

QUATORZIÈME LEÇON

TUBERCULOME HYPERTROPHIQUE DU CŒCUM
DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA FOSSE ILIAQUE
DROITE

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

La forme banale et vulgaire de la tuberculose intestinale est caractérisée par des ulcérations plus ou moins nombreuses, qui atteignent principalement la dernière portion de l'iléon et le cœcum, parfois aussi le côlon et le rectum. Ces ulcérations tuberculeuses, arrondies quand elles occupent les follicules isolés, longitudinales ou ovalaires quand elles siègent aux plaques de Peyer, sont souvent transversales à la façon d'anneaux ou de segments d'anneaux. Dans cette variété de tuberculose, les parois de l'intestin ne sont nullement hypertrophiées, elles sont même fort amincies au niveau des ulcérations; c'est une tuberculose essentiellement *ulcéreuse*.

Nous vous avons montré à plusieurs reprises cette tuberculose intestinale qui est habituellement décrite sous le nom d'entérite tuberculeuse, et vous n'avez peut-être pas oublié un des phtisiques de notre salle Saint-Christophe, à l'autopsie duquel nous avons pu compter quarante-cinq

ulcérations étagées le long de l'intestin grêle et atteignant même le cœcum, l'appendice et le côlon.

Cette variété de tuberculose intestinale est assez rarement primitive, surtout chez l'adulte, elle survient habituellement dans le cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, dont elle aggrave le pronostic; elle est un facteur puissant de dénutrition et de cachexie. Les douleurs intestinales et la diarrhée, la diarrhée noire, le méلœna sont les symptômes ordinaires de cette tuberculose ulcéreuse de l'intestin.

Tout autre est la variété de tuberculose intestinale que nous allons étudier aujourd'hui sous le nom de *tuberculome hypertrophique du cœcum*. Ici la tuberculose débute par le cœcum et peut y rester confinée, c'est un type de tuberculose locale à forme fibreuse et hypertrophiante, les ulcérations n'y occupent qu'une place insignifiante; elle est habituellement primitive ce qui veut dire qu'elle se déclare chez des gens indemnes de tuberculose pulmonaire; elle est extrêmement lente dans sa marche et elle provoque à la longue un tel épaissement des parois cœcales qu'elle forme à la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse et indurée qui simule le cancer. Pris à temps, ce tuberculome hypertrophique du cœcum est opérable et curable, son étude constitue une des questions médico-chirurgicales les plus intéressantes. Nous en avons eu deux beaux exemples à la clinique; les voici :

Le 14 octobre dernier, nous recevions salle Saint-Jean, n° 9, une femme de trente-neuf ans, atteinte de diarrhée chronique et de vives douleurs abdominales. Le début de la maladie remontait à dix-huit mois. A cette époque, avaient apparu des douleurs principalement localisées à la fosse iliaque droite. Malgré cette localisation, elles ne rappelaient en rien la crise douloureuse de l'appendicite; elles avaient mis des mois à s'installer, elles revenaient plusieurs fois par jour; tantôt elles cédaient pendant quelque temps, tantôt, disait le malade, elles rappelaient par leur intensité « les douleurs de l'accouchement ». On ne constatait dans

l'apparition de ces douleurs aucune périodicité qui fut en rapport avec les heures qui suivaient le moment des repas et qui put nous guider sur la localisation d'une lésion intestinale.

Un autre symptôme était apparu dès le début de la maladie, c'est la diarrhée. On peut dire que depuis dix-huit mois la diarrhée n'a jamais cessé. Il y a souvent six ou huit selles par jour. Cette diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques, elle n'a aucun caractère particulier, elle n'est pas sanguinolente, elle n'est mélangée ni à des mucosités, ni à des membranes. Cet état ne rappelle donc nullement la typhlo-colite muco-membraneuse.

En résumé, douleurs abdominales, surtout à la fosse iliaque droite, et diarrhée sans mélœna, sans épreintes, sans ténésme, sont depuis dix-huit mois les symptômes dominants. Malgré la durée de la maladie, cette femme n'a pas trop mauvaise mine, néanmoins depuis deux mois elle se sent gravement atteinte, elle dépérit, elle souffre cruellement et la diarrhée est incessante. Les différents traitements médicaux dont elle a fait usage sont restés sans résultat.

