

culeuse, la vésicule est presque toujours rétractée, diminuée de volume, recroquevillée (Terrier).

b. La *péricholécystite* est l'inflammation qui se localise au pourtour de la vésicule biliaire, sans s'étendre aux organes éloignés; elle peut être non calculeuse ou calculeuse, suppurée ou fibrineuse. La *péricholécystite* est plus souvent suppurée au cas de cholécystite calculeuse, elle est souvent fibreuse et *riche en adhérences*, qu'elle soit ou non calculeuse.

c. La *paracholécystite* est un terme qui doit être réservé aux suppurations à distance, suppurations plus ou moins éloignées de leur origine, plus ou moins distantes de la vésicule biliaire infectée. Suivant leur siège et leur orientation, Longuet classe les abcès paracholécystiques en quatre types. « Les uns, *antérieurs* et *inférieurs*, envahissent la paroi abdominale (flanc et hypocondre droit) à laquelle ils adhèrent, formant avec elle de véritables plastrons dont le terme ultime est la création spontanée d'une fistule pyobiliaire. D'autres remontent sur la face supérieure du foie, se développent entre le diaphragme et les fausses côtes d'une part, le foie d'autre part; ce sont les *antéro-supérieurs*. Si dans cette évolution sus-hépatique ils continuent leur marche jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen, cheminant toujours entre le foie et le diaphragme, ils deviennent *postéro-supérieurs*. Enfin les *postéro-inférieurs* sont ceux qui quittent le plafond de la cavité abdominale pour gagner la paroi postérieure de l'abdomen, les régions rénales et lombaires. » Ces différents abcès à distance s'observent plus souvent dans les cholécystites non calculeuses que dans la cholécystite calculeuse; ils sont comparables aux abcès à distance de l'appendicite.

Les *symptômes* des cholécystites ont été décrits ailleurs, je n'y reviens pas. La cholécystite *non calculeuse*, aussi souvent que la calculeuse, est compliquée de *péricholécystite fibreuse avec adhérences*. Ces *adhérences* peuvent déterminer de très *vives douleurs*, ce qui est le cas, du reste, chaque fois que des adhérences se forment dans la cavité abdomi-

nale. Souvent même les autres symptômes passent inaperçus ou sont relégués au second plan, et le malade, atteint de cholécystite avec adhérences, est pris de crises douloureuses simulant absolument la colique hépatique avec ses terribles douleurs et ses vomissements. Les crises douloureuses se répètent, on fait le diagnostic de coliques hépatiques ou de cholécystite calculeuse, on se décide à opérer et l'on ne trouve parfois aucun calcul, mais, par contre, on trouve des adhérences de *péricholécystite*, on fait disparaître ces adhérences et le malade guérit de ses soi-disant coliques hépatiques; il avait des pseudo-coliques hépatiques. Fränkel, Terrier, ont rapporté des observations de ce genre consignées dans le travail de Longuet.

Kummel¹ cite le cas d'une femme depuis longtemps sujette à des coliques hépatiques avec ictère et rejet des calculs biliaires dans les selles. Les douleurs devenant de plus en plus violentes, on pratiqua l'opération. La vésicule ne contenait plus de calculs, mais elle avait contracté des adhérences avec l'épiploon et avec les canaux cystique et le cholédoque; les adhérences étaient la cause des douleurs.

J'ai vu deux exemples du même genre, l'un à l'hôpital chez un malade que j'ai fait opérer de ses adhérences *péricholécystiques* par Routier et l'autre chez une malade de Pellereau qui fut opérée de ses adhérences *péricholécystiques* par Tuffier. Les douleurs, qui, dans ces deux cas, étaient vraiment terribles, cessèrent complètement.

