

une jeune femme est atteinte d'appendicite et de péritonite; la laparotomie évacue une quantité de pus fétide; plus tard apparaissent quelques signes pleuro-pulmonaires; plusieurs ponctions exploratrices faites en vue de rechercher le liquide pleural ne donnent aucun résultat, une incision exploratrice n'est pas plus heureuse; la malade est prise de vomique et succombe; l'autopsie n'a pas pu être faite.

Telle est l'histoire de la pleurésie appendiculaire; je la résume en quelques mots: il y a une *pleurésie appendiculaire*, comme il y a un foie appendiculaire, avec cette différence que l'infection hépatique se fait par l'intermédiaire de la veine porte, tandis que l'infection pleurale se fait presque toujours par propagation péritonéale ininterrompue. La pleurésie appendiculaire se voit surtout dans les appendicites à type remontant. L'infection appendiculaire aérobie et anaérobie remonte derrière le cæcum et le côlon, gagne de proche en proche et s'étend, semant sur son passage du pus, des membranes, des adhérences et parfois des collections enkystées. Les produits infectieux tapissent le foie et s'étaient à la face inférieure du diaphragme sous forme d'empyème sous-phrénique.

Tantôt les agents infectieux provoquent la perforation du diaphragme, tantôt ils pénètrent dans la cavité thoracique à la faveur des puits lymphatiques sans que le diaphragme soit perforé. C'était le cas chez notre malade. L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer que la complication pleurale apparaît. En six, huit, dix jours, l'infection a eu le temps de se propager de l'appendice à la plèvre.

La pleurésie appendiculaire est presque toujours une pleurésie *droite*. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares. La phase pleurétique est précédée par la phase sous-phrénique; *souvent elle se confond avec elle*: douleurs vives à l'hypocondre droit, avec retentissement à l'épaule droite, point de côté violent, hoquet, toux extrêmement pénible sans expectoration, dyspnée intense, angoisse, anxiété, tels

sont les symptômes qui sont associés à un état général rapidement inquiétant.

Le liquide se forme très vite; l'auscultation et la percussion donnent les signes d'un épanchement plus ou moins considérable; à ces signes se joignent souvent des symptômes de pneumothorax et d'hydropneumothorax dus au dégagement des gaz engendrés par la putréfaction.

Le pronostic de la pleurésie appendiculaire est des plus sérieux; les symptômes généraux, l'état du pouls, l'affaiblissement rapide du malade en indiquent la gravité.

En face d'une pleurésie *droite putride*, il faut toujours penser à l'appendicite, même si l'épisode appendiculaire avait été assez léger pour n'avoir pas attiré suffisamment l'attention. Il faut reconstituer les étapes appendiculaire et abdominale qui ont précédé de six, huit, dix jours l'étape phrénico-pleurale.

L'intervention chirurgicale doit être hâtive; le plus souvent même elle doit être double; il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empyème, et l'infection péritonéale par la laparotomie. Dans un cas rapporté par M. Margery¹, on pratiqua trois opérations successives, une première laparotomie pour ouvrir un foyer purulent iliaque et réséquer l'appendice; une seconde laparotomie dix jours plus tard pour vider une collection purulente sous-phrénique et enfin l'opération de l'empyème quelques jours après; chose remarquable, cette triple intervention chirurgicale se termina par la guérison.

Quand on a suivi de près la marche ascendante de l'infection abdominale, on aurait peut-être le temps d'intervenir avant ou pendant la formation de l'empyème sous-phrénique, on éviterait ainsi l'infection intra-thoracique et pleurale.

Mais le vrai traitement est le traitement prophylactique, celui qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite; c'est là la seule thérapeutique rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.

1. Appendicite infectieuse. Thèse de Lyon, 1892.

Je viens de vous retracer l'histoire de la pleurésie appendiculaire sous sa forme la plus habituelle, purulente et putride. Mais n'oubliez pas que cette pleurésie peut être purement *séreuse*, sans fétidité, sans putridité et sans gravité. Je vous en ai cité plusieurs observations. Le début est parfois brusque et atrocement douloureux comme chez le D^r Ribbe; en pareil cas tout fait redouter une pleurésie putride, et cependant le liquide reste séreux, se résorbe ou cède à une ponction comme dans le cas de Korte. Quand une pleurésie éclate chez un sujet atteint d'appendicite aiguë, on ne peut donc pas savoir quelle sera la nature de cette pleurésie; une ponction exploratrice peut seule lever les doutes.

