

DOUZIÈME LEÇON

LES ACCALMIES TRAITRESSES DE L'APPENDICITE

MESSIEURS,

Il me paraît évident que bon nombre de descriptions qui avaient été données jusqu'à ces temps derniers sur l'évolution de l'appendicite sont entachées d'inexactitude. A quoi cela tient-il? Est-ce parce qu'on manquait de documents précis? Est-ce parce que les idées étaient faussées par l'ancienne pathogénie de l'appendicite? je l'ignore; mais, il n'en est pas moins certain que la plupart des descriptions concernant la marche et l'évolution de la toxi-infection appendiculaire ne sont pas conformes à la réalité des faits. Aussi, le diagnostic et le traitement en ont-ils subi le contre-coup.

Au nombre des surprises que nous réserve l'évolution de l'appendicite, il en est une sur laquelle je désire insister tout spécialement aujourd'hui, c'est l'accalmie apparente, l'*accalmie traîtresse*, qui se produit parfois au moment où les accidents sont le plus menaçants. Avant d'envisager la question dans son ensemble, laissez-moi d'abord vous citer quelques exemples; ils vous en diront plus long que tout ce que je pourrais vous raconter.

Le 14 janvier dernier, à huit heures et demie du matin,

LES ACCALMIES TRAITRESSES DE L'APPENDICITE 239

j'étais appelé par mes collègues, MM. Pinard et Roques, auprès d'une jeune femme de vingt-trois ans. Cette jeune femme était grosse de quatre mois environ; la grossesse avait évolué d'une façon normale, seuls, les vomissements avaient été fréquents du deuxième au troisième mois.

Voilà que sans cause apparente, sans troubles intestinaux antérieurs, dans le cours d'une excellente santé, cette jeune femme est prise, dans la nuit du dimanche au lundi 9 janvier, des symptômes d'une indigestion, douleurs de ventre, vomissements et diarrhée. Elle eut six garde-robes dans la nuit et deux autres dans la journée du lundi. Les douleurs abdominales persistèrent; on crut, dans la famille, au début d'une fausse couche et on fit mander M. Pinard. Le lundi soir, à sept heures, M. Pinard constata qu'il ne s'agissait nullement de fausse couche; l'utérus n'était pour rien dans les douleurs abdominales, localisées au côté droit de l'abdomen avec irradiations vers la région hépatique. Le pouls était à 84. On prescrivit la diète avec potion calmante.

Le lendemain, mardi 10 janvier, l'état resta stationnaire, les douleurs abdominales semblèrent moins vives. M. Pinard ne vit point la malade. La nuit du 11 fut mauvaise, les douleurs étaient intenses dans les parages de la région iliaque droite, le pouls était à 88, les urines avaient une teinte acajou, la constipation avait fait suite à la diarrhée. La malade fut mise au lait, à l'eau de Vichy, M. Pinard ayant demandé qu'on fit prévenir sans tarder le médecin de la famille, M. Roques, notre collègue des hôpitaux.

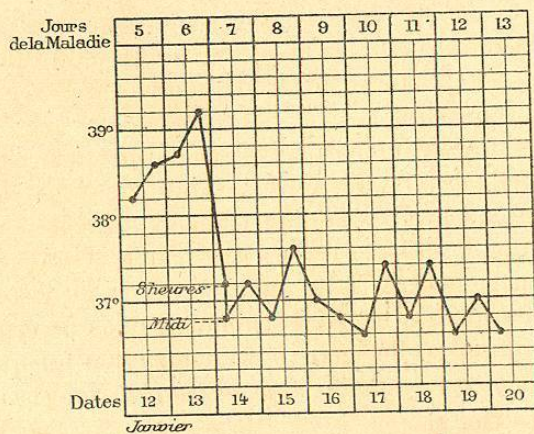
Le 12, mauvaise nuit, agitation, deux vomissements, localisation nette des douleurs au point de Mac Burney; léger ballonnement du ventre; pouls à 100, température à 38°2. Un lavement au gros miel est suivi d'une garde-robe abondante avec matières dures et liquides. Le 13, nouveau vomissement, ballonnement du ventre et défense musculaire surtout accusée à la région appendiculaire. Température du matin, 38°6; température du soir, 39°2, précédée d'un léger frisson.

