

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1°. — La maladie d'Addison ne mérite pas d'une façon absolue le nom de « maladie bronzée » sous lequel Addison lui-même l'avait décrite. La mélanodermie, la pigmentation de la peau et des muqueuses, en un mot, la teinte bronzée peut manquer totalement comme chez notre malade. Tous les autres symptômes peuvent exister, à l'exception de la mélanodermie. En pareil cas, je propose la dénomination de maladie d'Addison à forme *fruste*.

2°. — L'asthénie musculaire, résultat de l'intoxication addisonienne, est le symptôme le plus caractéristique de la maladie d'Addison ; il ne manque jamais. C'est l'asthénie musculaire à forme spéciale qui doit mettre sur la voie du diagnostic dans les formes frustes addisoniennes. Cette asthénie survenant chez un tuberculeux pulmonaire, il est naturel de penser à la tuberculose surrénale. On pourrait être aidé dans le diagnostic par l'injection du suc surrénal ou par l'ingestion de capsules surrénales.

3°. — Plus souvent qu'on ne pense, la maladie d'Addison peut se terminer par la mort rapide ou subite, alors même qu'elle est à une période peu avancée.

4°. — La terminaison par mort subite mérite d'être bien connue au point de vue du pronostic et au point de vue médico-légal. Elle acquiert une importance de premier ordre quand elle survient chez un addisonien dont la peau n'était pas pigmentée. Dans ce cas, l'autopsie peut seule permettre d'affirmer la cause de la mort.

DIXIÈME LEÇON

LE FOIE APPENDICULAIRE

ABCÈS DU FOIE CONSÉCUTIFS A L'APPENDICITE

MESSIEURS,

J'ai à vous parler aujourd'hui d'un fait qui, je l'espère, restera profondément gravé dans votre esprit et qui vous rappellera une fois de plus les abominables méfaits de l'appendicite quand l'appendicite n'est pas opérée en temps voulu, et quand on laisse aux infections secondaires le temps de se développer.

Le 12 mars 1898, entré dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 20, un homme de trente-quatre ans, atteint d'ictère fébrile. La température, qui était de 39 degrés à l'entrée du malade, atteignait 40 degrés le lendemain matin ; le pouls était rapide, la langue était sèche et rôtie. Sans être bien intense, la coloration jaune s'étendait à tout le corps, les urines étaient abondantes, de couleur acajou, assez riches en pigment biliaire, la réaction de Gmelin y décelait un anneau très net de bilirubine ; on y constatait également un nuage d'albumine. Les matières fécales étaient peu colorées ; toutefois, elles n'avaient pas l'aspect blanchâtre et mastique qu'elles prennent au cas d'obstruction du canal cholédoque, alors que la bile ne peut plus arriver jusqu'à l'intestin.

Il s'agissait donc ici d'un ictère vrai, très fébrile, et à voir le malade abattu, fébricitant, répondant péniblement aux questions qu'on lui adressait, on pensait tout d'abord aux formes infectieuses et graves de l'ictère, à l'ictère dit typhoïde.

L'examen du foie fournissait des renseignements précieux. La région hépatique formait une voussure qui s'étendait jusqu'à l'épigastre; cette voussure était si marquée qu'une ponction exploratrice avait été faite, sans résultat du reste, avant l'entrée du malade à l'hôpital, dans l'idée qu'on pourrait bien avoir affaire à une tumeur liquide. Le foie était volumineux et très sensible à la pression; il débordait de deux travers de doigt les fausses côtes. Les autres organes abdominaux et thoraciques étaient sains; rien aux poumons, rien au cœur, la maladie tout entière semblait bien concentrée sur le foie. Tel était l'état du malade le jour et le lendemain de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il s'agissait de faire un diagnostic.

Interrogé sur le début de son mal, cet homme nous apprit que douze jours avant, le 27 février au matin, il avait été pris d'un violent frisson et d'un fort accès de fièvre qui n'était que le prélude d'une longue série d'accès semblables. Depuis cette époque, frissons et accès s'étaient répétés presque tous les jours, tantôt à une heure, tantôt à une autre, sans périodicité. Vous avez pu constater ces grands accès fébriles; l'accès débutait par un frisson des plus violents avec claquement des dents et tremblement de tout le corps; ce stade de froid, qui durait environ une demi-heure, était suivi d'un stade de chaleur des plus prononcés et de sueurs si profuses que le malade était littéralement baigné dans son lit. Après l'accès, qui rappelait complètement l'accès palustre avec ses trois stades classiques, le malade tombait dans une sorte de somnolence. En seize jours, on a pu compter quatorze accès survenant matin ou soir, à heures variables; certains jours, il y eut même deux accès. Outre ces accès la fièvre était continue.

