

culome hypertrophique du cæcum. 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 analogues à celles de 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. Parfois le malade se plaint de troubles gastriques et intestinaux : dyspepsie¹, anorexie, vomissements. La diarrhée est fréquente; la constipation peut être opiniâtre et accompagnée de symptômes d'occlusion intestinale. Le malade maigrit. Ou bien encore ce sont des troubles cardiaques réflexes, des palpitations, ainsi que je l'ai constaté (cœur appendiculaire), qui peuvent 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; il faut y penser. A l'inspection de la fosse iliaque droite, on sent une induration, une tumeur douloureuse, qui après ablation présente parfois au premier abord les apparences d'un néoplasme². A l'examen du malade, pareille tumeur occupe le siège des tumeurs cæcales ou péri-cæcales. 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 cæcal, au cancer du cæcum, et l'on conseille en tout cas l'opération. Le chirurgien, arrivé sur la tumeur, constate des lésions variées : masse informe dans laquelle se fusionnent l'iléon et le colon ascendant, coudure de l'iléon à son entrée dans le cæcum, rétrécissement de la valvule iléo-cæcale, intiltra-

matoires de la région pylorique de l'estomac et du segment iléo-cæcal de l'intestin. *Revue de gynécol. et de chirur. abdominale*, septembre 1899.

1. Longuet. La dyspepsie appendiculaire. *Semaine médicale*, 4 juin 1902.

2. Richard. Appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflammatoire latéro-cæcale d'apparence néoplasique. Th. de Paris, 1905.

tion hypertrophique des parois intestinales, magma caséux, collection purulente, brides, adhérences, gros ganglions, tumeur d'aspect néoplasique, le tout résultant d'une ancienne appendicite. L'opération est souvent suivie de succès. Voilà comment des lésions chroniques consécutives à l'appendicite deviennent l'origine de tumeur à la fosse iliaque droite.

⁴ *Tumeurs dites inflammatoires.* — Outre les tumeurs cæcales, iléo-cæcales et péri-cæcales que nous avons étudiées jusqu'ici, tumeurs qui sont dues au tuberculome hypertrophique du cæcum et de l'iléon, aux adénopathies pré-cæcales et aux lésions chroniques de l'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-cæcale est dite « purement inflammatoire ». Dans cet ordre d'idées, Marchant et Demoulin citent les cas de Hartmann, de Boiffin, de Julliard; mais certains de ces cas laissent des doutes 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'appendicé était déformé et presque méconnaissable », ce qui laisse supposer que la tumeur dite inflammatoire avait pour origine une infection appendiculaire.

Marchant a cité un cas de ces tumeurs dites inflammatoires. Il s'agit d'une tumeur latérale du cæcum qui avait le volume d'une noix; 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 soi-disant inflammatoire de la tunique sous-muqueuse.

Schwartz a communiqué le cas suivant¹ : Une jeune femme était atteinte d'une tumeur de la fosse iliaque droite. Cette tumeur, depuis longtemps douloureuse, était dure et

1. Schwartz. *Congrès de médecine de Paris*, 1900. Section de chirurgie générale, a. 695.

relativement mobile. L'opération est pratiquée et l'on enlève une tumeur qui a le volume du poing et qui est constituée par le cæcum 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 cæcum est tellement hypertrophié que sa paroi mesure 2 à 5 centimètres; la valvule iléo-cæcale 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.

5° *Actinomycose*. — L'*actinomycose* appendiculaire et appendiculo-cæcale peut déterminer à la fosse iliaque droite une tumeur dont je vais m'occuper. J'ai eu l'occasion d'en observer récemment un cas avec 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 cæco-appendiculaire. Dans l'intervalle de ces épisodes aiguës, 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 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 typhlocolite, 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 pré-cæcale, à un début de tuberculose ou de cancer; j'avoue que je n'avais pas songé à l'*actinomycose*.

Cependant, une tumeur s'était formée à la région iléo-cæcale. 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 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'*actinomycose* appendiculaire, ainsi que le constata Vidal à l'examen histologique.