Telle était la situation, le 13 au soir: il s'agissait d'une appendicite grave; le danger devenait menaçant et on sentait

que le moment était venu de prendre une grande décision au point de vue de l'intervention chirurgicale chez cette jeune femme, grosse de quatre mois.

Mes collègues m'appellent en consultation, et rendez-vous est pris pour le lendemain matin samedi, à huit heures et demie. J'arrive à l'heure dite, et j'apprends aussitôt qu'un *changement à vue* s'est produit depuis la veille au soir. Les douleurs abdominales ont disparu, les vomissements ont cessé; la malade a dormi d'un excellent sommeil, interrompu seulement par deux mictions abondantes; il y a eu émission de gaz; la température qui, la veille au soir, était de 39°2, est actuellement à 37°2; c'est une vraie défervescence. La famille était dans la joie. Quand je fus introduit auprès de la jeune femme, elle nous parla du bien-être qu'elle éprouvait, elle insista sur la détente qui s'était faite pendant la nuit; bref, elle se considérait comme guérie. Il est certain qu'au premier abord, on aurait pu croire à une détente réelle du mal; cet état était un peu comparable à celui d'un malade qui, la veille au soir, aurait été à l'apogée d'une pneumonie, et qui, le lendemain matin, éprouverait l'inexprimable bien-être de la défervescence.

La courbe de température ci-jointe vous indique nettement l'évolution du mal, la poussée fébrile des premiers jours, le maximum 39°2 du sixième jour, et la chute brusque, une vraie chute de défervescence, le septième jour.



A ne voir que cette courbe de température, on aurait pu supposer que la maladie était terminée; vous allez voir qu'il n'en était rien.

J'examinai la malade. Mon premier soin fut de rechercher la localisation douloureuse au point de Mac Burney, mais la douleur si nettement précisée les jours précédents avait disparu. Je palpai, je pressai le ventre dans tous les sens, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, et je ne fus pas peu surpris de le trouver absolument indolore. Il ne s'agissait pas d'un changement produit par une action médicamenteuse (morphine, antipyrine, application de glace); aucune de ces médications n'avait été employée: la douleur avait donc disparu spontanément.

Néanmoins, un symptôme abdominal persistait; je veux parler d'un tympanisme généralisé à tout le ventre. L'épigastre, l'hypogastre et les flancs étaient uniformément distendus; la percussion la plus méthodique ne permettait de trouver de matité nulle part.

Que s'était-il passé depuis la veille au soir et que signifiait une détente en apparence aussi complète? Cette femme était atteinte d'appendicite intense, cela ne faisait de doute pour aucun de nous; cette appendicite, fruste au début et en partie masquée par la diarrhée, s'était nettement accentuée, avec douleurs très vives et défense musculaire au point de Mac Burney, accompagnées de vomissements et d'élévation de température. Les accidents devenant menaçants, une consultation avait été décidée, on sentait qu'une grave résolution allait être prise, et voilà que tout à coup, du soir au matin, la scène change, le calme succède à l'orage, la défervescence se produit.

En face de cette détente inattendue, quelle devait être notre attitude et quelle devait être notre résolution? Nous fûmes d'avis qu'il ne s'agissait pas là d'une détente au vrai sens du mot, mais d'une de ces accalmies passagères et traitresses qu'il faut bien connaître. Cette apparence de guérison ne nous disait rien qui vaille. Non seulement nous ne crûmes pas à l'amélioration réelle, mais notre conviction fut que la malade était en pleine péritonite appendiculaire. Nous basions

ce diagnostic sur le tympanisme généralisé de l'abdomen, sur le facies qui était légèrement grippé et sur l'accélération du pouls qui était à 104, malgré la chute de la température. Étant donné ce diagnostic, il n'y avait pas un instant à perdre, et notre collègue, M. Segond, qui avait été déjà prévenu par M. Pinard, fut prié de se joindre à nous sans retard.