Au dire de cet homme, une vive douleur hépatique était survenue dès le début de cette période fébrile; cette douleur,

bien qu'atténuée, durait encore, mais la jaunisse avait été plus tardive, elle n'était apparue que quelques jours après les accès de fièvre, et elle ne fut jamais bien intense, pas plus au début de la maladie qu'à une période déjà avancée.

Muni de ces renseignements, on pouvait faire plusieurs suppositions: les grands accès de fièvre, la douleur hépatique et le gros volume du foie, tout cela faisait penser à la suppuration de l'organe; mais quelle pouvait être la cause de cette suppuration? L'hypothèse d'un kyste hydatique suppuré était peu admissible, car l'augmentation de volume du foie était de date toute récente, et du reste une ponction exploratrice était restée sans résultat. S'agissait-il d'un gros abcès du foie analogue à l'abcès dit tropical, habituellement consécutif à l'infection dysentérique; s'agissait-il au contraire, de petits abcès miliaires associés à une angiocholite suppurée? La première de ces deux hypothèses était peu admissible, cet homme n'ayant dans son passé rien qui pût expliquer la formation d'un gros abcès du foie; quant au gros abcès dysentérique *nostras*, sa symptomatologie est tellement effacée qu'il passe souvent inaperçu¹. La seconde hypothèse était à débattre, le tableau que nous avons sous les yeux rappelant assez bien les symptômes de l'angiocholite infectieuse, calculeuse ou non; toutefois, l'angiocholite ne provoque pas en quelques jours une telle augmentation du volume du foie.

Il est une variété d'hépatite suppurée à laquelle il faut toujours penser dans des cas analogues à celui-ci, je veux parler des abcès hépatiques consécutifs à l'*appendicite*. Les grands accès de fièvre, la douleur hépatique, l'accroissement rapide du volume du foie et l'ictère forment un syndrome qui doit éveiller en vous l'idée de l'infection hépatique consécutive à l'infection appendiculaire. Mes élèves y avaient pensé et vous jugez de ma satisfaction quand ils m'ont fait part des déductions précises et méthodiques qui les avaient mis sur la voie du diagnostic. Il s'agissait de savoir si notre

1. BOINET. Grands abcès du foie « *nostras* » d'origine dysentérique. *Revue de Médecine*, 10 janvier 1897.

homme avait eu récemment une poussée d'appendicite aiguë : je dis appendicite *aiguë*, car c'est seulement pendant la phase active de l'exaltation de virulence en cavité close, que semblables accidents peuvent se préparer. Interrogé dans ce sens, notre malade répondit qu'une dizaine de jours avant le début de ses grands accès de fièvre, il avait en effet éprouvé de vives douleurs abdominales qui l'avaient obligé d'interrompre son travail; il localisait l'origine et le siège de ces douleurs à la fosse iliaque droite, et *il nous montrait du doigt* la région qui correspond exactement au point de Mac Burney (région appendiculo-cæcale), c'est-à-dire le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque droite antérieure et supérieure. Cette phase de douleurs appendiculaires, qu'on arrivait à reconstituer par l'interrogatoire précis et rigoureux du malade, n'avait duré que quelques jours; mais elle était indéniable, elle avait été accompagnée d'une forte constipation, comme c'est l'usage.

Muni de ces renseignements et bien qu'il fût impossible actuellement de constater quoi que ce soit à l'exploration de la région appendiculaire, on pouvait affirmer que cet homme avait eu à cette époque une appendicite de moyenne intensité, appendicite bénigne en apparence, qu'on eût décorée il y a quelques années de la dénomination aussi fautive que mauvaise de coliques appendiculaires. Mais ne savons-nous pas aujourd'hui que l'appendicite n'est jamais bénigne au vrai sens du mot; ne savons-nous pas que sous des apparences trompeuses, l'exaltation de virulence en cavité close, *qui résume en elle toute l'histoire de l'appendicite*, peut favoriser le passage des microbes pathogènes dans toutes les directions, vers le péritoine et ailleurs, et propager ainsi par les voies lymphatiques ou veineuses des infections à distance dont la plus terrible est sans contredit l'infection hépatique? En conséquence, on s'arrêta à l'idée d'abcès multiples du foie consécutifs à une appendicite, et on porta du même coup un diagnostic précis et un pronostic fatal, l'infection hépatique d'origine appendiculaire étant au-dessus des ressources de la médecine et de la chirurgie.

