

cum n'est pas rétrécie comme c'est l'usage dans la tuberculose hypertrophique cœcale.

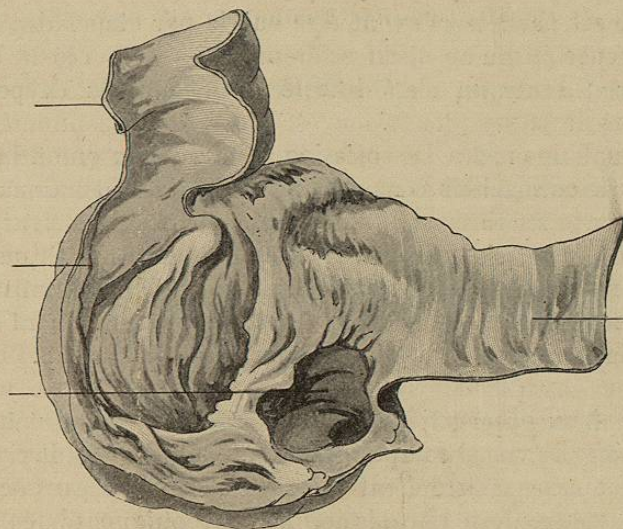
Ici, le cœcum est à la fois hypertrophié et dilaté (hypertrophie excentrique). La lésion est absolument cantonnée au cœcum; l'iléon, *d*, et le côlon, *a*, n'y prennent aucune part; ils ont conservé leur consistance, leur aspect et leur calibre normal; leurs parois ne sont pas hypertrophiées, leur muqueuse est intacte. En aucun point du tractus intestinal on ne trouve ni induration ni rétrécissement. La délimitation de la lésion cœcale est aussi nette à l'intérieur qu'à l'extérieur, condition qui eut été absolument favorable à l'intervention chirurgicale si elle avait été pratiquée en temps voulu. Après incision de la pièce anatomique, on voit que la cavité du cœcum est très altérée; une large ulcération d'aspect caséux a détruit la valvule de Bauhin et occupe le fond de la cavité cœcale tandis que la muqueuse de l'iléon est absolument saine. Ailleurs, la surface interne du cœcum est tomenteuse, hérissée de plis formant des brides, des piliers, *e*, des colonnes.

Quelques plis transversaux sont disposés comme des valvules peu saillantes; d'autres sont déchiquetés; on voit des brides disposées en spirales qui s'étalent sur toute la cavité; l'apparence verruqueuse polypiforme et papillomateuse qui est si fréquente dans cette variété de tuberculose est ici à peine ébauchée. Dans tout le reste de l'intestin il n'existe pas trace de tuberculose.

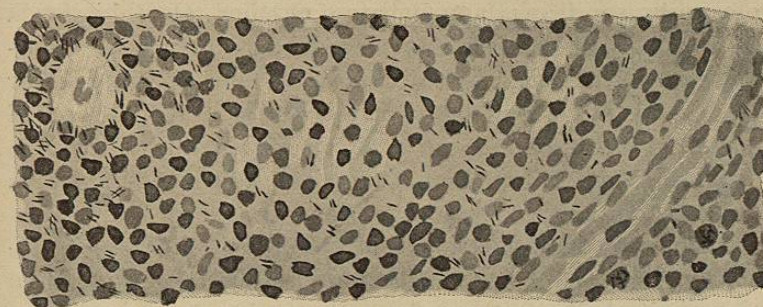
On ne trouve qu'un petit nombre de ganglions mésentériques. L'appendice quoique épaissi et baignant dans l'atmosphère péri-cœcale scléro-adipeuse, a conservé son calibre normal; il n'est ni recourbé ni flexueux; du reste, pendant la vie du malade, on n'avait jamais constaté d'accidents d'appendicite; nous reviendrons plus loin sur cette importante question.

Aux sommets des poumons étaient quelques tubercules; il y avait à droite une petite caverne. Tous les autres organes étaient sains.

