

partie inférieure du canal appendiculaire largement dilatée et transformée en cavité close, était une grosse concrétion calculeuse. On pressent ce qui serait arrivé si cette appendicite à forme *gangréneuse* eût continué ses ravages!

Cet exemple montre, une fois de plus, que la gravité des lésions appendiculaires n'est pas toujours en rapport, il s'en faut, avec l'intensité des symptômes. L'ablation de l'appendice supprima le foyer appendiculaire, ce laboratoire de toxines, mais le foie et les reins restèrent encore adultérés. Le mercredi, la situation fut critique; le malade était abattu, son visage était grippé et subictérique, le hoquet était fréquent, les urines étaient rares et albumineuses, la température atteignait 38°,5, le pouls était à 106. On pratiqua deux injections de sérum, chacune de 500 grammes. La nuit fut meilleure. Le lendemain jeudi, le hoquet avait presque cédé, la température était à 37°,4, la teinte était encore subictérique. Dans les urines brunâtres, l'urobiline persistait; mais, chose importante, l'albumine avait disparu. Deux jours plus tard, la teinte ictérique disparaissait à son tour, l'urine ne contenait plus d'urobiline; quelques jours après, ce jeune garçon était guéri. Cette observation qui fait partie d'une de mes leçons sur la toxicité de l'appendicite est une démonstration de cette toxicité. La toxine appendiculaire ayant adultéré le foie et le rein, l'intoxication s'est traduite par l'urobilinurie avec teinte ictérique et par l'albuminurie. On enlève l'appendice, foyer d'intoxication, et en vingt-quatre heures l'albumine disparaît; l'urobilinurie cesse trois jours plus tard. Depuis que j'ai appelé l'attention sur cette variété d'ictère et sur l'albuminurie qui lui est souvent associée, les observations se sont multipliées et j'en ai vu un grand nombre.

Routier m'en a communiqué plusieurs cas. L'un d'eux concerne une fillette opérée et guérie de son appendicite; l'enfant avait dès le début de la maladie une teinte subictérique qui s'accrut les jours suivants. Un autre cas concerne un homme opéré d'urgence et guéri de son appen-

dicite; la teinte subictérique qui existait le jour de l'opération persista plusieurs jours avant de disparaître.

Valmont a vu un homme ayant eu plusieurs attaques d'appendicite qui fut pris d'ictère à sa dernière attaque et qui succomba en trois jours.

Une des malades dont j'ai rapporté l'observation au chapitre du « vomito negro appendiculaire » fut prise dès les premiers jours de son appendicite d'un ictère qui s'accrut et se généralisa à tout le corps à la façon d'une jaunisse intense.

Dans quelques cas l'ictère est tenace et peut persister des semaines et des mois jusqu'à ce que le foyer appendiculaire soit enlevé. Hartmann m'a communiqué le fait suivant: un jeune homme fut pris en septembre 1897 de douleurs nettement localisées à la fosse iliaque droite. Dreyfus-Brissac fit le diagnostic d'appendicite. La crise aiguë une fois passée, ce jeune homme conserva un teint un peu jaune et l'on trouva son foie augmenté de volume; aussi Dreyfus-Brissac envoya-t-il le malade faire une cure à Bréda. Le 2 octobre 1898, survient une nouvelle attaque d'appendicite. Cette fois encore on constate une teinte subictérique et l'on trouve de l'albumine dans les urines. Hartmann pratique le 14 octobre l'ablation de l'appendice et le 25 octobre ictère et albumine avaient disparu.

J'ai vu en août 1903 avec Segond une femme qui avait une teinte subictérique, depuis le mois de février, époque où elle avait eu une attaque d'appendicite. Depuis cette attaque, la douleur de la fosse iliaque droite n'avait jamais complètement cédé. L'opération fut pratiquée et dix jours plus tard la teinte subictérique avait disparu.

