

PERFORATION DU COLON TRANSVERSE SUITE TARDIVE D'AMŒBIASE INAPPARENTE

PAR

J. RODHAIN et G. VALCKE

Présenté le 15 décembre 1934

Les complications graves de l'amœbiase, telles que les abcès du foie et les perforations intestinales, sont devenues rares depuis l'introduction dans la thérapeutique antidysentérique de l'émétine qui, actuellement encore, reste le médicament de base pour le traitement de cette affection tropicale, autrefois si redoutée des coloniaux.

En général, elles ne surviennent plus guère, que chez des malades traités tardivement tels les indigènes qui, par crainte de l'hôpital, ne recourent au médecin que lorsqu'ils s'aperçoivent que la maladie chronique ayant résisté à leurs remèdes empiriques, continue à miner leurs forces.

Chez les Européens traités à temps, elles sont devenues vraiment exceptionnelles. On les voit éclater parfois dans ces rares cas rebelles qui récidivent malgré un traitement bien conduit. Le plus souvent elles se manifestent alors, au cours de ces longues périodes de silence, qui ont donné aux malades l'illusion d'une guérison définitive.

D'autrefois, on les rencontre dans des cas où, malgré un interrogatoire attentif, il n'est pas possible de découvrir l'existence antérieure d'un syndrome dysentérique.

Ces amœbiases inapparentes, ne se manifestent alors que par leurs complications. Celles-ci peuvent survenir longtemps après que le malade a quitté les pays chauds. C'est un de ces

cas qui dérouté souvent le praticien, que nous relatons dans la présente note.

Pierre D. R., adulte.

A fait un seul séjour au Congo, où il a résidé à l'Equateur de mai 1916 à octobre 1919. N'a plus quitté la Belgique depuis. Il affirme n'avoir jamais souffert d'une affection intestinale quelconque en Afrique.

En mai 1932 a ressenti les premières douleurs dans le flanc gauche. Ces douleurs intermittentes n'étaient pas accompagnées de dérangement intestinal.

En avril 1933, a constaté la formation progressive d'une tumeur dans le flanc gauche, avec aggravation des douleurs et constipation. Les laxatifs ne donnaient pas de selles anormales.

En juin 1933, a consulté un chirurgien qui l'a opéré et qui a bien voulu adresser à l'un de nous la note suivante :

Pierre D. R., opéré le 14 juin 1933.

« Le malade présentait une très grosse tumeur abdominale siégeant » à gauche. Cette tumeur avait été prise pour le rein, mais avant » d'intervenir j'avais déclaré qu'il s'agissait d'une localisation au- » tre, et que ni le rein, ni la rate ne pouvaient être incriminés.

» A l'ouverture du ventre, j'ai trouvé une tumeur très dure adhé- » rente aux anses intestinales voisines. Après avoir dénudé une par- » tie de la masse, j'ai fait une ponction qui a ramené environ dix » centimètres cube de pus gris, très épais. Incision de la poche. La » paroi avait plus d'un centimètre d'épaisseur. Issue d'une grande » quantité de pus épais et de débris nécrosés. Drainage après marsu- » pialisation.

» Chute thermique. Le 4^e jour, du fond de la cavité apparut une » petite quantité de matière fécale par un orifice très ténu situé à » environ 14 cm. de l'orifice à la peau. Il s'établit alors une fistule » stercorale donnant des matières du gros intestin et du pus. Cette » fistule fut fermée pendant un certain temps. *L'examen du pus » ponctionné, fut au point de vue bactériologique négatif, ni micro- » bes, ni amibes à l'examen direct ou à la culture.*

» J'ai songé à de l'actinomycose à cause de la teinte des téguments » voisins de la tumeur. L'iode s'est montrée inefficace.

» Une radiographie que j'ai faite il y a 3 ou 4 mois m'a donné » l'impression que j'avais affaire à un diverticulum de l'S iliaque. »

Le malade se présente à notre examen le 26-4-1934.

