

C'est autour de la valvule iléo-cæcale que, d'ordinaire, les lésions sont surtout marquées; la valvule est profondément altérée au début; à sa place on trouve une cavité anfractueuse, recouverte par une muqueuse en partie ulcérée; la perte de substance est irrégulière, à bords sinueux, taillés à pic; le fond en est sanieux, sanguinolent, parfois hérissé de petites villosités rigides. Cet aspect cesse bientôt sur l'iléon et ne se montre guère sur le côlon ascendant. L'appendice est recourbé sur lui-même et adhérent, tantôt en avant du cæcum, comme dans un de nos cas, tantôt en arrière; il est perdu dans l'épaisseur des néo-membranes dont on le dégage avec peine, et présente le même épaissement de ses tuniques; il paraît très raccourci et, dans deux de nos faits, il rappelait vaguement la forme d'une olive. Le plus souvent les ganglions sont engorgés et l'on en trouve, non seulement en arrière de la tumeur, mais plus ou moins haut dans le ventre.

Mais ils sont le plus souvent perdus dans l'épaisseur des néo-membranes; aussi ne sont-ils que d'un rare secours pour décèler la nature de la tumeur; on s'y trompe bien souvent, même pièces en main. Bouilly, Billroth, nous, dans un de nos cas, avons cru à l'existence d'un cancer. Dans un article d'A. Broca, nous lisons: « J'ai eu entre les mains, toute fraîche, une pièce que j'ai obtenue par l'entérectomie sur le vivant après avoir posé le diagnostic exact. Si je n'avais pas été bien et dûment averti, je n'aurais pas hésité à dire qu'il s'agissait d'un cancer ulcéré. » C'est sans doute à cause de cette remarquable ressemblance qu'Estor a intitulé une courte revue générale du sujet qui nous occupe: « Tuberculose

du cæcum à forme de cancer. » Il n'y relève que treize observations; sans bien grandes recherches, il aurait pu en multiplier le nombre.

Et non seulement on s'y trompe à l'œil nu, mais aussi le microscope s'égare et, cela, sous l'œil le plus sagace. Pilliet, dont on connaît la compétence, s'y est mépris et nous a donné, dans une description remarquable, la cause de la possibilité de cette erreur. Au milieu des masses rougeâtres et rosées, « sarcomateuses », d'aspect qui constituent les parois intestinales hypertrophiées, on ne trouve que de très rares follicules tuberculeux; à peine en découvre-t-on quelques-uns dans la couche sous-séreuse et dans les parties avoisinantes; ce que l'on rencontre, c'est une énorme prolifération des éléments embryonnaires qui infiltrent les parois, des amas lymphoïdes nodulaires qui soulèvent la muqueuse. Et voilà pourquoi, dans les premiers examens de la pièce de Bouilly, Pilliet avait cru à un lymphosarcome du cæcum, pour conclure, après de nouvelles recherches, à l'existence d'une véritable tuberculose. Il en fut de même dans nos cas; « masses embryonnaires » peut-être d'origine inflammatoire, disait-on d'abord; la tuberculose ne fut reconnue que plus tard.

La seconde forme, la forme ulcéreuse, peut bien présenter des épaissements de la séreuse et des néo-membranes autour des anses intestinales, mais celles-ci n'ont pas subi l'hypertrophie si remarquable de ces diverses tuniques; au contraire, le processus ulcéreux domine, la muqueuse a souvent complètement disparu, surtout au niveau de la valvule iléo-cæcale; l'on y trouve d'or-



dinaire un véritable cloaque dû à la destruction et à l'anastomose des divers segments intestinaux qui se rencontrent à cette sorte de carrefour. Le ramollissement des masses caséuses des tuniques et des ganglions avoisinants donne naissance à des collections puriformes, à des abcès qui fuient dans plusieurs directions, mais qui, en général, cheminent vers la paroi abdominale et l'ulcèrent; des fistules se creusent par où passent les matières fécales et le pus. Ces trajets pyo-stercoraux sont parfois multiples; il en existait quatre dans le cas que nous avons soigné avec le professeur Vulpian.

