

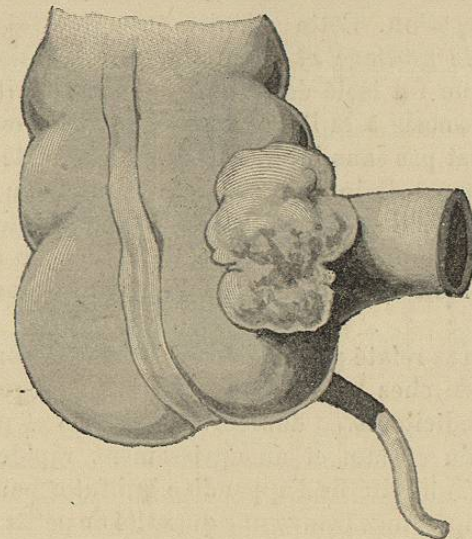
jeune fille, je la trouvai très pâle, très amaigrie et affaiblie. Elle n'avait pas de fièvre, mais elle gardait souvent le lit parce que la marche et les mouvements réveillaient volontiers les douleurs abdominales.

A l'exploration du ventre, qui était excavé et fort émacié, je constatai, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une noix; cette tumeur était indurée, mobile et très douloureuse; par sa situation, elle paraissait faire partie du cœcum. Le père de cette enfant était mort tuberculeux et, bien qu'elle ne présentât elle-même aucun signe de tuberculose pulmonaire, elle avait les apparences d'une petite phtisique. J'étais fort hésitant sur le diagnostic; j'éloignai néanmoins l'idée d'appendicite, je pensai à la possibilité d'une tuberculose chronique du cœcum, et je conseillai à la famille de faire appeler M. Gérard Marchant<sup>1</sup>.

Notre collègue examina la petite malade, discuta le diagnostic, parla de tuberculose cœcale et pratiqua l'opération dont voici le compte rendu, donné par lui, à la Société de chirurgie : « Le péritoine ouvert, le cœcum découvert, ce qui frappait, c'était l'existence, sur le cœcum, près de sa circonférence interne, dans le voisinage de l'abouchement de l'intestin grêle (c'est-à-dire là où l'anatomie normale révèle des ganglions), de deux masses ganglionnaires, dont l'une était plus volumineuse que l'autre, et juxtaposées. Un de ces ganglions présentait, près de sa surface, un point jaunâtre; nulle part d'adhérences, et je pus facilement énucléer ces ganglions sans intéresser les tuniques du cœcum. Bien que l'appendice parût sain, il fut réséqué. »

Ganglions et appendice ont été examinés dans mon laboratoire; l'appendice ne présentait aucune lésion; les ganglions étaient caséux. La planche ci-dessous représente cette *tumeur ganglionnaire pré-cœcale*. L'opération fut suivie d'une amélioration rapide, douleurs et diarrhée disparurent et, un an plus tard, on recevait les meilleures nouvelles de la santé de cette enfant.

1. Cette observation et les deux observations suivantes ont été rapportées par M. Gérard Marchant à la Société de chirurgie, séance du 24 janvier 1900.



Voici deux autres observations d'adénites pré-cœcales rapportées par M. Gérard Marchant : Le 14 novembre 1899, notre collègue opéra une jeune fille qui lui avait été confiée par le D<sup>r</sup> Forest de Faye. Cette jeune fille avait, tous les deux ou trois mois environ, dans la fosse iliaque droite, une douleur vive, sans fièvre, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures. Dans l'intervalle de ces petites crises, il n'y avait aucune souffrance.

La première grande crise eut lieu en juillet 1899, avec fièvre vive, vomissements qui durèrent quatre jours et douleur violente au lieu d'élection. Cette crise dura quinze jours et céda à la glace, à l'opium et à la diète absolue. Néanmoins, la malade garda toujours une sensation douloureuse à la fosse iliaque droite. La deuxième grande crise survint dans la nuit du 2 novembre avec nausées, lypothymies, angoisse extrême, mais sans fièvre. Dix jours plus tard, M. Marchant constata une tuméfaction bien nette dans la région cœcale; il crut à une appendicite, et, à l'opération, il fut surpris de trouver un appendice d'apparence normale; mais, à la face antérieure du cœcum, était un gros ganglion suppuré, ayant contracté avec le cœcum de telles adhérences qu'il fallut renon-

cer à l'extirpation. Cette adénite suppurée fut incisée et traitée par le grattage et la thermo-cautérisation; puis le foyer septique fut isolé de la grande cavité péritonéale par une suture cœcale à la lèvre interne de l'incision du péritoine. Il n'est pas sans intérêt de savoir que cette jeune fille avait une sœur atteinte de coxalgie et un frère phtisique. L'opération fut suivie de guérison. L'examen histologique de l'appendice démontra l'existence de folliculite des parois, fait banal, mais il n'y avait pas d'appendicite au sens vrai du mot.

