

aucune lésion nouvelle, rien au foie, rien au côté gauche de la poitrine, rien au cœur. Nous sommes d'avis que le malade est sous le coup d'une profonde intoxication, et nous prescrivons un traitement en conséquence. Mais vers le 11 juin surviennent des symptômes cérébraux (intoxication ou peut-être infection méningée), photophobie, strabisme, irrégularité du pouls, raideur de la nuque, et l'enfant succombe.

L'examen bactériologique du liquide péritonéal et du liquide pleural avait mis en évidence du colibacille et plusieurs types de microbes anaérobies.

Ce nouvel exemple prouve qu'il ne suffit pas d'opérer l'appendicite, il faut l'opérer en temps voulu, avant que la toxi-infection ait eu le temps de se généraliser. M. Brun fit diligence, il ne pouvait aller plus vite, il vit l'enfant dans la soirée à Garches, il le fit transporter à Paris, et le lendemain matin l'opération était faite. Mais on était au cinquième jour de la toxi-infection appendiculaire, le mal n'était déjà plus cantonné au foyer appendiculaire, les germes microbiens étaient en chemin, et quelques jours plus tard éclataient l'infection pleurale, puis des accidents cérébraux, analogues à ceux dont j'ai parlé à propos de la toxicité de l'appendicite<sup>1</sup>.

Voici deux observations de pleurésie appendiculaire présentées par Terrillon, en 1892, à la Société de chirurgie<sup>2</sup>. La première de ces observations concerne un jeune homme de dix-sept ans, atteint depuis quelques jours d'appendicite. Le ventre est ballonné et douloureux; on perçoit, à droite, au-dessus de la crête iliaque, et s'étendant jusqu'aux fausses côtes, une tuméfaction profonde, douloureuse. L'affection date de six jours, la température est à 39°5, le pouls est fréquent; aussi l'intervention est-elle décidée. A l'ouverture de l'abdomen on trouve le cæcum légèrement adhérent à la paroi; son bord externe est détaché avec soin et aussitôt un flot de pus s'échappe avec violence. L'abcès occupait la fosse iliaque derrière le cæcum et remontait du côté du rein. Le

1. La toxicité de l'appendicite. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1893, p. 334.

2. Séance du 8 juin 1892.

lendemain, quand le pansement fut enlevé, on fut surpris de trouver la température aussi élevée et le pouls aussi fréquent qu'avant l'opération; l'état général s'était aggravé et tout faisait redouter une fin prochaine. Le pansement fut renouvelé et la plaie lavée largement avec une solution de sublimé. Deux jours plus tard, on s'aperçut que la respiration était gênée et on constata l'existence d'une grande pleurésie droite, bien que le malade n'eût accusé aucune douleur thoracique. Une ponction démontra qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente. Séance tenante, l'opération de l'empyème fut pratiquée. Aussitôt la fièvre céda, l'amélioration survint, et un mois après cette double intervention le malade était complètement guéri.

Dans sa seconde observation, Terrillon raconte qu'il fut appelé auprès d'un enfant de quatorze ans qui, depuis cinq jours, était atteint de péritonite au niveau de la fosse iliaque droite. La fièvre était violente, la température atteignait 40 degrés. A l'examen du ventre, on trouvait une résistance étendue à tout le côté droit. Vu la gravité de la situation, Terrillon proposa aussitôt une opération, qui fut rejetée par les médecins consultants et par la famille. Dix jours plus tard, à 11 heures du soir, on vint précipitamment chercher Terrillon; l'enfant était assis sur son lit, asphyxiant depuis le matin. Une énorme pleurésie occupait le côté droit. Une ponction pratiquée aussitôt donna issue à un demi-litre de pus fétide, mais tout à coup survint une syncope, et le petit malade mourut. Il est possible que, dans ce cas comme dans le précédent, une intervention hâtive dans le foyer péritonéal et dans le foyer pleural eût amené la guérison.