Dans la pleurésie séreuse appendiculaire, la pleurésie est réduite à son minimum d'infection; elle est comparable à ces pleurésies séreuses, d'autre provenance, qui se résorbent spontanément ou qui cèdent à la ponction sans autres incidents. L'évolution de ces pleurésies bénignes n'est pas accompagnée des symptômes graves de la variété précédente. Dans quelques cas, enfin, l'infection de la plèvre est à peine ébauchée, et la lésion se réduit à une pleurésie sèche qui se traduit par des frottements.

Revenons maintenant sur quelques considérations relatives à l'*empyème sous-phrénique*. En vous retraçant l'histoire de la pleurésie appendiculaire, je vous ai dit comment se fait l'ascension ininterrompue de l'infection, depuis l'appendice jusqu'à la plèvre. Chemin faisant cette infection jalonne sa route par des collections purulentes. Une de ces collections purulentes est l'*empyème sous-phrénique*. Je vous ai déjà décrit les symptômes de cette phase hépato-phrénique, je n'y reviens pas. Tantôt la collection purulente sous-phrénique a peu d'importance, tantôt elle atteint de fortes proportions: un litre, un litre et demi comme dans un cas de M. Lapeyre, plus d'un litre et demi comme dans le cas de M. Spillmann. En pareille circonstance on constate une voussure de la région épigastrique et de l'hypocondre droit, le foie, abaissé par l'épanchement, paraît très volumineux alors qu'il n'est que déplacé, et d'autre part la matité qui remonte vers la

cavité thoracique peut faire supposer l'existence d'une collection pleurale qui n'existe pas.

Le foie peut donc être entouré de pus de tous côtés, et cependant *il reste indemne*, ce qui le distingue radicalement du foie appendiculaire, qui est farci d'abcès. La raison, c'est que le mode d'infection est tout différent dans les deux cas; dans le premier cas, l'infection se fait de proche en proche par le péritoine et par les lymphatiques, tandis que dans le foie appendiculaire l'infection est transportée au parenchyme hépatique par la veine porte.

Parfois, l'infection appendiculaire, dans sa migration ascendante, n'arrive pas fatalement à la plèvre; elle s'arrête en chemin et elle détermine un empyème sous-phrénique, *sans pleurésie consécutive*. Les cas de ce genre ne sont pas nombreux; ils ont été étudiés par Leyden, plus tard par Mayal, Lang, Greig Smith; ils ont donné lieu chez nous à des travaux qui sont passés en revue dans la monographie de M. Lapeyre. M. Spillmann en a également publié un cas que voici¹: un jeune garçon atteint d'appendicite est pris huit jours plus tard de dyspnée et de très vives douleurs entre le mamelon et les fausses côtes droites; la matité est complète dans l'aisselle et à la base droite de la poitrine; on pratique des ponctions qui ne ramènent aucun liquide; quelques jours plus tard le malade est pris de dyspnée angoissante et il succombe. A l'autopsie on trouve, outre l'appendicite, des traînées purulentes et une collection sous-phrénique évaluée à deux litres; les poumons étaient œdématiés, mais la plèvre était indemne.

Il y a donc un empyème sous-phrénique appendiculaire, *sans pleurésie concomitante*. Les signes de cet empyème sous-phrénique sont ceux que je vous ai déjà décrits, je n'y reviens pas.

On a cité quelques cas où l'abcès sous-phrénique appendiculaire contient des gaz; il mérite alors la dénomination de

¹ Spillmann. Appendicite avec abcès sous-diaphragmatique consécutif. *La Presse médicale*, 7 septembre, 1898.

pyopneumothorax sous-phrénique. D'une façon générale, le pyopneumothorax sous-phrénique (Leyden) est consécutif à la perforation d'un organe du voisinage, ulcérations de l'estomac et du duodénum, perforation du diaphragme et communication avec la cavité thoracique, etc. La perforation de l'ulcus simplex de l'estomac en est la cause la plus habituelle. Pour ce qui est du pyopneumothorax sous-phrénique appendiculaire, il doit être fort rare, car sur neuf cas d'empyème sous-phrénique (consécutifs à l'appendicite) opérés ou autopsiés, la présence du gaz n'est pas signalée une seule fois dans le travail de Sonnenburg. Et quand on constate des gaz on peut se demander si ces gaz ne viennent pas de la perforation d'un organe voisin : estomac, intestin et surtout diaphragme et voies aériennes.

