

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

était 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, 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, je ne m'étais pas arrêté à l'idée de l'intervention chirurgicale, la chirurgie étant presque toujours impuissante devant les *abcès multiples* de l'infection appendiculaire du foie. L'abcès unique est absolument rare.

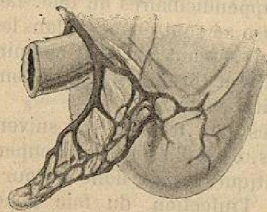
L'autopsie confirma de tous points le diagnostic; en voici les résultats: le foie a plus que doublé de volume; il pèse 3200 grammes. Sa surface est soulevée en différents endroits par des voussures de teinte jaunâtre et brunâtre. Au premier aspect, on dirait presque un cancer secondaire avec ses bosselures 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. 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 altéré. 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 périappendiculaire, 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 mésaraïques.

La figure ci-jointe représente la face postérieure du



cæcum avec l'appendice; on y voit le réseau veineux appendiculaire et périappendiculaire, témoignage des lésions veineuses, phlébites et thromboses, que je vais décrire dans

un instant. Je n'ai jamais vu 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, mais la muqueuse est exulcérée en trois ou quatre points, et vers l'extrémité terminale est un tout petit abcès.

Telles sont les lésions macroscopiques du foie et de l'appendice; passons aux lésions histologiques et à l'examen bactériologique. Le pus du petit abcès périappendiculaire 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.

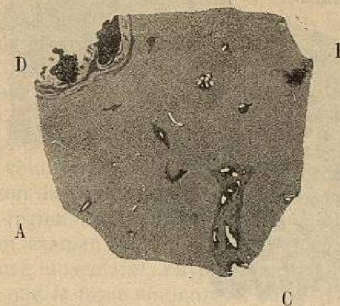
Plusieurs de ces veines sont thrombosées, leur lumière a disparu et est comblée par un thrombus formé en partie de cellules endothéliales et de tissu fibreux. A côté de ces veines thrombosées, on trouve, surtout sous la séreuse, des veines très dilatées, veines variqueuses, qui contribuent à former le plexus variqueux appendiculaire constaté à l'œil nu. Dans les parois des veines thrombosées et dans le tissu de périphlébite, l'examen bactériologique décele des formes microbiennes.

Les préparations histologiques figurées sur les planches ci-dessous ont pour but de 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 disposition 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.

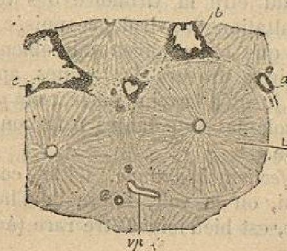
Le processus s'étend peu à peu, et en fin de compte le foie est transformé en une sorte de ruche purulente.

La planche ci-dessous montre le début du processus.



A. début portal de l'infiltration périlobulaire. En B, l'abcès commence à se développer; des amas 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, on suit l'abcès dans sa formation; les canalicules biliaires et l'artère hépatique sont englobés dans l'abcès sans participer au processus. En D, l'abcès est formé, abcès cloisonné, aréolaire; la réunion de plusieurs abcès aboutit à la formation d'abcès de plus en plus volumineux.

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



L, lobule hépatique normal; — vp, veine porte normale; — a, b, c, étapes successives de l'abcès dans les espaces portes.