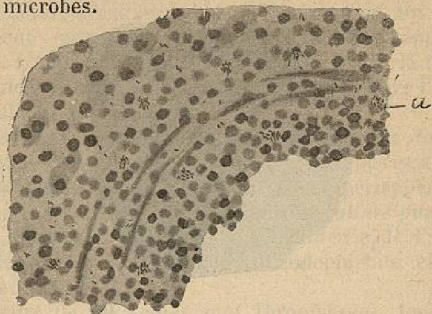


La planche ci-dessous représente l'envahissement du foie par les microbes.



Au niveau des veines portes légèrement atteintes de périphlébite, on constate, au milieu des cellules embryonnaires, des amas de microbes; on en trouve aussi dans l'épaisseur des parois. A un degré plus avancé, les coli-bacilles sont répartis sans ordre; on en voit dans toute l'étendue des abcès; a, amas de microbes.

En résumé, dans cette observation il a été possible de suivre la flore microbienne dans sa pérégrination depuis son point de départ, l'appendice, jusqu'à son point d'arrivée, le foie. Et quand on pense que des centaines d'abcès se sont produits dans le foie en quelques semaines, on comprend quelle a dû être la virulence des microbes. C'est grâce à cette exaltation de virulence puisée dans le foyer de l'appendicite, que les colonies microbiennes ont pu se frayer un chemin à travers les veines appendiculaires, suivre le courant jusqu'à la veine porte, *vena porta malorum*, et s'élancer en colonies infectantes à la conquête du foie, leur terre promise.

Telle est l'infection hépatique. Cette complication de l'appendicite, qui, on le voit, diffère de l'hépatite toxique décrite plus haut, est bien loin d'être rare (Achard<sup>1</sup>, Feltz<sup>2</sup>,

1. Achard. *Soc. de biol.*, 16 novembre 1894.

2. Feltz. Communication à la Soc. méd. des hôp., 11 avril 1895.

Jorand<sup>1</sup>). Bertholin<sup>2</sup> en a réuni vingt-huit cas dans sa thèse. Depuis lors, bien d'autres cas ont été publiés; je citerai ceux de mes élèves Lœwy<sup>3</sup> et Lorrain<sup>4</sup>. Un tel nombre d'observations permet de reprendre dans son ensemble la question du foie appendiculaire.

**Description.** — Voici comment les choses se passent le plus souvent: Un individu, enfant ou adulte, est pris un jour 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 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-cœcale) 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; en même temps, ou peu après, sont survenus des nausées, peut-être même des 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 assez légère en apparence, expose aux plus grands dangers; il parle des cas, trop nombreux, hélas! où une appendicite, jugée presque comme quantité négligeable, a été suivie plus tard de péritonite d'infection suppurée du foie ou de la plèvre, etc.

1. Jorand. *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 300.

2. Bertholin. *Complications hépatiques de l'appendicite*. Th. de Paris, 1895.

3. Lœwy. *Foie appendiculaire*, *Soc. anat.*, nov. 1898.

4. Lorrain. *Foies appendiculaires*, *Soc. anat.*, décembre 1902.

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 typhlité, une typhlo-colite, qui va céder en quelques jours aux purgatifs, aux applications de glace, aux piqûres de morphine. 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 l'appendicite, 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 de l'organe, 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.

N'oublions jamais que 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 au chapitre consacré à l'appendicite. J'ai

cité des exemples concernant des malades atteints d'appendicite, d'apparence légère, et néanmoins l'opération que j'avais fait pratiquer hâtivement, trente heures après le début de la maladie, mettait à découvert des appendices gangrenés, et des péritonites qui eussent été mortelles si l'opération avait été tant soit peu différée.

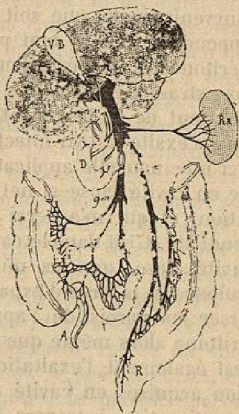
Parcilles considérations sont applicables à l'infection hépatique consécutive à l'appendicite. La *phase appendiculaire* est tantôt très aiguë, très douloureuse, tantôt elle peut être assez légère pour passer presque inaperçue aux yeux d'un observateur inattentif ou inexpérimenté. On a vu combien cette 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 y ait ou non lésions péritonéales et périappendiculaires. 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.

Nous trouvons 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 les microbes acquièrent l'exaltation de virulence et la force d'expansion qui leur 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 aux microbes leur migration à travers les vaisseaux sanguins et qui leur permettent de porter au loin la désolation et la mort sous le nom d'*infection à distance*. Or, l'infection hépatique est une de ces infections à distance propres à l'appendicite. Les microbes, coli-bacilles et autres, à la faveur de leur virulence exaltée, pénètrent dans les veines

appendiculaires, gagnent la grande veine mésentérique, la veine porte et le foie.

Dans quelques cas, comme chez notre malade, les veines infectées 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.

On voit, 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.



Cette infection hépatique, je 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 frissons, 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, intolérance de l'estomac, vomissements. Ces symptômes sont eux-mêmes accompagnés de la tuméfaction rapide du foie, qui peut devenir énorme. 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 depuis quelque temps. 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 microbes à la faveur des veines appendiculaires ne commence jamais, du moins je le crois, avant le cinquième ou le 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 purulent appendiculaire*, une des plus terribles complications de l'appendicite, car je ne connais que deux cas de guérison (Kœrte, Loison<sup>1</sup>); l'opération fut suivie de succès, puisqu'il s'agissait, par extraordinaire, d'un

1. Loison. *Revue de chirurgie*, 1900, p. 522.