Voici quelques cas où la présence de gaz dans le foyer sous-phrénique appendiculaire est signalée. Dans une observation de Starcke, il y avait pyopneumothorax sous-phrénique consécutif à une appendicite; mais la provenance des gaz s'expliquait par la perforation du diaphragme et la communication avec les bronches. Greig Smith¹ parle de pyopneumothorax sous-phrénique, suivi d'appendicite, ici encore, la présence de gaz était due à une perforation du diaphragme. Vanlair a publié le cas d'un enfant qui, à la suite d'appendicite, est pris d'une tumeur épigastrique (probablement empyème sous-phrénique); trois jours plus tard apparaît un brusque *pneumothorax* à droite; la peau qui recouvre la tumeur épigastrique s'amincissant, on fait une incision et par cette plaie sous-diaphragmatique s'échappent du liquide fétide et des gaz; il est permis de supposer que les gaz de la collection sous-phrénique venaient du pneumothorax concomittant.

Dans une des observations rapportées par M. Sallet² un enfant, à la suite d'appendicite, est pris d'une tuméfaction au creux épigastrique. En même temps, à la base droite de la poitrine on trouve les signes d'un épanchement, abolition

1. Greig Smith. *Abdominal Surgery*, 1897, vol. II, p. 1147.

2. Sallet. *Thèse de Lyon*, 1894. Abscès péri-hépatiques d'origine appendiculaire.

des vibrations, égophonie, matité. Au-dessous de la matité, résonance amphorique et bruit d'airain. La thoracotomie donne issue à du pus d'une fétidité repoussante. Le lendemain on pratique l'empyème au niveau des dernières côtes et on perfore le diaphragme. Il sort une quantité de pus et de gaz. La mort survient vingt jours plus tard. A l'autopsie la poche sous-phrénique ne contient plus de pus, la plèvre ne contient qu'un peu de liquide séreux. Une autre observation concerne un enfant atteint d'appendicite; huit jours plus tard apparaît une tuméfaction douloureuse à l'hypocondre droit; on fait le diagnostic d'abcès sous-phrénique gazeux, diagnostic vérifié par l'opération; la mort survint le lendemain; l'autopsie n'a pas pu être faite.

Leyden signale quelques cas de pyopneumothorax sous-phrénique, consécutifs à la perforation de l'ulcère gastrique et un cas consécutif à l'appendicite. J'avoue que la pathogénie de cette dernière observation ne m'a pas entièrement convaincu; après l'opération et au cours des pansements, il s'écoulait par le drain laissé dans la cavité péritonéale, tantôt des parcelles alimentaires, tantôt des œufs d'ascarides et du liquide fécaloïde, ce qui prouve qu'il y avait quelque part une perforation du tractus intestinal; perforation suffisante pour expliquer le développement d'un pyopneumothorax sous-phrénique. Quant à l'appendicite, elle n'existait plus au moment de la mort, l'autopsie ayant démontré l'intégrité absolue de l'appendice.

L'observation d'Eisenlohr est instructive parce qu'elle est précise et détaillée; la voici : un jeune garçon est pris d'appendicite et huit jours après surviennent des symptômes de péritonite. Quelques jours plus tard on constate à la base droite de la poitrine un souffle intense à timbre métallique, un fort tympanisme et une voussure de l'hypocondre. Le malade succombe. A l'autopsie on trouve une appendicite légère cause de tous les accidents. La moitié droite de la cavité péritonéale est envahie par du pus et par des adhérences. Entre le foie et le diaphragme est une poche remplie de pus et de gaz. Cette poche communique à travers une perforation du diaphragme avec la plèvre droite qui contient, elle aussi,

du pus et des gaz. Les gaz de l'abcès sous-phrénique venaient donc du pneumothorax.

En somme, il y a un pyopneumothorax appendiculaire sous-phrénique. Il est annoncé par les symptômes de l'empyème sous-phrénique exposés plus haut, avec voussure et tympanisme à l'épigastre ou à l'hypocondre, douleurs violentes, angoisse dyspnéique. On comprend qu'il est parfois difficile, étant donnée la région envahie, de savoir si le pyopneumothorax est sus ou sous-diaphragmatique. La présence de gaz dans la poche purulente sous-phrénique vient-elle d'une communication avec les voies aériennes (comme dans d'autres circonstances elle vient d'une communication avec les voies digestives), ou bien s'agit-il là d'une collection putride, capable, comme la pleurésie putride, de produire elle-même des gaz? L'analyse des cas que je viens de vous citer signale presque toujours un apport de gaz par effraction, perforation du diaphragme, et communication du foyer sous-phrénique avec la plèvre ou avec une bronche. Dans deux cas seulement, dont la pathogénie est douteuse, parce que l'observation est incomplète, cet apport par effraction n'est pas signalé. Cette question, pour le moment, ne peut donc pas être définitivement jugée.