Quelle est donc l'affection abdominale qui depuis dix-huit mois détermine chez cette femme douleurs et diarrhée? La fièvre est nulle, l'utérus et les annexes sont en état normal. L'exploration du ventre fait percevoir à la fosse iliaque droite une tumeur du volume et de la forme d'une poire. Cette tumeur, douloureuse à la pression, est assez mobile, indurée, mais non bosselée, sa partie inférieure, évasée, se rapproche de l'arcade crurale; sa partie supérieure, étroite, remonte dans la direction du côlon ascendant; en dedans elle n'atteint pas la ligne médiane. Etant donné ces signes et cette localisation, nous ne voyons que le cœcum qui puisse être mis en cause; tout indique que cette tumeur est d'origine cœcale ou péricœcale, mais ce diagnostic topographique ne résout qu'une partie de la question, il faut arriver à connaître la nature de cette tumeur et les tumeurs de la fosse iliaque droite sont des plus diverses.

Au nombre de ces tumeurs sont le tuberculome, le sarcome, le cancer, l'appendicite chronique, les adéno-

pathies pré-cœcales, l'iléo-typhlite hypertrophique, l'actinomyose, etc. Nous aurons à discuter, à notre prochaine leçon, le diagnostic différentiel de ces tumeurs iliaques, mais dans le cas actuel, il m'a paru que le diagnostic pouvait se restreindre et se limiter au cancer et à la tuberculose chronique du cœcum. Toutefois ce n'était pas là un diagnostic qui s'imposait du premier coup. Sur quels signes en effet, sur quels symptômes baser ce diagnostic? Notre malade n'avait ni adénopathie inguinale, ni adénopathie sus-claviculaire, et du reste, ce signe n'aurait eu qu'une valeur relative, car ces adénopathies, plus fréquentes il est vrai au cas de cancer (Troisier), peuvent exister également au cas de tuberculose. La diarrhée dont se plaint cette femme n'avait pas été accompagnée d'hémorragie intestinale; une fois ou deux, paraît-il, du sang avait été constaté dans les selles; du reste la présence de mélœna n'aurait pas eu grande importance, car bien que le mélœna soit plus fréquent au cas de cancer, il existe également au cas de tuberculose. La constatation d'une tuberculose pulmonaire eut été un appoint en faveur de la tuberculose cœcale, mais chez cette femme les poumons étaient indemnes. Je m'arrêtai néanmoins au diagnostic de tuberculose chronique du cœcum, et ce qui m'engagea à repousser l'idée du cancer c'est que cette femme, bien que malade depuis longtemps, ne commençait à maigrir que depuis quelques semaines, ce qui s'explique mieux avec le tuberculome qu'avec le cancer.

Pour contrôler le diagnostic de tuberculose cœcale, nous aurions pu, comme le fit Billroth, dans un cas analogue, pratiquer à cette femme une injection de tuberculine et trouver la confirmation de la lésion tuberculeuse dans des signes de réaction avec 39 ou 40 degrés de température. Mais pareil moyen n'est pas toujours exempt d'inconvénients et nous possédons un autre moyen de contrôle, c'est le séro-diagnostic de la tuberculose dû à MM. Arloing et Courmont. Je vous ai déjà parlé de ce séro-diagnostic, lors de nos leçons sur le diagnostic de la pleurésie tuberculeuse; je vous ai dit que le problème avait été résolu le jour où M. Arloing put obtenir des cultures homogènes du bacille de Koch en milieu

liquide. Dès lors, il lui fut possible de réaliser pour la tuberculose un phénomène d'agglutination comparable au séro-diagnostic de M. Widal pour la fièvre typhoïde.