Cette *actinomycose* appendiculaire ou appendiculo-cæcale a été bien étudiée ces derniers temps¹, notamment dans le *Traité* de Poncet et Bérard. Dans une première phase, qui dure une ou deux années, cette localisation *actinomycosique* rappelle assez bien les symptômes de l'appendicite à répétition: le malade a des douleurs continues ou paroxystiques 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 cæco-appendiculaire une tuméfaction ligneuse,

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

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'actinomyose 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 caecal, ou à autre chose, mais rien encore ne permet d'affirmer l'existence de l'actinomyose. Peut-être au cas de diarrhée chronique pourra-t-on constater le parasite dans les selles.

6° *Cancer du cæcum.* — Terminons cette étude par le diagnostic du tuberculome du cæcum avec le cancer iléo-cæcal. Voici un malade amaigri, plus ou moins cachectisé, qui, depuis longtemps, est atteint de douleurs abdominales, d'épisodes diarrhéiques; on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur irrégulière, peu mobile; ce malade a-t-il un cancer ou une tuberculose chronique; sur quels signes se baser pour faire un diagnostic? Des épisodes de constipation opiniâtre et d'obstruction intestinale peuvent exister dans les deux cas. Des épisodes de diarrhée avec ou sans hémorrhagie intestinale sont également communs aux deux cas; cependant le melæna, fort rare dans le tuberculome hypertrophique est plus fréquent dans la tumeur cancéreuse. La douleur spontanée ou provoquée ne fournit aucun renseignement suffisant; la dimension, la forme, la mobilité ou l'immobilité de la tumeur ne nous donnent rien de positif. La présence de ganglions durs et hypertrophiés à l'aîne et même au creux sus-claviculaire¹ s'observe dans les deux cas. L'apparition d'une phlegmatia albas dolens² peut aussi s'observer dans les deux cas. La recherche d'une tuberculose pulmonaire

1. Anscher. *Société anatomique*, 29 novembre 1895.

2. Anscher. *Idem.*

n'a qu'un intérêt secondaire, car, cinq fois sur six, la tuberculose chronique du cæcum est une tuberculose primitive, locale, survenant chez des gens indemnes de toute autre lésion tuberculeuse. En fait de signes en faveur de la tumeur tuberculeuse, nous n'avons donc que la longue durée de la maladie, plus compatible avec l'hypothèse du tuberculome, et la constatation du bacille dans les matières fécales. Une fois, Billroth arriva au diagnostic en provoquant, par la tuberculine, une réaction de 40 degrés. Je préférerais recourir au séro-diagnostic de la tuberculose.

7° Enfin, voici un malade qui a, lui, une ou plusieurs fistules avec écoulement purulent à la peau de la région iliaque. D'où vient ce pus et quelle est la nature de la lésion? S'agit-il ou non d'une lésion osseuse? Alors même qu'on décèlerait le bacille tuberculeux dans la sécrétion purulente, alors même que la nature tuberculeuse de la lésion serait démontrée par l'expérimentation ou par la réaction de la tuberculine, on ne saurait, en tout cas, qu'une chose, c'est qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, et c'est tout. La présence de matières fécales à travers les fistules pourrait lever tous les doutes et démontrer que le cæcum est l'origine des lésions.

Terminaison. — La tuberculose chronique du cæcum peut aboutir à différents modes de terminaison. Elle peut guérir sans opération, grâce à un processus fibreux curateur, analogue au processus fibroïde curateur de la tuberculose pulmonaire. Dans quelques cas, le rétrécissement de la valvule iléo-cæcale et du cæcum atteint un tel degré que le malade succombe à l'obstruction intestinale. Le phlegmon iliaque, le phlegmon pyo-stercoral, les trajets purulents aboutissant à la fosse ischio-rectale, à la marge de l'anus, à l'aîne droite, sont autant de complications possibles.

Étiologie. — La tuberculose chronique du cæcum, je l'ai déjà dit, est le plus souvent primitive; elle évolue à titre de tuberculose locale, comme la tuberculose d'une articulation ou d'un os. Toutes les hypothèses émises pour expliquer la tuberculose primitive des voies digestives peuvent trouver leur place ici. Il est probable que la région iléo-