Quand nous arrivâmes à midi chez la malade, l'amélioration apparente constatée le matin ne s'était pas démentie; je dirai même qu'elle s'était accentuée. La jeune femme ne cessait de nous répéter combien elle se trouvait à son aise; la température avait encore baissé et n'était qu'à 36°9. M. Segond renouvela l'examen que nous avions pratiqué le matin et, comme nous, il constata l'absence totale de douleurs, l'absence de matité et un météorisme uniformément réparti à tout l'abdomen. Le pouls était petit et accéléré; les yeux étaient légèrement excavés. Se basant sur la violente attaque d'appendicite des jours précédents, sur la persistance du météorisme, sur l'accélération du pouls, M. Segond formula nettement son opinion et demanda l'intervention chirurgicale immédiate. Nous étions tous d'accord. Restait à convaincre la famille, ce qui ne fut pas chose facile. « Comment, nous dit-on, voilà une jeune femme qui va bien, qui n'a plus ni fièvre ni douleurs, elle entre en convalescence et c'est le moment que vous choisissez pour lui ouvrir le ventre? C'est illogique et inacceptable. » Cette lutte entre famille et médecins est des plus pénibles; elle est surtout pénible quand les apparences de raison sont du côté de la famille. Les parents de la malade finirent néanmoins par se rendre à notre raisonnement et l'opération fut pratiquée à cinq heures.

A peine M. Segond a-t-il ouvert le péritoine, qu'un flot de sérosité trouble s'écoule avec une odeur tellement fétide que la chambre d'opération en est infectée; la péritonite était diffuse. Après refoulement des premières anses de l'intestin grêle qui baignent dans le liquide, on découvre une anse intestinale d'un rouge pourpre, dont le méso, épaissi par une couche couenneuse, circonscrit une cavité rétrocaecale contenant un verre de pus très fétide et un appendice gangrené. Ablation de l'appendice gangrené, grand lavage à l'eau sté-

rilisée chaude, suture partielle de la plaie et drainage du foyer purulent avec un gros drain placé entre deux mèches de gaze iodoformée. Malgré la diffusion de la péritonite, malgré la gangrène de l'appendice et la collection purulente fétide, les suites de l'opération furent des plus heureuses, l'amélioration fut progressive et aujourd'hui la malade est sauvée. La fausse couche s'est faite le douzième jour après l'opération, le fœtus ayant sans doute été intoxiqué par les toxines d'origine appendiculaire.

Ce que je tiens à mettre en relief dans cette observation et à bien graver dans votre mémoire, c'est la marche et l'insidiosité des accidents, c'est l'*accalmie traîtresse* de l'appendicite. Il n'est pas possible d'en voir un exemple plus concluant. C'est en pleine péritonite que l'accalmie s'est produite; la fièvre tombe et les douleurs disparaissent alors que les accidents mortels se préparent. Non opérée, cette jeune femme serait morte en quarante-huit heures.

Voici une seconde observation, que j'ai déjà fait connaître ailleurs<sup>1</sup>, et sur laquelle je ne crains pas de revenir, car elle rentre complètement dans l'étude que nous faisons aujourd'hui. Le 5 mai 1898, c'était un jeudi, je me trouvais dans une famille dont je suis depuis longtemps le médecin, quand on me pria de donner quelques conseils à une jeune femme qui venait d'être prise de douleurs abdominales. Cette jeune femme, grosse de cinq mois, avait auprès d'elle une garde qui parla de douleurs utérines, prélude probable d'une fausse couche. Je me récusai, me jugeant incapable de donner un avis, en pareille circonstance, et je demandai qu'on fit aussitôt prévenir M. Pinard, ce qui avait déjà été fait. La mère de la malade insista néanmoins et me supplia de voir sa fille. La pauvre jeune femme souffrait cruellement, ses douleurs étaient accompagnées de vomissements, son état était angoissant et la garde qui l'assistait continuait à parler de contractions utérines. J'examine le ventre, je recherche

1. G. Dieulafoy. « La grossesse et l'appendicite », *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898 p. 315.

avec soin *le siège et l'origine des douleurs*, et j'acquies la conviction que les douleurs partent, non de l'utérus, mais de la fosse iliaque droite, au niveau de la région cæco-appendiculaire. Je poursuis l'examen et j'en arrive à conclure que cette jeune femme est atteinte d'appendicite; la localisation précise de la douleur au point de Mac Burney, la défense musculaire, l'hyperesthésie, rien n'y manque. M. Pinard voit la malade dans la soirée et porte le même diagnostic; il ne constate aucun travail du côté de l'utérus, il affirme nettement l'existence de l'appendicite et il me fait demander un rendez-vous pour le lendemain matin.