Il porte suivant le sillon latéral gauche de l'abdomen, l'inci-

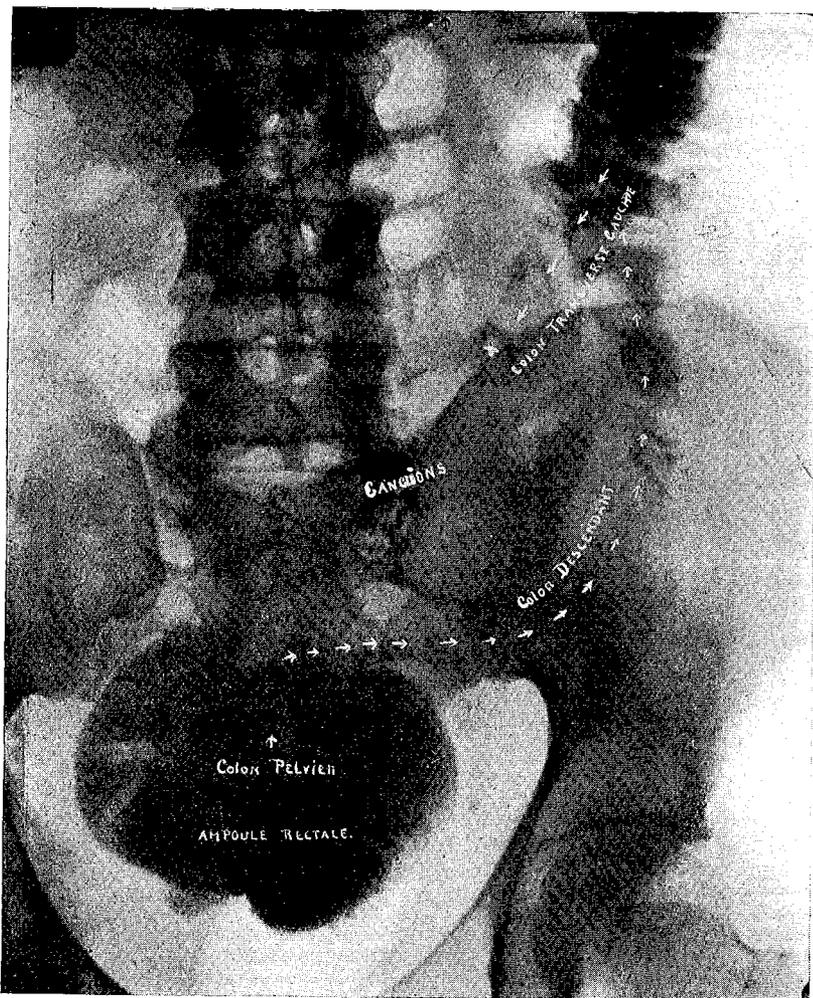


Fig. 2. — Radiographie prise le 17-5-34 en position couché dos.
Gros intestin.



Fig. 1. — Radiographie prise le 1-5-34, 7 heures après repas opaque. Couché dos. Fistule stercorale.



Fig. 3. — Radiographie prise le 4-7-34.
Colon.

sion chirurgicale d'une longueur de 16 cm. En son milieu siège une vaste plaie ulcérée où débouchent deux fistules, l'une tégumentaire, l'autre stercorale.

Ces fistules cheminent dans un tissu induré donnant l'impression d'une néoformation englobant toute la paroi abdominale et s'étendant latéralement à 5 centimètres de chaque côté de la cicatrice opératoire.

De la fistule tégumentaire, sort par pression un pus épais légèrement verdâtre, tandis que par un effort du malade on voit s'écouler de la fistule stercorale un peu de matière fécale mélangée à du pus glaireux.

L'examen des deux pus dénota la présence d'assez nombreuses *entamoeba dysenteriae* montrant qu'il s'agissait d'une perforation intestinale d'origine amœbienne.

L'examen radiographique précisa la nature et le siège de la lésion.

Les deux radiographies prises, l'une (fig. 1) après injection de lipiodol dans les fistules, et absorption d'un repas baryté, l'autre (fig. 2) après entérocyse de l'émulsion opaque, mettent en évidence les trajets fistulaires.