Dans le cas actuel c'était bien le moment de recourir au séro-diagnostic de la tuberculose, et voici les résultats qui ont été obtenus par un de nos chefs de laboratoire, M. Griffon. La culture de tuberculose qui a servi à l'expérience était âgée de onze jours, et était sortie de l'étuve depuis sept heures. Avec du sérum provenant de sang prélevé par ventouse scarifiée à notre malade, on a fait trois mélanges dans trois petits tubes : un mélange au 5° (cinq gouttes de culture, pour une goutte de sérum) ; un mélange au 10° (dix gouttes de culture pour une goutte de sérum) et un mélange au 20° (vingt gouttes de culture pour une goutte de sérum). Souvent le phénomène de l'agglutination ne se produit qu'une ou plusieurs heures après le mélange ; mais, ici, les signes de l'agglutination ont été si prompts, qu'au bout d'une demi-heure on apercevait déjà, à l'œil nu, dans le tube du mélange au 5°, quelques petits flocons nuageux, qui descendaient lentement au fond du tube, jusqu'à y former un petit culot un peu louche qui contrastait avec la limpidité des couches supérieures du liquide. Au bout de quelques heures le même phénomène se produisait dans les tubes contenant les mélanges au 10° et au 20°. Des préparations microscopiques faites avec une parcelle du culot, démontraient des amas de bacilles de Koch ; c'était le phénomène de l'agglutination dans toute sa netteté.

Le diagnostic clinique était donc confirmé par le séro-diagnostic, l'idée de cancer était écartée, et nous étions certains que notre malade était atteinte de tuberculome hypertrophique du cœcum.

Mais une autre question importante devait être élucidée : cette tuberculose cœcale était-elle primitive, ou était-elle associée à une tuberculose pulmonaire ? Cette notion, était essentielle à connaître, car la coexistence de la tuberculose pulmonaire, qu'elle soit l'origine ou la conséquence de la tuberculose cœcale, est habituellement une contre-indication à l'opération. Nous n'avons trouvé chez notre malade aucun

signe de tuberculose pulmonaire ; toutefois cette femme ne paraissait pas avoir été absolument indemne d'infection tuberculeuse, car elle nous raconte avoir eu il y a trois ans des tumeurs ganglionnaires au côté gauche du cou. Ces adénopathies probablement scrofulo-tuberculeuses ont cédé à l'huile de foie de morue prise pendant longtemps, et il n'en reste aujourd'hui aucun reliquat. Du reste, cette femme a vécu dans un milieu d'infection tuberculeuse, et il n'est pas étonnant qu'elle ait été contaminée : son mari a été enlevé par la tuberculose pulmonaire, et ses quatre enfants à l'âge de onze ans, de cinq ans, de quatre et de trois ans, ont succombé, au dire du médecin, à la même maladie.

Après avoir formulé le diagnostic nous avons à décider le traitement. Il m'a paru que, chez cette femme, l'indication était formelle ; les moyens médicaux étaient désormais sans efficacité et l'intervention chirurgicale pouvait seule arrêter les progrès du mal. L'opération devait être faite d'autant plus vite que, depuis deux mois, l'amaigrissement était le signal de la déchéance prélude de la cachexie. Je priai donc M. Legueu, remplaçant du professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu, de vouloir bien se charger de l'opération, qui fut pratiquée le samedi 26 octobre.

Voici les détails de cette opération : sur le bord externe du muscle droit on pratique une incision de 15 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, la lésion, c'est-à-dire la partie indurée et épaissie de l'intestin, est extériorisée. A l'exploration de l'intestin, on voit que la principale lésion siège au cœcum qui forme une volumineuse tumeur, mais le cœcum n'est pas seul en cause et M. Legueu constate que l'induration et l'épaississement des parois intestinales se poursuivent sur le côlon ascendant et sur l'angle du côlon transverse, tandis que l'iléon est sain. Après avoir protégé par des compresses la cavité péritonéale et préparé le champ opératoire, la coprostase est réalisée du côté de l'intestin grêle et du côté du côlon.

L'intestin grêle est sectionné en avant du cœcum, puis, de bas en haut, *tout l'intestin reconnu malade, épaissi et induré* (cœcum, côlon ascendant et angle du côlon), est séparé de

son méso; chemin faisant, des pinces sont placées sur tous les vaisseaux qui saignent. L'intestin malade est enfin séparé du côlon transverse, et les deux orifices de section provenant de l'intestin grêle (bout supérieur) et du côlon transverse (bout inférieur) paraissent absolument sains; ils sont rapprochés et suturés.

