

s'agit d'un malade météorisé, refroidi, incapable de supporter une longue intervention, et s'il se trouve dans un milieu où l'inoculation du péritoine soit à redouter, l'entérotomie me semble indiquée : si elle laisse peut-être mourir plus de malades, sûrement elle en tue beaucoup moins.

III

Typhlite et appendicite tuberculeuses.

MESSIEURS,

Les observations de tuberculose du cæcum s'accroissent et, depuis quelques années, les faits de Bouilly, de Terrier, de Hartmann, de Reynier, de Broca et les nôtres ; ceux de Roux, de Salzer, de Billroth, d'Hoehenegg ; les recherches anatomiques de Duguet, de Spillmann, de Hérard, Cornil et Hanot ; les récentes descriptions de Pilliet et de Le Bayon, ont jeté quelque clarté sur cette affection naguère méconnue. A cette heure, les cas en sont assez nombreux, leur relation est assez précise pour qu'on puisse présenter un tableau d'ensemble de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuses. Je vais l'essayer devant vous à propos de deux observations personnelles où l'examen clinique, longtemps continué, a pu être contrôlé par l'étude des pièces anatomiques.

La première a trait à une femme, jeune encore, qui me fut envoyée à Broussais pour une énorme tuméfaction de la fosse iliaque droite ; la malade ne savait dire à quel moment la grosseur s'était développée ; un soir, elle avait éprouvé des douleurs vives dans la région, puis, beaucoup plus tard, étaient survenus des phénomènes

d'obstruction qui cédèrent à quelques purgatifs légers; on reconnut alors l'existence d'une masse dure dans le ventre, et le médecin, effrayé, dirigea la malade vers l'hôpital. La rapidité d'invasion du mal me faisait penser à une appendicite, mais le volume du foyer, ses bosselures, sa dureté, la lenteur de l'évolution depuis les premiers accidents me rappelaient une tuberculose cæcale que nous avons observée avec le professeur Vulpian au temps où l'appendicite n'était pas encore connue. En tous cas, et sur la gravité des phénomènes, car l'obstruction restait toujours menaçante, nous nous décidons à intervenir, malgré ce que notre diagnostic pouvait avoir de précaire.

Nous pratiquons l'incision classique pour l'ouverture des foyers suppurés de l'appendicite; la section, de 16 centimètres environ de longueur, mesurait 8 centimètres au-dessous, 8 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et nous arrivons sur une masse charnue, semblable à celle du sarcome; il n'y avait ni collections puriformes, ni noyaux caséux ramollis, mais une tumeur, rouge par place ou lardacée, avec des suffusions ecchymotiques et constituée par les parois cæcales plus que décuplées d'épaisseur, et dont l'hypertrophie oblitérait à peu près complètement la lumière du tube digestif. Nous les séparons avec la plus grande difficulté et au prix de délabrements considérables du péritoine pariétal, auquel elles adhèrent par d'épaisses néo-membranes; nous dénudons ainsi la fosse iliaque et le flanc droit jusqu'à la moitié inférieure du rein. La tumeur ne tient plus que par les anses intestinales; nous les coupons avec les ciseaux et nous nous préparons à

en suturer les bouts à la paroi abdominale pour créer un anus contre nature.

Nous constatons alors qu'il existe non pas deux bouts, celui de l'iléon au-dessus de la valvule iléo-cæcale et celui du côlon ascendant, mais bien quatre; fait paradoxal au premier abord, et que nous devons retrouver dans notre deuxième observation. Ne sachant quels étaient les bouts « utiles », nous les suturons tous les quatre à l'angle inférieur de la plaie. Mais il reste, dans la fosse iliaque et dans le flanc, une cavité énorme laissée par la masse enlevée et que les anses intestinales, fixées aux parties voisines par des adhérences, n'étaient pas venues remplir. Nous la bourrons avec des chiffonnés de gaze iodoformée dont les extrémités sortent par une ouverture non suturée de la paroi abdominale.

Nous augurons mal d'une pareille intervention, mais nous en fûmes pour nos craintes: le cours des matières, fort compromis avant l'opération, se rétablit facilement par l'anus artificiel; la cavité se comble avec rapidité, et l'espace occupé par les chiffonnés de gaze iodoformée se rétrécit tous les jours; des quatre bouts de l'intestin, deux s'affaissent à ce point que, au bout d'une semaine, une recherche attentive ne nous permet pas de les retrouver. La malade, très cachectique, engraisa et, au bout de deux mois, son état était si satisfaisant que je songeai à rétablir la continuité des deux bouts de l'intestin de façon à guérir l'anus artificiel. Pour cette opération, j'adressai la malade à l'un de mes collègues qui s'occupe avec succès de suture intestinale; malheureusement, l'intervention fut plus difficile et beaucoup plus longue que ne l'avait supposé notre ami, et la patiente

ne put supporter le choc opératoire : elle mourut au bout de trois jours.