Un autre cas relaté par M. Gérard Marchant concerne une petite malade chez laquelle on avait diagnostiqué une soi-disant appendicite, avec douleurs constantes et persistantes au niveau du cœcum et amaigrissement rapide. L'opération révéla l'intégrité de l'appendice qui fut cependant réséqué, mais l'opérateur trouva une quantité de petits ganglions, hyperplasiés, indurés, qui n'étaient pas seulement limités au cœcum et qui existaient sur le méso-appendice, sur le grand épiploon et sur le feuillet droit du mésentère. On ne toucha à aucun de ces ganglions; le ventre fut suturé et la malade se rétablit sous l'influence d'un traitement général.

Dans les considérations dont il fait suivre ces observations, M. Marchant pense, non sans raison, que ces adénopathies pré-cœcales peuvent être consécutives à des lésions préexistantes, tuberculeuses ou infectieuses, du cœcum ou de la valvule iléo-cœcale. C'est là un fait des plus intéressants que M. G. Marchant a le mérite d'avoir bien mis en relief. On peut même admettre, à mon sens, qu'il est des adénopathies pré-cœcales qui deviennent la lésion principale, alors que la lésion cœcale ou iléo-cœcale qui en est l'origine s'est immobilisée dans son évolution. L'histoire des adénopathies scrofulo-tuberculeuses cervicales et médiastines, nous fournit des exemples semblables. Il suffit, parfois, qu'un organe soit atteint d'une lésion tuberculeuse, en apparence insignifiante, pour qu'une explosion de tuberculose ganglionnaire atteigne les ganglions lymphatiques correspondants voisins ou éloignés. Certaines végétations adénoïdes, certaines lésions amygdaliennes que j'ai étudiées autrefois sous le nom

de tuberculose larvée des amygdales<sup>1</sup>, peuvent susciter des adénopathies scrofulo-tuberculeuses cervicales qui, par leur importance, attirent sur elles l'attention, tandis que la lésion génératrice s'immobilise dans son évolution ou passe presque inaperçue.

Mêmes réflexions me paraissent applicables à la forme de tuberculose cœcale que nous signalons. En étudiant la forme classique de la tuberculose chronique et hypertrophique du cœcum, nous avons vu qu'elle est toujours accompagnée d'adénopathies qui peuvent s'étendre au loin, bien que leur siège de prédilection soit la face antérieure du cœcum et l'angle iléo-cœcal. Or, à côté de la forme classique du tuberculome hypertrophique du cœcum qui se traduit par les symptômes que nous avons énumérés, il est permis de se demander s'il n'existe pas une tuberculose cœcale *atténuée* et comme *larvée*, se démasquant, non pas par les symptômes de la forme classique, mais par des adénopathies douloureuses, caséuses, suppurées de la fosse iliaque droite, atteignant surtout les ganglions de la face antérieure du cœcum et de l'angle iléo-cœcal.

Ces adénopathies, plus ou moins appréciables à la palpation, suivant qu'elles sont, ou non, agglomérées sous forme de tumeur, occupent la région cœco-appendiculaire, région qui est également commune aux lésions chroniques de l'appendicite et aux lésions du cœcum. De plus, ces adénopathies pré-cœcales empruntent aux organes du voisinage (péritoine et intestin), des symptômes qui rendent le diagnostic fort hésitant: elles sont accompagnées de douleurs permanentes ou paroxystiques un peu à la façon de certaines appendicites chroniques, elles suscitent des crises diarrhéiques qui font dévier l'attention sur l'intestin et elles forment à la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse à la façon du tuberculome hypertrophique du cœcum. En sorte que voilà trois genres de lésions: tuberculome cœcal, appendicite chronique et adénopathie pré-cœcale, qui occupent la même

1. Dieulafoy. Tuberculose larvée des trois amygdales. *Académie de médecine*, séance du 30 avril 1895.

région et qui ont des symptômes communs. Vous conviendrez que le diagnostic différentiel entre ces trois ordres de lésions est extrêmement difficile, et le plus souvent ce n'est qu'à l'opération qu'on peut préciser ce diagnostic. Ajoutons du reste que chez pareils malades, ce diagnostic différentiel n'a qu'une importance relative, car dans les trois hypothèses, l'intervention chirurgicale s'impose.

