

lécystite. On pratique l'opération. On trouve un appendice épaissi, déformé en zigzag, remontant derrière le cæcum et le côlon, et entouré d'adhérences qui l'unissent à ces organes. La vésicule biliaire est complètement recouverte d'adhérences. On enlève la vésicule et l'appendice.

*Deuxième groupe.* — (Cas de Muller). — Une jeune fille de vingt et un ans avait eu des crises très douloureuses à l'hypocondre droit avec irradiations aux épaules, au dos et à la poitrine, sans qu'on eût constaté ni ictere ni calculs biliaires dans les selles. On avait fait le diagnostic de cholélithiase. Plus tard survinrent pendant plusieurs jours des douleurs très violentes à la région iléo-cæcale droite; la pression de la région appendiculaire était très douloureuse. Muller fit le diagnostic de cholélithiase et d'appendicite. L'opération démontra, d'une part, l'existence de la cholécystite avec vésicule adhérente, rétractée, et calculs biliaires, et d'autre part l'existence de l'appendicite avec sténose du canal à l'embouchure du cæcum, épaissement de la paroi et exsudat purulent.

(Cas de Muller). — Un homme de quarante-six ans avait eu depuis plusieurs années des coliques hépatiques avec ictere, mais on n'avait pas trouvé de calculs dans les selles. Plus tard, on constata une tumeur très douloureuse à la région cæcale. Muller fit le diagnostic d'appendicite chronique et pratiqua l'opération, ne visant que l'appendicite. Il trouva en effet l'appendice entouré d'adhérences et dilaté en forme d'ampoule à son tiers inférieur. Mais, malgré l'ablation de l'appendice, le malade continuait à se plaindre de douleurs violentes qui occupaient, comme autrefois, l'hypocondre droit. On constata sous le foie, à la région qui correspond à la vésicule biliaire, une tumeur piriforme et fort douloureuse. On pratiqua alors une deuxième opération, et l'on trouva une vésicule biliaire entourée d'adhérences et contenant plusieurs calculs.

(Cas de Muller). — Une femme de trente ans avait eu autrefois plusieurs crises de coliques hépatiques suivies d'ictere; elle avait constaté pendant ses crises une tumé-

faction douloureuse sous le foie. Plus tard, on put déterminer deux centres douloureux, l'un au niveau de la vésicule, l'autre à l'appendice. L'opération fut pratiquée. La vésicule biliaire était entourée d'adhérences, et dans le canal cystique était un gros calcul. L'appendice présentait, au-dessous de son embouchure dans le cæcum, un rétrécissement qui ne put être franchi avec la sonde la plus fine, et, au-dessous de cette sténose, le canal appendiculaire dilaté était rempli de liquide muco-purulent.

(Cas de Muller). — Une jeune fille avait éprouvé des douleurs dans la région de la vésicule biliaire. Plus tard, on constata au niveau de la vésicule une résistance douloureuse et au niveau de l'appendice une induration douloureuse. On diagnostiqua une cholélithiase et une appendicite.

Les douleurs ayant augmenté d'intensité, l'opération fut pratiquée. L'appendice et le cæcum étaient entourés de fausses membranes, l'appendice était épaissi et contenait un liquide muco-hémorrhagique. La vésicule biliaire était dilatée, très abaissée et entourée de membranes qui la faisaient adhérer au cæcum.

(Cas de Muller). — Un garçon avait eu des crises douloureuses de lithiase biliaire. Plus tard, on constata deux centres douloureux, l'un à la vésicule biliaire qui formait tumeur, l'autre à la région de l'appendice. On émit l'hypothèse de cholélithiase et d'appendicite et l'opération fut pratiquée. On trouva une appendicite avec adhérences, épaissements des parois et dilatation de l'appendice à sa pointe. Autour de la vésicule biliaire était une collection purulente et près du canal cholédoque était un calcul.

