

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

vulgaire tuberculose iléo-cœcale ulcéreuse, la lésion débute le plus souvent par le cœcum, dans les parages de la valvule de Bauhin; l'iléon est souvent indemne de tuberculose. C'est un fait facile à constater; vous n'avez qu'à vous reporter aux cas que je vous ai cités: l'iléon était sain chez notre femme de la salle Sainte-Jeanne et chez notre homme de la salle Saint-Christophe; l'iléon était sain chez les malades de Broca, de Marion, de Billroth, de Roux, etc.; dans ces différents cas, c'est par le cœcum que le mal avait débuté et la tuberculose avait respecté l'iléon. Parfois, il est vrai, les parois de l'iléon sont hypertrophiées, ce qui pourrait faire croire au premier abord à une lésion tuberculeuse de ce segment intestinal, mais en y regardant de près, on voit que c'est là une hypertrophie mécanique, compensatrice, qui est provoquée par un rétrécissement de la valvule de Bauhin ou de la cavité cœcale, hypertrophie qui ne doit pas être confondue avec une lésion tuberculeuse. Bref, ce n'est pas habituellement par l'iléon que débute la tuberculose hypertrophique, c'est par la partie du cœcum qui confine à la valvule iléo-cœcale (Hartmann<sup>1</sup>, Broca); c'est là son lieu d'élection, c'est là que les lésions sont le plus accentuées, c'est là que les parois cœcales atteignent leur plus grande épaisseur, ainsi que vous l'avez constaté sur les pièces anatomiques que nous vous avons montrées. Voilà pourquoi la dénomination de « *tuberculome hypertrophique du cœcum* » me paraît répondre à la majorité des cas.

Parfois, cette tuberculose hypertrophique du cœcum, avec ou sans ulcérations, avec ou sans végétations, peut rester exactement confinée au cœcum, sans empiéter sur le côlon, comme chez notre malade de la salle Saint-Christophe, et alors la dénomination de tuberculome hypertrophique du cœcum est vraie au sens rigoureux du mot. Mais ce n'est pas là le fait habituel et, si nous reprenons une à une les observations que je vous ai citées, nous voyons que, le plus souvent, la tuberculose chronique du cœcum se propage dans le sens du courant intestinal et finit, à la longue, par

1. Hartmann, *Société anatomique*, mars 1892.

atteindre le côlon ascendant et même une partie du côlon transverse. Ainsi chez notre femme, la lésion partie du cœcum avait envahi le côlon ascendant et empiétait sur le côlon transverse; chez la petite malade de M. Broca, la lésion cœcale avait gagné le côlon dont la muqueuse était lésée et polypeuse sur une hauteur de 6 à 8 centimètres; chez le malade de M. Marion, la lésion, partie du cœcum, s'était propagée au côlon ascendant et au côlon transverse; dans le cas de M. Bouilly, la lésion cœcale avait empiété sur le côlon ascendant; dans le cas de Gussenbauer, la lésion du cœcum avait envahi le côlon; chez le malade de Roux, la lésion partie du cœcum s'était généralisée au côlon ascendant et au côlon transverse. Donc, dans la grande majorité des cas, la tuberculose hypertrophique ne reste pas cantonnée au cœcum; elle finit, à la longue, par atteindre le côlon.

Cette distinction est importante; en effet, on pourrait croire s'engager dans une opération qui ne concerne que le cœcum, et on se trouve en face d'une lésion qui a gagné le côlon et le côlon transverse, si bien qu'au lieu de n'enlever que le cœcum, le chirurgien est obligé d'enlever 20, 25, 30 centimètres d'intestin, comme chez notre malade de la salle Sainte Jeanne.

Revenons sur les lésions de ce tuberculome hypertrophique et étudions successivement: 1° le cœcum; 2° les ganglions; 3° l'appendice iléo-cœcal.