M. Rioblanç<sup>1</sup> a publié l'observation d'une pleurésie purulente appendiculaire qu'il a opérée et guérie, et qu'il considère non pas comme une propagation du péritoine à la plèvre à travers le diaphragme, mais comme une infection à distance résultant d'une septicémie.

Une observation de M. Kirmisson<sup>2</sup> concerne un jeune

1. Appendicite suppurée compliquée de pleurésie purulente et de septicémie suraiguë. *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1896.

2. *Société de chirurgie*, séance du 6 juin 1900.

garçon atteint de pleurésie purulente appendiculaire qui communiquait avec une énorme collection purulente abdominale. Le malade eut à subir une double opération, thoracique et abdominale, et la guérison fut complète.

Dans un intéressant travail<sup>1</sup> M. Lapeyre a publié le fait suivant : un homme entre dans son service au dixième jour d'une appendicite compliquée de péritonite. A l'examen du malade on constate une zone douloureuse et indurée donnant la sensation d'un empâtement profond qui part de la fosse iliaque droite et envahit le flanc droit et l'hypocondre jusqu'aux fausses côtes droites. La douleur est vive au point de Mac Burney, atroce sous les fausses côtes et irradiée à l'épaule droite. La percussion dénote une matité qui occupe la zone d'induration et l'hypocondre jusqu'au mamelon. Le ventre est très ballonné. Les jours suivants, les symptômes péritonéaux s'amendent mais la dyspnée augmente et une toux sèche apparaît. Puis la dyspnée devient extrême avec angoisse, le pouls est filiforme, le ventre se météorise, le visage se couvre de sueurs, et le malade succombe.

A l'autopsie, on constate une appendicite à type remontant le long de la face postérieure du cæcum. On trouve une nappe continue de pus et de fausses membranes interposée entre la paroi et les parties postérieures du cæcum et du côlon ascendant. En suivant cette fusée purulente on arrive dans une vaste collection entre le foie et le diaphragme. Cet empyème sous-phrénique non mélangé de gaz contient un litre et demi de pus. Le diaphragme n'est pas perforé. Dans la plèvre droite on trouve un litre et demi de pus. La lésion est donc continue, de l'appendice, foyer initial, à la plèvre, aboutissant ultime de l'infection.

Les complications pleurales consécutives à l'appendicite ont été étudiées en Allemagne. En voici une série d'observations : Wolbrechts dans sa thèse (Berlin, 1891) intitulée : Complications pleurales dans la typhlite et la pérityphlite (nous disons aujourd'hui appendicite), cite quelques obser-

1. Lapeyre. Complications périhépatiques et pleurales de l'appendicite. *Revue de chirurgie*, 10 mai 1901.

vations, dont deux personnelles. Voici la première de ces observations : Un homme de vingt-quatre ans, menuisier, entre à la clinique le 9 octobre. Quelques jours avant, le 5 octobre, il éprouve, en pleine santé, les symptômes d'une pérityphlite. Des symptômes de pleurésie droite seraient survenus rapidement, et dès le 9, on constate des signes d'abcès sous-phrénique. Le 11, la région hépatique est très douloureuse, la matité sus-hépatique est accrue et les téguments sont œdématiés. Le 17, une ponction thoracique exploratrice donne issue à du liquide purulent fétide. On pratique l'opération de l'empyème, on résèque la 5<sup>e</sup> côte et on retire 2 lit. 1/2 de liquide nauséabond. A la suite de l'opération, le malade est fort amélioré; mais quelques jours plus tard, à la suite de frissons, on constate une communication de l'abcès sous-phrénique avec la cavité thoracique à travers le diaphragme perforé. Deux mois plus tard, le malade, guéri, quittait l'hôpital.