Il n'est pas impossible qu'il y ait un pyopneumothorax sous-phrénique *putride*, avec dégagement de gaz, comparable à la pleurésie putride, le travail de putréfaction s'expliquant peut-être par le voisinage de la plèvre et des voies aériennes, mais, je le répète, je ne connais pas encore une seule observation qui permette d'admettre sans conteste pareille affirmation.

J'ai encore à vous parler de faits bien curieux : la traînée infectieuse qui part de l'appendice, qui remonte dans l'abdomen et qui va se collecter entre le foie et le diaphragme sous forme d'empyème sous-phrénique, peut déterminer dans la cavité thoracique, non plus une pleurésie putride, mais une *gangrène du poumon*. C'est un chapitre à ajouter à l'histoire de la gangrène pulmonaire.

Voici le fait que j'ai observé : dans les premiers jours du

mois de mars de l'année 1896 entré, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, n° 9, un homme d'une cinquantaine d'années, qui se plaignait d'une douleur violente à la base de la poitrine du côté droit. La toux était fréquente et très pénible, la respiration anxieuse et entrecoupée; la température était élevée. A l'auscultation, on trouvait à la base du poumon droit, en arrière, des râles secs, fins, disséminés; il n'y avait pas de souffle. Le malade ne crachait pas. L'absence de crachats nous privait d'un important élément de diagnostic.

Outre cet épisode thoracique qui ne datait que de la veille ou de l'avant-veille, le malade éprouvait depuis quelques semaines, à l'hypocondre droit, des douleurs formant comme une demi-ceinture au-dessous des fausses côtes. Ces douleurs, très exaspérées par la pression, irradiaient dans la partie droite de l'abdomen. A la palpation, on constatait l'empatement de la région; la percussion ne donnait que des renseignements vagues; la région lombaire droite était endolorie; en descendant vers la fosse iliaque, les symptômes s'amendaient. J'admis la présence d'une collection purulente abdominale ayant déterminé par voisinage une hépatisation du poumon, et je fis passer le malade en chirurgie, afin de le soumettre à un examen complet sous chloroforme, et afin de procéder à l'opération qui me paraissait s'imposer.

On donna en effet le chloroforme, mais l'examen n'ayant pas décelé suffisamment la présence d'une collection purulente, cet homme me fut renvoyé. Le soir même un candidat au Bureau central examinait le malade et concluait à l'existence d'une pneumonie sans lésions abdominales.

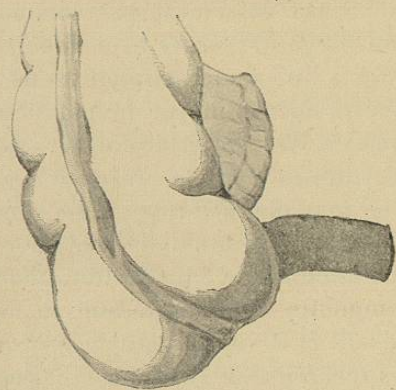
Les événements se précipitèrent; le lendemain le malade était agonisant et il succombait le surlendemain.

Voici les résultats de l'autopsie : l'incision des parois de l'abdomen, faite sur la ligne médiane, met à nu des adhérences nombreuses et épaisses. On fait alors une seconde incision en croix au niveau de l'ombilic. Les quatre segments donnés par ces deux incisions sont rabattus, on rompt les adhérences et on trouve d'abord à l'hypocondre droit une périhépatite intense. En soulevant la face inférieure du foie on découvre une vaste collection de plusieurs litres de pus

fétide, mal lié, en partie enkystée, qui se continue au-dessus du foie sous forme d'abcès sous-phrénique, et qui en bas envahit la fosse iliaque et repousse les intestins. La paroi postérieure de ce vaste abcès, qui ne contient que du liquide purulent et pas de gaz, est formée de tissu lardacé, résistant, qui s'insinue à travers les faisceaux du psoas et qui comprime l'uretère au point de provoquer une hydronéphrose du rein droit.

Ces traînées et ces collections purulentes cantonnées au côté droit de l'abdomen, nous rappellent aussitôt les migrations d'origine appendiculaire. Et en effet il s'agissait bien d'appendicite.

Le cæcum adhère au muscle psoas. L'appendice, très volumineux et comme en érection, baigne dans le pus et remonte sur la face postéro-interne du cæcum, duquel il se détache, maintenu seulement par des adhérences ainsi qu'on le voit sur la figure ci-dessous. Il s'agissait donc bien de lésions appendiculaires.