Le cœcum forme une tumeur d'autant plus volumineuse qu'il est souvent entouré d'un manchon graisseux, qui fait corps avec lui. C'est une sorte de pérityphlite scléro-lipomateuse, comparable à la périnéphrite scléro-lipomateuse des reins calculeux et tuberculeux. Vous avez vu ce manchon lipomateux à l'examen des pièces anatomiques de nos deux malades. Il est signalé dans bon nombre de cas, et MM. Hartmann et Pilliet<sup>1</sup> ont parfaitement décrit cette adipose péri-cœcale dans leur travail de 1891: « Bien loin

1. Hartmann et Pilliet. Variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. *Société anatomique*, 1891, p. 471. — Pilliet. Typhlite tuberculeuse chronique. *Société anatomique*, 1891, p. 636.

de déterminer, comme les autres variétés d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, un amincissement des tuniques à leur niveau, cette forme toute spéciale de tuberculose chronique, localisée au voisinage du cœcum, s'accompagne d'un épaissement des tuniques très marqué. De là formation d'une tumeur, d'autant plus qu'il se dépose autour du cœcum une masse scléro-adipeuse, épaisse et résistante, qui, à l'ouverture du ventre, évoque l'idée d'un néoplasme. » Et, en effet, dans bien des cas, la tumeur cœcale tuberculeuse a été prise pour un cancer, pour un lympho-sarcome, tant à cause de son apparence extérieure que de son aspect intérieur. Ainsi, quand on eut en mains la tumeur de la malade opérée par M. Bouilly, on crut à un cancer du cœcum; à un premier examen microscopique Pilliet crut à un lympho-sarcome; ce n'est que plus tard, à un nouvel examen de cette tumeur que Pilliet reconnut qu'il s'agissait là de cette tuberculose hypertrophique qu'il devait ensuite si bien décrire. Dans un cas rapporté par MM. Chavannaz et Carrière<sup>1</sup> on crut à un cancer du cœcum, même quand on eut la pièce sous les yeux; c'est à l'examen histologique qu'on reconnut la nature tuberculeuse de la tumeur. Il est probable que bon nombre de cas autrefois étiquetés cancer du cœcum étaient en réalité de la tuberculose hypertrophique.

A la coupe, on constate l'épaisseur énorme des parois du cœcum. Ces parois sont lardacées, fibroïdes, et crient sous le scalpel; elles avaient 2 centimètres et demi chez notre femme, 3 centimètres chez notre homme, 1 centimètre et demi dans le cas de M. Marion, 4 centimètres dans le cas de Gussenbauer. Cette hypertrophie est due en partie à la transformation tuberculeuse fibroïde des parois.

La surface interne du cœcum présente des aspects variés, des saillies, des cycles en forme de piliers et de colonnes, comme chez l'un de nos malades; parfois, des végétations d'apparence polypeuse, papillomateuse, verruqueuse, comme on en voit dans certaines tuberculoses végétantes du larynx; çà et là, des ulcérations. La valvule iléo-cœcale est tantôt

1. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1<sup>er</sup> mars 1897.

ulcérée, détruite, tantôt indurée, rigide, avec son orifice très rétréci. Toutes ces lésions provoquent souvent des rétrécissements du calibre de l'intestin qui siègent en deux points principaux: au niveau de la valvule et dans la cavité même du cœcum. Ce sont ces rétrécissements qui causent des symptômes de constipation et d'obstruction intestinale.

La tuberculose cœcale provoque toujours des *adénopathies*. Les ganglions, plus ou moins nombreux et volumineux, indurés, caséux, tuberculeux, occupent principalement l'angle iléo-cœcal, on en trouve au mésentère, près du pancréas, à la région sus-claviculaire à la région inguinale.

Les lésions de l'*appendice* vont nous occuper longuement. Chez les gens atteints de tuberculose chronique du cœcum, les parois de l'appendice sont presque toujours hypertrophiées, souvent tuberculisées, et cependant le malade n'a pas d'appendicite au sens clinique du mot, il a des lésions de l'appendice, mais ces lésions restent lettre morte, elles n'aboutissent pas à la formation du foyer toxi-infectieux canaliculaire, qui provoque l'explosion des symptômes et des accidents qui seuls méritent le nom d'appendicite.

Quand je reprends l'histoire de tous les malades atteints de tuberculose hypertrophique du cœcum, j'en vois un grand nombre chez lesquels on constate, à l'examen de la pièce anatomique, des lésions hypertrophiques ou tuberculeuses de l'appendice, mais je n'en vois pas un seul chez lequel aient éclaté, à un moment donné, les symptômes ou les complications de l'appendicite. Je ne dis pas que la chose ne soit pas possible, mais je ne la constate dans aucune des observations que j'ai consultées. Je ne vois signalés nulle part aucun des accidents consécutifs à l'appendicite, ni les péritonites purulentes, ni les abcès à distance, ni l'empyème sous-phrénique, ni l'infection purulente du foie (foie appendiculaire), ni la pleurésie putride (pleurésie appendiculaire), ni les lésions toxiques suraigues des reins, du foie et de l'estomac, y compris le vomito negro.

