

Souvent la teinte jaune n'est qu'ébauchée, il faut la rechercher, elle est plus accusée aux conjonctives et au visage; c'est par exception qu'elle se généralise à la façon d'un véritable ictère. Les matières fécales restent colorées. Les urines sont assez foncées, on peut y trouver des pigments biliaires vrais, mais le plus souvent elles ne contiennent que de l'urobiline ou du pigment brun. Dans quelques cas le foie est augmenté de volume.

Cet ictère toxique n'est pas de longue durée; il disparaît vite après l'opération de l'appendicite. On a vu des sujets qui avaient une poussée ictérique à chaque attaque d'appendicite. Parfois, ainsi que nous l'avons vu dans des observations citées plus haut, la teinte subictérique s'installe pendant des semaines et des mois et ne disparaît qu'après l'ablation du foyer appendiculaire. En face de faits pareils, je me demande si l'intoxication du foie consécutive à l'appendicite ne peut pas entrer pour une part dans la genèse des *cirrhoses* du foie.

L'ictère toxique appendiculaire est parfois l'unique témoin de la toxicité appendiculaire, mais le plus souvent il est associé à l'albuminurie, cet autre témoin du poison. Aussi, chez les gens atteints d'appendicite, la recherche de la teinte ictérique et de l'albuminurie s'impose, il faut toujours pratiquer l'examen des urines et voir si elles contiennent pigments, albumine et cylindres; car tous ces signes qu'on négligeait autrefois et qu'on néglige trop encore aujourd'hui sont les témoins de l'imprégnation de l'économie par les toxines appendiculaires; ils sont un argument de plus en faveur de l'intervention rapide dont le rôle est de supprimer à temps le foyer qui est la source du poison.

La teinte subictérique chez un individu atteint d'appendicite n'est pas faite pour simplifier le diagnostic. En effet, il y a des cas où les douleurs de l'appendicite, tout en existant au point de Mac Burney, peuvent irradier jusqu'à la région sous-hépatique (appendice à type remontant). Supposons qu'en pareille circonstance le malade ait en même temps un léger ictère: l'idée de coliques hépatiques se pré-

sente naturellement. Comment arriver au diagnostic? Au cas de colique hépatique, ce sont surtout les pigments vrais de la bile qu'on retrouve dans l'urine, signe différentiel insuffisant puisqu'on peut en trouver aussi au cas d'ictère appendiculaire. Ce qui est plus important, c'est qu'au cas de colique hépatique, le foyer douloureux n'a ni son origine, ni son maximum d'intensité au point de Mac Burney, tandis qu'au cas d'appendicite, alors même que les douleurs irradient vers l'hypocondre, le maximum d'intensité de ces douleurs, souvent accompagnées de défense musculaire et d'hyperesthésie, réside à la région appendiculaire. On ne confondra donc pas la colique hépatique et son ictère avec la teinte ictérique de l'appendicite.

Au point de vue du *pronostic*, il faut toujours se méfier de cet ictère toxique appendiculaire, car il est parfois le prélude d'une intoxication généralisée des plus terribles; on commence par avoir un peu d'ictère et de l'albuminurie et puis survient toute la série des accidents toxiques, insuffisance urinaire, insuffisance hépatique, gastrique hémorragique, hématuries, accidents nerveux et la mort.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'hépatite toxique appendiculaire ont été plusieurs fois constatées. Dans un cas dont il sera plus longuement question au chapitre du « rein appendiculaire », il m'a été possible, grâce à l'obligeance de Letulle, d'avoir l'examen histologique dont voici la description: les coupes du foie faites sur des fragments traités par l'acide osmique après fixation par le formol à 10 pour 100 montrent l'accumulation de très fines granulations graisseuses à l'intérieur des cellules hépatiques surtout dans la région avoisinant le centre du lobule. Mais le reste des trabécules n'est pas indemne de graisse. Un détail est intéressant à noter: il existe une accumulation notable de graisse dans les cellules endothéliales qui revêtent bon nombre de trabécules, et à l'intérieur des vaisseaux capillaires on rencontre un grand nombre de leucocytes chargés de granulations graisseuses. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline-éosine, l'aspect lobulé du foie est assez remar-

quable. Cette disposition tient en partie à un certain degré de condensation du tissu conjonctif périportal et à quelques îlots d'atrophie trabéculaire avec pigmentation des cellules groupées autour de certaines veines sushépatiques de moyen volume. Il n'y a aucune altération nécrobiotique des cellules hépatiques. En résumé, nous constatons au foie des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques centrolobulaires, lésions d'intoxication suraiguë.

Dans un autre cas d'appendicite toxique publié par Lorrain¹, les lésions histologiques du foie se rapprochent beaucoup des lésions décrites par Letulle. Certaines cellules sont remplies de grains jaunâtres, très fins, couleur de rouille. « La présence du pigment ocre en quantité abondante dans les cellules du foie indique un trouble profond résultant très vraisemblablement d'une intoxication aiguë ».

Dans un autre cas dont il sera question au chapitre du « rein appendiculaire », l'examen histologique du foie fait par Nattan-Larrier a prouvé que les cellules de l'organe sont en dégénérescence granulo-graisseuse.

B. HÉPATITE INFECTIEUSE, PURULENTE, APPENDICULAIRE

Après avoir étudié l'hépatite toxique, étudions l'hépatite infectieuse purulente. L'hépatite toxique, avons-nous dit, est précoce et n'est accompagnée ni de douleurs hépatiques, ni de symptômes bruyants. Tout autre est l'hépatite purulente due à l'infection de l'organe par les microbes appendiculaires; elle apparaît assez tardivement, au décours de l'appendicite ou pendant la convalescence; elle est accompagnée de symptômes bruyants: violents frissons, grands accès de fièvre, douleurs à l'hypochondre, accroissement rapide du volume du foie, ictère, etc. On en aura une idée en lisant l'observation suivante qui a été l'occasion de la leçon clinique que j'ai consacrée à ce sujet².

1. Lorrain. *Bull. Soc. anat.*, décembre 1902.
2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. Le foie appendiculaire. Abscès du foie consécutifs à l'appendicite. Dixième leçon.

Faits cliniques. — Le 12 mars 1898 entraît dans mon service un homme 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; la maladie tout entière semblait bien concentrée sur le foie. Interrogé sur le début de son mal, cet homme nous apprend 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.

Au dire du malade, une vive douleur hépatique était survenue dès le début de la période fébrile; cette douleur, bien qu'atténuée, durait encore; la jaunisse avait été plus

tardive, elle n'était apparue que quelques jours après les accès de fièvre.

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, 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 avions 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 l'idée d'infection hépatique consécutive à l'infection appendiculaire. Il s'agissait donc de savoir si notre 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 abdo-

1. Boïnet. Grand abcès du foie « nostras » d'origine dysentérique. *Revue de médecine*, 10 janvier 1897.

minales 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. Cette phase de douleurs appendiculaires, qu'on arrivait à reconstruire 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, on pouvait affirmer que cet homme avait eu à cette époque une *appendicite* de moyenne intensité, *appendicite* bénigne en apparence. 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 l'émigration 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'infection purulente du foie consécutive à une *appendicite*, et on porta du même coup un diagnostic précis et un pronostic fatal.

Pendant les vingt-huit jours que cet homme a séjourné dans mon service, nous avons compté 14 grands accès, la fièvre atteignant 41 degrés et l'accès étant précédé de violents frissons. En peu de temps, le foie, uniformément développé, formait dans le ventre 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, avec irradiations à l'abdomen et au 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