

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 est infiniment rare. C'est également l'opinion de Letulle, dont la compétence est si grande en la matière. 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 de voisinage (fausses membranes, adhérences, abcès, adénopathies), mais elles ne sont pas capables d'infecter et d'intoxiquer l'économie à l'égal du foyer de l'appendicite, qui, lui, est un foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale. Ce qui est certain, c'est que les malades atteints de tuberculome hypertrophique du cæcum ne succombent pas à l'appendicite; le pronostic en est allégé d'autant.

**Faits cliniques.** — Voici quelques observations de tuberculome hypertrophique du cæcum.

Il y a deux ans, je reçois à l'Hôtel-Dieu une femme de 59 ans atteinte depuis dix-huit mois de diarrhée chronique et de vives douleurs abdominales, surtout à la région iliaque droite. Depuis le début de la maladie, 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 membranés.

Les douleurs sont extrêmement vives, elles sont continues ou paroxystiques et nous ne constatons dans l'apparition de ces douleurs aucune périodicité en rapport avec les heures qui suivent le moment des repas et qui puisse nous guider sur la localisation d'une lésion intestinale. Elles ont pour siège de prédilection la fosse iliaque droite.

rables de l'appendice; pas de cavité close; aucun symptôme d'appendicite. *La Presse médicale*, 14 novembre 1898.

Malgré la durée de la maladie, cette femme n'a pas trop mauvaise mine; néanmoins, elle se sent gravement atteinte et depuis deux mois 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. Étant donnés ces signes et cette localisation, nous ne voyons que le cæcum qui puisse être mis en cause; tout indique que cette tumeur est d'origine cæcale ou péricæcale, 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.

Je m'arrêtai ici au diagnostic de tuberculome hypertrophique du cæcum, 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. De plus, le séro-diagnostic de la tuberculose fut positif et vint confirmer le diagnostic clinique. Les poumons étaient indemnes, il s'agissait donc de tuberculome cæcal primitif.

Dans ces conditions, l'opération me parut absolument indiquée et je priai Legueu de vouloir bien s'en charger.

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 cæcum, qui forme une volumi-

neuse tumeur, mais le cæcum n'est pas seul en cause et Legueu constate que l'induration et l'épaississement des parois intestinales se poursuivent sur le colon ascendant et sur l'angle du colon transverse. 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 colon.

L'intestin grêle est sectionné en avant du cæcum, puis, *tout l'intestin reconnu malade, épaissi et induré* (cæcum, colon ascendant et angle du colon), est séparé de son méso. L'intestin malade est séparé du colon transverse, et les deux orifices de section provenant de l'intestin grêle (bout supérieur) et du colon 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. On pratique un surjet au catgut sur le bord libre du méso, de manière à adosser à eux-mêmes les deux feuillets qui le composent. Puis on termine par la suture de la paroi abdominale avec maintien d'un seul drain.

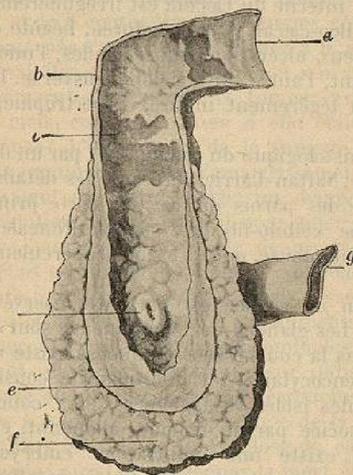
Au troisième jour, la malade va à la selle; on commence à l'alimenter avec du lait et des bouillons, le drain est retiré. A dater du huitième jour, les progrès sont rapides.

Cinq semaines après l'opération, cette femme est 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.

Huit mois plus tard, cette femme est revenue nous voir à l'Hôtel-Dieu; les élèves qui l'avaient vue lors de sa maladie 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 lésion avait été enlevée dans son entier; il

lui manquait le cæcum, la valvule iléo-cæcale, le colon ascendant, une partie du colon transverse, et cependant les digestions étaient aussi régulières qu'avec un intestin normal.

Aussitôt après l'opération, nous avons examiné la pièce anatomique. La partie enlevée par Legueu comprend la fin de l'iléon, le cæcum, le colon ascendant, l'angle du colon et un fragment du colon 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 pas lui qui a été le point de départ de la tuberculose cæcale.

Le cæcum 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 *cæsœux*.

Après ouverture de la pièce anatomique, nous constatons les détails suivants : les parois du cæcum sont dures et fibroïdes; elles ont 2 centimètres et demi d'épaisseur en bas, *c*, 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 5 millimètres et demi. Partie du fond du cæcum, où elle atteint son maximum, la lésion diminue à mesure qu'elle s'étend au côlon. La cavité du cæcum est rétrécie par l'épaisseur des parois; c'est une hypertrophie concentrique.

La surface interne du cæcum est irrégulièrement vallonée. La vulve iléo-cæcale, *a*, est indurée, béante et rétrécie. On constate deux ulcérations superficielles, l'une, *c*, sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon transverse. L'appendice iléo-cæcal est légèrement induré, hypertrophié, mais non déformé.

L'examen histologique du cæcum, fait par un de nos chefs de laboratoire, Nattan-Larrier, présente les détails suivants : l'hypertrophie des parois du cæcum porte principalement sur la couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, et sur la couche sous-muqueuse, où les lésions tuberculeuses sont au maximum.

L'épithélium de surface est partout conservé sans trace d'ulcération. Les glandes de la muqueuse sont très hypertrophiées. Dans la couche sous-muqueuse 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. 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.

Voici un autre cas de tuberculome hypertrophique du

cæcum, que nous avons eu en 1896, dans le service de la clinique, et dont l'observation fort complète a été publiée par mes élèves Caussade et Charrier<sup>1</sup>. Le malade dont il s'agit, atteint de diarrhée continuelle et ne pouvant supporter aucun aliment, 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 fort 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.

Il nous parut évident que la tumeur avait pour siège le cæcum; 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 cæcal; 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 cæcum 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 avions un autre argument en faveur de la tuberculose du cæcum : notre homme était atteint de tuberculose pulmonaire. Toutefois, la tuberculose pulmo-

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