Une femme de la Salpêtrière atteinte d'appendicite en février 1903 avait gardé depuis lors une légère teinte subictérique. Segond l'opéra de son appendicite trois mois plus tard, et la teinte ictérique disparaît.

Description. — Cet ictère toxique peut apparaître dès le deuxième ou troisième jour de l'appendicite, mais il ne faut pas s'attendre à trouver une jaunisse accentuée.

Souvent la teinte jaune n'est qu'ébauchée, il faut la rechercher, elle est plus accusée aux conjonctives et au visage; c'est par exception qu'elle se généralise à la façon d'un véritable ictère. Les matières fécales restent colorées. Les urines sont assez foncées, on peut y trouver des pigments biliaires vrais, mais le plus souvent elles ne contiennent que de l'urobiline ou du pigment brun. Dans quelques cas le foie est augmenté de volume.

Cet ictère toxique n'est pas de longue durée; il disparaît vite après l'opération de l'appendicite. On a vu des sujets qui avaient une poussée ictérique à chaque attaque d'appendicite. Parfois, ainsi que nous l'avons vu dans des observations citées plus haut, la teinte subictérique s'installe pendant des semaines et des mois et ne disparaît qu'après l'ablation du foyer appendiculaire. En face de faits pareils, je me demande si l'intoxication du foie consécutive à l'appendicite ne peut pas entrer pour une part dans la genèse des *cirrhoses* du foie.

L'ictère toxique appendiculaire est parfois l'unique témoin de la toxicité appendiculaire, mais le plus souvent il est associé à l'albuminurie, cet autre témoin du poison. Aussi, chez les gens atteints d'appendicite, la recherche de la teinte ictérique et de l'albuminurie s'impose, il faut toujours pratiquer l'examen des urines et voir si elles contiennent pigments, albumine et cylindres, car tous ces signes qu'on négligeait autrefois et qu'on néglige trop encore au jourd'hui sont les témoins de l'imprégnation de l'économie par les toxines appendiculaires; ils sont un argument de plus en faveur de l'intervention rapide dont le rôle est de supprimer à temps le foyer qui est la source du poison.

La teinte subictérique chez un individu atteint d'appendicite n'est pas faite pour simplifier le diagnostic. En effet, il y a des cas où les douleurs de l'appendicite, tout en existant au point de Mac Burney, peuvent irradier jusqu'à la région sous-hépatique (appendice à type remontant). Supposons qu'en pareille circonstance le malade ait en même temps un léger ictère: l'idée de coliques hépatiques se pré-

sente naturellement. Comment arriver au diagnostic? Au cas de colique hépatique, ce sont surtout les pigments vrais de la bile qu'on retrouve dans l'urine, signe différentiel insuffisant puisqu'on peut en trouver aussi au cas d'ictère appendiculaire. Ce qui est plus important, c'est qu'au cas de colique hépatique, le foyer douloureux n'a ni son origine, ni son maximum d'intensité au point de Mac Burney, tandis qu'au cas d'appendicite, alors même que les douleurs irradient vers l'hypocondre, le maximum d'intensité de ces douleurs, souvent accompagnées de défense musculaire et d'hyperesthésie, réside à la région appendiculaire. On ne confondra donc pas la colique hépatique et son ictère avec la teinte ictérique de l'appendicite.

Au point de vue du *pronostic*, il faut toujours se méfier de cet ictère toxique appendiculaire, car il est parfois le prélude d'une intoxication généralisée des plus terribles; on commence par avoir un peu d'ictère et de l'albuminurie et puis survient toute la série des accidents toxiques, insuffisance urinaire, insuffisance hépatique, gastrique hémorragique, hématuries, accidents nerveux et la mort.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'hépatite toxique appendiculaire ont été plusieurs fois constatées. Dans un cas dont il sera plus longuement question au chapitre du « rein appendiculaire », il m'a été possible, grâce à l'obligeance de Letulle, d'avoir l'examen histologique dont voici la description: les coupes du foie faites sur des fragments traités par l'acide osmique après fixation par le formol à 10 pour 100 montrent l'accumulation de très fines granulations graisseuses à l'intérieur des cellules hépatiques surtout dans la région avoisinant le centre du lobule. Mais le reste des trabécules n'est pas indemne de graisse. Un détail est intéressant à noter: il existe une accumulation notable de graisse dans les cellules endothéliales qui revêtent bon nombre de trabécules, et à l'intérieur des vaisseaux capillaires on rencontre un grand nombre de leucocytes chargés de granulations graisseuses. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline-éosine, l'aspect lobulé du foie est assez remar-

