

**VOMITO NEGRO APPENDICULAIRE
GASTRITE ULCÉREUSE HÉMORRAGIQUE
CONSÉCUTIVE A L'APPENDICITE**

MESSIEURS,

Parmi les innombrables méfaits de l'appendicite, il en est un que je voudrais mettre en relief aujourd'hui, c'est le vomissement de sang. On ne s'attendait guère, il y a quelques années, à voir l'hématémèse entrer dans le domaine de l'appendicite. Jusqu'à ces temps derniers, traités de médecine et traités de chirurgie étaient muets sur ce point. Et cependant les hématémèses tributaires de l'appendicite sont loin d'être rares, je vais vous le prouver.

Ne croyez pas qu'il s'agisse ici de petites hématémèses n'ayant que la valeur d'un épiphénomène, et pouvant passer facilement inaperçues. Il s'agit au contraire, le plus souvent, de grandes hématémèses; le *vomissement noir* atteint deux cents, trois cents, quatre cents grammes de sang, il se répète coup sur coup et parfois le malade succombe en pleine hémorragie. Vous allez en voir de nombreux exemples.

Mais avant de décrire cette terrible complication de l'appendicite, il me paraît indispensable de vous faire connaître un certain nombre d'observations qui vous mettront au cou-

rant de la question et qui nous fourniront les pièces du procès. C'est là que nous trouverons les matériaux qui nous serviront à édifier l'histoire de ce tragique événement auquel j'ai donné le nom de *vomito negro appendiculaire*. Voici ces observations.

I. — Le samedi 13 janvier 1900, à 5 heures, nous étions réunis en consultation avec MM. Bergeron et Widal, chez un homme de soixante-huit ans atteint d'appendicite depuis trois jours et demi. Vomissements et douleurs avaient ouvert la scène, la fièvre était peu élevée, la constipation était absolue. Bientôt apparaissait un léger ictère, ictère urobilinurique, ainsi que le démontra l'analyse des urines. Quand nous vîmes le malade, le samedi, il n'avait pas mauvaise apparence, le ventre était peu météorisé; toutefois la pression déterminait à la région appendiculaire une douleur assez vive et une défense musculaire très nette; le pouls était accéléré. En somme, il ne s'agissait pas ici d'une appendicite bruyante; c'était une appendicite peu fébrile, de moyenne intensité. Néanmoins il fallait compter avec la teinte ictérique, ce témoin de la toxicité appendiculaire; la cellule hépatique était adultérée, l'urobiline en était le témoignage. On devait donc se méfier. Notre opinion fut qu'il fallait débarrasser le malade de son foyer toxico-infectieux; l'opération fut décidée et pratiquée le soir même par M. Delbet.

L'opérateur trouva un appendice volumineux, turgescant, en érection, avec adhérences, sans trace de pus dans le péritoine; en un mot, appendicite aiguë sans péritonite. Le lendemain dimanche, tous les symptômes appendiculaires avaient disparu: plus de douleurs, plus de vomissements; tout marchait à souhait, du moins en apparence. La journée se passe bien, mais la nuit suivante, le malade est pris d'un *vomissement de sang noir*. Rien de nouveau le lundi, quand, dans la matinée du mardi, survient une nouvelle hématémèse, celle-là terrible; le malade vomit une énorme quantité de sang noir; le sang est rejeté avec une telle violence qu'il pénètre dans la trachée, dans les bronches; le malade asphyxie et succombe à cette hématémèse quasi foudroyante.

II. — Le samedi 27 janvier 1900, à 7 heures et demie du soir, nous étions réunis en consultation avec MM. Segond et Ramon auprès d'une jeune fille atteinte d'appendicite au troisième jour. Le début de la maladie avait été classique et, bien que la température fût tombée, le pouls restait accéléré et la défense musculaire persistait. Une consultation fut décidée. D'un commun accord nous jugeâmes que l'intervention chirurgicale était indiquée et l'opération fut pratiquée le soir même par M. Segond. L'appendice, volumineux et recourbé en cor de chasse, était immobilisé derrière le cæcum par des adhérences vasculaires; sa surface était partout ecchymotique et sa cavité était remplie d'un magma puriforme. Le dimanche se passe sans incidents. Le lundi, la langue est sèche et le pouls monte à 120; le mardi, le pouls atteint 140, la faiblesse est grande, la langue est desséchée, cet état typhique inspire des inquiétudes. Alors, vers 3 heures, la jeune malade est prise de grand malaise, de nausées, et elle vomit en une fois une abondante quantité de *sang noir*. On peut évaluer à 200 grammes le volume de cette *hématémèse*. On donne de la glace et on pratique des injections de sérum. Pendant plusieurs jours la situation reste précaire; heureusement, l'hématémèse ne se reproduit pas et la guérison se fait sans nouveaux accidents.

III. — Le mercredi 6 juin, à 8 heures et demie du matin, nous étions réunis en consultation avec MM. Ed. Gros et Cazin auprès d'une jeune Américaine de vingt ans, qui était au quatrième jour d'une appendicite. L'attaque appendiculaire avait débuté dans la nuit du dimanche par des douleurs de ventre et par des vomissements que la malade et sa mère prirent pour une vulgaire indigestion, alors que c'était l'entrée en scène de l'appendicite. Au lieu de mander un médecin, la jeune fille s'administra un verre de Rubinat et une forte quantité d'eau chaude. Le lundi, les vomissements persistèrent, les douleurs augmentèrent d'intensité; de son autorité privée la malade prit du calomel, et ce n'est que le mardi soir qu'on se décida à faire appeler un médecin.