La seconde observation de Wolbrecht concerne un homme de vingt-quatre ans, sculpteur sur ivoire, atteint le 29 octobre de pérityphlite avec péritonite circonscrite. Le 1<sup>er</sup> novembre surviennent des vomissements qui se répètent pendant quatre jours. A ce moment, le malade a trois selles qui « annoncent la guérison de la pérityphlite ». Le 7 novembre, par conséquent dix jours après le début de l'appendicite, on constate un épanchement pleural du côté droit, avec œdème de la paroi. Le 17 novembre, on fait une ponction exploratrice qui démontre la présence d'un épanchement pleural trouble et sanguinolent. Le 20, le malade est pris d'une toux violente et rejette une expectoration abondante, purulente, d'odeur fécaloïde. Le 23, l'expectoration se fait sous forme de vomique. Le 24, on constate un pneumothorax et on décide l'opération de l'empyème; mais, les jours suivants, l'amélioration survenant, on ajourne l'intervention chirurgicale. Après une très longue convalescence de trois mois, le malade finit par guérir.

Dans ce même travail, Wolbrecht donne le résumé de trois observations que voici : Duddenhausen (Thèse de Berlin, 1869) rapporte un cas de perforation de l'appendice avec

péritonite localisée, formation d'un foyer purulent limité qui, suivant une voie sinueuse, remonte du cæcum au diaphragme dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et se met en communication avec la cavité pleurale.

Larsen et Winge relatent un cas de pérityphlite avec régression des symptômes péritonéaux à la fin de la première semaine. Alors éclatent des douleurs dans l'hypocondre droit, puis un épanchement pleural se développe très rapidement. La dyspnée devient très intense et la mort survient au huitième jour de la pleurésie. A l'autopsie, on trouve à droite un pyopneumothorax; l'appendice, perforé, plongeait dans une poche purulente; une fusée purulente se prolongeait en un étroit canal derrière le foie et avait perforé le diaphragme en deux endroits.

Des faits analogues sont publiés par Herrlich, en 1886, dans un travail sur l'abcès sous-phrénique, et par Frankel, en 1891, dans un mémoire sur les suites de la perforation de l'appendice.

Grawitz, sous le titre de « Perforation d'un abcès pérityphlique dans la cavité pleurale », a publié le cas suivant : une femme de trente-sept ans est prise, il y a quinze jours, de douleurs dans le côté droit du ventre, avec constipation, fièvre et vomissements. Un médecin prescrit un purgatif. Plus tard surviennent de la toux, de l'oppression, et la malade entre à l'hôpital quinze jours après le début de sa maladie. A son entrée, on constate une respiration accélérée, superficielle; la toux est suivie d'une expectoration sans caractères. Le pouls est petit, fréquent, à 120, à 140. La langue est sèche et brune, les vomissements fréquents et bilieux. La température est à 39 degrés. On constate de la matité du côté droit du thorax. Plusieurs ponctions, qui n'ont pas été renouvelées dans les derniers jours de la vie, donnent issue à un liquide séro-sanguinolent. Le ventre est ballonné, la région iléo-cæcale est mate. La malade s'affaiblit et succombe vingt jours après son entrée à l'hôpital.

Voici les résultats de l'autopsie : on ouvre l'abdomen, et, en soulevant l'intestin, on voit sortir par l'appendice perforé une petite quantité de pus. L'appendice est transformé

dans toute sa longueur en un sac; il est perforé, et près de sa base est un calcul du volume d'un haricot. Les anses intestinales sont adhérentes dans la fosse iliaque droite et le bassin contient du pus. De l'appendice gangrené part une cavité sinueuse qui remonte derrière le rein droit et le duodénum. En pressant sur l'intestin, on provoque sur la voûte du diaphragme droit l'issue d'un liquide d'odeur fécaloïde. Une perforation de la dimension d'une pièce de 50 centimes siège à la partie postérieure du diaphragme et fait communiquer la région sous-diaphragmatique avec la plèvre droite. Dans la cavité pleurale, on trouve un litre et demi de liquide purulent et fétide. Le poumon droit est tassé et son lobe inférieur est atelectasié.