Après la première intervention, la tumeur enlevée avait été étiquetée « cancer » par suite d'un examen à l'œil nu. Le microscope intervint, et il nous fut dit qu'elle se composait de masses embryonnaires d'origine probablement inflammatoire. Mais lorsque l'autopsie eut révélé, dans le poumon, l'existence d'anciennes cavernes cicatrisées et de tubercules crétacés, et dans le mésentère une chaîne de ganglions caséux, on reprit les préparations qu'on avait conservées; on fit d'autres coupes sur des lambeaux de tumeur qui macéraient encore dans le liquide de Muller, et de ces nouvelles recherches, il ressortit qu'il s'agissait non d'un cancer, non d'un sarcome, non de masses embryonnaires inflammatoires, mais d'une tuberculose de la valvule iléo-cæcale, du côlon ascendant, du cæcum et de son appendice.

Notre seconde observation est d'un type tout différent : en janvier 1892, un imprimeur de vingt ans entre dans les salles de la Pitié pour une douleur de la fosse iliaque droite; à ce niveau, le chef de service, M. Polaillon, constate un empâtement profond et conclut à l'existence d'une typhlite d'origine inflammatoire; il opère et trouve un foyer tuberculeux; il referme la plaie, après incision de l'appendice déjà caséifié, mais une fistule pyo-stercorale se forme et, le 12 novembre, on tente une nouvelle intervention pour en oblitérer le trajet. Les résultats furent d'abord satisfaisants et l'écoulement se tarit, mais la suppuration ne tarda pas à reparaitre, et à la fin de décembre, lorsque nous prenons possession du

service, voici l'état dans lequel nous trouvons le malade : pâleur excessive des téguments, maigreux extrême; il n'y a plus d'appétit; la diarrhée est continuelle, puis une phlegmatia alba dolens se déclare, et cet accident met un terme à nos hésitations : nous nous décidons à ne pas intervenir, car la cachexie est telle, que le patient ne nous paraît plus capable de supporter le choc opératoire.

Il meurt et voici ce que l'autopsie nous révèle : les poumons présentent çà et là de rares tubercules; les plèvres, peu adhérentes, n'ont pas de granulations, mais, par contre, les ganglions trachéo-bronchiques sont caséux. Le cerveau et le foie ne sont pas altérés, les reins ont subi la dégénérescence amyloïde, le péritoine paraît sain; il n'existe de lésion apparente que dans la fosse iliaque droite où le cæcum est épaissi et adhérent. L'intestin est souple et normal dans toute son étendue, aussi bien dans son feuillet séreux qu'au niveau de ses tuniques musculaires ou muqueuses; nous ne trouvons ni nodules miliaires, ni noyaux caséux, ni ulcérations d'aucune sorte; toutes les lésions se concentrent autour de la valvule iléo-cæcale: l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et l'appendice, unis aux parois abdominales par des adhérences, forment un foyer agglutiné dont il est assez difficile, au premier abord, de démêler les divers éléments.

Si nous allons de la peau vers le foyer tuberculeux, nous voyons, au-dessous des fistules, une masse du volume du poing environ, et dont les diverses parties sont solidarisées par des néo-membranes peu épaissies; on les dissèque, et l'on arrive sur l'intestin au niveau de la

valvule iléo-cæcale; celle-ci a disparu, et, à sa place, existe un vaste cloaque où s'abouchent l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, puis celui-ci fait un coude, se dirige en bas, rejoint le cloaque, et

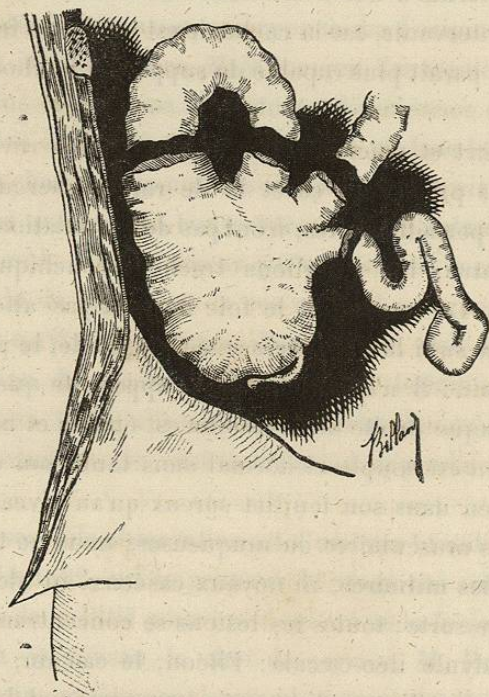


FIG. 5. — La section circonférentielle du foyer cæcal tuberculeux, a créé quatre bouts intestinaux.

s'ouvre dans son intérieur pour continuer sa route. Si, dans ce cas, nous avons pratiqué l'ablation du foyer tuberculeux, nous aurions donc eu, comme dans notre première observation, quatre bouts intestinaux : celui du côlon ascendant, celui du côlon transverse avant de s'aboucher au cloaque, celui du côlon transverse après

sa sortie du cloaque et enfin celui de l'iléon. Le schéma que nous avons fait dessiner donne une idée exacte de cette disposition.

