

toute migration. D'autre part, on ne pouvait les attribuer à une infection des voies biliaires, car Duplay n'en avait trouvé aucune trace. Ce qui prouve, du reste, qu'il ne s'agissait pas d'infection des voies biliaires (angiocholite, hépatite, cholécystite), c'est qu'il avait suffi de rendre à la bile son cours normal pour enrayer aussitôt les accès de fièvre. Notre malade n'était donc atteinte ni de fièvre hépatalgique ni de fièvre toxi-infectieuse, les deux seules variétés décrites jusqu'ici; alors, comment expliquer les trente ou quarante accès de fièvre qu'elle avait eus en quelques mois?

Loin de moi l'idée de faire une théorie, mais, puisque chez cette femme, les accès ont persisté tant qu'a duré la rétention biliaire, et puisqu'ils ont cédé dès que la rétention biliaire a cessé, il ne me paraît pas illogique de les mettre sur le compte de la rétention et de la résorption de la bile. La bile, à la suite d'une longue rétention, est-elle modifiée ou adultérée, je l'ignore; mais le fait clinique, important à connaître pour le médecin autant que pour le chirurgien, c'est que, chez les gens atteints d'oblitération permanente du canal cholédoque, on peut observer des accès de fièvre intenses et répétés sans qu'il y ait infection appréciable des voies biliaires.

Ces mêmes accès de fièvre existaient chez une malade que j'ai vue avec Charrier le 7 juillet 1895 et qui était atteinte, elle aussi, de rétention biliaire consécutive à une oblitération calculeuse permanente du canal cholédoque. A cette date, l'obstruction calculeuse dure *depuis sept mois*. La vésicule biliaire n'est pas appréciable, mais le foie est gros et douloureux. Les différentes médications prescrites jusqu'à n'ayant pas été suivies d'amélioration, nous conseillons l'opération, bien convaincus qu'il s'agit d'une oblitération calculeuse du cholédoque. La malade est conduite à l'hôpital Necker où elle est opérée par Routier. La vésicule biliaire, de petite dimension et non infectée, contenait sept calculs, deux autres calculs étaient engagés dans le canal cholédoque et l'obstruaient complètement. Il n'y avait nulle

part de liquide purulent. L'opération fut suivie d'un succès complet.

Ici encore, comme chez notre précédente malade, les accès de fièvre violents et répétés n'étaient pas dus à une migration calculeuse, puisque le canal cholédoque était oblitéré; on ne pouvait pas davantage les mettre sur le compte d'une infection des voies biliaires, puisque l'opérateur n'en a pas trouvé trace et puisque les accès ont cédé dès que l'opération eut rétabli le cours normal de la bile. C'est donc la rétention et la résorption biliaire qui provoquaient les accidents fébriles. Du reste, ces accès de fièvre n'existent pas seulement au cas de rétention biliaire par oblitération calculeuse, je les ai constatés également au cas d'oblitération du cholédoque par cancer de la tête du pancréas. J'ai parlé il y a un instant d'une malade atteinte d'ictère datant de huit mois, consécutif à un cancer de la tête du pancréas; cette malade avait eu, elle aussi, pendant plusieurs mois, des accès de fièvre violents avec température à 39 et 40 degrés. Ici encore l'opération ne permit de découvrir aucune trace de suppuration, la vésicule n'était pas infectée, et les accès de fièvre cédèrent pour ne plus revenir aussitôt que l'obstacle à l'écoulement de la bile eut été levé.

Cette digression a pour but de mettre en relief quelques-unes des modalités de la fièvre chez les ictériques. Première variété: fièvre dite hépatalgique (fièvre satellite), associée à la migration des calculs et aux coliques hépatiques. Deuxième variété: fièvre dite bilio-septique, résultat de l'infection des voies biliaires (angiocholite, cholécystite, abcès du foie). Troisième variété: fièvre dépendant de la rétention permanente de la bile. Dans ces trois variétés, la fièvre procède par accès, avec cette différence, toutefois, que les accès sont distincts et séparés par des périodes apyrétiques plus ou moins longues, dans la première et dans la troisième variété, tandis qu'ils font partie d'un état fébrile plus continu quand il s'agit d'infection ou de suppuration des voies biliaires.