Les deux planches suivantes montrent d'une part les lésions du cœcum, d'autre part l'envahissement des tissus par les bacilles tuberculeux.



Au point de vue histologique « le trait essentiel de l'évolution de cette tuberculose du cœcum (trait qui la distingue de la tuberculose ulcéreuse vulgaire de l'intestin), c'est l'infiltration lymphoïde, la rareté des follicules tuberculeux dans les plans superficiels, l'abondance de ces mêmes follicules sous le péritoine et leur tendance manifeste vers la sclérose avec un processus adipeux, surtout développé à ce niveau ». C'est une tuberculose à forme scléreuse et scléro-adipeuse; le processus ulcéreux n'y occupe qu'une place secondaire. Ainsi qu'en témoigne la planche ci-dessous, on



trouve sur les préparations une abondance de bacilles de

Koch, ces bacilles peuvent être suivis par étapes depuis la muqueuse jusqu'au tissu scléreux qui représente la sous-séreuse; l'intestin s'est infecté de dedans en dehors en partant de la muqueuse.

Signalons encore l'association microbienne due à la présence de colibacilles et de cocci; les bacilles tuberculeux sont libres dans les tissus, les colibacilles et les cocci sont inclus dans de gros macrophages. Il est intéressant de voir que les cocci sont très abondants dans les points où les bacilles tuberculeux sont en petit nombre, tandis qu'ils sont rares dans les points où pullulent les bacilles tuberculeux.

Les deux observations que je viens de citer sont à tous les points de vue si complètes qu'elles suffiraient à la rigueur pour nous permettre d'entreprendre la description générale de la tuberculose chronique, hypertrophique du cœcum. Néanmoins, afin d'avoir en main toutes les pièces du procès, laissez-moi vous donner le résumé de quelques autres observations.

M. Marion m'a fait part du cas suivant: Un homme de trente et un ans, de souche tuberculeuse, mais n'ayant point de tuberculose pulmonaire, a été pris, il y a deux ans, de douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant les crises douloureuses, les anses intestinales, surtout dans la fosse iliaque droite, se contractaient à la façon de crampes douloureuse et faisaient saillie sous la paroi abdominale avec borborygmes et mouvements péristaltiques. Le malade était très amaigri. On sentait à la fosse iliaque droite une tumeur indurée, volumineuse, médiocrement mobile. L'opération fut décidée, pratiquée par M. Duplay et terminée par M. Marion. On croyait d'abord n'avoir à réséquer que le cœcum, et il fallut enlever le cœcum, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse, comme chez notre femme.

A l'examen de la pièce anatomique, on trouva une tuberculose chronique hypertrophique du cœcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse. L'épaisseur des parois cœcales mesurait 1 centimètre et demi. La valvule

iléo-cœcale était épaisse, rigide et indurée. La cavité du cœcum était réduite au volume d'une noix. L'iléon était sain. Le malade succomba, et, à l'autopsie, on vérifia l'absence de tuberculose pulmonaire.

L'observation de M. Bouilly¹ (le premier cas opéré en France) concerne une femme atteinte depuis cinq ans de troubles gastro-intestinaux. On perçoit à la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, non mobilisable, du volume d'une orange, qu'on suppose être un cancer iléo-cœcal. On pratique l'opération et on enlève la tumeur. A l'examen de la pièce anatomique, on constate l'épaisseur des parois du cœcum; la valvule de Bauhin est méconnaissable et la muqueuse cœcale est hérissée de végétations qui font une forte saillie dans la cavité. L'appendice est gros, le canal appendiculaire est libre. A l'angle de l'iléon et du cœcum existent des ganglions. Quatre ans après l'opération, cette malade était en bonne santé.