Dans plusieurs autres observations, le mode de début par appendicite ou par cholécystite n'est pas nettement spécifié, mais à l'opération on trouve les deux lésions. Ainsi dans un cas de Czerny il y avait cholécystite calculeuse et appendicite avec perforation de l'appendice. Dans un cas de Laplace il y avait empyème de la vésicule biliaire et abcès péri-cæcal avec gangrène de l'appendice.



(Cas de Michel et Bichat<sup>1</sup>). — Cholécystite suppurée et appendicite; double opération, guérison.

En résumé, les lésions aiguës ou chroniques de ces appendicites associées à la cholécystite se présentent sous les formes multiples de toutes les appendicites : liquide muco-purulent ou hémorragique, ulcérations des parois de l'appendice, sténose, dilatation, perforation, gangrène, adhérences, suppuration péri-cæcale, péritonite, etc. Les cholécystites sont calculeuses ou non calculeuses, la vésicule biliaire étant, suivant le cas, distendue, épaissie, rétractée, adhérente, et contenant un liquide variable comme quantité et comme qualité.

**Discussion.** — Nous avons maintenant à nous demander quelle est la cause de cette double infection intéressant l'appendicite et la vésicule biliaire. Cette double infection est-elle simultanée, se fait-elle en même temps sous l'influence d'une cause dominante, ou bien y a-t-il superposition des deux infections, l'une préparant l'autre, et dans ce cas quelle est celle qui commence, est-ce l'appendicite ou la cholécystite?

On pourrait s'arrêter un instant à l'idée que les deux infections sont dues à un processus lithiasique, provoquant à la fois la cholécystite calculeuse et l'appendicite calculeuse. Mais cette hypothèse ne tient pas devant ce fait que chez les malades atteints de la double infection qui nous occupe, les concrétions calculeuses sont très rares dans l'appendice et font parfois défaut dans la vésicule. Il faut donc chercher ailleurs la pathogénie de la double infection.

La cholécystite serait-elle la conséquence de l'appendicite? On sait, en effet, avec quelle facilité se font les infections *ascendantes* d'origine appendiculaire. Ainsi, nous avons vu, au chapitre du Foie appendiculaire, que l'infection qui aboutit à la purulence de l'organe part du foyer appendiculaire et est transportée au foie par la voie ascendante des réseaux veineux qui aboutissent à la veine porte et au foie. Mais ce genre de migration veineuse de l'infection n'a rien à voir avec l'infection de la vésicule biliaire; c'est le foie

1. *Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1905.

qui est atteint et non la vésicule, et la preuve, c'est que dans les cas fort nombreux de foie appendiculaire la vésicule est restée indemne.

On peut encore se demander si l'infection partie du foyer appendiculaire ne pourrait pas atteindre la vésicule biliaire par voie ascendante péritonéale à la faveur des adhérences qui relient si souvent l'appendice, l'intestin et la vésicule? Ce mode d'infection ascendante est celui qui aboutit à l'empyème sous-phrénique appendiculaire et à la pleurésie appendiculaire. Nous l'avons longuement étudié dans le chapitre concernant la Pleurésie appendiculaire. En pareil cas, l'infection partie du foyer appendiculaire, *primum movens*, remonte le long du cæcum et du côlon, gagne l'hypocondre, détermine souvent un empyème sous-phrénique, traverse le diaphragme perforé ou non perforé et envahit la cavité pleurale : les traînées membraneuses et purulentes jalonnent la route, si bien qu'on peut suivre l'épopée infectieuse depuis sa modeste origine appendiculaire jusqu'à son épanouissement intra-thoracique où la pleurésie est souvent purulente et putride. Mais, en consultant les nombreuses observations où l'infection appendiculaire remontante a abouti à l'empyème sous-phrénique et à la pleurésie on voit que la cholécystite n'est pas signalée; l'infection a pu lécher les parois de la vésicule biliaire, mais, je le répète, elle n'a pas provoqué de cholécystite.