Diagnostic. — Reprenons maintenant le diagnostic de la cause oblitérante du canal cholédoque : calcul ou cancer. D'une façon générale (Courvoisier et Terrier), l'obstruction cancéreuse du cholédoque provoque la dilatation de la vésicule biliaire, tandis que l'obstruction calculeuse en provoque l'atrophie. Cela est vrai dans bien des cas, mais à cette règle on peut opposer les faits de Cruveilhier, Sabourin, Billroth, Jalaguiet, Hanot, Griffon, etc., où la vésicule biliaire avait subi une énorme dilatation consécutive à l'oblitération calculeuse de la partie terminale du cholédoque, en l'absence de tout cancer. J'admets donc avec Reclus que « la dilatation de la vésicule constitue une présomption en faveur du cancer, car, dans la lithiase, l'atrophie de la vésicule est beaucoup plus fréquente que son augmentation de volume. » Mais ce signe n'est pas absolu, il ne peut à lui seul trancher la difficulté; sans compter qu'il n'est pas toujours aisé, il s'en faut, de percevoir la dilatation de la vésicule, car il est des cas où, toute dilatée qu'elle est, elle est profondément située et se dérobe à notre investigation.

L'augmentation du volume du foie qu'on regardait comme incompatible avec l'oblitération cancéreuse du cholédoque et qui paraissait être réservée à l'oblitération calculeuse, cette augmentation du volume du foie peut exister au cas d'oblitération cancéreuse, témoin l'énorme volume du foie chez le malade que nous avons vu avec Reclus.

L'amaigrissement rapide et l'apparence cachectique plaident en faveur du cancer; cela est vrai, mais il est également vrai que l'oblitération calculeuse du canal cholédoque peut être suivie d'amaigrissement considérable et de cachexie, témoin notre malade qui avait perdu 15 kilos en quelques mois.

On avait supposé que l'examen des matières grasses des déjections pourrait donner quelques indications utiles relativement à la suppression du suc pancréatique au cas de cancer, mais on a démontré (Muller) qu'on ne peut baser sur l'étude de la stéarrhée aucun signe certain de diagnostic, et du reste, le canal pancréatique

peut être comprimé par un calcul comme par un cancer.

D'après Salhi, le salol, qui est une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, est décomposé dans l'intestin en ses deux éléments, par le suc pancréatique¹; si donc on donne deux grammes de salol à un malade qui n'a pas de lésions du pancréas, l'acide salicylique et l'acide phénique, résultat de la décomposition du salol, vont apparaître dans l'urine; si on ne les y retrouve pas, c'est que le salol n'a pas été décomposé parce qu'il n'y a pas de suc pancréatique dans l'intestin. Ce procédé, à supposer qu'il soit exact, serait insuffisant pour permettre d'affirmer le diagnostic, puisque le canal de Wirsung est parfois oblitéré en même temps que le canal cholédoque, que l'oblitération soit calculeuse ou cancéreuse.

La glycosurie² a été donnée comme signe de cancer du pancréas; mais on ne peut accorder à ce signe qu'une médiocre valeur. En principe, on trouve la glycosurie dans un tiers des cas environ, et encore même cette glycosurie, d'après Bard et Pic, est-elle un symptôme secondaire dû, non pas au cancer, mais à la sclérose concomitante du pancréas³.

En somme, *c'est la douleur* qui fournit l'appoint le plus important au diagnostic de la cause oblitérante du canal cholédoque, et encore est-il nécessaire de préciser nettement les caractères de cette douleur. Le cancer de l'ampoule de Vater peut être douloureux et simuler la colique hépatique, témoin l'observation de Rendu; le cancer de la tête du pancréas est encore plus douloureux et ce sont ces douleurs qui induisent en erreur et font croire que l'oblitération est calculeuse alors qu'elle ne l'est pas. Il n'y a qu'un cas où l'élément douleur est un signe précieux, c'est quand elle éclate sous forme de *coliques hépatiques classiques* qui, à des

1. Salhi. *Semaine médicale*, 1896, p. 135.

2. Jaccoud. *Clinique de la Pitié*, 1884-1885.

3. Bard et Pic. *Revue de médecine*, 10 décembre 1897. — *Lereboullet. Gazette hebdomadaire*, 4 septembre 1898.

époques plus ou moins éloignées, ont précédé ou accompagné l'oblitération définitive du canal cholédoque.