Il est un autre diagnostic différentiel dont je dois vous parler, c'est le diagnostic entre le tuberculome hypertrophique du cœcum et la tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle occupant la région iliaque droite. M. Bernay<sup>1</sup>, dans sa thèse, en étudiant les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle, classe ces sténoses en trois groupes, suivant que le rétrécissement de l'intestin tuberculeux est fibreux, cicatriciel et hypertrophique. Les rétrécissements tuberculeux, fibreux et cicatriciels occupent presque toujours les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle tandis que le rétrécissement tuberculeux hypertrophique se rencontre principalement dans le quart inférieur de cet intestin. Cette dernière forme est beaucoup plus rare, puisqu'elle n'existait que huit fois sur soixante-dix cas de rétrécissement tuberculeux; encore même, ne se propage-t-elle pas toujours au cœcum.

Un cas très net de cette tuberculose hypertrophique sténosante de l'iléon formant tumeur à la fosse iliaque droite a été publié par M. Tuffier<sup>2</sup>. Ce cas concerne une femme non tuberculeuse, non syphilitique, et atteinte depuis deux ans de coliques apparaissant quatre ou cinq heures après le repas et se terminant par des selles liquides sans trace de méléna. Bien que cette femme eut bon appétit, elle mangeait fort peu dans la crainte des douleurs intestinales, et elle avait maigri considérablement. A l'exploration de l'abdomen, on constate à la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une petite mandarine; cette tumeur n'est pas douloureuse, elle est

1. Bernay. *Thèse Lyon*, 1899.

2. Rétrécissement tuberculeux à forme hypertrophique de l'intestin grêle. *La Presse médicale*, 21 février 1900.

mobile et de consistance rénitente. On pose le diagnostic de tuberculose sténosante de l'intestin grêle, et M. Tuffier pratique l'opération.

Il s'agissait en effet d'une tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. On résèque 35 centimètres d'intestin, et quelques semaines plus tard, la malade était guérie et n'éprouvait plus les symptômes qui avaient nécessité l'opération. A l'examen de la pièce anatomique, on constata que la tuberculose était à la fois ulcéreuse, hypertrophique et sténosante; la sténose était le résultat d'une véritable entérite fongueuse. Les préparations histologiques démontraient une hypertrophie considérable des différentes couches de l'intestin, principalement de la sous-muqueuse. A la partie profonde de cette couche sous-muqueuse étaient de volumineux follicules tuberculeux avec cellules géantes et bacilles tuberculeux.

En somme, la *tuberculose hypertrophique de l'iléon* occupant la fosse iliaque droite, peut former une tumeur qui vous le voyez n'est pas sans analogie avec le tuberculome hypertrophique du cœcum.

Occupons-nous maintenant des tumeurs de la fosse iliaque droite consécutives à une *ancienne appendicite*. Je ne parle pas ici des collections purulentes, pérityphlite, abcès iliaque, qui font partie d'un processus appendiculaire aboutissant à la suppuration, je fais allusion à ces amas fibreux, à évolution lente et progressive, qui constituent un chapitre encore peu étudié de l'appendicite chronique.

Dans sa migration extra-appendiculaire, l'infection qui peut rester cantonnée à la fosse iliaque droite n'aboutit pas toujours, je le répète, à la formation de pus (pérityphlite suppurée); elle aboutit parfois à la formation de fausses membranes et d'adhérences exubérantes qui prennent l'aspect et la consistance de tissu fibreux et lardacé. Ce processus peut gagner le mésentère et s'étaler au loin<sup>1</sup>. « Des tractus fibreux, durs, résistants, irrégulièrement distribués,

1. Karewski. *Soc. de médecine berlinoise*, 25 juin 1902.

rattachent l'appendice aux organes voisins, cœcum, iléon, mésentère, péritoine iliaque<sup>1</sup>.» Des adhérences épaisses peuvent couder la terminaison de l'intestin grêle à son abouchement dans le cœcum et comprimer la valvule iléo-cœcale. Parfois le cœcum enserré dans le tissu inflammatoire, est méconnaissable, la portion du gros intestin étant remplacée par une masse conjonctive et fibreuse où se fondent l'iléon et le côlon ascendant<sup>2</sup>. A la palpation de la fosse iliaque droite on a parfois la sensation d'une tumeur péri-cœcale ou iléo-cœcale.

