

comprend quelle a dû être l'exaltation de virulence qui s'est effectuée dans la petite cavité close appendiculaire.



J'ai maintenant à vous faire part d'une autre observation qui présente, avec la précédente, les plus grandes analogies : Il y a trois ans, je voyais en consultation avec le D^r Claisse une fillette de onze ans qui, depuis sept jours, était atteinte d'appendicite. La péritonite était déclarée et les symptômes étaient des plus graves. Malgré l'imminence du péril, l'intervention chirurgicale pouvait peut-être encore sauver la petite malade, aussi l'opération fut-elle pratiquée par M. Routier. La péritonite était en effet généralisée, l'appendice était gangrené et perforé. Quoique les conditions opératoires fussent des plus mauvaises, l'amélioration ne se fit pas attendre, les accidents péritonéaux cessèrent immédiatement, la température s'abaisse et pendant quelques jours on put croire à un succès. Mais soudain éclate un terrible accès de fièvre avec violent frisson, température à 40 degrés et sueurs profuses. Le lendemain, la fièvre persiste et le même accès reparait sans aucun autre symptôme qui pût nous mettre sur la piste de la complication qui se préparait.

S'agissait-il d'une infection péritonéale secondaire ? c'était peu probable, car le ventre était souple, indolore et la plaie

abdominale était en parfaite état. Alors une douleur à l'hypocondre droit attira notre attention. Le foie devint rapidement douloureux et très volumineux, en trois jours il débordait les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Cet ensemble de symptômes, grands accès de fièvre, douleur hépatique, augmentation rapide du volume du foie, n'indiquaient que trop que nous assistions à la plus terrible des complications de l'appendicite, l'infection du foie. Et en effet, malgré tous les traitements, la fièvre continua entrecoupée de grands accès se répétant parfois matin et soir, accès tout à fait comparables à ceux du malade de notre première observation. En huit jours, le foie avait doublé de volume. En même temps étaient apparus d'autres symptômes, teinte ictérique, état nauséux, douleurs épigastriques, vomissements, diarrhée sous forme de débâcle, et la pauvre enfant succomba dans l'adynamie deux semaines après le début de sa complication hépatique, quatre semaines après le début de son appendicite.

Ne croyez pas, Messieurs, que les abcès du foie soient une complication rare de l'appendicite ; M. Berthelin¹ en a réuni vingt-huit observations dans sa thèse inaugurale. Bon nombre de cas semblables passent inaperçus ou ne sont pas publiés, et je tiens à vous en faire connaître encore quelques exemples avant d'entreprendre l'étude générale de ce que je vous propose d'appeler le « foie appendiculaire ».

M. Achard a publié l'observation suivante² : un garçon de dix-huit ans entre à l'hôpital pour une forte fièvre et des douleurs abdominales qui avaient débuté par la fosse iliaque droite (c'était l'appendicite). Le foie forme une voussure sous les fausses côtes droites, la température atteint 38°,6. Plus tard, une teinte ictérique se déclare et l'urine renferme des pigments biliaries. Une ponction faite dans le foie hypertrophié donne issue à quelques gouttes de sang mélangé à des

1. M. Berthelin. Complications hépatiques de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1895.

2. Achard. Infection du foie compliquant l'appendicite, *Société de Biologie*, 16 novembre 1891.

grumeaux purulents. L'ensemencement sur divers milieux de culture fournit des colonies pures de *bacterium coli*. Les vomissements et la diarrhée continuent et ce jeune homme succombe dans le marasme après deux mois de maladie. A l'autopsie, on trouve un énorme foie criblé d'abcès; on ne peut faire une section sans en ouvrir une multitude de toutes dimensions; il en est qui ont le volume d'une mandarine, d'une noisette, d'un pois. Les plus volumineux ont l'aspect d'une poche hérissée de tractus filamenteux; ceux qui sont plus petits sont formés de logettes distinctes séparées par un réseau de petites cloisons; il en résulte un aspect alvéolaire. Le pus de ces abcès est verdâtre, un peu filant. L'appendice est perforé, le canal appendiculaire a été transformé en cavité close par une oblitération voisine de l'orifice cæcal. La veine porte et ses grosses divisions intra-hépatiques sont perméables et ne contiennent pas de caillots.