En tout état de cause, même si le diagnostic est incertain, il faut recourir à l'opération. Supposons qu'il s'agisse d'une oblitération cancéreuse, l'opération est un bienfait car elle rétablit le cours de la bile, elle supprime les démangeaisons, elle favorise la nutrition, elle donne au malade quelques mois d'espoir. Supposons qu'il s'agisse d'une oblitération calculeuse, l'opération est souveraine, elle conduit à la guérison. L'intervention chirurgicale doit être plutôt précoce que tardive. Notre malade n'a été opérée qu'au quatorzième mois de l'oblitération, ce qui ne l'a pas empêchée de guérir; il est vrai qu'elle avait, par moment, des petites débâcles biliaires qui sauvaient momentanément la situation. Je reconnais néanmoins que c'est une date beaucoup trop éloignée. En fait d'oblitération calculeuse permanente du cholédoque, l'opération, pour être faite dans les meilleures conditions, ne doit pas être différée au delà du quatrième mois, surtout si l'oblitération est absolue, sans trace de rémissions.

§ 22. ANGIOCHOLITES — CHOLÉCYSTITES

Pathogénie. — Les angiocholites (Jaccoud) et les cholécystites sont toujours consécutives à des toxi-infections microbiennes¹. Tantôt le processus infectieux est favorisé par une stagnation de la bile, par une compression, par une obstruction des canaux biliaires (cancer du pancréas, lithiase biliaire), tantôt l'envahissement des voies biliaires par les microbes se fait sans obstruction préalable des canaux (infection typhique, cholérique, pneumonique²). Les calculs biliaires réalisent le type du processus infectieux avec obstruction canaliculaire, l'infection typhique réalise le type de l'infec-

1. Dupré. *Les infections biliaires*. Th. de Paris, 1891. — Claude. *Lésions du foie et des reins déterminées par certains toxines*. Th. de Paris, 1900.
2. Dominici. *Angiocholites et cholécystites suppurées*. Th. de Paris, 1894.

tion sans obstruction préalable. Je renvoie donc au chapitre de la *lithiase biliaire* et au chapitre de la *fièvre typhoïde* pour l'étude respective de ces angiocholites et de ces cholécystites, et je me contente de donner dans ce chapitre un rapide aperçu général.

A l'état normal, la bile est aseptique, la vésicule biliaire et les canaux biliaires sont également aseptiques; la dernière portion du cholédoque fait seule exception, à cause de son voisinage avec le duodénum, dans lequel vivent à l'état normal, coli-bacille, streptocoques et staphylocoques. Mais à l'état pathologique, ces différents microbes émigrent dans les voies biliaires. Bien d'autres agents, le pneumocoque, le bacille typhique, le bacille du choléra, des diplocoques, des bacilles saprogènes liquéfiant, peuvent également aller infecter les voies biliaires. Peut-être même, dans quelques cas, les organismes peuvent-ils vivre à l'état de latence dans la bile¹, qui n'a pas, il s'en faut, les propriétés bactéricides qu'on lui avait d'abord octroyées.

Le plus souvent, les micro-organismes viennent de l'intestin infecté, mais pourquoi les voies biliaires se laissent-elles envahir; quelle est la cause qui préside à l'émigration des microbes d'un intestin infecté vers des voies biliaires aseptiques? La virulence des microbes intestinaux peut être une cause suffisante d'émigration, mais le plus souvent cette émigration vers les voies biliaires est préparée par l'état pathologique de ces voies biliaires, par leur obstruction calculeuse, par le traumatisme dû aux calculs, par la rétention biliaire dans les canaux intra ou extra-hépatiques, par une altération préalable de la cellule hépatique (alcoolisme, goutte, syphilis). En d'autres termes, ici comme ailleurs, c'est surtout quand la brèche est ouverte, que les microbes se précipitent: c'est quand l'organe est en état de *réceptivité morbide* que les infections secondaires, microbes et toxines, font leur œuvre.