De sorte qu'un individu peut avoir pendant des années des lésions tuberculeuses du cœcum, son appendice peut participer à ces lésions, et être englobé dans le foyer tuberculeux,

et, malgré tout, l'appendicite n'éclate pas, les malades échappent à ses terribles complications, ils ont des lésions de l'appendice, mais ils n'ont pas de toxi-infection appendiculaire. Tel est le fait indéniable, pour si paradoxal qu'il paraisse au premier abord.

Ce qui est vrai pour la tuberculose hypertrophique est également vrai pour la tuberculose ulcéreuse iléo-cœcale. Ici aussi l'appendice est souvent atteint par la tuberculose, il y a des lésions de l'appendice, mais ces lésions ne sont pas de celles qui provoquent l'appendicite. L'appendicite tuberculeuse est exceptionnellement rare. Je vous rappelle le cas d'un de nos phtisiques, atteint de tuberculose ulcéreuse de l'intestin, l'appendice était énorme et déformé par des lésions tuberculeuses, mais ces lésions pariétales avaient laissé libre le canal appendiculaire, elles n'avaient pas abouti à la formation d'une cavité close canaliculaire, aussi notre homme n'eut-il jamais aucun symptôme d'appendicite et l'examen histologique et bactériologique confirma l'absence de tout foyer toxi-infectieux appendiculaire<sup>1</sup>.

Autrement dit, tuberculose de l'appendice et appendicite sont des mots qui représentent des idées bien différentes. On aurait tort d'englober sous une même dénomination des choses dissemblables. La tuberculose des parois de l'appendice est assez fréquente tandis que l'appendicite tuberculeuse, je le répète, est infiniment rare. D'une façon générale, les lésions de l'appendice (tuberculose, actinomycose, cancer) qui restent cantonnées aux parois de l'appendice ne créent pas l'appendicite ; ces lésions peuvent avoir un retentissement péri-appendiculaire, retentissement de voisinage (fausses membranes, adhérences, abcès, adénopathies), mais elles sont incapables d'infecter et d'intoxiquer l'économie comme peut le faire le foyer de l'appendicite qui, lui, ne l'oubliez pas, est un foyer clos, intra-caliculaire, à flore microbienne intestinale. Ces quelques mots, résumés, ainsi que je l'ai démontré depuis longtemps, toute l'histoire de

1. Apert. Tuberculose de l'intestin et de l'appendice. Lésions considérables de l'appendice ; pas de cavité close ; aucun symptôme d'appendicite. *La Presse médicale*, 14 novembre 1898.

l'appendicite. C'est dans ce foyer clos, intra-caliculaire, à flore microbienne intestinale, que s'exalte la virulence et que s'élabore la toxine, c'est de ce foyer clos, intra-caliculaire, à flore microbienne intestinale, que partent les agents infectieux et toxiques qui suivent différents chemins, sans qu'il soit nécessaire, comme on le croyait il y a quelques années, que l'appendice soit perforé. Tantôt ces agents migrants traversent les parois de l'appendice<sup>1</sup> et provoquent ainsi toutes les variétés de péritonite, tantôt ils suivent les veines appendiculaires et les lymphatiques, et, en fin de compte, ils créent les différentes modalités de la toxi-infection appendiculaire, depuis ses formes légères jusqu'à ses formes les plus terribles.

Vous comprenez maintenant pourquoi certaines lésions pariétales de l'appendice peuvent rester silencieuses et presque ignorées et combien nous sommes loin de la conception erronée qui voudrait assimiler l'appendicite à une folliculite ! En réalité, l'appendicite n'éclate, avec son cortège de symptômes et de complications, que le jour où s'est formé (quels qu'en soient la cause et le mécanisme) un foyer clos, intra-caliculaire, à flore microbienne intestinale, véritable bouillon de culture où s'exalte la virulence et où se fabriquent les toxines. Et ce qui est certain, c'est que les malades atteints de tuberculome cœcal ou cœco-appendiculaire sont indemnes de ce foyer toxi-infectieux, ils ne succombent pas à l'appendicite.