Que je vous dise d'abord comment les choses s'étaient passées. Dans le cours d'une excellente santé, au cinquième mois de sa grossesse, cette jeune femme, sans avertissement, sans le moindre trouble intestinal antérieur, après avoir déjeuné de fort bon appétit, avait été prise, vers une heure et demie de l'après-midi, de douleurs abdominales qui, peu vives au début, avaient acquis, en deux heures, une très forte intensité. Les douleurs avaient été bientôt suivies de vomissements répétés. C'est à ce moment que j'avais vu la malade; il était six heures du soir.

Le lendemain matin, vendredi, nous constatons les progrès du mal, la nuit a été mauvaise, les douleurs ont été très vives, les vomissements ont persisté, la fièvre a été fort élevée et la température atteint encore 39 degrés. Nous jugeons, M. Pinard et moi, que nous sommes en face d'une appendicite à forme grave, et, malgré la grossesse, nous décidons l'intervention chirurgicale immédiate. A midi, M. Bouilly se joint à nous; il diagnostique, comme nous, une appendicite violente; le ventre est tendu, la défense musculaire se généralise, la péritonite est imminente ou déclarée, aussi l'opération est-elle décidée pour quatre heures.

Quand nous revenons, à quatre heures moins un quart, avec M. Pinard, la famille, que nous avions laissée quelques heures avant dans la tristesse et dans la consternation, nous reçoit maintenant avec des accents de joie non déguisée. Les visages sont souriants: « La malade va mieux, nous dit-on, elle a eu une garde-robe naturelle, les douleurs ont en partie

disparu, les vomissements ont cessé, la fièvre est presque tombée; la température est descendue de 39 à 37°4. » Ce qui, dans l'esprit de la famille, voulait dire: « Nous espérons bien qu'en face de ce nouvel état, vous n'allez pas donner suite à l'opération. » Et cependant, tout était préparé, l'interne de M. Bouilly tenait le chloroforme et l'opérateur n'attendait plus que sa malade.

Au premier abord, il faut le dire, le joyeux accueil de la famille nous avait un peu déconcerté; bien des pensées nous avaient traversé l'esprit; notre diagnostic serait-il erroné? la malade ne serait-elle pas atteinte d'appendicite? l'opération aurait-elle été indûment conseillée? Voilà les moments difficiles de notre belle profession; prendre d'aussi graves décisions et en assumer la responsabilité, tel est le rôle auquel nous ne devons jamais nous soustraire quand notre conscience nous l'ordonne. Nous nous rendons auprès de la jeune femme, et, après l'avoir examinée de nouveau, nous maintenons dans son intégrité notre diagnostic et notre verdict, que la famille accepte sans mot dire.

L'opération est immédiatement pratiquée par M. Bouilly. A l'ouverture du péritoine, apparaît une péritonite diffuse, caractérisée par une notable quantité de liquide louche et roussâtre, sans tendance à l'enkystement, avec quelques membranes et arborescence des anses intestinales. C'est au niveau du cæcum et à sa face postérieure que les lésions sont le plus accentuées. On va à la recherche de l'appendice, qui est enveloppé de fausses membranes infiltrées de pus. J'ai vu bien des appendicites, j'ai assisté à bon nombre d'opérations, mais je ne me rappelle avoir jamais rien vu de pareil. L'appendice iléo-cæcal avait pris des proportions démesurées; il avait doublé de longueur et triplé de volume; il était énorme, turgescent, induré, en érection, avec deux plaques de gangrène, dont l'une voisine de la base. L'ablation fut faite au ras du cæcum, après deux ligatures prélabiles entre lesquelles fut porté le thermocautère. L'opération se termina dans les meilleures conditions, la nuit fut calme, la malade put dormir, les vomissements ne reparurent pas, l'état dans lequel nous trouvâmes la jeune femme le len-

demain matin nous fit présager un succès; et, en effet, au vingtième jour, cette jeune femme était complètement guérie.