Restait à examiner la cavité thoracique. Nous avons dit dans le cours de ces leçons que l'empyème sous-phrénique appendiculaire est habituellement le prélude d'une pleurésie putride droite, avec ou sans perforation du diaphragme. Dans le cas actuel, il n'y avait pas de pleurésie, des adhérences avaient préservé la cavité pleurale, mais l'infection

avait atteint le lobe inférieur du poumon droit. En plein parenchyme pulmonaire était un bloc de *gangrène pulmonaire* du volume d'une orange. Ce foyer gangreneux était formé de deux couches; l'une périphérique, rougeâtre, compacte, l'autre centrale formant comme un noyau noirâtre, friable, humide, d'odeur des plus infectes. Ce foyer, nettement circonscrit, ne s'était encore ouvert dans aucune bronche, ce qui explique pourquoi le malade n'avait ni haleine fétide ni expectoration. Le reste du poumon était sain; les plèvres étaient intactes.

L'examen de l'appendice, fait par un des chefs du laboratoire, M. Caussade, donna les résultats suivants: les parois de l'appendice sont très épaisses et scléreuses. Le canal appendiculaire est oblitéré à partir de la valvule de Gerlach, sur une étendue de deux centimètres (appendicite oblitérante). Plus bas la lumière du canal est filiforme; elle s'élargit un peu vers l'extrémité de l'appendice et à ce niveau la cavité close est encombrée de matières durcies. C'est dans cette petite cavité close que s'était élaborée la toxi-infection que je viens de vous décrire.



Oblitération complète
du
canal appendiculaire.



Lumière du canal
à la partie moyenne
de l'appendice.



Lumière du canal
vers l'extrémité de
l'appendice.

Sur les coupes histologiques on ne peut pas reconnaître les différentes tuniques de l'appendice, sauf quelques amas épithéliaux tombés dans la lumière du canal. Dans ces amas, la thionine phéniquée décèle des microorganismes, cocci et bacilles, réunis par groupes extra-cellulaires. Dans les parois, cocci et bacilles sont intra-cellulaires et sont véhiculés jusqu'à la sous-séreuse et jusqu'au péritoine épaissi. On assiste ainsi à la migration microbienne qui est venue infecter le péritoine sans qu'il y ait eu perforation des parois de l'appendice. C'est la même flore microbienne qui, partie du

foyer appendiculaire, avait provoqué dans sa marche ascendante la péritonite fétide et la gangrène pulmonaire.

MESSIEURS,

Vous voilà bien renseignés, je pense, sur la grande migration ascendante qui, partie du petit foyer appendiculaire, provoque la péritonite, l'empyème sous-phrénique, la pleurésie putride et la gangrène du poumon. Nulle autre affection du ventre, pas même la hernie étranglée, n'est capable de produire pareilles catastrophes.

J'ai dit, il y a quelques années, que l'appendicite est « *la grande maladie abdominale* » et qu'elle doit nous tenir sans cesse en éveil. Les terribles complications que nous découvrons tous les jours, ou que nous apprenons à mieux connaître, ne sont pas faites pour me donner un démenti. Et ce n'est pas fini. Je ne veux pas aborder pour le moment l'histoire des lésions rénales et des lésions cardiaques consécutives à l'appendicite, parce que je n'en possède pas un nombre suffisant d'observations, mais là néphrite albumineuse et les abcès du rein font pressentir la description du *rein appendiculaire*, comme les lésions du cœur et l'intoxication cardiaque, péricardite, endocardite, lésions valvulaires, tachycardie, font pressentir la description du *cœur appendiculaire*.

Pensez-vous encore qu'en face d'une appendicite aiguë, prête à toutes les complications, on puisse impunément temporiser, ajourner de parti pris l'opération, et attendre avec quiétude que l'appendicite soit... refroidie ?

SEPTIÈME LEÇON

**GOMME SYPHILITIQUE DU LOBE FRONTAL
AVEC ATTAQUES D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE
GRAVE ATTEINTE
A LA DOCTRINE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES**

MESSIEURS,

Nous avons à discuter le diagnostic topographique et le diagnostic pathogénique d'une lésion cérébrale. Il ne s'agit pas d'un cas banal. Il s'agit au contraire d'un cas qui demande à être étudié et discuté de près, d'abord parce qu'il vient à l'encontre d'idées généralement reçues, et ensuite parce qu'il touche à la question de l'intervention chirurgicale dans les lésions intra-craniennes.

Comme prélude à l'étude que nous allons entreprendre, il est indispensable que je vous rappelle en quelques mots les notions classiques concernant l'épilepsie jacksonienne et les localisations de la zone motrice corticale du cerveau. Bien que dans une autre occasion¹ j'aie longuement traité cette question, il ne m'est pas possible de la passer aujourd'hui sous silence, et je la résume brièvement.

1. Dieulafoy. Un cas d'épilepsie jacksonienne. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, t. I, neuvième leçon.