

surface. En somme les lésions tuberculeuses de l'appendice ne sont pas rares. Letulle, dans une statistique récente¹, a noté la fréquence des lésions de l'appendice chez les tuberculeux; mais un fait nous a frappés, lui et moi, c'est combien est rare chez ces malades la toxi-infection, qui cliniquement, mérite seule le nom d'appendicite.

Description. — L'entérite est une manifestation presque constante de la tuberculose de l'intestin. On a rarement l'occasion d'étudier l'entérite tuberculeuse à titre de maladie isolée, parce qu'elle est presque toujours liée à la phthisie pulmonaire, dans le cours de la phthisie ou à sa période ultime. L'intensité des symptômes est subordonnée à l'étendue des lésions intestinales; parfois, l'entérite est passagère; elle est caractérisée par une diarrhée curable; plus souvent, les évacuations sont abondantes, tenaces, accompagnées de douleurs abdominales, et quelquefois teintées de sang. Elles prennent alors une teinte brunâtre, noirâtre, qu'on peut comparer, dit Girode, au vomissement noir du carcinome gastrique. Cette *diarrhée noire* peut persister pendant plusieurs semaines sans aucune modification, elle est fétide et elle n'apparaît généralement qu'à une phase avancée de la tuberculose intestinale. Dans quelques cas, lorsque le gros intestin est ulcéré, aux symptômes habituels de l'entérite se joignent des phénomènes *dysentériques* avec *épreintes* et *ténésme*. Chez les tuberculeux, l'entérite est un signe de mauvais augure: elle annonce souvent la période cachectique, elle est une cause puissante de dénutrition, elle précipite le dénouement fatal.

Les hémorragies intestinales tuberculeuses sont très rarement mortelles; néanmoins, dans le cas de Chandèze, le malade est pris de plusieurs hémorragies si abondantes qu'il succombe en douze heures, et l'on constate à l'autopsie l'ulcération des vaisseaux, cause de l'hémorragie; dans le cas de Vallin, l'hémorragie intestinale tue le malade en quelques heures; dans le cas de Honot, les hémorragies

1. Lesueur, thèse de Paris, 1905.

intestinales se succèdent coup sur coup et le malade succombe en deux jours¹.

Chez les *enfants*, l'entérite tuberculeuse est toujours associée à une tuberculisation des ganglions mésentériques (Parrot). Cette tuberculose *entéro-mésentérique* a longtemps été désignée sous le nom de *carreau*: elle est caractérisée par les symptômes de l'entérite, auxquels s'ajoutent d'autres signes tels que le développement du ventre, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, la formation d'un épanchement dans le péritoine.

La perforation intestinale et la péritonite consécutive sont des complications extrêmement rares. Il semblerait au premier abord que les ulcérations tuberculeuses intestinales soient une cause de perforation; il n'en est rien. Nous étudierons cette question au sujet de la péritonite tuberculeuse.

Dans la tuberculose ulcéreuse intestinale chronique, les bacilles de Koch peuvent suivre les veines originaires de la veine porte et aboutir au *foie*, où ils déterminent une hépatite interstitielle, périportale, subaiguë, des lésions secondaires de *cirrhose* et d'infiltration graisseuse périlobulaire.

Diagnostic. — Dans quelques cas de granulie, les troubles intestinaux joints aux symptômes généraux donnent à la maladie les apparences de la fièvre typhoïde. Dans l'entérite tuberculeuse chronique, le diagnostic est d'autant plus difficile que le sujet atteint d'entérite chronique n'a pas toujours les apparences d'un tuberculeux: pendant des mois, et pendant des années, avec des phases d'amélioration, avec suspension momentanée des accidents, il est atteint de troubles entériques ou diarrhéiques qu'on met sur le compte d'une dyspepsie gastro-intestinale, ou qu'on attribue à la diathèse arthritique; mais il faut toujours se méfier: ces diarrhées interminables, ces entérites qui semblent guérir à Plombières ou ailleurs, et qui reparaissent après

1. Ces observations sont consignées dans la thèse de Degail: *Hémorragies intestinales des tuberculeux*. Paris, 1888.

disparition momentanée, sont le plus souvent tributaires de la tuberculose. Dans quelques cas exceptionnels, on a pu déceler dans les selles le bacille tuberculeux.

L'entérite tuberculeuse est souvent rebelle au *traitement*. Le sous-nitrate de bismuth à haute dose, 40 à 20 grammes par jour, l'eau de chaux très légèrement morphinée, les boissons albumineuses, le nitrate d'argent en pilules, sont les moyens habituellement mis en usage : on leur associe avec avantage une alimentation dans laquelle la *viande crue* convenablement préparée joue le principal rôle. L'acide lactique (Hayem), la poudre de talc à la dose de 40 grammes par jour (Debove), ont été préconisés. La cure de Plombières rend de réels services.