Ce processus fibroïde extra-appendiculaire est lent dans son évolution et ses symptômes rappellent beaucoup ceux du tuberculome hypertrophique du cœcum. Le malade se plaint de pesanteur, de tiraillements, de douleurs à la fosse iliaque droite. Ces douleurs consistent en un simple endolorissement ou éclatent sous forme de crises aiguës qui rappellent un peu l'appendicite et qui peuvent n'être dues qu'à des brides et à des adhérences. Ici comme ailleurs (péricholécystite fibreuse) les adhérences peuvent être l'origine de crises extrêmement douloureuses. On constate des troubles gastriques et intestinaux : dyspepsie, anorexie, vomissements. La diarrhée est fréquente; la constipation peut être opiniâtre et accompagnée de symptômes d'occlusion intestinale. Le malade maigrit. A l'inspection de la fosse iliaque droite, on constate profondément une induration, une tumeur douloureuse.

Cette tumeur a le siège et les attributs des tumeurs cœcales ou péri-cœcales. Si le début de la maladie a été nettement caractérisé par une ou plusieurs crises d'appendicite, on pense avec raison aux lésions chroniques de l'appendicite et le diagnostic est fait. Mais si ce guide fait défaut, on n'arrive qu'à un diagnostic approximatif, on pense au tuberculome cœcal, au cancer du cœcum et on conseille en tout

1. Tuffier et Marchand. Les lésions appendiculaires dans les autopsies banales. *La Presse médicale*, 10 septembre 1902.

2. Gérard Marchant et Demoulin. Tumeurs et rétrécissements inflammatoires de la région pylorique de l'estomac et du segment iléo-cœcal de l'intestin. *Revue de gynécol. et de chirur. abdominale*, septembre 1899.

cas l'opération. Le chirurgien, arrivé sur la tumeur, constate des lésions variées : masse informe dans laquelle se fusionnent l'iléon et le côlon ascendant, coudure de l'iléon à son entrée dans le cœcum, rétrécissement de la valvule iléo-cœcale, infiltration hypertrophique des parois intestinales, magma caséux, collection purulente, brides, adhérences, gros ganglions, ancienne appendicite. L'opération est souvent suivie de succès. Voilà comment des lésions fibroïdes chroniques consécutives à l'appendicite peuvent former une tumeur à la fosse iliaque droite. Je ne reproduis pas ici les cas qui ont été publiés (Tuffier, Demoulin) plusieurs sont réunis dans le travail de MM. G. Marchant et Demoulin.

Outre les tumeurs cœcales, iléo-cœcales et péri-cœcales que nous avons étudiées jusqu'ici, tumeurs qui sont dues au tuberculome hypertrophique du cœcum et de l'iléon, aux adénopathies pré-cœcales et aux lésions fibroïdes chroniques suite d'appendicite, il est d'autres tumeurs de la fosse iliaque droite, beaucoup plus rares il est vrai, dont la cause nous échappe; on ne trouve ici ni tuberculose, ni appendicite, et faute de mieux la tumeur iléo-cœcale est dite « purement inflammatoire ». Dans cet ordre d'idées, MM. Marchant et Demoulin dans leur publication citent les cas de Hartmann, de Boiffin, de Julliard; mais certains de ces cas laissent quelque doute sur leur origine « purement inflammatoire ». Ainsi, dans le cas de Boiffin, l'examen de la tumeur n'a pas été fait; rien ne dit alors qu'il ne s'agissait pas là de tuberculome. Dans le cas de Julliard « l'appendice était déformé et presque méconnaissable », ce qui peut laisser supposer que la tumeur dite inflammatoire avait pour origine une infection appendiculaire.

M. Marchant a cité un cas probant de ces tumeurs dites inflammatoires. Il s'agit d'une tumeur latérale du cœcum qui avait le volume d'une noix verte; l'appendice était sain. L'examen histologique démontra que ce n'était ni un néoplasme, ni de la tuberculose, ni du lymphadénome, mais simplement un épaississement inflammatoire comblant la tunique sous-muqueuse.