Elles montrent qu'à l'orifice cutané de la fistule stercorale fait suite un large infundibulum formé aux dépens de la paroi abdominale et communiquant avec le colon transverse par un orifice direct qui semble de petite dimension et qui ne s'oppose que partiellement au trajet naturel des fèces.

Le malade a une selle naturelle et normale chaque matin, mais l'infundibulum et la plaie sont constamment envahis par des matières fécales.

L'explication des syndromes cliniques devenait dès lors claire. La fistule a été causée par une ulcération dysentérique du colon transverse, qui a creusé lentement la paroi intestinale, pour aboutir à une perforation protégée par les adhérences d'une péritonite localisée et former un abcès amœbien.

La *thérapeutique* consista, d'une part, en un traitement local : lavages fréquents de la plaie et des trajets fistulaires au Rivanol à 1 p. c. et, d'autre part, en un traitement général, qui débuta

par des injections de chlorhydrate d'émétine. Du 27-4 au 5-5, 0,68 gr. d'émétine. En doses de 0,08 gr. intraveineuses d'abord, puis intramusculaires, à partir du 2-5, le malade réagissant par des vomissements et nausées au médicament donné par la veine.

Du 7-5 au 15-5 le malade prit du Gavano R, à raison de deux comprimés par jour durant 2 jours puis 3 comprimés *pro die*. Le Gavano est bien toléré pendant les 2 premiers jours. A partir du 3^e jour il provoque des coliques, sans diarrhée, surtout le soir. Le 9^e jour accès de fièvre avec fortes coliques et malaise général. La cure de Gavano est arrêtée.

A partir du 29-4 (3^e jour de traitement), disparition du pus glaireux. La fistule ne donne plus que des matières fécales normales. Pendant les jours suivants la plaie se cicatrise rapidement et l'empâtement pariétal diminue. Toutefois le passage des matières fécales par le trajet fistulaire ne cesse pas entièrement et il empêche la cicatrisation complète. Pour remédier à cet état de choses nous provoquons la constipation.

18-5 : purgation au sulfate de soude. 19-5 au 26-5 : extrait thébaïque 0,10 gr. *pro die*. Régime lacté. 20-5 : disparition des matières fécales dans le trajet fistulaire (2^e jour de la constipation). 28-5 : constipation levée sans incidents (huile de ricin). 29-5 : huile de ricin.

3-6-1934 : la plaie et la fistule sont entièrement cicatrisées. L'état général est parfait. De 54,750 kg. au 28-4 le poids est passé à 57,500 kg. le 2-6.

4-6-1934 : deuxième série injections quotidiennes intramusculaires de 0,08 gr. d'émétine.

13-6-1934 : la fistule s'est rouverte avec passage de matières fécales. Le malade a ressenti pendant 2 jours une pesanteur au niveau de la fistule. Puis, le 3^e jour, pendant l'effort de la défécation la cicatrice a cédé et a livré passage à des matières fécales normales, sans glaires. Nous nous trouvons devant un petit cratère constitué par l'ancien infundibulum qui ne s'était pas fermé pendant la cicatrisation. Le même traitement est repris mais sans émétine. Pansements au rivanol et suffisamment

serrés pour amener la cicatrisation progressive de la cavité. Purge, puis extrait thébaïque pendant 6 jours.

26-6-1934 : plus de passage de matières. La fistule semble fermée. La plaie se cicatrice progressivement. En consultation avec le chirurgien, Dr Jules François, un lavement opaque est administré sous le contrôle de la radioscopie. Il montre que les colons se remplissent et se vident normalement. Au niveau de l'ancienne fistule, le trajet paraît interrompu et nous voyons se reproduire l'image fixée par la radiographie. Il est à supposer qu'à cet endroit le calibre intestinal, tout en ne s'opposant pas au passage des matières, est rétréci ou dévié, par les adhérences de manière à empêcher la reproduction radiographique (fig. 3).

4-10-1934 : la cicatrice reste fermée, souple et sans aucun signe inflammatoire. Toute trace de tumeur ou d'empatement pariétal a disparu. Les fonctions intestinales s'accomplissent normalement.

