

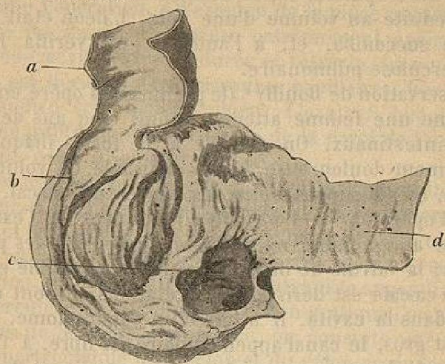
naire n'avait pas été chez lui la première en date; elle était consécutive à la tuberculose du cæcum. En effet, le malade avait été examiné plusieurs fois, depuis trois ans, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et ses poumons avaient toujours été trouvés indemnes.

Lors d'une première consultation, il y a deux ans et demi, on le soigna pour des troubles intestinaux, mais on ne trouva rien aux poumons; sa maladie s'accroissant, il demanda de nouveaux conseils un an plus tard, et cette fois encore on constata la prédominance des symptômes intestinaux sans aucun indice de tuberculose pulmonaire. Enfin il fit l'année suivante un séjour de trois mois à l'hôpital et il arriva chez nous dans les conditions que j'ai relatées plus haut. Nous avons donc fait le diagnostic de tuberculose hypertrophique du cæcum avec tuberculose pulmonaire secondaire.

Si cet homme était venu nous trouver plus tôt, avant la complication pulmonaire et avant la période cachectique, je n'aurais pas hésité à le faire opérer, et l'opération eût été probablement, comme chez notre femme, suivie de succès. Mais, dans l'état actuel, il n'y avait pas à songer à une intervention chirurgicale. On essaya vainement d'alimenter le malade; il succomba six semaines après son arrivée dans le service.

Voici les résultats de l'autopsie: Il s'agissait bien, en effet, d'une tuberculose hypertrophique du cæcum; tumeur bosselée, du volume d'une orange, et simulant au premier abord un lymphosarcome. La tumeur cæcale était accrue par un manchon scléro-lipomateux. Débarrassées de cette enveloppe, les parois du cæcum, *b*, ainsi qu'on le voit sur la planche suivante, sont très hypertrophiées, elles sont fibroïdes et lardacées. La lésion est absolument cantonnée au cæcum; l'iléon, *d*, et le côlon, *a*, n'y prennent aucune part. La délimitation de la lésion cæcale est aussi nette à l'intérieur qu'à l'extérieur; une large ulcération, *c*, d'aspect caséeux, a détruit la valvule de Bauhin et occupe le fond de la cavité cæcale. Ailleurs, la surface interne du cæcum

est tomenteuse, hérissée de plis formant des brides, des piliers, des colonnes.



Les ganglions sont peu nombreux. L'appendice, quoique épaissi et baignant dans l'atmosphère péri-cæcale scléro-adipeuse, a conservé son calibre normal. Sur les préparations histologiques du cæcum on trouve des bacilles de Koch en abondance.

Marion m'a fait part du cas suivant: un homme jeune non tuberculeux 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 à la fosse iliaque droite, se contractaient à la façon de crampes douloureuses 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 pratiquée. On croyait d'abord n'avoir à réséquer que le cæcum, et il fallut enlever le cæcum, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse. A l'examen de la pièce anatomique, on trouva un tuberculome hypertrophique du cæcum, du côlon ascen-

dant et d'une partie du côlon transverse. La valvule iléo-cæcale était épaisse, rigide et indurée. La cavité du cæcum 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 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-cæcal. On pratique l'opération et l'on enlève la tumeur. A l'examen de la pièce anatomique, on constate l'épaisseur des parois du cæcum; la valvule de Bauhin est méconnaissable et la muqueuse cæcale est hérissée de végétations qui font une forte saillie dans la cavité. Il s'agit d'un tuberculome. L'appendice est gros, le canal appendiculaire est libre. A l'angle de l'iléon et du cæcum 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 cæcale, 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 l'on conclut à la tuberculose. L'opération est pratiquée. A l'examen de la pièce anatomique, la tumeur cæcale a 10 centimètres de long. La valvule de Bauhin est très rétrécie. La muqueuse du cæcum 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

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

2. Thèse de Benoit. *Tuberculose chronique de la région iléo-cæcale*. Paris, 1893.

des selles souvent sanguinolentes. On constate une tumeur à la fosse iliaque droite et l'on pense à un cancer du cæcum. On pratique l'opération. A l'examen de la pièce anatomique, on trouve les parois du cæcum extrêmement épaissies. La valvule iléo-cæcale est très indurée 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 cæcale une tumeur ovoïde, assez mobile et sensible à la pression. On diagnostique une pérityphlite appendiculaire avec tuberculose cæcale probable et l'on pratique l'opération. A l'examen de la pièce anatomique, on constate une tuberculose hypertrophique du cæcum et du côlon ascendant. Les parois sont très épaissies, 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 Broca concerne un enfant de douze ans. On dut réséquer 20 centimètres de l'intestin, côlon, cæcum 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 Pilliet démontra l'existence d'une tuberculose hypertrophique et végétante.

