

côté, une infection hépatique rapidement envahissante et ne pardonnant jamais.

Cette infection hépatique, je vous rappelle comment elle s'annonce : Le malade a été atteint d'appendicite ; cette appendicite a été violente ou légère, peu importe, parfois même l'opération a été faite (*trop tard*), et le malade opéré de son appendicite est en pleine convalescence. Mais voilà que de grands accès de fièvre ouvrent la scène, accès violents, avec frisson, température à 40 degrés et transpirations abondantes. Ces accès reviennent tous les jours ou plusieurs fois par jour. Entre les accès, il n'y a pas d'apyrexie, la fièvre est continue. Avec les accès de fièvre apparaissent d'autres symptômes : douleur hépatique, douleur à l'épigastre, ictère, état nauséux, intolérance de l'estomac, vomissements. Ces symptômes sont eux-mêmes accompagnés de la tuméfaction rapide du foie ; cet organe peut, en effet, devenir énorme, il double de volume. La rate reste normale. La diarrhée est aussi fréquente que la constipation ; dans un des cas que j'ai observés, la diarrhée survenait sous forme de débâcles. L'ictère est précoce ou tardif, léger ou assez intense. Les symptômes généraux sont ceux d'un état typhoïde ; le pouls est très accéléré, la langue est sèche et rôtie, les accès de fièvre persistent pendant une ou deux semaines ; parfois la fièvre s'amende, on constate comme une rémission passagère, et, en fin de compte, le malade succombe dans l'adynamie, dans le collapsus, dans un état syncopal, ou avec des symptômes d'ictère grave (hémorragies multiples, albuminurie, anurie).

L'infection hépatique est toujours consécutive à la phase *aiguë* de l'appendicite ; le foie appendiculaire n'est plus à redouter quand le processus actif de l'appendicite est éteint, c'est-à-dire quand les microbes de la cavité close ont depuis quelque temps perdu leur virulence. D'autre part, je ne connais pas un seul exemple où l'infection hépatique soit survenue hâtivement dès les premiers jours de l'appendicite ; la migration des agents pathogènes à travers les veines appendiculaires ne commence jamais, du moins je le crois,

avant le cinquième ou sixième jour de l'appendicite. La chirurgie a donc tout le temps d'intervenir avant que la migration appendiculo-portale soit commencée.

Voilà en quoi consiste le *foie appendiculaire*, la plus terrible complication de l'appendicite ; elle est toujours mortelle ; la médecine et la chirurgie sont également impuissantes à conjurer le mal, une fois qu'il est déclaré. En effet, autant le chirurgien peut faire œuvre utile quand il s'agit d'un abcès du foie, quel que soit son volume, autant son intervention est nulle en face de cette infection appendiculaire où les abcès du foie se comptent habituellement par douzaines et par centaines. Mais aussi, quelle leçon, Messieurs, pour ceux qui considèrent que l'intervention chirurgicale dans l'appendicite doit être exceptionnelle ; quelle leçon pour ceux qui ne préconisent que l'opération « à froid », c'est-à-dire l'opération après la cessation déjà éloignée des symptômes aigus. Une fois de plus, je m'élève de toutes mes forces contre de pareilles assertions. En fait d'appendicite, il ne faut jamais attendre, car on ne peut savoir ce que le lendemain ou ce que l'avenir nous réserve. Si les malades dont je viens de vous retracer la triste histoire avaient été opérés en temps voulu, l'infection hépatique n'aurait pas eu le temps de se faire, et ils auraient été sauvés. Pour résumer ma pensée en quelques mots, j'affirme qu'on ne doit jamais mourir d'appendicite ; faites votre diagnostic sans tarder, imposez l'opération en temps voulu ; que l'opération soit faite suivant toutes les règles de l'art et jamais vous ne perdrez un malade d'appendicite.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Toute appendicite, même bénigne en apparence, peut devenir la cause d'une infection hépatique qui se traduit par la formation rapide d'abcès multiples qui se chiffrent par douzaines et par centaines, disséminés dans le foie. Ces abcès de dimensions diverses, d'aspect souvent aréolaire, transforment le foie en une sorte d'éponge purulente. La dénomination de *foie appendiculaire*, que je propose à cette variété

BIBLIOTECA

de suppuration hépatique, la distingue de toutes les autres suppurations du foie.

2° On est vraiment frappé de la disproportion flagrante qui existe entre la petite cavité close de l'appendice où s'élabore la toxi-infection et ce gros foie de trois kilogrammes où les microbes, doués d'une virulence inouïe, peuvent en quelques semaines, presque en quelques jours, déterminer d'aussi vastes lésions.

3° Les complications hépatiques de l'appendicite éclatent presque toujours brusquement. C'est souvent dans le décours de l'appendicite, c'est en pleine convalescence alors que l'attaque appendiculaire paraissait terminée, qu'un terrible accès de fièvre fait son apparition. Cet accès, suivi de plusieurs autres, est accompagné de douleur hépatique et d'un rapide accroissement du foie. L'ictère ne manque pour ainsi dire jamais. Les vomissements et la diarrhée sont des symptômes fréquents.

4° L'infection hépatique appendiculaire est toujours mortelle; le seul traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à pratiquer l'opération de l'appendicite dès les premiers jours, sans laisser à la complication hépatique le temps de se produire.

5° Il ne faut pas confondre l'infection hépatique appendiculaire avec l'ictère toxique dû à l'adulération des cellules du foie par résorption des toxines de l'appendicite. Il s'agit là, en somme, non pas d'un ictère vrai, mais d'un faux ictère urobilinurique avec albuminurie. Cette question, qui, je crois, était inconnue jusqu'ici, sera traitée en détail à l'une des prochaines leçons.

ONZIÈME LEÇON

OBLITÉRATION PERMANENTE DU CANAL CHOLÉDOQUE

DIAGNOSTIC DES CAUSES DE L'OBLITÉRATION TRAITEMENT CHIRURGICAL

MESSIEURS,

Nous entreprenons aujourd'hui l'étude d'une question qui intéresse également la médecine et la chirurgie, je veux parler de l'oblitération du canal cholédoque, j'entends l'oblitération permanente, maladie des plus graves et habituellement mortelle, mais dont le danger, dans des circonstances que nous aurons à préciser, peut être conjuré par l'intervention chirurgicale.

Commençons cette étude par l'observation de la malade qui en fait le principal objet. Le 25 août 1897, entrant dans notre salle Sainte-Jeanne, n° 20, une femme de soixante-trois ans, atteinte d'ictère chronique. L'ictère était des plus prononcés, d'un beau jaune verdâtre, généralisé à tout le corps; peau et muqueuses, tout était pris. Les urines d'apparence huileuse avaient une teinte vieil acajou et contenaient du pigment biliaire en quantité, on y trouvait également quelques traces d'albumine. Par contre, les matières fécales étaient blanchâtres, totalement décolorées. Ce contraste entre l'ictère foncé de la peau et des urines et la décoloration des garde-robes indiquait déjà sans plus ample