

ture de l'abcès dans l'intestin est parfois un mode de guérison : j'en dirai autant de l'ouverture de l'abcès à travers la paroi abdominale, de l'irruption du pus dans les bronches et de la terminaison de l'abcès par vomique<sup>1</sup>.

Je mentionne à titre de faits exceptionnels l'ouverture de l'abcès dans l'estomac, dans le bassin, dans la veine cave, dans le péricarde. Il ne paraît pas impossible que le pus puisse se résorber, et l'abcès laisse à sa place une cicatrice.

Ce que j'ai dit sur les débuts de l'hépatite et de l'abcès tropical du foie laisse supposer que le diagnostic est souvent difficile. Le pronostic est grave, d'autant plus grave que l'hépatite endémique est sujette aux récurrences et aboutit parfois à la forme chronique après de longues intermittences. Un abcès ouvert et guéri ne suffit pas pour vous mettre à l'abri d'abcès nouveaux; on ne peut fixer aucun terme à la période de formation des abcès : on quitte les pays intertropicaux, on part pour l'Europe, et de nouveaux abcès peuvent encore se former. C'est ce qui est arrivé à Delord, à qui l'on doit une bonne monographie sur les maladies du Sénégal, et qui, après avoir rendu un abcès hépatique sous forme de vomique, succomba plus tard à de nouveaux abcès.

**Anatomie pathologique.** — Le foie atteint d'hépatite aiguë est volumineux, rougeâtre et très friable. Rarement il se forme plusieurs abcès; l'hépatite suppurée dans les trois quarts des cas ne donne lieu qu'à un seul abcès, différence notable avec les abcès pyohémiques et biliaires, qui sont multiples et parfois très nombreux.

Le plus souvent, l'abcès tropical siège dans le lobe droit du foie et à sa face convexe (Dutrouleau). La quantité du pus contenu dans l'abcès s'élève à plusieurs centaines de grammes et peut dépasser un litre; ce pus est jaunâtre, rougeâtre, épais, crémeux, et parfois coloré en vert par la bile. Il peut devenir fétide par simple voisinage de l'intestin, ou par suite de communication avec d'autres organes.

1. Rendu. *Loco citato*, p. 62.

Les parois de l'abcès sont souvent anfractueuses; formées de tissu embryonnaire, et de ces parois se détachent souvent des lambeaux mortifiés. A une époque plus avancée, la membrane pyogénique s'entoure d'une membrane fibreuse. L'abcès débute par les parties profondes de l'organe, et se rapproche de plus en plus de la surface du foie. La collection purulente arrivée au contact de la capsule de Glisson se comporte différemment suivant les cas; des adhérences s'établissent entre le foie et les organes voisins; des ulcérations se forment et le pus se fraye une voie à travers le diaphragme et les bronches (vomique); dans le péricarde, dans le péricarde, dans la plèvre, dans l'intestin; parfois l'ouverture de l'abcès se fait vers la paroi abdominale.

**Traitement.** — On a conseillé les émissions sanguines (Dutrouleau), l'ipéca en lavage (1 gramme d'ipéca en 24 heures) (Mac-Lean). On surveille avec attention la formation de l'abcès afin de l'ouvrir sans retard.

#### § 19. LE FOIE APPENDICULAIRE HÉPATITE TOXIQUE ET HÉPATITE PURULENTE APPENDICULAIRES ICTÈRES APPENDICULAIRES

J'ai donné par abréviation le nom de *foie appendiculaire* à la toxi-infection du foie consécutive à l'appendicite. Par sa situation, le foie reçoit directement le contre-coup des toxines et des microbes dont la virulence a été exaltée dans le foyer de l'appendicite. Les veines appendiculaires et les branches de la veine porte se chargent de véhiculer ces toxines et ces microbes jusqu'au foie.

Néanmoins il est une distinction importante à établir, car il faut se garder de confondre l'hépatite toxique et l'hépatite purulente. Dès les premiers jours de l'appendicite, le foie peut être adultéré par les toxines appendiculaires, qui, elles, sont plus rapidement véhiculées que les microbes; il en ré-



sulte une altération des cellules hépatiques qui mérite le nom d'*hépatite toxique*. Cette hépatite toxique précoce ne suppure pas. C'est plus tard, dans le courant du second ou du troisième septénaire de l'appendicite, que les microbes de la flore appendiculaire peuvent être transportés au foie. Alors éclate l'infection purulente du foie ou *hépatite purulente*. Il est donc indispensable de scinder en deux variétés la description du foie appendiculaire : d'une part, l'hépatite toxique (qui est plus précoce) et, d'autre part, l'hépatite purulente (qui est plus tardive).