Après cette digression qui ne manque pas d'intérêt puisqu'elle allège le pronostic déjà bien grave du tuberculome hypertrophique du cœcum, jetons un coup d'œil sur l'évolution de la maladie. Cette tuberculose cœcale est souvent décrite sous le nom de *primitive*, ce qui indique qu'elle survient chez des gens qui sont indemnes de tuberculose pulmonaire. C'est habituellement vrai et, M. Benoit, dans sa statistique, ne trouve la tuberculose pulmonaire que dans

1. Dieulafoy. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Premier volume, 16<sup>e</sup> leçon. « Péritonites appendiculaires », p. 344.

un sixième des cas. Je dirai même que la tuberculose pulmonaire peut fort bien n'avoir pas précédé la tuberculose du cœcum, elle peut au contraire lui être consécutive, ainsi que nous l'avons constaté chez notre homme de la salle Saint-Christophe. Toutefois, en y regardant de près, on voit que la tuberculose hypertrophique du cœcum n'est pas toujours aussi complètement primitive qu'on veut bien le dire; le patient, il est vrai, peut n'avoir pas eu de tuberculose pulmonaire, mais il peut avoir eu des localisations tuberculeuses en d'autres régions, telles que: tuberculose larvée des amygdales, adénopathies cervicales, pleurésie, coxalgie, etc.. autant de localisations guéries en apparence, le tuberculome du cœcum arrivant à un moment donné, comme une nouvelle localisation de l'infection. Ainsi, notre femme vivant dans un milieu infecté par la tuberculose, avait eu pendant deux ans des adénopathies cervicales.

La première phase de la tuberculose hypertrophique cœcale est assez obscure, elle se révèle surtout par deux symptômes: la diarrhée et les douleurs abdominales. La diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques, elle n'apparaît pas, il s'en faut, à heures déterminées, à certaine distance des repas, elle augmente d'intensité avec les progrès de la lésion, elle alterne parfois avec des phases de constipation. L'intestin a peu de tendance à saigner; aussi le mélena est-il beaucoup plus rare ici que dans l'entérite tuberculeuse ulcéreuse. Les douleurs de ventre sont sourdes ou aiguës, continues ou paroxystiques; elles sont peu vives, comme chez notre homme, ou elles éclatent par accès extrêmement douloureux comme chez notre femme; elles peuvent irradier à tout l'abdomen mais se localisent de préférence à la fosse iliaque droite.

Bien que pareille localisation soit celle de l'appendicite, il s'en faut que toute douleur de la fosse iliaque soit un indice d'appendicite; gardez-vous de pareille exagération. La douleur de l'appendicite fait partie d'un syndrome dont la valeur est grande: en quelques heures la douleur qui a pu, tout d'abord, apparaître en d'autres régions, finit par se localiser et par acquérir son maximum d'intensité à la région

appendiculaire, elle est exaspérée par la pression; dans la même région on constate de la défense musculaire et de l'hyperesthésie; des nausées, des vomissements peuvent suivre de près l'apparition de la douleur, la fièvre est habituelle. A supposer même que l'attaque appendiculaire en reste là, l'entrée en scène de l'appendicite avec son cortège de symptômes est significative. Cette attaque appendiculaire n'est pas comparable à l'installation beaucoup plus lente, plus ébauchée, plus dissociée des symptômes qui peu à peu révèlent la tuberculose du cœcum. Je n'insiste pas sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite, que j'ai eu si souvent l'occasion de traiter devant vous.

En résumé, état douloureux de l'abdomen et diarrhée à longue portée, douleur à la pression dominant à la fosse iliaque droite, troubles gastro-intestinaux, tels sont les signes habituels de la première phase du tuberculome cœcal; pendant six mois, un an, et plus encore rien de précis n'apparaît, le patient peut conserver son appétit et ne pas maigrir mais « il a mal au côté droit du bas-ventre ». Parfois, cependant, survient un épisode intercurrent, la sténose de la valvule de Bauhin ou le rétrécissement de la cavité du cœcum déterminent des symptômes de constipation prolongée pouvant aller jusqu'aux symptômes de l'occlusion intestinale.

A un moment donné, on perçoit à l'exploration de la fosse iliaque droite un empatement, une induration, une tumeur. Parfois même la perception de la tumeur n'est possible que sous le chloroforme. Le siège de la tumeur, ses limites, ses caractères, tout semble indiquer qu'il s'agit d'une tumeur cœcale ou péri-cœcale. Il s'agit alors de faire un diagnostic pathogénique, ce qui est loin d'être facile. C'est ce diagnostic différentiel des *tumeurs de la fosse iliaque droite* que nous allons discuter, tout en nous confinant au diagnostic des tumeurs nées sur place sans nous occuper de tumeurs venues de régions voisines.