quable. Cette disposition tient en partie à un certain degré de condensation du tissu conjonctif périportal et à quelques îlots d'atrophie trabéculaire avec *pigmentation* des cellules groupées autour de certaines veines sushépatiques de moyen volume. Il n'y a aucune altération nécrobiotique des cellules hépatiques. En résumé, nous constatons au foie des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques centrolobulaires, *lésions d'intoxication suraiguë*.

Dans un autre cas d'appendicite toxique publié par Lorrain¹, les lésions histologiques du foie se rapprochent beaucoup des lésions décrites par Letulle. Certaines cellules sont remplies de grains jaunâtres, très fins, couleur de rouille. « La présence du pigment ocre en quantité abondante dans les cellules du foie indique un trouble profond résultant très vraisemblablement d'une intoxication aiguë ».

Dans un autre cas dont il sera question au chapitre du « rein appendiculaire », l'examen histologique du foie fait par Nattan-Larrier a prouvé que les cellules de l'organe sont en dégénérescence granulo-graisseuse.

B. HÉPATITE INFECTIEUSE, PURULENTE, APPENDICULAIRE

Après avoir étudié l'hépatite toxique, étudions l'hépatite infectieuse purulente. L'hépatite toxique, avons-nous dit, est précoce et n'est accompagnée ni de douleurs hépatiques, ni de symptômes bruyants. Tout autre est l'hépatite purulente due à l'infection de l'organe par les microbes appendiculaires; elle apparaît assez tardivement, au décours de l'appendicite ou pendant la convalescence; elle est accompagnée de symptômes bruyants: violents frissons, grands accès de fièvre, douleurs à l'hypochondre, accroissement rapide du volume du foie, ictère, etc. On en aura une idée en lisant l'observation suivante qui a été l'occasion de la leçon clinique que j'ai consacrée à ce sujet².

1. Lorrain. *Bull. Soc. anat.*, décembre 1902.
2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. Le foie appendiculaire. Abscès du foie consécutifs à l'appendicite. Dixième leçon.

Faits cliniques. — Le 12 mars 1898 entrant dans mon service un homme atteint d'ictère fébrile. La température, qui était de 39 degrés à l'entrée du malade, atteignait 40 degrés le lendemain matin; le pouls était rapide, la langue était sèche et rôtie. Sans être bien intense, la coloration jaune s'étendait à tout le corps, les urines étaient abondantes, de couleur acajou, assez riches en pigment biliaire, la réaction de Gmelin y décelait un anneau très net de bilirubine; on y constatait également un nuage d'albumine. Les matières fécales étaient peu colorées; toutefois, elles n'avaient pas l'aspect blanchâtre et mastique qu'elles prennent au cas d'obstruction du canal cholédoque, alors que la bile ne peut plus arriver jusqu'à l'intestin. Il s'agissait donc ici d'un ictère vrai, très fébrile, et à voir le malade abattu, fébricitant, répondant péniblement aux questions qu'on lui adressait, on pensait tout d'abord aux formes infectieuses et graves de l'ictère, à l'ictère dit typhoïde.

