

s'étaient dessinés franchement, la douleur s'était accentuée et notre confrère avait constaté une localisation douloureuse sous le bord du foie dans la région de la vésicule biliaire; il avait même senti à ce niveau une saillie douloureuse, et il avait porté le diagnostic de cholécystite. La fièvre était vive et par deux fois étaient survenus des accès violents et des paroxysmes pendant lesquels la température avait atteint le chiffre très élevé de 40°,2 et de 40°,4.

Le surlendemain, quand j'examinai le malade, le tableau clinique s'était modifié. La fièvre persistait, et ce qui dominait en ce moment, à la palpation et à la pression, ce n'était plus la douleur dans la région de la vésicule biliaire, mais c'était une douleur vive et caractéristique avec défense musculaire dans la fosse iliaque à la région de l'appendice. Le point maximum de cette douleur était même un peu plus haut que le point de Mac Burney, comme cela se voit dans les appendicites à type remontant. Par un examen méthodique, on constatait que la douleur provoquée par la pression décroissait à mesure qu'on remontait vers le foie. On ne percevait aucune saillie dans la région de la vésicule. A ce moment, on n'avait donc plus sous la main les signes de la cholécystite constatés antérieurement par notre confrère, mais on percevait des signes qui ne laissaient aucun doute sur l'existence de l'appendicite. L'examen que pratiqua Segond le conduisit au même diagnostic. Ajoutons que les urines du malade étaient albumineuses.

Nous étions donc en face d'une appendicite dont les symptômes, pour le moment, primaient ceux de la cholécystite. Étant données la marche rapide du mal, la violence de la fièvre, les poussées fébriles à 40°,2 et à 40°,4, la présence de l'albumine, la situation nous parut fort redoutable. Tout était possible; n'étions-nous pas à la veille d'accidents appendiculaires toxiques au moins aussi terribles que les accidents infectieux? N'allait-on pas voir éclater d'un moment à l'autre une perforation avec toutes ses conséquences?

C'est en pareille circonstance qu'il faut savoir prendre une décision. Nous fûmes d'avis, Segond et moi, que le seul moyen de parer à de telles éventualités était d'intervenir sans retard afin de couper court à une toxi-infection menaçante. Mais telle n'était pas l'opinion de notre confrère qui défendait sa cause avec conviction; il n'était pas partisan de l'intervention chirurgicale, il redoutait l'opération « à chaud »; toutes nos bonnes raisons ne parvenaient pas à le convaincre; et, devant notre décision, il prévint qu'il dégageait sa responsabilité. Or, ainsi qu'on va le voir, l'opération était d'autant plus indiquée qu'elle mit à découvert une triple infection: péritonite, appendicite et cholécystite.

L'opération fut faite à 10 heures du soir. Segond s'occupa d'abord de l'appendicite. A l'ouverture du péritoine, il trouva une certaine quantité de sérosité trouble librement répandue dans la séreuse de la région, ce qui était déjà un indice d'appendicite; une plus grande quantité de liquide trouble avait fusé dans le petit bassin, d'où elle fut retirée plus tard. L'appendice, recouvert d'arborisations inflammatoires, remontait derrière le cæcum. On l'excise. A l'ouverture de l'appendice examiné plus tard avec un de mes chefs de laboratoire, Nattan-Larrier, nous avons constaté des lésions grossières d'*appendicite ulcéreuse*. Au-dessous d'un bouchon de matières fécaloïdes étaient deux grandes ulcérations, l'une allongée, l'autre ovulaire. Au niveau de ces ulcérations, les tissus étaient tellement détruits qu'on voyait le jour par transparence; la paroi semblait réduite à un mince feuillet. En d'autres points, la muqueuse était tomenteuse; ailleurs existait une piqueté hémorragique.

Après l'opération de l'appendicite, M. Segond s'occupe de la vésicule biliaire. Il prolonge en haut l'incision de la paroi abdominale et par l'exploration digitale il atteint la vésicule profondément située; il constate qu'elle est distendue, ses parois sont rouges et épaisses. Il pratique la cholécystostomie. L'incision donne issue à un liquide jaunâtre, puis à du pus crémeux et enfin à du pus teinté; il n'y a

pas de calculs biliaires. Le col vésiculaire paraît oblitéré.