Voici une autre observation publiée par M. Feltz¹. Une fillette de treize ans était soignée depuis une huitaine de jours pour des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs accompagnées de nausées et de fièvre. Il s'agissait là d'une appendicite. Après l'entrée de la fillette à l'hôpital, un nouvel épisode se déclare: la température monte à 40 degrés, le foie devient très douloureux et très gros; en peu de jours, il dépasse les fausses côtes de quatre travers de doigt. L'ictère d'abord très léger s'accroît les jours suivants. Les grands accès de fièvre continuent et la petite malade succombe dix jours après le début de ces accidents hépatiques. A l'autopsie, on constate que le foie a doublé de volume. A la coupe, on le trouve farci d'une quantité de petits abcès de la dimension d'un pois à une noisette. Ces abcès présentent un aspect aréolaire, le pus est épais, visqueux, jaunâtre. Au premier aspect, l'intestin ne présente rien d'anormal, le péritoine est sain; la fosse iliaque droite paraît intacte. En dévidant l'intestin, on arrive à la valvule iléo-cæcale et au cæcum qui sont normaux. Mais l'appendice

1. Feltz. *Appendicite compliquée d'abcès aréolaires du foie*. Communication à la Soc. méd. des hôpitaux, 11 avril 1895.

iléo-cæcal est englobé dans une petite cavité purulente; il est perforé à son tiers supérieur. On tenait le corps du délit, cause des accidents mortels.

Laissez-moi vous citer encore une observation publiée par M. Jorand¹: Un enfant de neuf ans est pris pendant la nuit de vomissements répétés et de fièvre intense avec agitation et insomnie. Les jours suivants, les vomissements continuent. A son entrée à l'hôpital, on constate à la fosse iliaque droite des douleurs qui existent depuis le début de la maladie. C'était la phase appendiculaire. Soudain, douze à quatorze jours environ après cette première phase de la maladie, l'enfant est pris d'un grand frisson avec claquement de dents et la température monte à 41 degrés. La région hépatique devient douloureuse; le foie déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt et forme une véritable tumeur. Un léger ictère se déclare, la diarrhée est abondante, l'amaigrissement est considérable et l'enfant succombe au trente-deuxième jour de sa maladie. A l'autopsie, on trouve le foie doublé de volume; en pratiquant une série de coupes, on le trouve farci d'abcès d'aspect aréolaire dont les plus gros atteignent le volume d'une noix. L'appendice iléo-cæcal, cause des accidents mortels, est replié en arrière du cæcum; il est perforé à son extrémité; il plonge dans une cavité purulente d'aspect gangreneux.

Je crois inutile de multiplier les exemples; il y en a par douzaines; nous sommes suffisamment édifiés sur le processus de l'infection hépatique d'origine appendiculaire pour qu'il nous soit possible de reprendre la question dans son ensemble. Voici comment les choses se passent le plus souvent: Un individu, enfant ou adulte, est pris un jour des symptômes d'une appendicite intense ou légère. On fait appeler un médecin. Si celui-ci connaît bien la question, il n'est pas long à faire son diagnostic. Il commence par rechercher *avec précision* la région abdominale où la douleur a

1. Jorand. *Appendicite perforante, avec pyléphlébite suppurée et abcès aréolaires du foie*, *Bull. soc. anat.*, 1894, p. 300.