Körte a été témoin quatre fois de pleurésies consécutives à des abcès sous-phréniques qui étaient eux-mêmes la conséquence de suppurations paratyphliques.

Wollert a publié des observations analogues. Un jeune homme de seize ans est pris, le 20 mai, de douleurs à la fosse iliaque droite, avec frissons et vomissements. Il entre à l'hôpital le 23 mai, et on traite sa pérityphlite par l'application de sangsues et par l'opium. Le 3 juin, le malade éprouve des douleurs vives à la base de la poitrine du côté droit, la dyspnée est intense. On constate un pyopneumothorax avec tintement métallique. Le malade succombe. A l'autopsie, on trouve une péritonite consécutive à une destruction de l'appendice; l'appendice est réduit à un moignon de 1 centimètre. Dans le pus qui baigne les anses intestinales, on trouve deux calculs. Une cavité remplie de liquide fétide s'étend le long du côlon ascendant jusqu'au diaphragme. La capsule du foie est recouverte d'un exsudat purulent. Le diaphragme est perforé. La cavité pleurale droite contient 4 litres de liquide trouble et des gaz fétides.

Scheuerlen (*Annales de la Charité*, 1888) cite, au nombre des complications de l'appendicite, 5 cas d'empyème avec ou sans perforation du diaphragme et pneumothorax.

Vous voyez combien sont nombreuses les observations de pleurésies appendiculaires purulentes et putrides, mais

toutes les pleurésies appendiculaires ne sont pas vouées à la purulence et à la putridité. Dans quelques cas la pleurésie reste séreuse, elle peut même être réduite à des frottements sans liquide. En voici quelques exemples :

Le 24 mai 1898 je voyais, avec MM. Larcher et Monod, une jeune fille dont voici l'histoire : cette jeune fille, atteinte d'appendicite diagnostiquée par M. Larcher, fut opérée le 9 mai par M. Monod. L'opération se fit dans les meilleures conditions, et tout allait bien lorsque, le 18 mai, des douleurs apparurent à l'hypocondre droit et à la base de la poitrine. La température, normale les jours précédents, s'élevait maintenant à 38°3 le soir et tombait le matin à 37°6. La toux était fréquente, sans expectoration. A l'auscultation de la poitrine, on percevait quelques frottements. Cet état dura plusieurs jours sans se modifier sensiblement. C'est alors que je fus appelé auprès de la malade. Je constatai, comme mes confrères, l'existence de frottements pleuraux au côté droit ; et un peu plus bas, à l'expiration un souffle lointain pleurétique. Bien qu'on ne trouvât pas d'égophonie, la submatité, le souffle et la diminution des vibrations thoraciques indiquaient la présence d'une petite quantité de liquide.

En face de cette pleurésie appendiculaire, nous eûmes à discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale, car nous redoutions la purulence et la putridité. Cependant l'état général n'était pas mauvais, le pouls était de bonne qualité, la pleurésie ne paraissait avoir pour le moment aucune gravité ; aussi fut-il convenu qu'on verrait de nouveau la malade avant de prendre une décision. Nous eûmes plusieurs consultations coup sur coup et, à notre grand étonnement, nous eûmes la satisfaction de constater la disparition successive du souffle et des frottements, le liquide se résorba comme dans une vulgaire pleurésie séreuse, la fièvre céda, et la guérison survint au bout de quatre semaines, guérison qui depuis lors ne s'est pas démentie.

L'observation suivante concerne un enfant de quatorze ans, ayant eu déjà plusieurs attaques appendiculaires et de nouveau pris d'appendicite avec abcès péri-cæcal le 7 mai 1892. Il est opéré le 28 avril par M. Jalaguier. On

trouve le cæcum et l'appendice couverts d'adhérences. L'appendice à type remontant a une extrémité renflée très adhérente au cæcum. Au niveau de cette adhérence existe une perforation et une communication appendiculo-cæcale. Quelques jours après l'opération, le 1<sup>er</sup> mai, l'enfant est pris de dyspnée, on constate à la base du thorax, à droite, de la matité, du souffle à l'expiration et de la pectoriloquie aphone. Il s'est produit un petit épanchement pleural, épanchement séreux qui se résorbe huit jours plus tard<sup>1</sup>.