Les anses intestinales contenues dans le foyer ne ressemblent pas à celles que nous avons trouvées dans notre premier cas; il n'y avait pas ces épaisissements considérables des diverses tuniques; seul le feuillet viscéral du péritoine est doublé de néo-membranes; mais la musculuse et la muqueuse, dans les points où elles ne sont pas érodées par l'ulcération, ont à peu près conservé leur volume primitif. La destruction est presque complète au niveau du cloaque où l'on trouve des anfractuosités à bords déchiquetés, des pertes de substance irrégulières, à fond grisâtre, à bords tantôt décollés et tantôt taillés à pic. L'appendice, recourbé sur la face antérieure du cæcum auquel il adhère intimement, est seul hypertrophié : la séreuse, la musculuse sont doublées ou triplées d'épaisseur, et la cavité en est remplie par de la matière tuberculeuse jaunâtre, crue à la périphérie et ramollie au centre. Ajoutons que, çà et là, dans le méso-cæcum, on trouve des ganglions caséux.

Un premier point se dégage de ces deux observations : une tuberculose localisée, sans infiltration, sans dégénérescence concomitante des poumons et des autres viscères importants, peut se développer autour de la valvule iléo-cæcale et s'y cantonner sans envahir les autres tissus. Cette simple constatation suffit pour ranger cette tuberculose parmi les tuberculoses chirurgicales; du moment qu'il peut s'agir d'un foyer limité et que ce foyer est accessible, telles circonstances favorables peu-

vent se présenter où l'intervention sera légitime. Je sais bien que, dans nos observations, il existait au sommet du poumon quelques foyers crétacés, vestiges de granulations anciennes; mais cette tuberculose était guérie, et ce n'est point l'existence de ces anciens foyers qui eût contre-indiqué l'opération si, dans notre second fait, la cachexie du malade ne nous eût lié les mains.

Puisque dans certains cas — et les observations en deviennent tous les jours plus nombreuses — la tuberculose pérityphlitique est une affection d'ordre chirurgical, il serait utile d'en connaître les causes, l'anatomie pathologique, l'évolution clinique, afin d'étudier les ressources à lui opposer. Sur le premier point, l'étiologie, nous sommes bien pauvres en documents; ici comme dans la plupart des autres tuberculoses, la dégénérescence paraît plus fréquente à l'âge adulte, mais les jeunes n'y échappent pas; on cite un garçonnet de dix ans; nous en avons soigné et vu mourir un qui en avait treize, et notre deuxième malade fut pris vers dix-huit ou dix-neuf ans. Le plus grand nombre des cas publiés se rapportent cependant à des individus qui avoisinent ou qui ont dépassé la trentaine. On a incriminé le traumatisme, et un opéré de Suchier était un « polisseur d'agates », métier où la fosse iliaque droite est le siège de contusions professionnelles répétées.

Il semble que l'on peut, d'ores et déjà, admettre deux formes anatomo-pathologiques distinctes qui se traduiront, du reste, par des symptômes différents: une variété de tuberculose fibreuse ou hypertrophiante, et une variété ulcéreuse. D'ailleurs elles peuvent se combiner ou on peut constater, entre elles deux, tous les intermé-

diaires. Bien que nous ayons observé une fois seulement la forme fibreuse et deux fois la forme ulcéreuse, la lecture des observations, les cas relevés dans le petit mémoire d'Estor, semblent prouver que la première est plus fréquente que la seconde; dans quelle proportion, nous ne saurions le dire, mais il est certain que les faits publiés jusqu'à cette heure, ceux que relatent les Bulletins de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, montrent surtout des typhlites tuberculeuses caractérisées par une néoformation abondante, qui imprime souvent à la dégénérescence une apparence de cancer.

Dans cette forme, la tumeur, une fois mise à nu après incision de la paroi abdominale, se montre fusionnée avec le péritoine pariétal doublé de néo-membranes abondantes; celles-ci recouvrent les intestins et masquent leur limite; on ne sait où commencent et où finissent leurs parois, et, pour les dégager, il faut une sculpture attentive. Lorsqu'enfin on arrive sur le cæcum et son appendice, le côlon ascendant, la valvule iléo-cæcale, la terminaison de l'iléon, on voit que, tout en conservant à peu près leur forme primitive, ces divers segments ont subi de profondes modifications; souvent la séreuse est recouverte de masses adipeuses, vestiges de l'épiploon; son feuillet viscéral est épaissi; puis on trouve une musculuse et une muqueuse hypertrophiées à tel point que l'ensemble de la paroi intestinale peut mesurer jusqu'à trois et quatre centimètres. Aussi la lumière du tube en est-elle presque toujours irrégulièrement rétrécie, et il est des cas où la progression des matières en est interrompue.