#### A. HÉPATITE TOXIQUE APPENDICULAIRE

Si l'on veut bien se reporter au chapitre de l'Appendicite, on verra que j'ai décrit une appendicite toxique, ou *appendicémie*, dont les témoins peuvent être l'ictère, la cholurie, l'urobilinurie, l'albuminurie, les hématuries, etc. Je n'ai à m'occuper ici que de l'un de ces témoins, l'ictère toxique avec les lésions concomitantes du foie, étude qui, je le crois, n'avait pas encore été faite lors de ma communication à l'Académie en 1898. Les observations suivantes vont nous aider à écrire ce chapitre.

**Faits cliniques.** — Un matin de l'année 1897 arrive dans mon service un jeune garçon de vingt ans. En le voyant entrer, un des élèves fait la réflexion suivante : « En voilà un qui a la *jaunisse* ». Ce jeune homme avait, en effet, une teinte ictérique, peu accusée à la peau, mais très nette aux conjonctives. Il vient à l'hôpital, nous dit-il, parce qu'il souffre du ventre. Douleurs abdominales et jaunisse, c'en était assez pour éveiller au premier abord l'idée de coliques hépatiques. On fait coucher le malade et je l'examine. Les douleurs de ventre ont débuté quatre jours avant, dans la matinée du dimanche. Vers le soir, ce garçon a été pris de fièvre et de vomissements, les douleurs abdominales ont persisté toute la nuit. Le lendemain lundi, la situation ne s'est pas modifiée, le ventre est resté fort sensible, aussi

le malade vient-il à l'hôpital nous demander conseil. Après ce récit, je prie ce garçon de m'indiquer le *point précis* où les douleurs ont débuté et le point où elles ont atteint leur plus grande intensité. Sans hésiter, il va droit à la fosse iliaque et il met son doigt sur le point de Mac Burney. En effet, au niveau de la région appendiculaire, la palpation et la pression déterminent très nettement une douleur vive, accompagnée de défense musculaire. Là aussi l'hyperesthésie est plus marquée qu'ailleurs. Il n'y avait pas à hésiter, ce garçon était atteint d'appendicite.

Restait à expliquer la *teinte subictérique* de la peau et des conjonctives; le foie n'était ni gros ni douloureux; la jaunisse était-elle une simple coïncidence, ou bien y avait-il une relation entre l'ictère et l'appendicite? Ma première impression fut qu'il ne s'agissait pas d'un ictère vrai; séance tenante nous pratiquons l'examen des urines : l'acide nitrique ne détermine aucun disque de biliverdine ou de bilirubine, mais il fait apparaître un disque brunâtre; l'examen spectroscopique révèle la présence d'urobiline et de pigment brun. La teinte jaune de la peau et des conjonctives n'était donc pas le résultat d'un ictère vrai. L'analyse des urines dénote également la présence d'*albumine* en assez notable quantité. En face de ces symptômes, teinte ictérique, urobilinurie, albuminurie, j'émis l'opinion que ce garçon était atteint d'appendicite avec symptômes *toxiques*, la toxine appendiculaire fabriquée en cavité close ayant déterminé une adulation des cellules du foie et des reins, d'où l'urobilinurie, la jaunisse et l'albuminurie.

Tel était le diagnostic. Restait à décider le traitement. Je n'ai pas l'habitude de transiger avec les convictions que je me suis faites sur le traitement de l'appendicite : aussi, après avoir obtenu le consentement du malade, et malgré l'apparente bénignité de cette appendicite, je priai mon ancien élève Marion de pratiquer immédiatement l'opération. Il n'était que temps d'intervenir. L'opérateur trouva dans le péritoine une collection purulente d'odeur infecte. L'appendice, en *partie sphacélé*, plongeait dans le pus. Dans la



partie inférieure du canal appendiculaire largement dilatée et transformée en cavité close, était une grosse concrétion calculeuse. On pressent ce qui serait arrivé si cette appendicite à forme *gangréneuse* eût continué ses ravages!