Une des observations de Billroth² concerne un enfant de dix ans ayant depuis deux ans des troubles intestinaux. A la région cœcale, on sent une tumeur du volume d'une pomme, sensible à la pression, mobile en toutes directions et de consistance ligneuse. Afin d'éclairer le diagnostic, on pratique une injection de tuberculine, qui provoque une réaction de 40 degrés et on conclut à la tuberculose. L'opération est pratiquée. A l'examen de la pièce anatomique, la tumeur cœcale a 10 centimètres de long. La valvule de Bauhin est très rétrécie. La muqueuse du cœcum est recouverte de végétations polypeuses entourées d'une zone calleuse. A l'examen histologique, on trouve une infiltration de petites cellules groupées en tubercules et des cellules géantes. L'opération a été suivie de guérison.

Gussenbauer a publié l'observation d'un homme qui avait depuis un an des douleurs à la fosse iliaque droite et des selles souvent sanguinolentes. On constate une tumeur à

1. Bouilly. *Congrès français de chirurgie*, 1889.

2. Cette observation et les deux suivantes sont reproduites dans la *Thèse* de M. Benoit. Tuberculose locale chronique de la région iléo-cœcale. Paris, 1893.

la fosse iliaque droite et on pense à un cancer du cœcum. On pratique l'opération. A l'examen de la pièce anatomique, on trouve une épaisseur considérable des parois du cœcum atteignant 4 centimètres. La valvule iléo-cœcale est très épaisse et rétrécie. La muqueuse du côlon est hérissée d'excroissances papillaires. Les parois de l'appendice sont hypertrophiées. L'examen histologique dénote une infiltration tuberculeuse de la paroi de l'intestin. L'opération a été suivie de guérison.

Dans un des cas publiés par Roux, il est question d'une jeune femme, très amaigrie, atteinte depuis longtemps de diarrhée et de douleur à la fosse iliaque droite. On trouve à la région cœcale une tumeur ovoïde, assez mobile et sensible à la pression. On diagnostique une pérityphlite appendiculaire avec tuberculose cœcale probable et on pratique l'opération. A l'examen de la pièce anatomique, on constate une tuberculose hypertrophique du cœcum et du côlon ascendant. Les parois sont très épaisses, la valvule de Bauhin est rigide et rétrécie, la muqueuse est papillomateuse, les ganglions lymphatiques adjacents sont tuberculeux. L'opération a été suivie de guérison.

Une observation de M. Broca consignée dans la thèse de M. Benoit concerne un enfant de douze ans. M. Broca dut réséquer 20 centimètres de l'intestin, côlon, cœcum méconnaissable et iléon. L'iléon était dilaté, mais la muqueuse était normale tandis que le côlon était induré et à muqueuse polypeuse sur une hauteur de 6 à 8 centimètres. Quelques semaines plus tard, l'enfant avait engraisé, sa mine était excellente, les selles étaient régulières. L'examen de la pièce anatomique fait par M. Pilliet démontra l'existence d'une tuberculose hypertrophique et végétante.

J'arrête là mes citations, elles nous suffiront amplement pour entreprendre à la prochaine séance l'étude du tuberculome hypertrophique du cœcum.

QUINZIÈME LEÇON

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

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Munis des documents dont je vous ai fait part à notre dernière séance, il nous sera possible maintenant de retracer dans son ensemble l'histoire clinique et anatomique de la maladie qui nous occupe. Je propose de l'appeler « *Tuberculome hypertrophique du cœcum.* »

Hartmann et Pilliet dans leurs premiers travaux l'ont décrite sous le nom de « typhlite tuberculeuse chronique et tuberculose cœcale »; cette dénomination a l'avantage de laisser à la lésion du cœcum son importance prépondérante. D'autres auteurs l'ont décrite sous le nom de « tuberculose iléo-cœcale chronique ». J'aime moins cette dénomination, elle fait la part trop belle à l'iléon; elle laisse trop supposer que la tuberculose envahit, à parties égales, l'iléon et le cœcum, ce qui n'est pas; elle tend à faire croire que la lésion débute par l'iléon pour gagner ensuite le cœcum, ce qui n'est pas toujours vrai il s'en faut. En effet, dans cette variété de tuberculose, qu'il ne faut pas confondre avec la