Il y aurait une troisième forme qu'a bien vue Richelot et qu'en ce moment, dit-on, étudie le professeur Cornil. Souvent, au lieu de la concrétion stercorale qui se produit dans l'appendice, ou du corps étranger quelconque, os, noyau de fruit ou pépin qui s'y engage et dont la présence irrite ou perfore le processus vermiculaire, une ulcération tuberculeuse se formerait, colonie bacillaire qui détruirait la paroi; le coli-bacille, d'ailleurs, se mettrait de la partie, franchirait les tuniques de l'intestin pour inoculer le péritoine et y provoquer la suppuration, de telle sorte que, en définitive, nombre d'appendicites, jusqu'ici regardées comme d'origine inflammatoire, auraient pour cause première l'inoculation du bacille de Koch; puis le coli-bacille surviendrait comme association microbienne, et leur double infection aurait pour conséquence une appendicite suppurée confondue le plus souvent avec la variété banale. Nous pensons que les observations vont se multiplier qui justifieront cette idée de l'éminent anatomo-pathologiste.

Nos deux premières formes se retrouvent en clinique, et, si leur évolution et leurs symptômes ont de grands points de contact, la présence ou l'absence de trajets fistuleux est d'une importance capitale pour le diagnostic. Ce qui domine, au début, c'est l'existence de douleurs sourdes dans la région; elles s'établissent pendant quelques heures dans la journée pour disparaître et apparaître de nouveau. Puis cette crise s'apaise, et le malade ne songe plus à son flanc droit, lorsque, au bout de quelques semaines, survient une nouvelle attaque, mais plus accentuée: la constipation l'accompagne, et peut aller jusqu'à une menace d'obstruction; les souffrances s'exagèrent; on examine la région avec quelque soin, et c'est alors qu'on reconnaît l'existence d'une tumeur de la fosse iliaque, dure, résistante, bosselée, irrégulière, sur la nature de laquelle on peut d'autant plus difficilement se prononcer que, jusque-là, l'état général a parfois été excellent, et que l'examen de tous les viscères en dénote la complète intégrité. Aussi, songe-t-on beaucoup plus au cancer qu'à la tuberculose.

Dans les cas où la tumeur se ramollit en certains points, où la fluctuation se prononce, où la peau rougit, où un abcès s'ouvre et où une fistule s'organise, l'allure chronique jointe à l'existence de ces collections puriformes, a bientôt permis d'affirmer la nature tuberculeuse du foyer. Le diagnostic est plus certain encore, lorsque, au lieu de ces menaces d'obstruction, caractéristiques du rétrécissement du conduit digestif, on a noté une diarrhée rebelle qui traduit les ulcérations abondantes et persistantes de la muqueuse. Mais lorsque cette diarrhée manque, lorsqu'on n'a, comme symptômes, que l'exis-



tence d'une tumeur dans la fosse iliaque et des signes d'obstruction chronique, constipation suivie, à plus ou moins longs intervalles, d'une débâcle au milieu de douleurs intermittentes et sourdes, il est très difficile, sur des caractères aussi banals, de remonter avec quelque certitude jusqu'à la notion de nature du néoplasme.

L'état général ne suffit pas : dans nombre d'observations, il n'y a pas d'antécédent tuberculeux héréditaire et, jusqu'alors, la santé a été parfaite; aucune tare scrofuleuse n'a été notée, et, de fait, cette intégrité des viscères peut persister jusqu'à l'autopsie. Dans le premier de nos cas, il n'y avait de tuberculose que celle du cæcum; dans le second, on trouvait bien quelques masses crétaées, vestiges d'une infection ancienne dans les sommets des poumons, mais la guérison semblait en avoir été rapide: la cachexie profonde observée chez le malade avant sa mort aurait pu être aussi bien une cachexie cancéreuse qu'une cachexie tuberculeuse. Le diagnostic ne se basera donc guère que sur l'âge, signe souvent bien précaire, et peut-être sur la fréquence du mal. Je m'imagine que les statistiques revisées nous montreront la tuberculose cæcale comme beaucoup moins rare que le sarcome.

Et puis, à cette heure, ce qui conduira vers le diagnostic, c'est qu'on sait l'existence de cette tuberculose; l'attention a été fortement appelée sur elle; on en connaît des exemples, il est fort probable qu'ils vont se multiplier, et la question thérapeutique est désormais posée. Que faire en pareille occurrence? Ici comme pour toutes les tuberculoses, on doit, en premier lieu, recourir au traitement médical avec patience et avec suite. Mais déjà la difficulté commence: c'est un segment du tube

digestif qui est malade; la muqueuse en est altérée; la suralimentation, fondamentale dans la thérapeutique de la tuberculose, sera donc malaisément prescrite. En tout cas, le lait est indiqué, et une des observations d'A. Broca montre les bienfaits qu'il en a obtenus. Au régime lacté intégral, il ajouta, chaque jour, deux cachets contenant chacun 50 centigrammes de naphtol et 50 centigrammes de salicylate de bismuth; sous l'influence de cette médication, les souffrances et la diarrhée disparurent, et, au bout d'un mois, son malade avait gagné un kilogramme.

