

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 mélæna. 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 révélaient 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

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 caséeux. 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 occupé 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 55 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. Kærawski, *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-

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 gynécologie et de chirurgie 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, n. 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 cæcal, 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-