Afin d'être bien édifiés sur les difficultés du diagnostic, veuillez écouter d'abord l'observation suivante: un homme de quarante-sept ans, entre, le 28 décembre 1897, dans notre

salle Saint-Christophe, n° 7. Il vient, dit-il, pour une très grande faiblesse et pour une diarrhée qui date de deux ans. La faiblesse est telle qu'il ne peut faire cent mètres sans s'arrêter plusieurs fois. Il a quatre à cinq selles par jour; dès qu'il prend un aliment, surtout du lait, il éprouve aussitôt des besoins pressants et la diarrhée apparaît. Aussi a-t-il rationné son alimentation. Pendant longtemps, l'état général est resté assez bon, mais, depuis quelques mois, l'amaigrissement est apparu, et actuellement cet homme a l'apparence cachectique d'un tuberculeux avancé.

A plusieurs reprises, il a éprouvé des douleurs à la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné mais non douloureux. A l'examen de la fosse iliaque droite on perçoit une tumeur dure, non mobilisable, et allongée comme un gros boudin. On peut d'autant mieux l'explorer qu'on ne provoque ni douleur ni défense musculaire. Cette tumeur paraît appartenir au cœcum; elle est mate à la percussion, elle se prolonge en haut dans la direction du côlon; elle est nettement séparée de la paroi osseuse de la fosse iliaque avec laquelle elle n'a aucun rapport. A l'aîne droite existent quelques ganglions indolores.

Le malade n'a aucun symptôme ni aucun signe de tuberculose pulmonaire. Tous les appareils sont sains. La localisation et la forme de la tumeur, les troubles intestinaux qui n'ont pas cessé depuis le début de la maladie, l'amaigrissement progressif, tout fait croire à une tuberculose hypertrophique du cœcum. Les poumons étant indemnes, cet homme me paraît être dans de bonnes conditions pour une intervention chirurgicale et je prie M. Marion de vouloir bien se charger de l'opération.

L'opération est faite le 6 janvier. M. Marion pratique à la région iliaque droite une incision de 15 centimètres et la tumeur est mise à nu. J'éprouve aussitôt quelque étonnement; au lieu de la tumeur cœcale et irrégulière que j'attendais, nous sommes surpris d'apercevoir une tumeur d'apparence globuleuse, grisâtre, régulièrement lisse, sans bosselures ni encoches. Au toucher, la tumeur donne l'impression d'une poche renfermant un liquide sous pression.

Après avoir exploré les rapports de cette tumeur et après avoir constaté que le cœcum rejeté sur la gauche en est complètement indépendant, l'opérateur incise la tumeur, et aussitôt jaillit une grande quantité de liquide séro-purulent dans lequel nagent de nombreuses vésicules hydatiques de toute dimension. On peut évaluer à 1 litre environ le contenu de la tumeur qui n'était autre qu'un kyste hydatique suppuré.

En introduisant la main dans la poche pour la débarrasser des dernières vésicules, M. Marion constate que ce kyste s'est développé dans le muscle iliaque. C'est là un fait fort rare mais il mérite d'être signalé. L'opération se termine par la fixation des parois du kyste à la peau et un drain est laissé dans la poche. Les suites opératoires ont été fort simples, la cicatrisation était complète en trois semaines. Dès le lendemain de l'opération les troubles intestinaux avaient disparu, la diarrhée qui durait depuis deux ans ne revint plus, l'amélioration fut rapide et, six semaines plus tard, le malade quittait l'hôpital, ayant engraisé de 7 kilos. Voilà comment un *kyste hydatique* de la fosse iliaque droite développé dans le muscle iliaque peut simuler le tuberculome hypertrophique du cœcum.

Le cas que je viens de vous rapporter, pour si intéressant qu'il soit, est, en somme, une rareté, mais j'ai à vous parler maintenant de faits plus fréquents qui sont d'un grand enseignement.

En août 1898, je voyais en consultation, avec le D<sup>r</sup> Toledo, une jeune Cubaine atteinte depuis plusieurs mois de troubles intestinaux. La jeune fille se plaignait de douleurs abdominales principalement localisées à la fosse iliaque droite; à différentes reprises, deux fois notamment, les crises douloureuses, accompagnées de vomissements, avaient pris une notable intensité et avaient éveillé l'idée d'appendicite. La diarrhée était fréquente et dans l'intervalle des crises douloureuses, elle était même le symptôme dominant; on n'avait jamais constaté de mélœna. Les digestions étaient pénibles et l'alimentation était insuffisante. Quand je vis la