Mais avec la seule thérapeutique il ne faut guère compter sur la guérison, et l'intervention chirurgicale nous paraît justifiée dans un certain nombre de cas: si un examen minutieux prouve que les viscères essentiels n'ont pas de tare tuberculeuse ou, du moins, que les lésions y sont peu marquées et d'allures peu envahissantes; si l'absence de diarrhée rebelle permet de croire que les ulcérations de la muqueuse intestinale sont peu étendues et se limitent aux segments du tube digestif qui avoisinent la valvule iléo-cæcale, en un mot, si l'on est certain que la tuberculose est localisée, on peut tenter de supprimer le mal, et nous nous trouvons en présence d'un certain nombre d'interventions dont chacune semblerait avoir ses indications: la résection totale du foyer avec rétablissement immédiat de la continuité du tube digestif par l'abouchement de l'iléon et du côlon ascendant; la résection totale, mais avec établissement permanent ou temporaire d'un anus artificiel; enfin, les opérations palliatives, telles que la résection partielle et l'entéro-anastomose.



Bouilly a donné un bel exemple de la première opération : la tumeur, prise pour un cancer, fut excisée et l'extrémité de l'iléon suturée au côlon ascendant. La littérature médicale a enregistré un certain nombre de succès à l'actif de cette intervention radicale, entre autres celui de Fritz Salzer et celui de Suchier, où l'opéré se portait fort bien un an et huit mois après l'extirpation : il n'en faut pas moins reconnaître qu'il s'agit là d'une intervention grave ; le collapsus, le choc, tuent trop souvent l'opéré ; puis, les sutures ne tiennent pas toujours : des infiltrations stercorales se font dans la séreuse, et les péritonites sont fréquentes. Les cas sont rares, d'ailleurs, où le foyer tuberculeux est assez circonscrit et assez peu adhérent pour que cette excision totale puisse être pratiquée sans délabrement tel, que la suture des segments intestinaux, puis la fermeture de la cavité abdominale soient possibles. Dans notre cas, il existait, après l'ablation du néoplasme, une cavité qu'il nous fallut combler par des chiffonnés de gaze iodofornée. Navions-nous pas, en outre, quatre orifices intestinaux au lieu de deux ? Il nous eût été impossible de savoir lequel appartenait au bout supérieur et lequel au bout inférieur.

Aussi avons-nous eu recours à l'extirpation du foyer, avec création d'un anus artificiel. Cette opération est beaucoup moins grave ; d'abord, elle est plus courte ; le temps des sutures est supprimé et, de ce fait, l'intervention est plus rapide. Puis, on n'a point à craindre que les fils ne tiennent pas ; l'infiltration stercorale, la péritonite consécutive sont beaucoup moins à craindre. Les matières fécales, il est vrai, s'écoulent au dehors et c'est là

une infirmité qui n'est pas négligeable. On devra donc, plus tard, rétablir la continuité du tube digestif par une opération nouvelle et qui n'est pas sans gravité, à telles enseignes que, dans notre première observation, la malade, qui avait merveilleusement guéri de l'extirpation du néoplasme, mourut de l'intervention seconde, celle qui avait pour but de supprimer l'anus artificiel. Mais la technique de ces abouchements intestinaux, s'est, en somme, beaucoup améliorée, et, le cas échéant, c'est à cette sorte d'opération en deux temps que nous aurions le plus confiance.

Lorsque cette extirpation complète du foyer sera réputée impossible, lorsqu'on ne pourra libérer le cæcum de ses adhérences, il faudra alors, mais alors seulement, s'adresser aux opérations palliatives. Nous ne conseillons pas l'ablation partielle ; elle crée presque fatalement des fistules pyo-stercorales et n'atténue guère les troubles fonctionnels, la tendance à l'obstruction. Le mieux serait l'opération qu'avait autrefois pratiquée Maisonneuve et que Hacke vient de renouveler. Elle consiste à aboucher la partie inférieure de l'iléon dans le côlon ascendant, dérivant ainsi le cours des matières qui passent de l'iléon dans le côlon, sans traverser les régions ulcérées et rétrécies du cæcum. Hochenegg ajoute à cette entéro-anastomose une manœuvre qui nous paraît excellente : il fixe dans la plaie le foyer tuberculeux, les masses hypertrophiées ou fistuleuses du cæcum ; le néoplasme, sous les yeux et les instruments du chirurgien, peut être désinfecté, modifié, parfois même détruit par une série d'interventions secondaires.