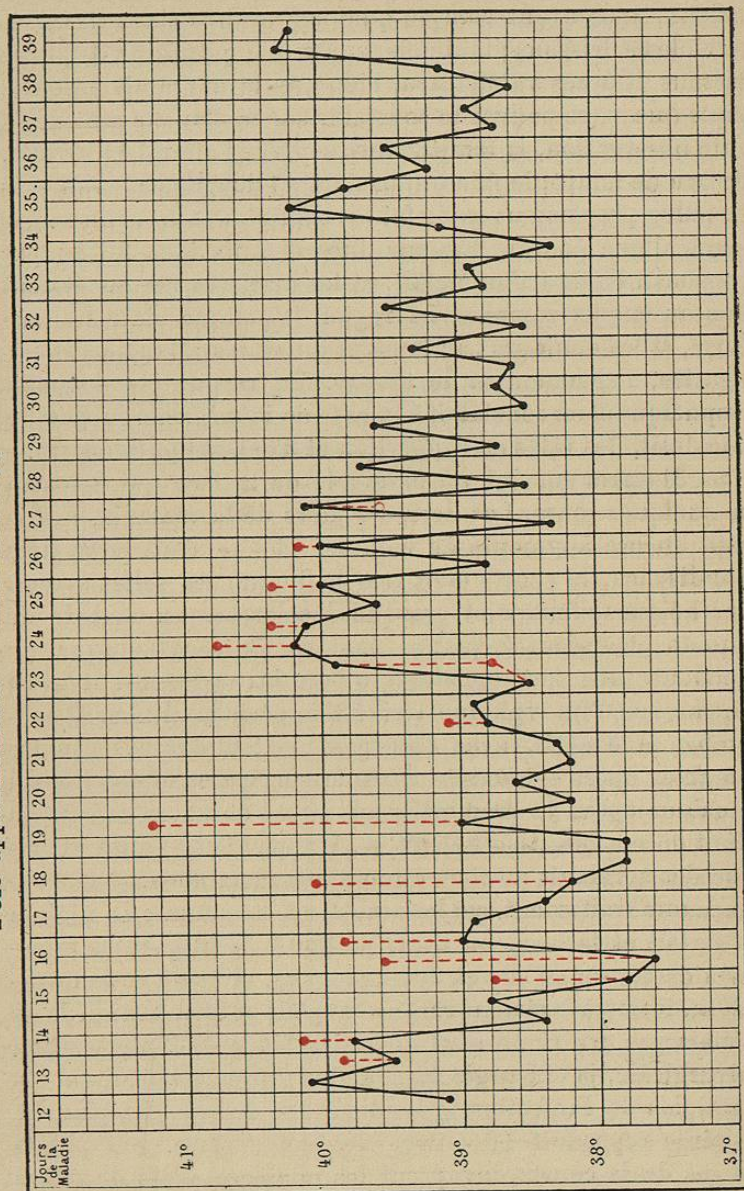
Pendant les vingt-huit jours que cet homme a séjourné

dans mon service, la fièvre a persisté malgré toutes les médications; nous avons compté quatorze grands accès précédés de violents frissons; toutefois, après une quinzaine de jours, frissons et accès ont disparu, bien que la fièvre ait persisté. Ainsi que vous pouvez le constater sur la planche annexée à cette observation, la température a parfois atteint 41 degrés. En peu de temps, le foie uniformément développé, avait pris de telles proportions qu'il faisait saillie dans le ventre sous forme d'une énorme tumeur dure et sans bosselures; par moments, l'ictère s'amendait, et les matières fécales étaient plus ou moins colorées. La région hépatique était douloureuse, et les douleurs par leurs irradiations atteignaient l'épigastre, l'abdomen et le thorax. La respiration devenait dyspnéique et on constatait à la base de la poitrine, surtout du côté droit, des râles de congestion et d'œdème pulmonaire.

