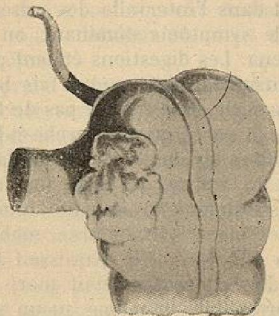


d'un tuberculome hypertrophique du cæcum, et je conseillai à la famille de faire appeler Gérard Marchant¹.

Notre collègue examina la malade, parla de tuberculose cæcale et pratiqua l'opération dont voici le compte rendu, donné par lui, à la Société de chirurgie : « Le péritoine ouvert, le cæcum découvert, ce qui frappait, c'était l'existence, sur le cæcum, 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 cæcum. 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-cæcale*. L'opération fut suivie d'une amélioration rapide, douleurs et diarrhée disparurent et, cinq ans plus tard, je viens de revoir la jeune fille en bonne santé.



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

Voici deux autres observations d'*adénites pré-cæcales* rapportées par Gérard Marchant : Le 14 novembre 1899, notre collègue opéra une jeune fille qui avait, tous les deux ou trois mois, dans la fosse iliaque droite, une douleur vive, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures. 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, Marchant constata une tuméfaction bien nette dans la région cæcale; 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 cæcum, était un gros ganglion suppuré, ayant contracté avec le cæcum de telles adhérences qu'il fallut renoncer 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 cæcale 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 phthisique. L'opération fut suivie de guérison. L'examen histologique de l'appendice démontra une folliculite des parois, il n'y avait pas d'appendicite.

Un autre cas relaté par Gérard Marchant concerne une petite malade chez laquelle on avait diagnostiqué une soi-disant appendicite, avec douleurs constantes et persistantes au niveau du cæcum 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 cæcum 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, Marchant pense, non sans raison, que ces adénopathies pré-cæcales peuvent être consécutives à des lésions préexistantes, tuberculeuses ou infectieuses, du cæcum ou de la valvule iléo-cæcale. C'est là un fait des plus intéressants qu'il a le mérite d'avoir bien mis en relief. On peut même admettre, à mon sens, qu'il est des adénopathies pré-cæcales qui deviennent la lésion dominante, alors que la lésion cæcale ou iléo-cæcale 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 amygdales¹, 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 cæcale qui nous occupe en ce moment. En étudiant la forme classique du tuberculome chronique et hypertrophique du cæcum, 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 cæcum et l'angle iléo-cæcal. Or, à côté de la forme classique du tuberculome hypertrophique du cæcum qui se traduit par les symptômes que nous avons énumérés dans le courant de ce chapitre, il est permis de se demander

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

s'il n'existe pas une tuberculose cæcale ou iléo-cæcale *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 cæcum et de l'angle iléo-cæcal.

Ces adénopathies, plus ou moins appréciables à la palpation, suivant qu'elles sont, ou non, agglomérées sous forme de *tumeur*, occupent la région cæco-appendiculaire, région qui est également commune aux lésions chroniques de l'appendicite et aux lésions du cæcum. De plus, ces adénopathies pré-cæcales 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 cæcum. En sorte que voilà trois genres de lésions: tuberculome cæcal, appendicite chronique et adénopathie pré-cæcale, qui occupent la même région et qui ont des symptômes communs. On conviendra 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.

2^e *Tuberculose hypertrophique de l'iléon*. — Il est un autre diagnostic différentiel dont je dois parler, c'est le diagnostic entre le tuberculome hypertrophique du cæcum et la tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle occupant la région iliaque droite. Bernay¹, en étudiant les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle, classe ces sténoses en trois groupes, suivant que le rétrécissement de l'intestin tuber-

1. Bernay. Thèse, Lyon, 1899.

culeux 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 cæcum.

Un cas très net de cette tuberculose hypertrophique sténosante de l'iléon formant tumeur à la fosse iliaque droite a été publié par Tuffier¹. Ce cas concerne une femme non poitrinaire, 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 mæna. Bien que cette femme eût bon appétit, elle mangeait fort peu, dans la crainte des douleurs intestinales, et elle avait maigri considérablement. A l'exploration de l'abdomen, on constatait à la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une petite mandarine; cette tumeur n'était pas douloureuse, elle était mobile et de consistance rénitente. On posa le diagnostic de tuberculose sténosante de l'intestin grêle, et Tuffier pratiqua 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.

1. *La Presse médicale*, 21 février 1900.

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

5° *Appendicite chronique*. — 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 fibroïdes, à évolution lente et progressive, et à ces tumeurs d'aspect néoplasique, qui constituent un chapitre encore peu étudié de l'appendicite chronique.

Dans sa migration extra-appendiculaire, l'infection peut rester cantonnée à la fosse iliaque droite et elle n'aboutit pas toujours, je le répète, à la formation de pus (pérityphlite suppurée); elle aboutit parfois à la formation d'une tumeur inflammatoire, à la production de fausses membranes et d'adhérences exubérantes qui prennent l'aspect et la consistance de tissu fibroïde et lardacé. Ce processus peut gagner le mésentère et s'étaler au loin¹. « Des tractus fibreux, durs, résistants, irrégulièrement distribués, rattachent l'appendice aux organes voisins, cæcum, iléon, mésentère, péritoine iliaque². » Des adhérences épaisses peuvent couder la terminaison de l'intestin grêle à son abouchement dans le cæcum et comprimer la valvule iléo-cæcale. Parfois le cæcum, 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 ascendant³. A la palpation de la fosse iliaque droite, on a parfois la sensation d'une *tumeur* péri-cæcale ou iléo-cæcale.

Ce processus extra-appendiculaire est lent dans son évolution et les symptômes rappellent beaucoup ceux du tuber-

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

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

3. Gérard Marchant et Demoulin. Tumeurs et rétrécissements inflam-