§ 6. TUBERCULOME HYPERTROPHIQUE DU CÆCUM DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

Je viens d'étudier au chapitre précédent la forme vulgaire et banale de la tuberculose intestinale, caractérisée par des ulcérations tuberculeuses qui occupent l'iléon, parfois aussi le cæcum, le côlon et même le rectum. Cette forme vulgaire est très rarement primitive; elle survient dans le cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée; la diarrhée, la diarrhée noire (melæna), la diarrhée dysentérique avec douleurs et coliques, sont les symptômes principaux de cette entérite tuberculo-ulcéreuse.

Tout autre est la variété de tuberculose que nous allons étudier dans ce chapitre. Cette tuberculose, qui débute par le cæcum, ou par l'angle iléo-cæcal, revêt une marche lente et chronique; elle est le plus souvent primitive, elle est hypertrophiante, elle forme tumeur, elle simule le lymphadénome, elle est souvent opérable et curable.

Cette tuberculose chronique du cæcum avait été indiquée

par Duguet¹, les chirurgiens ont appelé sur elle l'attention (Terrier²); et dès leurs premières opérations, ils crurent souvent avoir affaire à un lymphosarcome du cæcum (Bassini, 1887; Bouilly, 1889). Je citerai les travaux de Billroth (1891), de Hartmann, Pilliet et Broca (1891), de Roux (1892), les thèses de Le Bayon (1892) et de Benoit (1893).

J'ai vu plusieurs fois cette lésion tuberculeuse du cæcum; mes élèves Caussade et Charrier en ont publié un cas dont il sera question plus loin; j'en ai réuni un grand nombre d'observations dans les leçons cliniques que j'ai faites à ce sujet à l'Hôtel-Dieu³ et j'ai proposé de donner à cette maladie le nom de *Tuberculome hypertrophique du cæcum*.

Hartmann et Pilliet dans leurs premiers travaux l'avaient décrite sous le nom de « typhlite tuberculeuse chronique et tuberculose cæcale »; cette dénomination a l'avantage de laisser à la lésion du cæcum son importance prépondérante. D'autres auteurs l'ont décrite sous le nom de « tuberculose iléo-cæcale chronique ». J'aime moins cette dénomination, elle tend à faire croire que la lésion débute par l'iléon pour gagner ensuite le cæcum, ce qui n'est pas toujours vrai il s'en faut. Parfois, en effet, les parois de l'iléon sont hypertrophiées, ce qui pourrait faire croire au premier abord à une lésion tuberculeuse de ce segment intestinal; mais, en y regardant de près, on voit que ce n'est parfois qu'une hypertrophie compensatrice, provoquée par un rétrécissement de la valvule de Bauhin ou de la cavité cæcale, hypertrophie qui ne doit pas être confondue avec une lésion tuberculeuse. Bref, ce n'est pas habituellement par l'iléon que débute la tuberculose hypertrophique, c'est par la partie du cæcum qui confine à la valvule iléo-cæcale (Hartmann, Broca); c'est là son lieu d'élection, c'est là que les lésions sont le plus accentuées, c'est là que les parois cæcales

1. Duguet. *Bull. de la Soc. de biol.*, mai 1869.

2. *Société de chirurgie*, 24 février 1892.

3. Dieulafoy. Tuberculome hypertrophique du cæcum. Diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1903. XIV* et XV* Leçons.

atteignent leur plus grande épaisseur; voilà pourquoi la dénomination de *tuberculome hypertrophique du cæcum* me paraît répondre à la majorité des cas.

Parfois, ce tuberculome hypertrophique peut rester confinée au cæcum, sans empiéter sur le côlon, comme chez un de nos malades. Mais ce n'est pas là le fait habituel, et, si nous reprenons une à une les observations publiées, nous voyons que, le plus souvent, le tuberculome cæcal se propage dans le sens du courant intestinal et finit, à la longue, par atteindre le côlon ascendant et même une partie du côlon transverse. Ainsi chez une de nos malades opérée par Legueu la lésion partie du cæcum avait envahi le côlon ascendant et empiétait sur le côlon transverse; chez une petite malade de Broca, la lésion cæcale avait gagné le côlon dont la muqueuse était lésée et polypeuse sur une hauteur de 6 à 8 centimètres; chez un malade de Marion, la lésion partie du cæcum, s'était propagée au côlon ascendant et au côlon transverse; dans un cas de Bouilly, la lésion cæcale avait empiété sur le côlon ascendant; dans le cas de Gussenbauer, la lésion du cæcum avait envahi le côlon; chez le malade de Roux, la lésion partie du cæcum s'était généralisée au côlon ascendant et au côlon transverse. Donc, dans la grande majorité des cas, le tuberculome hypertrophique ne reste pas cantonné au cæcum; il finit, à la longue, par atteindre le côlon. Cette distinction est importante; en effet, on pourrait croire s'engager dans une opération qui ne concerne que le cæcum, et l'on se trouve en face d'une lésion qui a gagné le côlon et le côlon transverse, si bien qu'au lieu de n'enlever que le cæcum, le chirurgien est obligé d'enlever 20, 25, 30 centimètres d'intestin, comme chez une de nos malades.