Le 31 mars survint un érysipèle de la face qui disparut en quelques jours. Les derniers jours de la maladie, le foie avait encore augmenté de volume, l'ictère avait pour ainsi dire disparu, le ventre était très ballonné, les selles étaient diarrhéiques, fétides et presque décolorées. Le malade de plus en plus prostré, plongé dans un état adynamique, ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait, il avait l'apparence d'un typhique arrivé à la période ultime. Il succomba, le 8 avril, avec 40 degrés de température, quatre semaines après son entrée dans le service et moins de six semaines après le premier grand accès de fièvre qui fut le début de son infection hépatique. L'appendicite cause et origine des accidents mortels remontait à deux mois.

Comme traitement, cet homme avait été soumis au régime lacté, lait et lactose, on avait pratiqué de fréquentes injections de sérum de 200 et 300 grammes. Grâce à cette médication, les urines étaient restées longtemps abondantes. Je ne m'étais pas arrêté un seul instant à l'idée de l'intervention chirurgicale, la chirurgie étant impuissante devant les abcès multiples de l'infection appendiculaire du foie. La planche ci-jointe reproduit la courbe de température. Les points rouges de la courbe indiquent les quatorze accès de fièvre ainsi que la température qui fut atteinte pendant ces accès.

Foie appendiculaire. — Infection suppurée du foie.



Telle est l'observation de ce malade, voyons maintenant quels furent les résultats de l'autopsie.

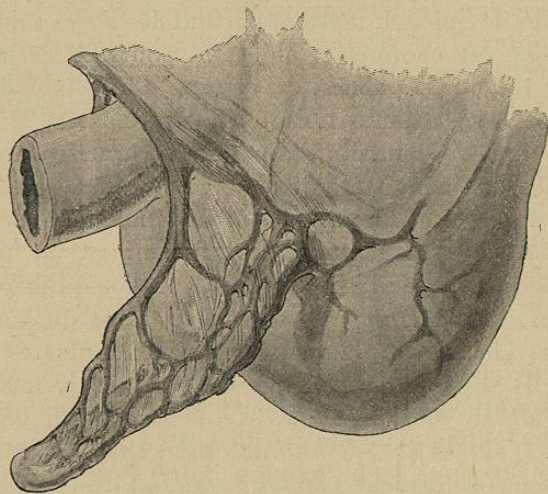
L'autopsie confirma de tous points le diagnostic : voici le foie; vous voyez qu'il est énorme, il a plus que doublé de volume; il pèse 3,200 grammes. Son aspect et sa coloration sont absolument modifiés, sa surface est soulevée en différents endroits par des voussures de teinte jaunâtre et brunâtre. Au premier aspect, on dirait presque un cancer secondaire avec ses bosselures aux nuances multiples. La consistance de l'organe est molle. Des coupes pratiquées dans toutes les régions du foie, lobe droit, lobe gauche, lobe carré, lobe de Spiegel, mettent partout des abcès à découvert; le foie en est comme criblé. On pourrait certainement compter 150 ou 200 abcès, du volume d'une tête d'épingle, d'un petit pois, d'une noisette, d'un œuf; il y a même un gros abcès de la dimension d'une orange dans le lobe droit. Les uns sont superficiels, presque sous-jacents à la capsule de Glisson, les autres sont profondément cachés dans l'épaisseur du parenchyme. Ils contiennent un pus assez épais sans odeur fétide, dont la coloration plus ou moins jaunâtre, verdâtre, rappelle toute la gamme du jaune et du vert. Ces abcès sont la plupart indépendants les uns des autres; ils sont séparés par des cloisons de tissu hépatique sain ou altéré, mais ils n'ont pas de parois qui leur soient propres. D'autres abcès communiquent entre eux, tendent à se fusionner et forment par leur réunion des anfractuosités purulentes considérables. A la section, bon nombre de ces abcès ont un aspect spongieux, aréolaire, alvéolaire. D'où le nom d'*abcès aréolaires du foie* (Chauffard).

Les voies biliaires extra-hépatiques sont saines et perméables; il en est de même du tronc de la veine porte qui ne présente pas la moindre altération. Les organes abdominaux sont absolument normaux; à part quelques adhérences périhépatiques, pas de lésion péritonéale, pas d'ascite. Rien à la rate, rien à l'intestin.