Une fois la continuité de l'intestin rétablie, on enlève quelques gros ganglions du mésentère et on fait disparaître les inconvénients de la grande surface cruentée qui représente la section du méso-côlon ascendant. On pratique un surjet de catgut sur son bord libre, de manière à adosser à eux-mêmes les deux feuillets qui composent ce méso. Puis on termine par la suture de la paroi abdominale avec maintien d'un seul drain. L'opération a duré cinquante minutes.

Au troisième jour, la malade va à la selle; on commence à l'alimenter avec du lait et des bouillons, le drain est retiré. Au huitième jour, bien que l'apyrexie fût absolue, une petite fistule stercorale apparaît, mais cette fistule de bien minime importance se ferme en quinze jours. A dater de ce moment les progrès sont rapides et les digestions sont normales. Aujourd'hui 30 novembre, cinq semaines après l'opération, je vous présente cette femme complètement guérie et engraisée; on lui a réséqué 27 centimètres d'intestin, on l'a débarrassée d'une lésion tuberculeuse à échéance mortelle qui évoluait depuis dix-huit mois, et actuellement l'appétit est excellent, les digestions sont normales, les douleurs abdominales et la diarrhée ont complètement disparu. Il semble, dit cette femme, qu'elle n'a jamais été malade. Voilà le triomphe de la chirurgie et je rends hommage au chirurgien qui a si méthodiquement conduit cette opération¹.

Aussitôt après l'opération, nous avons examiné la pièce

1. Huit mois plus tard, cette femme est revenue nous voir à l'Hôtel-Dieu; les élèves qui l'avaient vue lors de sa maladie, à son entrée dans nos salles, avaient peine à la reconnaître tant sa mine était florissante; elle avait engraisé d'une dizaine de kilogrammes. Depuis l'opération, elle n'avait jamais ressenti le moindre malaise, preuve que la

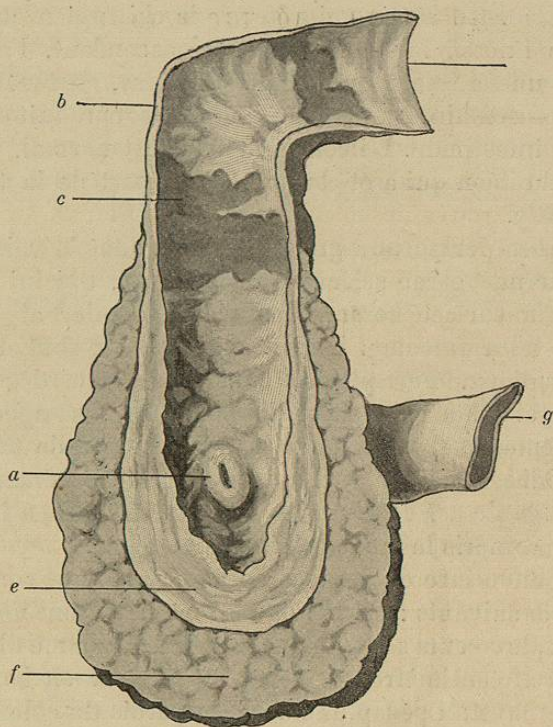
anatomique. La partie enlevée par le chirurgien comprend la fin de l'iléon, le cœcum, le côlon ascendant, l'angle du côlon et un fragment du côlon transverse, en tout 27 centimètres d'intestin. La planche ci-dessous reproduit en détail la lésion intestinale. L'iléon est tout à fait normal, ce n'est donc pas l'iléon qui a été le point de départ de la tuberculose cœcale.

Le cœcum forme une grosse tumeur, dont le volume est accru par une gaine scléro-lipomateuse, *f*, qui lui adhère, et dont la surface bossuée donne au premier abord l'impression d'un sarcome. En différents points sont des ganglions caséux. Par places, dans l'intervalle des parties moins épaisses de la gaine lipomateuse, on aperçoit la surface externe du cœcum grisâtre et semée de fins vaisseaux. Débarrassée de son manchon scléro-lipomateux, la tumeur cœcale a 7 centimètres de diamètre; elle a 12 centimètres y compris la gaine scléro-lipomateuse.