Anatomie pathologique. — Supposons le cas où le chirurgien vient de faire l'opération. Souvent elle a été laborieuse cette opération, car la tumeur présentait des adhérences avec les organes contenus dans la fosse iliaque, parfois même avec le péritoine, avec la paroi abdominale antérieure; des chapelets ganglionnaires portaient de la

tumeur et remontaient vers la colonne vertébrale ou s'étaient dans la fosse iliaque.

Enfin la tumeur est enlevée; au premier abord, on dirait un lymphosarcome, un cancer, tant à cause de son apparence extérieure que de son aspect intérieur. Ainsi, quand on eut en mains la tumeur de la malade opérée par Bouilly, on crut à un cancer du cæcum: à un premier examen microscopique Pilliet crut à un lymphosarcome; ce n'est que plus tard, à un nouvel examen de cette tumeur, que Pilliet reconnut qu'il s'agissait là de cette tuberculose hypertrophique qu'il devait ensuite si bien décrire. Dans un cas rapporté par Chavannaz et Carrière¹ on crut à un cancer du cæcum, même quand on eut la pièce sous les yeux; c'est à l'examen histologique qu'on reconnut la nature tuberculeuse de la tumeur. Il y a peu de temps, le Dr Antipas (de Constantinople) m'envoyait le cæcum d'un malade opéré par lui et guéri. Il s'agissait d'après lui d'un tuberculome hypertrophique. Quand la pièce arriva au laboratoire, chacun eut d'abord l'idée que c'était un lymphosarcome; l'examen histologique fait par Natton-Larrier démontra que c'était bien un tuberculome avec bacilles. Il est probable que bon nombre de cas autrefois étiquetés cancer du cæcum étaient en réalité de la tuberculose hypertrophique.

La tumeur est formée par le cæcum très épais, déformé, bosselé, entouré de ganglions caséux et plongé dans une masse épaisse et résistante de tissu scléro-adipeux, véritable *pérityphlite scléro-adipeuse* tout à fait comparable à l'épaisse *périnéphrite scléro-adipeuse* qui se développe autour du rein calculeux ou tuberculeux. Ce manchon lipomateux était énorme sur la pièce anatomique de nos deux malades. Il est signalé dans bon nombre de cas, et Hartmann et Pilliet² ont parfaitement décrit cette adipeuse péri-cæcale dans leur travail de 1891.

1. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1^{er} mars 1897.

2. Hartman et Pilliet. Variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. *Société anatomique*, 1891, p. 471. — Pilliet. Typhlite tuberculeuse chronique. *Société anatomique*, 1891, p. 656.

Les parois du cæcum sont parfois énormes. Elles sont lardacées, fibroïdes et crient sous le scalpel; elles avaient 2 centimètres et demi chez notre femme, 3 centimètres chez notre homme, 1 centimètre et demi dans le cas de Marion, 4 centimètres dans le cas de Gussenbauer. Cette hypertrophie est due en partie à la transformation tuberculeuse fibroïde des parois.

Après incision du cæcum, la surface interne présente des aspects variés, des saillies, des cycles en forme de piliers et de colonnes, comme chez l'un de nos malades; parfois, on voit des végétations d'apparence polypeuse, papilloma-teuse, verruqueuse, comme dans certaines tuberculoses végétantes du larynx; çà et là, des ulcérations. La valvule iléo-cæcale est tantôt ulcérée, détruite, tantôt indurée, rigide, avec son orifice très rétréci. Toutes ces lésions provoquent souvent des rétrécissements du calibre de l'intestin qui siègent en deux points principaux: au niveau de la valvule et dans la cavité même du cæcum. Ce sont ces rétrécissements qui causent des symptômes de constipation et d'obstruction intestinale. Au cas de fort rétrécissement iléo-cæcal, la dernière portion de l'iléon est très dilatée et le côlon ascendant est comme contracté.

A l'examen histologique, on voit que l'épaississement du cæcum est dû à une infiltration considérable de cellules embryonnaires qui donne l'apparence d'un tissu sarcomateux. Cette infiltration embryonnaire se substitue à la tunique muqueuse et envahit la tunique musculieuse dont elle dissocie les faisceaux. Dans la couche celluleuse on peut trouver des granulations tuberculeuses et des tubercules massifs; mais tout ce processus tuberculeux, au lieu d'aboutir à la caséification, aboutit à la transformation fibroïde qui donne à la paroi sa consistance rigide et son épaisseur. Les bacilles de Koch étaient très abondants sur les préparations du cæcum d'un de nos malades.