A la suite de ma communication à l'Académie, le D<sup>r</sup> Ribbe (de Mauriac) eut l'obligeance de me transmettre son observation personnelle que voici : le 20 juin 1895, il fut atteint d'appendicite et de péritonite. On l'opéra peu de jours après. Tout allait bien quand se déclara, au bout de huit jours, une phlébite du membre inférieur gauche, et dix jours plus tard une pleurésie droite. La pleurésie s'annonça par un brusque point de côté d'une violence inouïe. On constata bientôt l'existence d'un épanchement, et on craignit une pleurésie purulente. Il n'en fut rien, il s'agissait évidemment de pleurésie séreuse, le liquide se résorba sans autres incidents, mais les douleurs thoraciques persistèrent plusieurs mois.

Une observation de Korte concerne un homme de vingt-huit ans qui est pris, dans le courant du mois de mars, de vives douleurs abdominales au côté droit, avec fièvre et frisson. Une collection purulente nécessite l'intervention chirurgicale, et on incise un phlegmon putride péri-typhlique qui se prolongeait du cæcum au diaphragme. Dans la plèvre droite se forme un épanchement, que l'on ponctionne et qui était séreux. Le malade finit par guérir.

Il y a donc des cas où la pleurésie appendiculaire, pleurésie séreuse, est réduite à son minimum d'infection, se résorbe et guérit sans intervention chirurgicale. Parfois la pleurésie appendiculaire se réduit simplement à une pleurésie sèche, en voici un cas : le 8 juillet dernier je voyais, avec MM. Terrier et Hartmann, une dame qui avait été opérée

1. Jacob. Contribution à l'étude de l'appendicite. Thèse, Paris, 1893, p. 69.

d'appendicite. Des complications thoraciques étaient menaçantes. Une pleurésie se déclara, caractérisée par des frottements qui occupaient la moitié inférieure de la plèvre. Nous nous demandions avec crainte si ce n'était pas là un début de pleurésie putride. Les frottements persistèrent quelques jours, et disparurent sans autre accident.

La pleurésie appendiculaire n'est donc pas toujours une pleurésie purulente et putride; elle est parfois simplement séreuse; elle peut même se réduire aux simples proportions d'une pleurésie sèche; nous verrons à la prochaine séance comment nous devons interpréter ces cas.

## SIXIÈME LEÇON

**LA PLEURÉSIE APPENDICULAIRE  
EMPYÈME SOUS-PHRÉNIQUE  
GANGRÈNE PULMONAIRE**

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Si vous avez bien voulu écouter avec attention nos observations de pleurésies appendiculaires et les quelques commentaires que j'y ai ajoutés, vous devez presque connaître la question, car vous avez en mains les pièces du procès. C'est avec des observations *bien prises*, c'est grâce à une sémiologie *bien conduite* qu'on peut arriver à édifier l'histoire d'une maladie. Voilà pourquoi, dans le cas actuel, comme toujours, j'ai commencé par vous faire part d'observations où nous allons puiser nos documents. Le travail de synthèse va faire suite au travail d'analyse et j'essayerai de vous retracer dans son ensemble le tableau de la pleurésie appendiculaire.

Un premier point est à préciser, c'est la façon dont l'infection appendiculaire atteint la cavité pleurale. Comment l'appendicite, lésion si éloignée, atteint-elle la plèvre? pourquoi l'appendicite, lésion si minime, arrive-t-elle à déterminer en quelques jours des pleurésies terribles, putrides, de 2 et 3 litres de liquide? Essayons de répondre à ces questions.

A la faveur de l'infection dont la virulence a été exaltée en