Le malade auquel nous avons conseillé quelques restrictions diététiques afin d'éviter la formation de matières fécales trop solides se maintient en un état de santé général parfait.

Discussion.

L'intérêt de l'observation que nous avons relatée ci-dessus réside dans sa rareté d'abord, dans l'apparition tardive de la complication amœbienne secondaire, ensuite; enfin, dans la méconnaissance du diagnostic par les premiers praticiens qui eurent à s'en occuper.

Les ulcérations de la dysenterie amœbienne, si elles occupent dans 50 p. c. des cas la totalité du colon, siègent pourtant avec prédilection dans le cœcum, d'une part, et l'anse sigmoïde, de l'autre, aux endroits habituels de coprostase. C'est donc à ces niveaux que les perforations sont les plus fréquentes. De ces deux segments du gros intestin, il semble que la partie initiale, le cœcum offre le moins de résistance à l'ulcère amœbien et se laisse perforer plus fréquemment. C'est l'opinion de Heuyer,

qui au cours de 49 autopsies trouve 8 perforations. Dans 4 cas, la perforation s'était produite au cœcum, dans 2 cas à l'appendice et dans un cas sur l'S iliaque (1).

D'autre part, des trois colons considérés isolément, c'est de loin sur le transverse que les ulcérations sont les plus rares; 1 p. c. d'après Wooley et Musgrave (2).

Les perforations du transverse constituent donc une grande exception.

L'évolution silencieuse des amœbiases est connue, et déjà en 1904 Musgrave et Clegg ont attiré l'attention sur les formes frustes des infections amibiennes. Le plus souvent ces formes latentes ou frustes évoluent avec une symptomatologie abdominale ou générale variée; celles qui s'accompagnent de diarrhées irrégulières sont les plus fréquentes. Elles finissent habituellement après un temps plus ou moins long, par altérer l'état général des infectés.

Les formes où il n'existe vraiment aucun trouble abdominal, telle celle qui nous occupe ici, sont rares.

Il se comprend que le diagnostic causal de ces complications offre de réelles difficultés, surtout lorsque le patient a quitté depuis de longues années les pays où l'amœbiase est endémique.

L'observation de notre malade montre, une fois de plus, que ces porteurs d'amœbes, en apparence bien portants, ne sont pas à l'abri de complications graves, intestinales.

Dans notre cas, un examen de selles, eût-il été fait avant l'intervention chirurgicale, n'aurait probablement pas donné de résultats, car, lorsque nous avons vu le malade, cet examen fut par deux fois négatif avant l'institution du traitement à l'émétine.

C'est la découverte des amœbes dans le pus, s'écoulant de

(1) Heuyer cité dans Paul Muller, « Contribution à l'étude des dysenteries et de leur traitement chirurgical ». Thèse de Doctorat de Paris 19.

(2) Wooley et Musgrave. — « The pathology of the intestinal amœbiasis. » Dept. of the Int. Bureau of Government lab. Report n° 32. Manilla.

l'abcès de la paroi abdominale qui nous fixa sur la nature de l'affection. Cet examen avait été pratiqué antérieurement lors de l'ouverture de l'abcès, mais le pus fut envoyé à un laboratoire d'analyses en dehors de la clinique où le malade fut opéré. Les amœbes devenues immobiles et probablement en partie altérées ont échappé à l'observation. Ceux qui ont l'habitude de la recherche des entamœba ne s'en étonneront pas outre mesure. Pour trouver aisément les parasites, qui dans le pus des abcès amœbiens peuvent être franchement rares, l'examen doit être pratiqué aussitôt que possible après l'issue du liquide.

Ainsi l'évolution silencieuse de l'amœbiase chez notre malade, l'apparition tardive de la complication, et les conditions dans lesquelles a été pratiqué l'examen des sécrétions purulentes, expliquent la méconnaissance du diagnostic par des praticiens non familiarisés avec les affections des pays chauds.

*Clinique Léopold II, Annexe de
l'Institut de médecine tropicale
Prince Léopold, Anvers.*