débuté; il procède à son examen *avec méthode*; la palpation, la pression, la défense musculaire, l'hyperesthésie, tout lui permet de constater que le foyer douloureux correspond au milieu d'une ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure (point de Mac Burney). C'est bien à ce niveau (région appendiculo-cæcale) que le ventre est tendu et douloureux, et à supposer que le ventre soit sensible en d'autres régions, c'est bien là que la douleur a débuté, c'est bien là qu'elle a son maximum d'intensité. Il se renseigne alors avec soin, sur les débuts de la maladie : il apprend que le sujet était en pleine santé quand il a éprouvé les premières atteintes du mal; la douleur n'a pas éclaté d'emblée avec violence, elle a mis plusieurs heures et plus encore avant d'acquiescer toute son intensité; en même temps, ou peu après, sont survenues des nausées, peut-être même un ou plusieurs vomissements. Il n'y a pas à hésiter, le diagnostic d'appendicite est nettement établi, et le médecin en question ne cache pas ses appréhensions à l'entourage du malade, à sa famille; il explique comment une appendicite, même bénigne en apparence, expose aux plus grands dangers; il parle de ces cas, bien trop nombreux, hélas! où une appendicite, jugée presque comme quantité négligeable, fut suivie quelques jours plus tard de septicémie péritonéale, de péritonite généralisée, de toxi-infection mortelle, d'abcès à distance, d'infection suppurée du foie toujours meurtrière. Et c'est pour mettre le malade à l'abri de ces terribles éventualités qu'il réclame l'opération avec insistance, il la réclame, essayant de convaincre l'entourage et le malade, qui finissent heureusement par accepter l'opération.

Si le médecin appelé auprès du malade est de ceux qui ne sont pas au courant de la question, *ou qui ne se donnent pas la peine de la connaître*, s'il en est encore aux descriptions erronées qui enseignent « qu'on a bien le temps de voir venir », l'état du malade lui paraît si peu alarmant, la fièvre est si peu intense, le ventre est si peu ballonné, qu'il se contente d'un diagnostic approximatif; il ne voit là qu'une typhlite, une entéro-colite qui va céder en quelques jours aux purgatifs, aux applications de glace, aux piqûres de mor-

phine. Il trouve le cas fort bénin, et, pour rien au monde, il ne consentira à une intervention chirurgicale. Et, en effet, quelques jours plus tard, la convalescence se dessine et semble lui donner raison, il triomphe, disant bien haut que c'est ainsi qu'on guérit « la typhlite » et qu'on a bien tort de livrer au chirurgien un tas de gens soi-disant atteints d'appendicite et qui ne sont justiciables que d'un traitement médical.

Mais le triomphe n'est pas de longue durée; pendant ces quelques jours où le malade a semblé marcher à la guérison, l'infection a parcouru silencieusement son chemin, les microbes pathogènes partis de l'appendicite, munis d'une virulence effrayante, sont déjà arrivés dans le foie et de terribles événements se préparent. Après une phase silencieuse comparable à l'incubation, éclatent les grands symptômes de l'infection du foie, les violents accès de fièvre, la douleur hépatique, l'accroissement rapide du volume du foie, l'ictère. Les accidents se précipitent et en quelques jours, en quelques semaines, le malade succombe, et des deux médecins on voit alors celui dont il fallait suivre les conseils.

Sachez-le bien, Messieurs, et ne l'oubliez pas, la gravité et les funestes conséquences de l'appendicite ne sont pas toujours en rapport, il s'en faut, avec l'intensité de ses symptômes. C'est un point sur lequel j'ai longuement insisté l'an dernier, lors de nos leçons sur l'appendicite¹. Je vous ai cité des exemples concernant des malades atteints d'appendicite, d'apparence légère, presque sans fièvre et néanmoins l'opération que j'avais fait pratiquer hâtivement, trente heures, quarante heures après le début de la maladie, mettait à découvert des appendices gangrenés, perforés, et des péritonites qui eussent été certainement mortelles si l'opération avait été tant soit peu différée.