Les résultats de l'opération furent remarquables. N'oublions pas que nous avons affaire à une triple infection, péritonite avec liquide louche dans la fosse iliaque et dans le petit bassin, appendicite à forme ulcéreuse peut-être voisine de la perforation et cholécystite suppurée, le tout accompagné d'albuminurie, de fièvre et de violents paroxysmes à 40°,2 et à 40°,4. Eh bien, tous ces accidents furent arrêtés net; deux heures après l'opération, la température était tombée à 37°, la nuit était bonne, le lendemain matin la température était à 36°,6 : la partie était gagnée, et l'intervention « à chaud » était triomphante. La guérison a suivi son cours sans incidents.

Voici un autre cas, au contraire, où l'appendicite et la cholécystite *coexistantes* ont abouti l'une et l'autre à la perforation et à la mort. Ce cas, publié par Grant¹, concerne un homme de cinquante-trois ans qui aurait eu antérieurement des coliques hépatiques. Une nuit, éclatent soudain des douleurs violentes localisées dans la région de la vésicule biliaire. Grant diagnostique une cholécystite. Deux heures plus tard survient une nouvelle et terrible crise avec vomissements. On diagnostique une rupture de la vésicule. A ces symptômes s'ajoute le lendemain matin une douleur intense dans la région de l'appendice. Freeman, appelé en consultation, admet la cholécystite et l'appendicite. L'opération est faite et l'on constate une appendicite et une cholécystite ayant abouti l'une et l'autre à la perforation. Le malade succomba quatre jours plus tard à sa péritonite généralisée.

Je ne peux pas donner ici en détail toutes les observations concernant la double infection de l'appendicite et de la cholécystite; il est néanmoins nécessaire que j'en fasse connaître un certain nombre afin d'étayer l'étude pathogénique et clinique que nous poursuivons.

1. Grant. *The Journal of the American medical Association*, 1905, 18 avril.

(Cas de Quénu)¹. — Je cite textuellement : Une malade soignée pour des coliques hépatiques avait fait des saisons à Vichy. Appelée près d'elle au mois de décembre, au moment d'une crise d'appendicite, nous constatons nettement l'existence d'un empatement iliaque. Nous nous demandons même à ce moment si la désignation antérieure de coliques hépatiques était bien exacte. La laparotomie faite au commencement de février nous démontre la réalité de la double lésion appendiculaire et biliaire. L'appendice fut réséqué, puis, l'incision ayant été prolongée par en haut, la vésicule biliaire rouge, vasculaire, fut dégagée de ses adhérences; nous en retirâmes cinq gros calculs. Les suites opératoires furent des plus simples. La malade sortait de la maison de santé vingt-cinq jours après l'opération complètement guérie.

Dans une publication récente, Adolf Becker² a réuni une trentaine de cas de Muller, Kehr, Riedel, Czerny, Retter, Sonnemburg, Beck, Lindner, etc., concernant la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite. Je vais donner le résumé de quelques-uns de ces cas et je les diviserai en deux groupes : dans le premier groupe, je placerai les quelques cas où l'appendicite paraît avoir précédé la cholécystite; dans le second groupe, je placerai les cas beaucoup plus nombreux où la cholécystite a précédé l'appendicite.

Premier groupe. — (Cas de Kehr). — Une malade de quarante-six ans paraissant avoir eu antérieurement trois crises d'appendicite est prise un jour de violentes coliques hépatiques. On pratique la laparotomie. L'appendice entouré d'adhérences était accolé à la partie postérieure du cæcum et du côlon. La vésicule biliaire, recouverte de membranes, contenait un liquide trouble et huit calculs.

(Cas de Kehr). — Chez un homme de trente-sept ans atteint d'appendicite, on soupçonne en même temps la cho-

1. Quénu. *Journal des praticiens*, 1898, p. 227.

2. Adolf Becker. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1905, janvier. Traduction de M. Max, stagiaire à la clinique de l'Hôtel-Dieu.