Or, si la vésicule biliaire échappe à la grande traînée infectieuse d'origine appendiculaire qui remonte en s'épanouissant le long de l'intestin, autour et au-dessus du foie, et jusque dans la cavité thoracique, est-il rationnel d'admettre qu'elle se laisse infecter par la petite traînée qui dans les cas qui nous occupent la relie à l'appendice? Je ne le crois pas; je pense que dans la grande majorité des cas ce n'est pas l'appendicite qui provoque la cholécystite, mais c'est la cholécystite qui provoque l'appendicite; l'infection n'est pas ascendante, elle est descendante.

Du reste, dans le plus grand nombre des observations, 25 fois au moins sur 50, on voit que ce sont les symptômes



dus aux lésions biliaires qui ouvrent la scène, les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard.

Tel malade, par exemple, a dans son passé des signes non douteux de colique hépatique ou de cholécystite; il a éprouvé, il y a un an, il y a six mois, il y a quelques semaines, ou quelques jours, des douleurs localisées à l'hypochondre droit ou à la région de la vésicule; on a fait à cette époque le diagnostic de lithiase biliaire, de colique hépatique, de cholécystite calculuse ou non calculuse. A un moment donné surviennent des douleurs localisées à la fosse iliaque droite; ces douleurs sont accompagnées d'autres symptômes qui permettent de diagnostiquer une appendicite aiguë, subaiguë ou chronique. Habituellement, surtout dans les formes aiguës, ce sont les symptômes de l'appendicite avec ou sans péritonite qui prennent le dessus, et les symptômes de cholécystite s'effacent ou disparaissent. Dans d'autres cas, surtout dans les formes subaiguës, les deux foyers appendiculaire et vésiculaire restent assez distincts pour qu'on puisse formuler le diagnostic de cholécystite et d'appendicite.

Bien des erreurs ont dû être commises tant que l'attention n'a pas été appelée sur l'association de l'appendicite aux cholécystites calculuses ou non calculuses. Tel médecin qui avait assisté plusieurs fois à des coliques hépatiques franchement caractérisées a pu croire à une nouvelle colique hépatique, le jour où d'une façon subintrante a éclaté l'appendicite. Tel autre médecin qui assiste à l'éclosion d'une appendicite aiguë peut méconnaître l'existence antérieure d'une cholécystite si les symptômes de cholécystite sont effacés ou si les renseignements qu'on lui fournit ne sont pas suffisants.

C'est donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des cholécystites et de l'appendicite; l'association possible de la double infection doit sans cesse nous tenir en éveil.

Aussi, faudra-t-il, à l'avenir, porter un soin tout particulier au diagnostic de l'accouplement de ces deux infec-

tions. Certes l'infection de la vésicule ne manque pas de gravité, mais l'infection de l'appendice est bien plus redoutable. Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain seul de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable, car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On croit alors avoir tout le temps de combattre l'infection de la vésicule biliaire, on temporise et, pendant ce temps-là, l'appendicite qu'on a méconnue peut marcher rapidement avec son cortège d'accidents toxi-infectieux, avec ou sans péritonite, avec ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la vie du malade est compromise par la double ou par la triple infection, faute d'avoir agi à temps.

C'est ici que l'intervention chirurgicale hâtive est plus indiquée que jamais. N'opérer que la cholécystite lorsqu'il y a appendicite concomitante, c'est laisser à la toxi-infection appendiculaire toute sa gravité; mais n'opérer ni l'une ni l'autre et prêcher la temporisation, c'est aller au-devant d'accidents les plus redoutables.

#### § 24. LOBE ABERRANT DU FOIE

Chez certains individus, le foie, outre ses lobes normaux, présente un lobe surnuméraire qu'on a nommé lobe aberrant, lobe erratique, languette hépatique et lobe flottant, si ce lobe a une certaine mobilité.

Ce lobe aberrant prend naissance à la face inférieure du foie, au niveau du lobe carré ou dans son voisinage. Il est comme appendu au foie, qui, lui, n'est pas abaissé. Tantôt le lobe aberrant se continue directement avec la substance hépatique, tantôt il lui est relié par un pédicule ébauché ou complet<sup>1</sup>. Le volume du lobe aberrant, sa forme

1. Mouchotte et Kuss. *Soc. anatomique*, mars 1900.