L'examen du foie fournissait des renseignements précieux. La région hépatique formait une voussure qui s'étendait jusqu'à l'épigastre; cette voussure était si marquée qu'une ponction exploratrice avait été faite, sans résultat du reste, avant l'entrée du malade à l'hôpital, dans l'idée qu'on pourrait bien avoir affaire à une tumeur liquide. Le foie était volumineux et très sensible à la pression; il débordait de deux travers de doigt les fausses côtes. Les autres organes abdominaux et thoraciques étaient sains; la maladie tout entière semblait bien concentrée sur le foie. Interrogé sur le début de son mal, cet homme nous apprend que douze jours avant, le 27 février au matin, il avait été pris d'un violent frisson et d'un fort accès de fièvre qui n'était que le prélude d'une longue série d'accès semblables. Depuis cette époque, frissons et accès s'étaient répétés presque tous les jours, tantôt à une heure, tantôt à une autre, sans périodicité.

Au dire du malade, une vive douleur hépatique était survenue dès le début de la période fébrile; cette douleur, bien qu'atténuée, durait encore; la jaunisse avait été plus

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 avons 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.

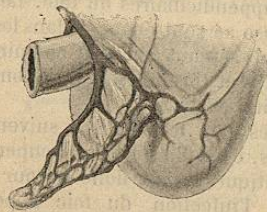
L'autopsie confirma de tous points le diagnostic; en voici les résultats: le foie a plus que doublé de volume; il pèse 3 200 grammes. Sa surface est soulevée en différents endroits par des voussures de teinte jaunâtre et brunâtre. Au premier aspect, on dirait presque un cancer secondaire avec ses bosselures 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 *colibacille*. Les veines de la tunique celluleuse de l'appendice sont atteintes en grand nombre d'endophlébite et de périphlébite.

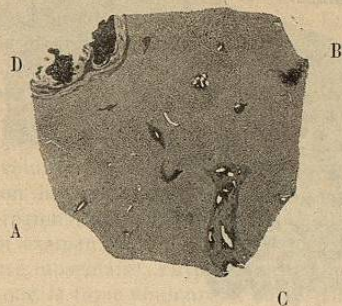
Plusieurs de ces veines sont thrombosées, leur lumière a disparu et est comblée par un thrombus formé en partie de cellules endothéliales et de tissu fibreux. A côté de ces veines thrombosées, on trouve, surtout sous la séreuse, des veines très dilatées, veines variqueuses, qui contribuent à former le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

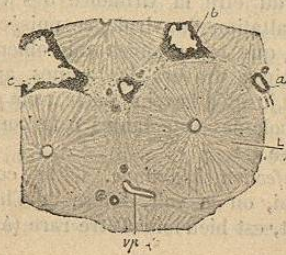
Le processus s'étend peu à peu, et en fin de compte le foie est transformé en une sorte de ruche purulente.

La planche ci-dessous montre le début du processus.



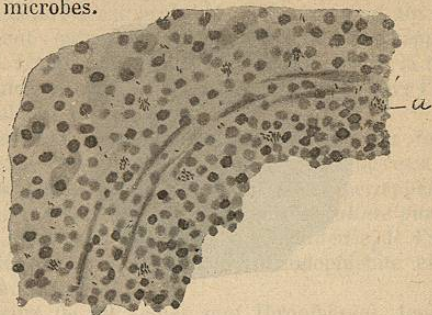
A. début portal de l'infiltration périlobulaire. En B, l'abcès commence à se développer; des amas de cellules embryonnaires englobent et encombrant la veine porte périlobulaire, modifient et détruisent les lobules voisins. Les microbes pénètrent parfois dans le lobule hépatique (pyléphlébite intralobulaire) 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.

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 (Achard¹, Feltz²,

1. Achard. *Soc. de biol.*, 16 novembre 1894.
2. Feltz. Communication à la Soc. méd. des hôp., 11 avril 1895.

Jorand¹); Bertholin², en a réuni vingt-huit cas dans sa thèse. Depuis lors, bien d'autres cas ont été publiés; je citerai ceux de mes élèves Lœwy³ et Lorrain⁴. 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-cæcale) 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 typhlite, 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.

Pareilles 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