§ 25. ASSOCIATION DE L'APPENDICITE ET DE LA CHOLÉCYSTITE

Quand j'ai fait à l'Académie de médecine² ma communication sur *l'association de l'appendicite et de la cholécystite*, aucun travail d'ensemble n'avait été, je crois, publié en France sur ce sujet. Cette association, qui est assez fré-

1. *Revue internationale de thérapeutique*, 1897, p. 423

2. *Académie de médecine*, séance du 17 juin 1905.

quente n'est pas le résultat d'une coexistence fortuite livrée au hasard, ce sont deux infections associées, l'une entraînant l'autre. L'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent, et de cet accouplement, dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë, tantôt lente et progressive, naît un état complexe que nous allons essayer d'esquisser. Cette étude est basée sur une trentaine de cas, elle n'est pas sans importance puisqu'elle a pour corollaire immédiat de préciser autant que possible le diagnostic qui conduit à l'intervention chirurgicale. Voici les faits :

Faits cliniques. — Le 25 septembre 1902, je fus appelé par Achard auprès d'une vieille dame de soixante-dix-huit ans qui, deux jours avant, avait été prise de douleurs abdominales avec état nauséux et fièvre légère. A l'examen de sa malade, Achard avait constaté un point douloureux sous le bord inférieur du foie dans la région qui correspond à la vésicule. Il n'y avait pas de défense musculaire, le ventre n'était pas ballonné. Bien qu'on ne retrouvât dans le passé de cette dame, ni symptômes de lithiase biliaire, ni coliques hépatiques, la localisation de la douleur évoqua dans l'esprit de notre collègue l'idée de cholécystite. Le lendemain, la douleur avait augmenté d'intensité, la fièvre était plus forte.

Quand nous examinâmes le malade, le surlendemain, le tableau clinique avait évolué; le ventre était tendu, la localisation initiale de la douleur semblait s'être déplacée et l'on constatait actuellement une douleur très vive avec défense musculaire à la région de l'appendice. Nous portons alors le diagnostic d'appendicite aiguë et, l'état de la malade empirant d'heure en heure, nous conseillons l'opération et nous demandons qu'elle soit pratiquée le jour même. Notre décision trouve d'abord peu d'écho dans la famille, on redoute l'âge avancé de la patiente, on redoute aussi « l'opération à chaud », car on est imbu dans cette famille de certaines idées diamétralement opposées à celles que je ne cesse de préconiser. Néanmoins, on finit par se rendre à nos bonnes raisons et l'on fait appeler Segond. Lui aussi porte le dia-

gnostic d'appendicite aiguë; comme nous il considère que l'opération est urgente et il la pratique à onze heures du soir.

Avant l'anesthésie, l'intensité de la douleur et l'étendue de la défense musculaire n'avaient pas permis de préciser certains détails; mais aussitôt la malade endormie et la paroi abdominale relâchée, Segond perçoit d'une part un empatement au niveau de l'appendice et d'autre part une tumeur dans la région de la vésicule biliaire. En conséquence, il fait remonter un peu haut son incision iliaque, et il constate qu'il existe en réalité deux lésions: appendicite et cholécystite. Une trainée d'exsudats agglutinaient entre eux la vésicule, le colon, le cæcum et l'appendice. La vésicule était abaissée et formait une tumeur violacée et distendue; elle contenait un liquide louche et bilieux ainsi que bon nombre de calculs. La cholécystostomie fut pratiquée. L'appendice, à type remontant, était adhérent, volumineux et turgescent. On en fit l'ablation. L'opération fut suivie d'une détente complète. Les jours suivants, la fistule biliaire donna issue à de la bile et à deux calculs. Deux mois plus tard, cette dame partait pour Nice en excellent état de santé, ne vomissant plus, n'ayant qu'une petite fistule biliaire qui est actuellement cicatrisée.

Ce fait prouve que nous fûmes bien inspirés d'insister pour que l'opération fût pratiquée sans retard, puisque la détente immédiate succéda à l'intervention chirurgicale « faite à chaud », tandis qu'abandonnée à elle-même et livrée à la temporisation, la double infection de l'appendice et de la vésicule, avec sa marche rapide et menaçante, eût très probablement abouti à une catastrophe.

Voici une seconde observation: En décembre 1902, nous étions mandés avec Segond dans le quartier de la Muette, auprès d'un homme d'une trentaine d'années. Arrivés auprès du malade, le médecin nous mit au courant de la situation. L'avant-veille, ce jeune homme s'était senti indisposé. Les symptômes avaient été tout d'abord assez mal caractérisés: état gastrique, inappétence, malaise, fièvre légère; mais, le lendemain, les symptômes abdominaux