M. Schwartz a communiqué le cas suivant<sup>1</sup> : Une jeune femme était atteinte d'une tumeur de la fosse iliaque droite. Cette tumeur, depuis longtemps douloureuse, était dure et relativement mobile. L'opération est pratiquée et on enlève une tumeur qui a le volume du poing et qui est constituée par le cœcum et par la portion terminale de l'iléon. En incisant avec des ciseaux la pièce anatomique on est frappé de la résistance des tissus; le cœcum est tellement hypertrophié que sa paroi mesure 2 à 3 centimètres; la valvule iléo-cœcale est épaissie, mais non rétrécie; la muqueuse est partout normale sans trace d'ulcération. Cette tumeur n'était, paraît-il, ni tuberculeuse, ni cancéreuse, ni d'origine appendiculaire. Dans quelle catégorie la classer? L'examen histologique fait par M. Cornil démontra une hypertrophie considérable de la musculature de l'intestin.

L'*actinomyose* appendiculaire et appendiculo-cœcale peut déterminer à la fosse iliaque droite une tumeur dont je vais vous parler. J'ai eu l'occasion d'en observer récemment un cas avec MM. Vidal et Segond. Il s'agit d'un malade qui depuis un an avait de loin en loin des crises très douloureuses rappelant un peu l'appendicite à répétition. Les crises débutaient par une pneumatose gastro-intestinale des plus pénibles avec tympanisme et constipation opiniâtre. Les douleurs bien que généralisées à tout le ventre, se fixaient de préférence à la région iliaque droite. Malgré la vivacité de ces douleurs, il n'y avait ni vomissements ni fièvre. La crise durait quelques jours, et se terminait sans laisser après elle aucun reliquat, aucun endolorissement de la région cœco-appendiculaire. Dans l'intervalle de ces épisodes aigus la santé restait bonne.

Bien que ces crises douloureuses principalement localisées à la fosse iliaque droite ne fussent pas sans analogie avec l'appendicite, elles en différaient néanmoins par plusieurs côtés. Ainsi il n'est pas d'usage que l'appendicite s'annonce

1. Schwartz. *Congrès de médecine de Paris*, 1900. Section de chirurgie générale, p. 693.

par une pneumatose intense gastro-intestinale; de plus, on ne voit guère une violente crise d'appendicite n'être accompagnée ni de fièvre ni de vomissements; enfin des crises très intenses d'appendicite laissent après elles, pendant quelque temps, un endolorissement de la fosse iliaque droite facile à réveiller par la pression. Or, rien de tout cela n'existait chez notre malade, aussi n'étais-je pas disposé à admettre chez lui l'appendicite. J'avais pensé à des crises de typhocolite, mais ce diagnostic devait être abandonné, car, en pareil cas, ces crises sont suivies de l'expulsion de mucosités, de membranes, de sable intestinal. Dès lors, on pouvait se livrer à toutes les hypothèses et penser à une adénite précœcale, à un début de tuberculome ou de cancer; j'avoue que je n'avais pas songé à l'*actinomyose*.

Cependant une tumeur, s'était formée à la région iléo-cœcale. Cette tumeur dure, allongée, mobile et sensible à la pression, n'éclairait pas le diagnostic; on aurait dit un cancer. L'état général restait bon; toutefois l'intervention chirurgicale s'imposait, et d'un commun accord l'opération fut décidée. Elle fut pratiquée par M. Segond, qui enleva un appendice énorme entouré de membranes et d'adhérences sans la moindre suppuration, sans trace de péritonite. Les parois de l'appendice étaient très épaisses dures et comme lardacées, la muqueuse était saine; pareille lésion ne méritait pas le nom d'appendicite au vrai sens du mot; c'était de l'*actinomyose* appendiculaire, ainsi que le constata M. Vidal à l'examen histologique.

Cette *actinomyose* appendiculaire ou appendiculo-cœcale a été bien étudiée ces derniers temps<sup>1</sup>, notamment dans le *Traité* de MM. Poncet et Bérard. Dans une première phase, qui dure une ou deux années, cette localisation *actinomyosique* rappelle assez bien les symptômes de l'appendicite à répétition; le malade a des douleurs continues ou paroxys-

1. Poncet et Bérard. *Traité clinique de l'actinomyose humaine*, 1898, p. 274. — Ninglais, *Actinomyose appendiculo-cœcale*, *Thèse de Lyon*, 1897. — Lebreton, *De l'actinomyose dans le département de la Seine*, *Thèse de Paris*, 1902. — Thévenot, *Actinomyose appendiculaire*, *Gazette des hôpitaux*, 12 août 1902.