Une fois l'infection biliaire accomplie, que l'émigration

1. Létienne. *De la bile à l'état pathologique*. Th. de Paris, 1891.

microbienne d'origine intestinale se soit faite avec ou sans l'aide préalable de traumatisme, d'obstruction, de rétention biliaire, comment va se traduire l'infection biliaire? C'est le moment d'étudier les angiocholites et les cholécystites.

Angiocholites. — L'angiocholite ou inflammation des canaux biliaires occupe les grands et les petits canaux biliaires (extra- ou intra-hépatiques), comme la bronchite occupe les grosses et les petites bronches.

L'angiocholite des gros canaux biliaires, notamment du cholédoque, est le plus souvent calculeuse; néanmoins l'inflammation du cholédoque (cholédocite) peut n'être pas calculeuse; Longuet, dans son excellente thèse, en rapporte trois observations dues à Terrier, à Helferich et à Ahlfeld¹; dans ces différents cas, le cholédoque, non calculeux, avait atteint des dimensions énormes, il simulait une anse intestinale ou un kyste volumineux, il contenait un liquide verdâtre, visqueux ou suppuré.

L'angiocholite des petits canaux biliaires (*canaux intra-hépatiques*) a de telles analogies avec la variété calculeuse, que je renvoie au chapitre de la lithiase biliaire pour cette description; elle peut donner naissance aux abcès aréolaires du foie, si bien étudiés par Chauffard, elle peut être l'origine d'énormes ectasies intra-hépatiques, simulant de grands abcès du foie tandis que, en réalité, il s'agit de canaux biliaires extrêmement distendus et remplis de pus; Longuet en cite une observation absolument caractéristique. Ces angiocholites intra-hépatiques peuvent être accompagnées d'ictère sans décoloration des matières fécales; la tuméfaction et la douleur du foie sont des symptômes fréquents mais inconstants. La fièvre manque rarement, on l'a nommée fièvre intermittente hépatique (Charcot), ou fièvre intermittente bilio-septique (Chauffard). Cette fièvre, sur laquelle j'ai insisté en décrivant les accidents de la lithiase biliaire, rappelle absolument l'accès de fièvre palustre, avec cette diffé-

1. Longuet. *Intervention chirurgicale dans les angiocholécystites non calculeuses*. Thèse de Paris, 1896.

rence que l'accès est surtout vespéral et peu régulier dans son type.

Dans quelques cas, le processus morbide dépasse ces limites, l'infection biliaire devient infection hépatique et infection sanguine; du domaine des canaux biliaires elle passe dans le domaine des veines portes et des veines sus-hépatiques, elle se généralise et elle provoque alors une endocardite infectieuse du cœur droit, des infarctus suppurés pleuro-pulmonaires, une endocardite infectieuse du cœur gauche¹, une méningite suppurée, etc.

Cholécystite. — Pour éviter les répétitions, je prie le lecteur de lire le chapitre de la Cholécystite calculeuse où certains côtés de cette question sont traités en détail.

La pathogénie de l'infection des voies biliaires est applicable à l'infection non calculeuse ou calculeuse de la vésicule du fiel (*cholécystite*). Mais, au point de vue de son évolution, la cholécystite peut être divisée en plusieurs variétés (Longuet). Étudions successivement ces variétés: la cholécystite, la paracholécystite et la péricholécystite.

a. La *cholécystite*, non calculeuse ou calculeuse, succède à une infection biliaire; de part et d'autre il peut y avoir obstruction des canaux excréteurs, soit par des calculs, soit « parce que la muqueuse biliaire turgide et enflammée a formé valvule ou bouchon muqueux dans les fins couloirs cysto-cholédociens ». La vésicule infectée contient ou ne contient pas de liquide; l'épanchement peut être séreux (hydrocholécyste), séro-purulent (pyocholécystite) ou hémattique (hémocholécystite).

Les cholécystites à épanchement provoquent des ectasies plus ou moins volumineuses, ayant tantôt l'apparence d'un kyste à parois minces et distendues, tantôt l'apparence d'une tumeur à parois épaisses, résistantes et hypertrophiées. Dans la cholécystite non calculeuse, la vésicule est habituellement dilatée, tandis que dans la cholécystite cal-

1. Aubert. *De l'endocardite ulcéreuse végét. dans les infections biliaires*. Th. de Paris, 1891.

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 traînée 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

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 30°,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 *coexistentes* 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 empâtement 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.