Après ouverture de la pièce anatomique, nous constatons les détails suivants: les parois de l'iléon, *g*, sont normales, les parois du cœcum sont dures à la coupe et comme fibroïdes; elles ont 2 centimètres et demi d'épaisseur en bas, *e*, et 11 millimètres un peu plus haut; les parois du côlon ascendant ont 6 millimètres d'épaisseur, et les parois de l'angle du côlon, *b*, ont 3 millimètres et demi. Partie du fond du cœcum, où elle atteint son maximum, la lésion diminue à mesure qu'elle s'étend au côlon. La cavité du cœcum est rétrécie par l'épaisseur des parois; c'est une hypertrophie concentrique.

La surface interne du cœcum est saillante, irrégulièrement vallonnée et non ulcérée. La valvule iléo-cœcale, *a*, est indurée, rigide, béante et rétrécie. On constate deux ulcérations superficielles, l'une, *c*, sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon transverse. L'appendice iléo-cœcal est légèrement induré, hypertrophié, mais non déformé.

lésion avait été enlevée dans son entier, il lui manquait le cœcum, la valvule iléo-cœcale, le côlon ascendant, une partie du côlon transverse, et cependant les digestions étaient aussi régulières qu'avec un intestin normal.



L'examen histologique du cœcum, fait par un de nos chefs de laboratoire, M. Nattan-Larrier, présente les détails suivants : toutes les couches formant la paroi du cœcum sont épaissies, mais l'hypertrophie porte principalement sur la couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, et sur la couche sous-muqueuse où les lésions tuberculeuses sont au maximum. Voici l'épaisseur de ces différentes couches : couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, 11 millimètres ; couche musculaire, 2 millimètres $\frac{1}{2}$; couche sous-muqueuse, 6 millimètres ; couche muqueuse, 1 millimètre $\frac{1}{2}$.

L'épithélium de surface est partout conservé et il n'y a pas trace d'ulcération même superficielle. Les glandes de la muqueuse sont très hypertrophiées et plongées dans un tissu conjonctif abondant sans infiltration embryonnaire.

Dans la couche sous-muqueuse fibreuse et vascularisée existe une notable infiltration leucocytaire, et une quantité considérable de petits tubercules isolés ou agglomérés. La couche musculaire est dissociée par un œdème abondant, et, sur quelques points, existe une infiltration embryonnaire. La couche sous-séreuse est très riche en tissu cellulo-adipeux ; on y trouve des placards de tissu fibreux très dense, et quelques petits tubercules disséminés dans la région la plus externe de cette couche fibro-adipeuse. Des frottis sur lamelles ont décelé la présence de bacilles de Koch. L'examen histologique de l'appendice a démontré la présence d'une hypertrophie non tuberculeuse des parois, avec oblitération du canal dans toute sa hauteur, lésion qu'il ne faut pas qualifier d'appendicite, je reviendrai plus loin sur cette importante distinction.

Passons maintenant à l'autre cas de tuberculose hypertrophique du cœcum, que nous avons eu il y a quelques années, dans le service de la clinique, et dont l'observation fort complète a été publiée par mes élèves MM. Caussade et Charrier¹. Voici ce cas : En décembre 1896, M. Cazin, chef de clinique de M. Duplay, me demandait de recevoir un malade sur lequel il désirait avoir mon avis. Cet homme, atteint de diarrhée continuelle et ne pouvant supporter aucun aliment, était extrêmement amaigri ; il ne pesait plus que 40 kilos, alors que trois ans avant il pesait 65 kilos. Il avait, à la fosse iliaque droite, une tumeur d'autant plus appréciable que les parois abdominales étaient minces et émaciées. L'exploration de la région n'était pas douloureuse ; la tumeur de consistance ligneuse, avait le volume d'une grosse orange, et paraissait adhérente au bassin. Elle était distante de 4 centimètres de la ligne blanche, et de 8 centimètres des fausses côtes ; en bas, elle n'atteignait pas l'arcade de Fallope ; à la région inguinale on percevait des ganglions indurés et non douloureux.

