

tiques qui se localisent surtout à la fosse iliaque droite, il a des crises de tympanisme gastro-intestinal, de la constipation, plus souvent de la diarrhée, parfois des selles sanguinolentes et du ténésme. Plus tard, on commence à sentir à la région cœco-appendiculaire une tuméfaction ligneuse, une induration donnant la sensation d'un fibrome profond à contours mal limités. Pendant des mois, cet état peut rester stationnaire, mais vient un moment où l'actinomycose prend contact avec le péritoine, avec la paroi qu'elle infiltre à la façon d'un plastron, et alors survient la phase de ramollissement, d'ulcération et de fistules.

Il faut convenir qu'aux premières phases de la maladie, le diagnostic est des plus difficiles; on n'a pour se guider que deux symptômes cardinaux, la localisation des douleurs et plus tard l'apparition de la tumeur; on pense alors à des lésions appendiculaires chroniques ou à un début de tuberculome cœcal, ou à autre chose, mais rien encore ne permet d'affirmer l'existence de l'actinomycose. Peut-être au cas de diarrhée chronique pourra-t-on constater le parasite dans les selles.

Terminons cette étude de diagnostic différentiel par le diagnostic du tuberculome du cœcum et du cancer iléo-cœcal. La première phase du cancer du cœcum est généralement assez lente; elle est annoncée par quelques symptômes tels que douleurs à la fosse iliaque droite, diarrhée ou constipation, hémorragies intestinales, méléna, troubles dyspeptiques, anorexie, amaigrissement, symptômes communs, ou peu s'en faut, au tuberculome et au cancer du cœcum. Jusque-là pas moyen d'affirmer le diagnostic. A un moment donné une induration profonde, une tumeur se développe à la région cœcale. Cette tumeur n'est pas toujours facile à sentir et on gagne à faire l'exploration sous le chloroforme, ce qui supprime la douleur et la tension musculaire.

La tumeur est fort variable de forme et de dimensions; elle est arrondie ou allongée, irrégulière, mobile ou immobilisée par des adhérences. Parfois les ganglions inguinaux sont hypertrophiés. Dans quelques cas surviennent des signes

d'occlusion intestinale. Rien encore ne permet (le plus souvent du moins) d'affirmer le tuberculome ou le cancer. Cependant l'évolution plus rapide de la maladie et la cachexie plus précoce sont en faveur du cancer; par contre un séro-diagnostic positif permettrait de conclure au tuberculome.

Et maintenant, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les tumeurs de la fosse iliaque droite, tuberculome hypertrophique du cœcum, tuberculome hypertrophique de l'iléon, cancer iléo-cœcal, adénopathies pré-cœcales, tumeurs iléo-cœcales dites inflammatoires, lésions fibroïdes consécutives à l'appendicite, actinomycose appendiculo-cœcale, etc., nous voyons que ce diagnostic différentiel est souvent entouré de très grandes difficultés.

Il est possible néanmoins dans quelques cas d'arriver au diagnostic, surtout quand on peut, par un examen approfondi ou par des renseignements précis, remonter au début de la maladie et en reconstituer l'évolution. Tel individu, par exemple, a eu il y a six mois, un an, et plus encore, un ensemble de symptômes qui ne laisse aucun doute sur une crise d'appendicite. Depuis cette crise d'appendicite, l'attention de votre malade a été appelée vers la fosse iliaque droite, il y porte la main, il y éprouve une sensation de gêne et de tiraillements, il est habituellement constipé; parfois ont apparus des crises de douleurs intestinales généralisées, qui ont pu faire croire à tort à une entéro-colite; ou bien sont survenus des troubles dyspeptiques<sup>1</sup> (dyspepsie appendiculaire) qui ont appelé indûment sur l'estomac toute l'attention, ou bien encore ce sont des troubles cardiaques, ainsi que je l'ai constaté (cœur appendiculaire), qui ont pu faire dévier le diagnostic en portant toute l'attention sur le cœur. En réalité, c'est de la lésion appendiculaire chronique que vient tout le mal avec ses réflexes multiples. Peu à peu les lésions fibroïdes extra-appendiculaires ont gagné du terrain, des adhérences épaisses et des amas inflammatoires

1. Longuet. La dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical. *La Semaine médicale*, 4 juin 1902.

se sont formés, les douleurs sont devenues permanentes, le malade a maigri, et à l'examen, surtout sous le chloroforme, on constate une induration, une tumeur sur la nature de laquelle il faut se prononcer. Une séméiologie bien conduite peut arriver à reconstituer l'entrée en scène et l'évolution de la maladie, il s'agit d'appendicite chronique; l'opération supprime tous les accidents.

Voici un autre individu chez lequel le mal a également débuté par la fosse iliaque droite, mais nous ne trouvons pas ici, comme entrée en scène, un ensemble de symptômes qui permette de penser à une appendicite. Les douleurs ont été irrégulières ou tardives dans leur apparition, il y a eu des alternatives de diarrhée et de constipation, les déjections ont été souvent sanguinolentes, l'amaigrissement a été précoce, la tumeur de la fosse iliaque s'est accrue rapidement, des ganglions ont apparu à la région inguinale, le séro-diagnostic est négatif, tout permet de diagnostiquer le cancer.

Chez un troisième malade, la diarrhée et les douleurs ont été dès le début les troubles dominants, mais l'évolution de la maladie a été plus lente que dans le cas précédent, la perte de l'appétit a été moins précoce, l'amaigrissement a été beaucoup moins rapide, l'accroissement de la tumeur iliaque s'est fait plus lentement, le séro-diagnostic a été positif, il s'agit d'un tuberculome hypertrophique du cœcum.

Quant au diagnostic différentiel des autres variétés de tumeurs de la fosse iliaque droite, adénite pré-cœcale, tumeurs dites inflammatoires, actinomyose appendiculo-cœcale, etc., il n'est souvent possible de l'établir qu'au moment de l'opération.

Le pronostic du tuberculome hypertrophique du cœcum s'est complètement modifié depuis quelques années. Autrefois un individu atteint de cette tuberculose cœcale était considéré comme atteint d'une maladie mortelle; aujourd'hui, il est considéré comme atteint d'une maladie opérable et souvent curable. Toutefois, la guérison ne peut être obtenue qu'à certaines conditions. Il est nécessaire d'opérer en

temps voulu, il ne faut pas attendre que le sujet soit déjà cachectisé; aussi, dès que la maladie est reconnue ou même soupçonnée, sachons ne pas perdre un temps précieux: il faut agir. La coexistence de la tuberculose pulmonaire aggrave d'autant plus le pronostic que cette complication est une contre-indication opératoire; mais n'oublions pas que la tuberculose pulmonaire est rarement la source de la tuberculose du cœcum, elle en est quelquefois la conséquence, ce qui est une raison de plus pour ne pas différer outre mesure l'intervention chirurgicale. Faite en temps opportun, l'opération donne de nombreux succès; le cas de notre femme en est un remarquable exemple.