sale, piqué de rouge, et leurs bords ne sont pas taillés à pic. Elles diffèrent encore des ulcérations de la fièvre typhoïde en ce qu'elles ne sont pas bornées au segment inférieur de l'intestin grêle; en ce qu'elles ne sont pas limitées au bord opposé à l'insertion du mésentère; en ce qu'elles n'affectent aucun rapport constant avec les glandes intestinales; enfin, en ce qu'elles présentent à leur pourtour une fluxion capillaire intense avec hémorragies punctiformes. Il est d'ailleurs assez difficile de décider si ces ulcérations sont le résultat de simples oblitérations mécaniques des capillaires et si elles ne sont pas dues à des embolies septiques⁽¹⁾.

Dans les *hernies étranglées*, dans l'*étranglement interne*, on rencontre des lésions intestinales parfois très marquées, surtout au niveau de l'étranglement. Au début, la muqueuse est rouge, très congestionnée, puis, lorsque la constriction au niveau de l'anneau persiste, la gêne ou l'arrêt de la circulation détermine une ulcération des membranes intestinales à ce niveau. Cette ulcération s'effectue sans qu'il y ait de gangrène; d'après Gosselin, il semble que toutes les tuniques de l'intestin soient coupées mécaniquement. Elle débute par la couche superficielle de la muqueuse et envahit progressivement le tissu sous-muqueux, les couches musculaires et enfin la séreuse. Finalement, il se produit une perforation quelquefois très petite, tantôt au contraire intéressant la plus grande partie de la circonférence de l'intestin.

(1) *Dict. encyclopédique*; Article ENDOCARDITE ULCÉREUSE.

D. **Ulcérations développées aux dépens d'un néoplasme.** — a. *Cancer*. — Souvent, on voit sur la face interne de l'intestin des masses blanches, saillantes comme le tissu des centres nerveux; quelquefois sous forme de bourgeons habituellement très vasculaires, fongueux, avec par places des ulcérations. Ou bien c'est une tumeur dure que l'on rencontre, tumeur qui devient le siège d'un processus ulcérateur qui en amène la destruction progressive. L'ulcération marche quelquefois avec une grande rapidité, et si des adhérences existent, on peut voir des fistules s'établir et faire communiquer l'intestin soit avec l'estomac, soit avec le duodénum, ou bien elle s'ouvre dans le péritoine et donne naissance à une péritonite suraiguë.

b. *Lymphadénomes*. — Les lymphadénomes sont fréquents dans la muqueuse intestinale. Ils apparaissent sous la forme de tumeurs bosselées, grisâtres, colorées, ecchymotiques, « boursoufflées en forme de circonvolutions et ulcérées à leur centre ». Ces tumeurs siègent surtout dans la *partie inférieure de l'intestin grêle*, au niveau de la valvule *iléo-cæcale*, mais elles peuvent se rencontrer sur toute la longueur du tube intestinal. La muqueuse peut être envahie dans toute son épaisseur et aussi bien dans les points où existent des follicules isolés ou agminés que dans ceux où il n'y en a pas. Généralement, on trouve des néoplasmes de même nature ailleurs (ganglions, rate).

Bien que débutant dans les parois des follicules clos et les plaques de Peyer, les ulcérations et infiltrations lymphadéniques diffèrent absolument à l'œil nu de celles de la fièvre typhoïde : 1° parce qu'elles prennent un accroissement considérable. Elles peuvent exister sur toute la longueur du tube intestinal; toutefois c'est l'intestin grêle et surtout l'iléon qu'elles paraissent affecter de préférence;

2° Parce que leur consistance est molle, leur tissu gris blanchâtre, et qu'elles donnent du suc par le raclage de leur surface, ce qui ne s'observe pas dans la fièvre typhoïde;

3° Parce que le processus s'étend hors des glandes de l'intestin; il est surtout extra-folliculaire, ce qui est le contraire dans la fièvre typhoïde.

E. **Ulcérations dans la dégénérescence amyloïde de l'intestin.** — Il n'est pas rare d'observer des ulcérations. Mais cette dégénérescence de l'intestin ne s'observe jamais ou presque jamais à l'état isolé; elle coïncide toujours avec une dégénérescence plus ou moins avancée de la rate, du foie ou des reins.

F. **Ulcérations toxiques.** — Les substances toxiques peuvent agir sur l'intestin de deux façons, ou par pénétration par le tube digestif, ou par élimination par la surface de l'intestin. L'intestin est en effet une voie importante d'élimination des substances toxiques, ce qui nous explique qu'il est fréquemment touché au cours des toxémies, telles que l'urémie par exemple.

Il n'est pas rare de rencontrer dans l'alcoolisme des lésions intestinales. Cependant (Lancereaux) si l'intestin grêle est rarement affecté, il n'en est pas de même du *cæcum*, où l'on voit apparaître des altérations très analogues à celles de l'estomac, à savoir : l'épaississement avec induration et coloration ardoisée de la muqueuse; hypertrophie des glandules, et parfois des ulcérations. Quelques faits établissent l'existence possible de ces lésions dans le reste du gros intestin. Ces altérations intestinales pourraient être confondues, soit avec des ulcérations tuberculeuses, soit avec certaines modifications provenant d'une intoxication urémique; mais, en général, nous avons vu que les ulcères tuberculeux occupent de préférence la dernière portion de l'intestin grêle, où ils revêtent