Je ne saurais trop appeler votre attention sur la rapidité des lésions appendiculaires et péritonéales constatées ici et sur l'*accalmie trahissante* qui se produisit vingt-quatre heures après la première poussée des accidents. Supposez que pour une cause ou pour une autre, moins de décision de la part des médecins ou manque de confiance de la part de la famille, supposez qu'on eût sursis à l'opération; la péritonite, déjà diffuse, se généralisait, et cette jeune femme était certainement perdue, elle mourait infectée et intoxiquée, comme meurent, hélas! tant de gens atteints d'appendicite, qui ne sont pas opérés ou qui sont opérés trop tard.

L'observation suivante est également un exemple qui donne à réfléchir. — Le jeudi 8 avril, dans l'après-midi, entra dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 4, un jeune garçon de seize ans, atteint de vives douleurs abdominales, plus accentuées à la fosse iliaque droite que partout ailleurs, et irradiant en d'autres régions, à l'hypogastre, à l'ombilic, à la fosse iliaque gauche. Ces douleurs étaient apparues pour la première fois le lundi, d'abord supportables, puis très vives et accompagnées de vomissements bilieux. Le lendemain matin mardi, les douleurs s'apaisèrent, et une purgation détermina une diarrhée qui persistait encore lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Les journées du mardi et du mercredi se passèrent sans autres incidents, et le malade se décida tardivement à venir à l'Hôtel-Dieu. A l'arrivée de cet homme dans mon service, le mercredi soir, rien ne pouvait faire supposer la gravité de son état; sa physionomie était bonne, le pouls à 70; la fièvre était légère, puisque la température ne dépassait pas 38°2. Le malade, assis sur son lit, se servant lui-même, exécutant sans peine tous les mouvements, parlait de ses douleurs abdominales sans en être autrement inquiet; ce n'était certes pas là le tableau d'une péritonite aiguë. Toutefois, le ventre était assez ballonné; la pression déterminait une douleur vive au point de Mac Burney; la défense muscu-

laire était si accentuée qu'elle rendait difficile l'exploration et ne laissait constater qu'un empatement diffus.

Quand je vis le malade, le lendemain matin, l'*accalmie était absolue*, la nuit avait été bonne, la température était normale, la défervescence était complète; le pouls à 60; rien sur la figure de cet homme ne trahissait le masque péritonéal; il n'avait ni vomissements ni hoquet; ajoutez à cela que les garde-robes avaient continué jusqu'à la veille, et vous conviendrez, avec moi, qu'il était difficile d'admettre, *a priori*, que chez cet homme, l'appendicite, qui n'était point douteuse, eût abouti à une péritonite aiguë généralisée. Je trouvai le ventre modérément distendu, les douleurs existaient un peu partout, surtout à la fosse iliaque droite, siège de défense musculaire et de matité diffuse. Bien que tous ces symptômes ne fussent pas l'indice, il s'en faut, d'une situation périlleuse, cette accalmie péritonéale me parut suspecte, je demandai que l'opération fût pratiquée séance tenante, et elle le fut en effet par M. Cazin. On était, à ce moment, au quatrième jour de la maladie.

L'opération démontra l'existence d'une appendicite et d'une péritonite purulente; l'accalmie trompeuse masquait une situation des plus graves. Les manœuvres opératoires faites avec prudence, avant et après l'ablation de l'appendice, firent supposer que la péritonite était cantonnée à la fosse iliaque et ne s'était pas encore diffusée. Et cependant, il existait, en outre, plusieurs autres foyers péritonéaux que l'on trouva à l'autopsie, le malade ayant succombé quatorze heures après l'opération. Un de ces foyers était situé à la région sous-hépatique, l'autre à la fosse iliaque gauche; c'était un type de péritonite généralisée à foyers multiples, bien étudiée par M. Nélaton. Le colibacille était l'agent pathogène de cette péritonite appendiculaire. L'appendice, examiné aussitôt après son ablation, était oblitéré vers sa base; c'était une appendicite oblitérante due à la tuméfaction des parois; le canal appendiculaire dilaté en cavité close dans son tiers inférieur offrait à son extrémité une petite perforation; il n'y avait point de calcul.