Pareilles considérations sont applicables à l'infection hépatique consécutive à l'appendicite. La phase appendiculaire est tantôt très aiguë, très douloureuse, tantôt elle peut être assez

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897.*

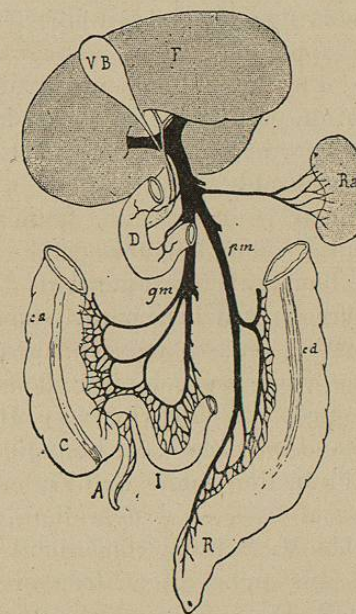
légère pour passer inaperçue aux yeux d'un observateur inattentif ou inexpérimenté. Vous avez vu combien cette phase appendiculaire avait occupé peu de place dans l'histoire de notre malade, il s'en était si peu inquiété qu'il n'avait cessé son travail que peu de jours et cependant les conséquences devaient en être mortelles. L'infection hépatique peut donc survenir quelle que soit la variété de l'appendicite; que l'appendice soit ou non perforé, qu'il plonge ou non dans un foyer purulent, qu'il y ait ou non lésions péritonéales et lésions péri-appendiculaires. Ce ne sont pas les lésions extra-appendiculaires qui créent le danger; tout le danger vient de la lésion intra-appendiculaire, de la cavité close où s'exalte la toxi-infection.

Vous trouvez ici une nouvelle application de cette exaltation de virulence en cavité close si nettement démontrée par l'expérimentation, et qui m'a servi à expliquer toute l'histoire de l'appendicite. C'est dans le canal appendiculaire transformé en cavité close, que le coli-bacille acquiert l'exaltation de virulence et la force d'expansion qui lui permettent de traverser les parois de l'appendice et d'aller ensemençer le péritoine alors même que les parois ne sont pas perforées; c'est également l'exaltation de virulence et la force d'expansion acquises en cavité close qui facilitent au coli-bacille sa migration à travers les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins et qui lui permettent de porter au loin la désolation et la mort sous le nom d'*infections à distance*. Or, l'infection hépatique, vous venez d'en avoir la preuve sur les préparations que je vous ai montrées, est une de ces infections à distance propres à l'appendicite. Le coli-bacille à la faveur de sa virulence exaltée pénètre dans les veines appendiculaires, gagne la grande veine mésentérique, la veine porte et le foie.

Dans quelques cas comme chez notre malade, ces phlébites forment un véritable réseau appendiculaire variqueux. Quelques veinules sont thrombosées, d'autres ne le sont pas. Parfois les phlébites occupent des troncs veineux plus volumineux, tels que la grande veine mésentérique qui reçoit les

veines appendiculaires et même le tronc de la veine porte aboutissant de la veine mésentérique.

Vous voyez, sur la figure ci-dessous, le trajet suivi par l'agent infectieux; en A, le point de départ des microbes au niveau des veines appendiculaires, leur migration dans la grande veine mésentérique *gm*, puis dans la veine porte, et leur arrivée dans le foie F où ils vont coloniser avec une effrayante rapidité.



Mais tandis que des phlébites infectieuses se déclarent sur les branches veineuses, depuis les petites veinules appendiculaires jusqu'aux troncs veineux volumineux, le coli-bacille, lui, a déjà pénétré dans le foie où nous allons le retrouver dans un instant.

La preuve que c'est bien dans la cavité close appendiculaire, et non pas en dehors de l'appendice, que s'élaborent les propriétés nocives particulières qui favorisent la migration de microbes pathogènes vers le foie, c'est que les

autres lésions de l'intestin¹ et du péritoine pour si profondes qu'elles soient ne déterminent pas les abcès du foie. L'intestin, y compris la région cæco-appendiculaire, peut plonger dans le pus au cours de péritonites de diverse nature sans qu'il en résulte jamais des abcès du foie. Les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, pour si nombreuses et profondes qu'elles soient, n'engendrent pas les abcès du foie. Les parois de l'appendice iléo-cæcal lui-même peuvent être envahies par la tuberculose ainsi que je vous en ai montré un cas récemment, sans que le foie soit infecté; peu importe que les parois de l'appendice soient le siège de tuberculose ou d'actinomyose, il n'y a, et il ne peut y avoir exaltation de virulence et migration coli-bacillaire que si le canal appendiculaire a été transformé en cavité close. C'est là le *primum movens* indispensable.