La tuberculose cæcale provoque toujours des *adénopathies* sur lesquelles je reviendrai plus loin au sujet du diagnostic. Les ganglions, plus ou moins nombreux et volumineux,

indurés, caséeux, tuberculeux, occupent principalement l'angle iléo-cæcal; on en trouve au mésentère, près du pancréas, à la région sus-claviculaire, à la région inguinale.

Appendice iléo-cæcal. — Chez les gens atteints de tuberculome chronique du cæcum, les parois de l'appendice sont presque toujours hypertrophiées, souvent tuberculisées, et cependant le malade n'a pas d'appendicite au sens clinique du mot, il a des lésions tuberculeuses de l'appendice, mais ces lésions n'aboutissent pas à la formation du foyer clos canaliculaire, qui provoque l'explosion des symptômes toxico-infectieux qui seuls méritent le nom d'appendicite.

Je ne dis pas que la chose ne soit pas possible, mais je ne la constate dans aucune des observations que j'ai consultées. Je ne vois signalés nulle part, ni les péritonites purulentes, ni les abcès à distance, ni l'empyème sous-phrénique, ni l'infection purulente du foie (foie appendiculaire), ni la pleurésie putride (pleurésie appendiculaire), ni aucune des lésions toxiques des reins, du foie et de l'estomac qui sont l'apanage de l'appendicite.

De sorte qu'un individu peut avoir, pendant des années, des lésions tuberculeuses du cæcum, son appendice peut participer à ces lésions, et être englobé dans le foyer tuberculeux, sans qu'il ait à redouter les terribles effets de l'appendicite. Tel est le fait indéniable, pour si paradoxal qu'il paraisse au premier abord.

Ce qui est vrai pour le tuberculome hypertrophique est également vrai pour la tuberculose ulcéreuse iléo-cæcale. Je rappelle le cas d'un de nos phthisiques, atteint de tuberculose ulcéreuse de l'intestin: l'appendice était énorme et déformé par des lésions tuberculeuses, mais ces lésions pariétales n'avaient pas abouti à la formation d'un foyer clos intracaniculaire: aussi notre homme n'eut-il jamais aucun symptôme d'appendicite et l'examen histologique et bactériologique confirma l'absence de tout foyer toxico-infectieux appendiculaire¹.

1: Apert. Tuberculose de l'intestin et de l'appendice. Lésions considé-

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 colon 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 côlon ascendant et sur l'angle du côlon 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 côlon.

L'intestin grêle est sectionné en avant du cæcum, puis, *tout l'intestin reconnu malade, épaissi et induré* (cæcum, côlon ascendant et angle du côlon), est séparé de son méso. L'intestin malade est séparé du côlon transverse, et les deux orifices de section provenant de l'intestin grêle (bout supérieur) et du côlon 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 feuilletts qui le composent. Puis on termine par la suture de la paroi abdominale avec maintien d'un seul drain.

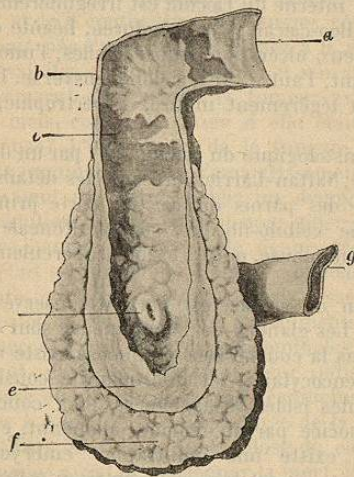
Au troisième jour, la malade va à la selle; on commence à l'alimenter avec du lait et des bouillons, le drain est retiré. A dater du huitième jour, les progrès sont rapides.

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 senti le moindre malaise, preuve que la lésion avait été enlevée dans son entier; il

lui manquait le cæcum, la valvule iléo-cæcale, le côlon ascendant, une partie du côlon 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 côlon ascendant, l'angle du côlon et un fragment du côlon 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 *caséaux*.

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 Charrier¹. 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.

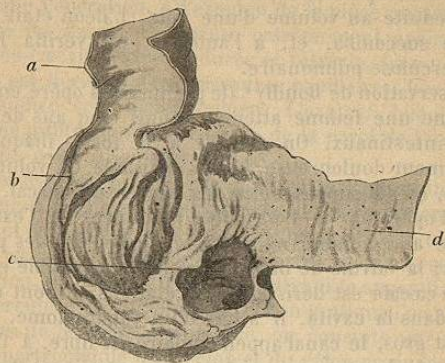
naire n'avait pas été chez lui la première en date; elle était consécutive à la tuberculose du cæcum. En effet, le malade avait été examiné plusieurs fois, depuis trois ans, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et ses poumons avaient toujours été trouvés indemnes.

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-