Laissez-moi vous citer encore d'autres exemples afin de

vous bien familiariser avec l'accalmie traîtresse de l'appendicite. Il y a quelques mois, je voyais, avec M. Segond, un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait été atteint, trois jours avant, des premiers symptômes de son appendicite : fièvre, douleurs abdominales très vives et vomissements. Le médecin avait appliqué des sachets de glace sur le ventre et avait pratiqué des piqûres de morphine à dose élevée. A la phase douloureuse et violente des premiers jours succéda une phase de détente et d'accalmie, si bien que lorsque nous examinâmes ce jeune homme il se considérait comme guéri; la température était à 37°3, les vomissements avaient complètement cessé, le ventre n'était plus douloureux, il fallait même une assez forte pression pour réveiller le point de Marc Burney. A s'en tenir à ces apparences, on aurait pu croire l'amélioration réelle et définitive, mais le pouls restait très accéléré et le ventre était uniformément dur et météorisé; instruits par l'expérience, il était évident pour nous que la péritonite se cachait sous les apparences d'une accalmie traîtresse; aussi l'opération fut-elle aussitôt pratiquée que décidée. Nous eûmes raison de ne pas nous fier aux apparences trompeuses de cette accalmie, car M. Segond se trouva en face d'une appendicite avec péritonite tellement généralisée qu'il porta un pronostic des plus graves. Heureusement le malade guérit.

Encore un cas du même genre. Il y a quelques mois, un mercredi matin, à neuf heures et demie, arrive dans mon service un jeune garçon de vingt ans qui était venu à pied à l'Hôtel-Dieu pour nous consulter au sujet de douleurs abdominales qu'il avait éprouvées les jours précédents. Je fais coucher le malade et je l'examine. Il nous raconte que ses douleurs de ventre ont débuté quatre jours avant, dans la matinée du dimanche, pas encore bien vives, puisqu'il a pu se lever, travailler, déjeuner et dîner comme d'habitude. Mais, vers le soir, il s'est senti fort malade, il a été pris de fièvre, de vomissements et de très fortes douleurs qui ont persisté toute la nuit. Le lendemain lundi, la situation ne s'était pas modifiée; un médecin prescrit une potion calmante qui est vomie, et bientôt après apparaît une forte diarrhée. C'est le mardi matin, troisième jour de la maladie, que la détente se fait;

les douleurs et les vomissements cessent, le malade se considère comme guéri; néanmoins, conservant encore un endolorissement abdominal, il vient à l'Hôtel-Dieu nous demander conseil. Je constate une accalmie de l'appendicite et je fais opérer le malade le matin même. L'opération prouva qu'il s'agissait, en effet, d'une détente trompeuse, d'une accalmie traîtresse, car l'appendice était sphacélé et baignait dans une collection purulente diffuse.

Je ne crois pas inutile de multiplier les observations, c'est le meilleur moyen de vous familiariser avec les allures traîtresses de l'appendicite. Le 8 mars 1898, j'étais appelé en consultation auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années, en proie, depuis six jours, « à une maladie abdominale ». On avait fait, au début, un diagnostic un peu vague, on avait prescrit des laxatifs, des purgatifs, des potions calmantes. Les douleurs de ventre, très vives les premiers jours, avaient été accompagnées de nausées et de constipation; puis, la situation avait empiré, le ventre s'était météorisé et une consultation avait été décidée.

Quand j'arrivai auprès du malade, on m'annonça qu'un mieux sensible s'était manifesté, la fièvre était tombée, le ventre était beaucoup moins douloureux; cet homme qui, la veille, n'osait faire un mouvement, pouvait maintenant se tourner et se retourner dans son lit; bref, dans l'entourage, on considérait la situation comme « détendue ». J'examinai le malade, et je le trouvai en pleine péritonite appendiculaire; le pouls était petit et fort accéléré, la peau était froide, trop froide, « la soi-disant accalmie » était le prélude des accidents ultimes. Malgré tout, on désira tenter l'opération; je fis prévenir M. Segond, qui, contraint et forcé, ne voulut pas se dérober aux instances d'une famille qui malgré tout espérait trouver dans l'intervention chirurgicale une chance de salut. Le malade succomba le lendemain de l'opération.

En fait d'*accalmie traîtresse*, veuillez écouter l'observation suivante, concernant une fillette que j'ai vue en consultation avec MM. Hutinel, Segond et Valmont. Voici cette observation, qui a été communiquée par M. Segond à la Société de