1. Caussade et Charrier. Un cas de tuberculose iléo-cœcale à forme hypertrophique. *Archives de médecine*, avril 1899.

Il nous parut évident que la tumeur avait pour siège le cœcum ; mais, comment savoir si elle était cancéreuse ou tuberculeuse ? L'induration de la tumeur, la présence de ganglions inguinaux, l'état d'amaigrissement et de cachexie, ne suffisaient pas pour établir un diagnostic différentiel. Mais l'évolution du mal pouvait nous aider dans ce diagnostic. Notre homme était malade depuis trois ans. A cette époque était survenue une diarrhée abondante, parfois sanguinolente, qui depuis lors n'a jamais cessé et qui reparaisait aussitôt après l'ingestion des aliments. Mais tous ces symptômes, diarrhée, douleurs abdominales, anorexie, amaigrissement, cachexie, pouvaient tenir indistinctement à la tuberculose ou au cancer cœcal ; néanmoins, j'éloignai l'idée de cancer à cause de la longue durée de la maladie, car s'il n'est pas rare de voir la tuberculose du cœcum durer plusieurs années avant de provoquer la mort, il est exceptionnel de voir le cancer permettre la survie après un temps aussi long. De plus, nous avons un autre argument en faveur de la tuberculose du cœcum : c'est que notre homme était atteint de tuberculose pulmonaire. Toutefois, la tuberculose pulmonaire n'avait pas été chez lui la première en date ; elle était consécutive à la tuberculose du cœcum. En effet, le malade avait été examiné plusieurs fois, depuis trois ans, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et ses poumons avaient toujours été trouvés indemnes.

Lors d'une première consultation, il y a deux ans et demi, on le soigna pour des troubles intestinaux mais on ne trouva rien aux poumons ; sa maladie s'accroissant, il demanda de nouveaux conseils un an plus tard, et cette fois encore on constata la prédominance des symptômes intestinaux sans aucun indice de tuberculose pulmonaire. Enfin il fit l'année suivante un séjour de trois mois à l'Hôtel-Dieu annexe et il arriva dans notre service dans les conditions que j'ai relatées plus haut. A ce moment, nous avons trouvé aux sommets des poumons des lésions tuberculeuses discrètes, peu étendues, mais indéniables ; les crachats contenaient des bacilles de Koch.

Nous avons donc porté le diagnostic de tuberculose chro-

nique et hypertrophique du cœcum compliquée de tuberculose pulmonaire secondaire. L'état d'amaigrissement et de cachexie était dû à cette double localisation. Le pronostic était d'autant plus grave que l'alimentation était presque nulle et la diarrhée continuelle.

La lésion intestinale semblait très nettement localisée au cœcum ; c'était une de ces tuberculoses locales favorables à l'opération. On n'avait jamais constaté aucun signe d'obstruction intestinale, accident fréquent dans le cours de la tuberculose hypertrophique du cœcum quand elle se complique de rétrécissement du calibre de l'intestin ou de la valvule iléo-cœcale.

Si cet homme était venu nous trouver six mois ou un an plus tôt, avant la complication pulmonaire et avant la période cachectique, je n'aurais pas hésité un instant à le faire opérer, et l'opération eût été probablement, comme chez notre femme, suivie de succès. Mais dans l'état actuel, il n'y avait pas à songer à une intervention chirurgicale ; l'état cachectique du patient, et surtout la tuberculose pulmonaire, étaient une contre-indication formelle. Notre devoir était de nous abstenir. On essaya vainement d'alimenter le malade ; il succomba six semaines après son arrivée dans le service.

Voici les résultats de l'autopsie : Il s'agissait bien, en effet, d'une tuberculose hypertrophique du cœcum ; tumeur bosselée, du volume d'une orange, et simulant au premier abord un lymphosarcome. Ici, comme dans beaucoup d'autres observations et comme chez notre première malade, la tumeur cœcale était accrue par un manchon scléro-lipomateux, sorte de pérityphlite lipomateuse qui faisait partie intégrante de la tumeur et qui s'était soudé par sa face externe à l'aponévrose iliaque et à la gaine du psoas. Débarassées de cette enveloppe, les parois du cœcum, *b*, ainsi qu'on le voit sur la planche suivante, sont hypertrophiées au point de mesurer 3 centimètres, ce qui est le caractère macroscopique dominant de cette tuberculose ; elles sont fibroïdes, lardacées et crient sous le scalpel comme un foie cirrhosé. Malgré l'épaisseur de ses parois, la cavité du cœ-