Mais l'appendice iléo-cæcal, *cause de tout le mal*, est le siège de lésions que nous allons maintenant étudier. Il est enveloppé de fausses membranes qui en triplent le volume

en l'unissant de façon intime à la face postérieure du cæcum et à la partie antérieure du muscle psoas. En disséquant ces adhérences de façon à isoler l'appendice, on met à jour un petit abcès péri-appendiculaire, contenant à peine une cuillerée à café de pus légèrement fétide. A la base de l'appendice, les veines appendiculaires sont tellement développées qu'elles forment un véritable réseau variqueux, saillant, qui après avoir enveloppé l'appendice, va s'épanouir sur le cæcum, où il se confond avec les veines mésentériques.

La figure que je mets sous vos yeux, et qui représente la



face postérieure du cæcum avec l'appendice, vous montre ce réseau veineux appendiculaire et péri-appendiculaire; il est le témoignage des lésions veineuses, phlébites et thromboses, que je vais vous décrire dans un instant. Je n'ai jamais rencontré pareil réseau veineux dans l'appendicite; il est probable qu'il n'acquiert un tel développement qu'au cas d'infection veineuse appendiculo-portale.

L'appendice n'est point perforé, le canal appendiculaire ne contient pas de calcul, il a recouvré sa perméabilité, mais sa muqueuse est exulcérée en trois ou quatre points vers l'extrémité terminale et un tout petit abcès siège sous

la muqueuse. En résumé, nous trouvons là des lésions péri-appendiculaires et des reliquats d'appendicite.

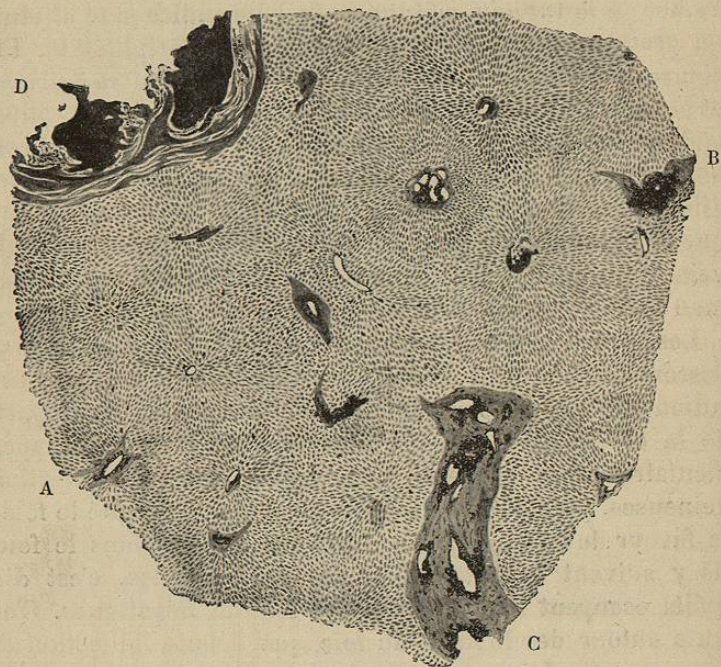
L'appendice porte les vestiges de l'infection appendiculaire, en apparence légère, qui avait suscité chez notre malade la phase douloureuse localisée à la fosse iliaque droite, phase douloureuse qui avait précédé de douze jours environ, l'infection hépatique. A supposer que cet homme n'eût pas succombé à son infection hépatique, il aurait dû compter un jour ou l'autre avec ses lésions appendiculaires mal éteintes.

Telles sont les lésions macroscopiques du foie et de l'appendice; je vais actuellement vous faire connaître les lésions histologiques et les résultats de l'examen bactériologique.

Le pus du petit abcès péri-appendiculaire consécutif à l'appendicite a donné *une culture pure de coli-bacille*. Les veines de la tunique celluleuse de l'appendice sont atteintes en grand nombre d'endophlébite et de périphlébite. Plusieurs de ces veines sont thrombosées, leur lumière à disparu et est comblée par un thrombus formé en partie de cellules endothéliales et de tissu fibreux. A côté de ces veines thrombosées, on trouve, surtout sous la séreuse, des veines très dilatées, veines variqueuses, qui forment le plexus varicosus appendiculaire constaté à l'œil nu. Dans les parois des veines thrombosées et dans le tissu de périphlébite, l'examen bactériologique décèle des formes microbiennes.