Même raisonnement pour la fièvre typhoïde; bien que l'intestin et le cæcum soient labourés par de grandes ulcérations typhiques, bien qu'ici comme dans les ulcérations tuberculeuses, la brèche soit largement ouverte à tous les microbes de l'intestin, ceux-ci ne s'engagent pas dans la veine porte, ils ne vont pas coloniser dans le foie parce qu'ils n'ont pas été préparés en cavité close. Dans un travail publié dans la *Revue de médecine*, M. Lannois² s'étonne que le foie échappe à l'infection, alors que l'intestin est creusé d'ulcérations tuberculeuses et d'ulcérations typhoïdes; il cite la statistique de M. Schultz concernant 362 autopsies de fièvre typhoïde sans qu'on ait pu trouver un seul abcès du foie. « Ceci, dit M. Lannois, est bien fait pour nous surprendre si l'on songe aux connexions veineuses directes qui existent entre l'intestin et le foie et aux lésions parfois si profondes de la paroi intestinale, sous l'influence de l'action ulcéralive de la fièvre typhoïde. » En effet, il y avait de quoi être surpris tant que la pathogénie des lésions hépatiques d'origine intestinale n'avait pas été éclairée, mais aujourd'hui nous savons que si le foie reste indemne malgré les

1. L'agent pathogène de la dysenterie par son affinité spéciale pour le foie fait seule exception.

2. Lannois. *Revue de médecine*, 1895, p. 909.

grandes ulcérations tuberculeuses ou typhiques qui ravinent l'intestin, c'est que l'exaltation de virulence des microbes intestinaux n'a pas été préparée en cavité close. Le travail de M. Lannois lui fut inspiré par un cas suivi d'autopsie dans laquelle on trouva à la fois (chose tout à fait exceptionnelle), des lésions intestinales à peu près cicatrisées de fièvre typhoïde et un gros foie farci d'abcès de différentes dimensions. Mais au cours de l'autopsie, M. Tripier découvrit une appendicite et il n'hésita pas à mettre les abcès du foie, non pas sur le compte des ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde, mais sur le compte de l'appendicite, cette variété d'appendicite que j'ai décrite ailleurs sous le nom d'*appendicite paratyphoïde*¹.

M. Tripier eut parfaitement raison. C'est à l'appendicite et non aux ulcérations qu'il fallait attribuer les abcès du foie. En transformant le canal appendiculaire en cavité close, les lésions de la fièvre typhoïde avaient rendu possibles l'appendicite et l'infection du foie.

Cette digression a pour but de vous montrer, une fois de plus, que sans cavité close, pas d'appendicite, et pour ne parler que du cas qui nous occupe aujourd'hui, c'est grâce à l'exaltation de virulence puisée en cavité close, que les colonies microbiennes ont pu se frayer un chemin à travers les veines appendiculaires, suivre le courant jusqu'à la veine porte, *veina porta malorum*, et s'élancer en colonies infectantes à la conquête du foie, leur terre promise.

Voilà donc les microbes arrivés dans le foie, ils prennent position dans les espaces portes, ils colonisent, avec une puissance inouïe de reproduction, leur virulence est telle et le terrain de culture est si éminemment favorable, qu'en quelques jours le foie est doublé de volume et est criblé de centaines d'abcès. Comparez, je vous prie, l'intensité, l'étendue de ces lésions hépatiques et l'exiguïté de la cause qui les a produites: d'un côté, une toute petite cavité close appendiculaire, une appendicite parfois légère, et, de l'autre

1. Académie de médecine, séance du 20 octobre 1896 et *Manuel de pathologie interne*, t. IV, p. 431.