J'arrête là mes citations, elles vont faciliter la description de la maladie qui fait l'objet de ce chapitre.

Description. — Le début du tuberculome hypertrophique du cæcum est habituellement lent et insidieux. Le malade se plaint de douleurs abdominales avec alternative de diarrhée et de constipation. Les douleurs, parfois très vives, peuvent affecter la forme de coliques et prédominent à la

fosse iliaque droite. La diarrhée est tantôt intermittente, tantôt aussi tenace que celle de l'entérite tuberculeuse vulgaire; elle est rarement sanguinolente, contrairement à ce qu'on observe dans la tuberculose banale ulcéreuse de l'intestin. Pendant cette première période le malade maigrit peu.

La *période d'état*, pendant laquelle les lésions évoluent et se constituent définitivement, a une durée qui varie de quelques mois à plusieurs années. Pendant cette période, les symptômes sont à peu près invariables: troubles intestinaux, douleurs prédominantes à la fosse iliaque droite, diarrhée, constipation, vomissements, amaigrissement. Avant d'examiner le malade, il est utile de le purger. L'exploration du ventre permet de constater une sensibilité prédominante à la fosse iliaque droite; on perçoit dans cette région une induration, une masse, un gâteau, une tumeur du volume d'une noix à une orange. Tantôt l'induration paraît diffuse, inégale, bosselée, tantôt c'est une tumeur assez nettement circonscrite, mobile en tous sens ou mobile dans le sens transversal, ou immobilisée par des adhérences aux tissus de la fosse iliaque et à la paroi abdominale. Les ganglions de l'aîne droite sont souvent volumineux. Parfois, un ou plusieurs trajets fistuleux viennent s'ouvrir à la peau de la région iliaque.

Que nous apprend l'examen général du malade? Chez la femme, le toucher vaginal permet de constater l'intégrité des organes pelviens. Les poumons sont habituellement sains; on n'a signalé la tuberculose pulmonaire que *cinq fois sur trente cas* (Benoît); encore même les signes de tuberculose pulmonaire étaient-ils parfois assez discrets. La fièvre est généralement nulle ou ne survient que dans quelques complications aiguës. L'appendicite est une complication qui ne se voit pour ainsi dire jamais; je n'en ai pas trouvé un seul cas. La gravité du pronostic ne vient pas seulement du tuberculome cæcal, il est singulièrement aggravé par la tuberculose pulmonaire, primitive ou secondaire, quand elle existe

Diagnostic. — Faire le diagnostic du tuberculome hypertrophique du cæcum, c'est entreprendre le *diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite*. On comprend toute l'importance de cette étude. Pendant la première phase de la maladie, alors qu'il n'y a pas encore tumeur, le diagnostic est extrêmement difficile, car il ne repose que sur deux symptômes, les douleurs et la diarrhée, symptômes communs à un grand nombre de lésions de cette région. Plus tard, quand une tumeur est formée à la fosse iliaque droite, le diagnostic ne gagne pas beaucoup en simplicité, puisque des tumeurs de toute nature peuvent occuper cette région. Néanmoins, discutons le diagnostic en ayant soin de nous confiner au diagnostic des tumeurs nées sur place, sans nous occuper de tumeurs venues des régions voisines.

1° *Adénopathies de la fosse iliaque droite.* — En août 1898, je voyais, avec Toledo, une jeune Cubaine atteinte depuis plusieurs mois de troubles intestinaux. La jeune fille se plaignait de douleurs abdominales principalement à la fosse iliaque droite; à différentes reprises, 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 mélena. Les digestions étaient pénibles et l'alimentation était insuffisante. Quand je vis la jeune fille, je la trouvai très amaigrie. 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 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 cæcum. 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 phthisique. J'étais fort hésitant sur le diagnostic; j'éloignai néanmoins l'idée d'appendicite, je pensai à la possibilité