Cet exemple montre, une fois de plus, que la gravité des lésions appendiculaires n'est pas toujours en rapport, il s'en faut, avec l'intensité des symptômes. L'ablation de l'appendice supprima le foyer appendiculaire, ce laboratoire de toxines, mais le foie et les reins restèrent encore adultérés. Le mercredi, la situation fut critique; le malade était abattu, son visage était grippé et subictérique, le hoquet était fréquent, les urines étaient rares et albumineuses, la température atteignait 38°,5, le pouls était à 106. On pratiqua deux injections de sérum, chacune de 500 grammes. La nuit fut meilleure. Le lendemain jeudi, le hoquet avait presque cédé, la température était à 37°,4, la teinte était encore subictérique. Dans les urines brunâtres, l'urobilinurie persistait; mais, chose importante, l'albumine avait disparu. Deux jours plus tard, la teinte ictérique disparaissait à son tour, l'urine ne contenait plus d'urobilinurie; quelques jours après, ce jeune garçon était guéri. Cette observation qui fait partie d'une de mes leçons sur la toxicité de l'appendicite est une démonstration de cette toxicité. La toxine appendiculaire ayant adultéré le foie et le rein, l'intoxication s'est traduite par l'urobilinurie avec teinte ictérique et par l'albuminurie. On enlève l'appendice, foyer d'intoxication, et en vingt-quatre heures l'albumine disparaît; l'urobilinurie cesse trois jours plus tard. Depuis que j'ai appelé l'attention sur cette variété d'ictère et sur l'albuminurie qui lui est souvent associée, les observations se sont multipliées et j'en ai vu un grand nombre.

Routier m'en a communiqué plusieurs cas. L'un d'eux concerne une fillette opérée et guérie de son appendicite; l'enfant avait dès le début de la maladie une teinte subictérique qui s'accrut les jours suivants. Un autre cas concerne un homme opéré d'urgence et guéri de son appen-

dicite; la teinte subictérique qui existait le jour de l'opération persista plusieurs jours avant de disparaître.

Valmont a vu un homme ayant eu plusieurs attaques d'appendicite qui fut pris d'ictère à sa dernière attaque et qui succomba en trois jours.

Une des malades dont j'ai rapporté l'observation au chapitre du « vomito negro appendiculaire » fut prise dès les premiers jours de son appendicite d'un ictère qui s'accrut et se généralisa à tout le corps à la façon d'une jaunisse intense.

Dans quelques cas l'ictère est tenace et peut persister des semaines et des mois jusqu'à ce que le foyer appendiculaire soit enlevé. Hartmann m'a communiqué le fait suivant: un jeune homme fut pris en septembre 1897 de douleurs nettement localisées à la fosse iliaque droite. Dreyfus-Brissac fit le diagnostic d'appendicite. La crise aiguë une fois passée, ce jeune homme conserva un teint un peu jaune et l'on trouva son foie augmenté de volume; aussi Dreyfus-Brissac envoya-t-il le malade faire une cure à Bréda. Le 2 octobre 1898, survient une nouvelle attaque d'appendicite. Cette fois encore on constate une teinte subictérique et l'on trouve de l'albumine dans les urines. Hartmann pratiqua le 14 octobre l'ablation de l'appendice et le 25 octobre ictère et albumine avaient disparu.

J'ai vu en août 1903 avec Segond une femme qui avait une teinte subictérique, depuis le mois de février, époque où elle avait eu une attaque d'appendicite. Depuis cette attaque, la douleur de la fosse iliaque droite n'avait jamais complètement cédé. L'opération fut pratiquée et dix jours plus tard la teinte subictérique avait disparu.

Une femme de la Salpêtrière atteinte d'appendicite en février 1903 avait gardé depuis lors une légère teinte subictérique. Segond l'opéra de son appendicite trois mois plus tard, et la teinte ictérique disparaît.

**Description.** — Cet ictère toxique peut apparaître dès le deuxième ou troisième jour de l'appendicite, mais il ne faut pas s'attendre à trouver une jaunisse accentuée.