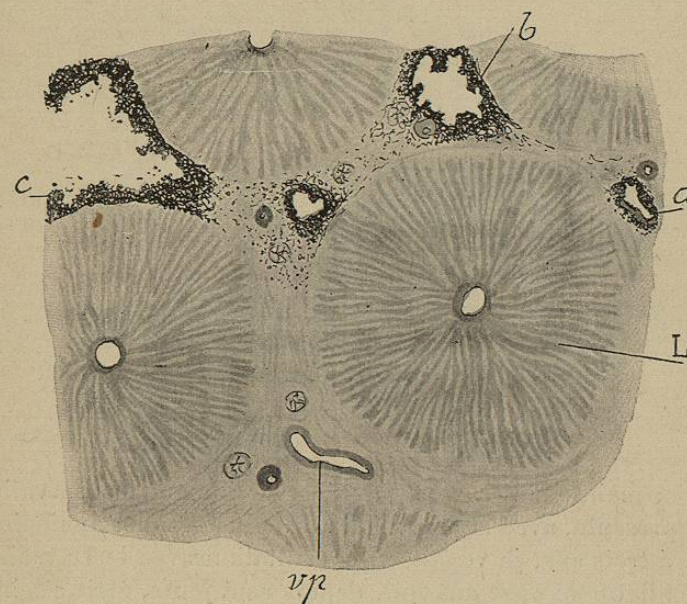
Les préparations histologiques figurées sur la planche ci-dessous ont pour but de vous montrer la formation et l'évolution des abcès appendiculaires du foie. Les microbes partis de la cavité close se sont engagés dans les veines appendiculaires, tout en semant sur leur chemin des infections veineuses, phlébites et thromboses et ils ont gagné le foie à la faveur de la veine porte. Les voici arrivés dans le foie; ils y suivent la distribution des veines portes, c'est dire qu'ils occupent la périphérie des lobules hépatiques. C'est donc autour des lobules du foie que débute l'infection du foie appendiculaire; les microbes y pullulent et des cellules embryonnaires engainent la veine porte comme un manchon; vous voyez en A le début portal de cette infiltration

périlobulaire. En B, l'abcès commence à se développer; des amas considérables de cellules embryonnaires englobent et encombrant la veine-porte périlobulaire, modifient et détruisent les lobules voisins. Les microbes pénètrent parfois dans le lobule hépatique (pyléphlébite intralobulaire) mais l'infection atteint rarement la veine centrale du lobule. En C, vous suivez l'abcès dans sa formation; les canaliculaires biliaires et l'artère hépatique sont englobés dans l'abcès sans participer au processus. En D, l'abcès est formé, abcès cloisonné, alvéolaire, aréolaire; la réunion de plusieurs abcès aboutit à la formation d'abcès de plus en plus volumineux, et, à l'autopsie vous trouvez des abcès par centaines. Quelques jours, quelques semaines ont suffi à la formation de cette multitude d'abcès d'origine appendiculaire.



La planche ci-dessous vous montre d'une façon plus schématique comment se fait la marche de l'infection. Vous

voyez en L, le lobule hépatique normal; en *vp* la veine porte normale et les points *a*, *b*, *c* représentent les étapes successives de l'abcès dans les espaces portes.



La planche suivante représente l'envahissement du foie par les microbes. Au niveau des veines portes légèrement atteintes de périphlébite, on constate au milieu des cellules embryonnaires, des amas de coli-bacilles; on en trouve aussi dans l'épaisseur des parois. A un degré plus avancé, les coli-bacilles sont répartis sans ordre; on en voit dans toute l'étendue des abcès, vous voyez en *a* des amas de coli-bacilles.

En résumé, dans l'observation que je viens de vous présenter, il a été possible de suivre le coli-bacille dans sa pérégrination depuis son point de départ, l'appendice, jusqu'à son point d'arrivée, le foie. Et quand on pense que cette désorganisation complète du foie s'est faite en quelques semaines, quand on veut bien réfléchir que ces centaines d'abcès se sont produits en un temps si court, on