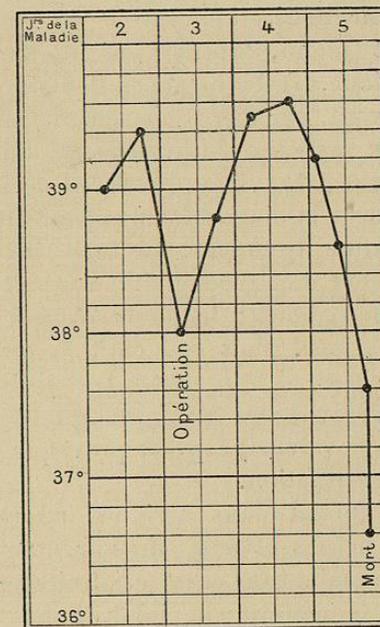
M. Ed. Gros fait aussitôt le diagnostic d'appendicite et, sans perdre un instant, il provoque une consultation pour le

lendemain matin. Quand nous arrivons près de la malade, nous jugeons la situation fort grave; d'heure en heure, les événements se précipitent, la température avoisine 39 degrés, le pouls est à 120, le ventre est très ballonné, la région appendiculaire est très douloureuse, et, circonstance aggravante, je remarque une teinte subictérique des conjonctives, signe d'intoxication. L'opération est aussitôt décidée et pratiquée deux heures après par M. Cazin.

A l'ouverture du ventre, on trouve une péritonite diffuse à liquide louche et abondant.

L'appendice est volumineux, violacé et perforé à son extrémité. (Le canal appendiculaire, que j'ai pu étudier plus tard, à loisir, était ulcéré, purulent et transformé en cavité close par plusieurs calculs.) A la suite de l'opération, on ne constate ni amélioration ni détente; la température poursuit sa marche ascendante, le pouls est à 120, les vomissements persistent; le danger ne vient pas seulement de l'infection, il vient de l'intoxication, dont nous redoutons les funestes effets. Grandes injections de sérum, inhalations d'oxygène, boissons glacées, etc., tous les moyens sont mis en œuvre.

Le lendemain de l'opération, jeudi, l'ictère s'accroît, l'urine est de plus en plus rare; les injections de sérum à 500 grammes, la caféine, les diurétiques restent sans effet. Dans la soirée survient une première *grande hématémèse de sang noir*. La nuit est agitée, la malade est alternativement délirante et plongée dans un état de torpeur; la sécrétion urinaire est nulle. Le vendredi matin, les hématémèses réap-



paraissent et se répètent; on nous montre une cuvette contenant 300 grammes de sang noir liquide et en caillots; les draps, les serviettes sont souillés de vomissements noirs. La *teinte jaune ictérique* est généralisée à tout le corps. Jaunisse et vomissements noirs rappellent le *vomito negro*. La température, qui avait atteint 39°5, descend rapidement de trois degrés, et la malade succombe dans une hématomèse ultime, étouffée par le sang qui a fait irruption dans la trachée et dans les bronches.

IV. — Le lundi 8 octobre 1900, à 7 heures et demie du soir, nous étions réunis en consultation avec MM. Sevestre et Quénu, auprès d'une fillette de dix ans atteinte d'appendicite. L'attaque appendiculaire avait débuté quarante heures avant, par des vomissements et des douleurs, dans la nuit du samedi au dimanche. Le dimanche, les douleurs deviennent très vives, et un médecin appelé auprès de l'enfant porte le diagnostic d'appendicite. A cet orage succède un calme trompeur. Le lundi matin (trente heures après le début de l'appendicite) l'enfant était gai et souffrait beaucoup moins; le pouls était à 80, toute crainte semblait dissipée. Mais ce n'était là qu'une de ces accalmies traîtresses¹ si fréquentes dans l'histoire de l'appendicite. Dans la journée, la fièvre reparait et les douleurs reprennent une telle intensité qu'on provoque aussi vite que possible une consultation.

Quand nous arrivons auprès de la petite malade, à 7 heures et demie du soir, nous la trouvons fort agitée; elle se plaint sans cesse; les traits sont altérés, le pouls est à 140, la température avoisine 40 degrés. Chose grave, la sécrétion urinaire est supprimée depuis le matin. Le ventre est ballonné; la région appendiculaire est très douloureuse; la douleur s'étend au bas de la fosse iliaque gauche, ce qui fait supposer à M. Quénu que la péritonite a gagné le petit bassin. Le pronostic nous paraît très alarmant et nous décidons l'opération immédiate, qui est pratiquée le soir même à

1. G. Dieulafoy. — Les accalmies traîtresses de l'appendicite. Communication à l'Académie de médecine, 1899, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, douzième leçon.

40 heures par M. Quénu. A ce moment, l'appendicite était à sa quarante-deuxième heure.

A l'ouverture du ventre, l'opérateur trouve une péritonite diffuse sans aucune tendance à l'enkystement. Le pus, séreux et fétide, a gagné le petit bassin. L'appendice remonte derrière le cæcum, son extrémité libre est gangrenée. L'opération se termine dans de bonnes conditions. L'agitation persiste toute la nuit.

Le lendemain matin mardi, les douleurs abdominales ont disparu, et l'enfant a uriné, mais l'état général reste mauvais, la fièvre est toujours vive, la température à 39°4, le pouls à 122. On pratique des injections de sérum. La nuit est agitée et, le mercredi matin, la température monte à 40 degrés et le pouls à 130. Du côté du ventre tout allait bien, mais l'enfant était intoxiquée, et les accidents allaient se précipiter. A 10 heures du matin, la température atteint 40°2; on compte 140 pulsations, et 45 inspirations. Nous voyons l'enfant à midi; elle a le teint terreux, le pouls petit et irrégulier; l'urine est très rare, et albumineuse. On me montre un vomissement dans lequel je distingue quelques filaments de *sang noir*, ce qui me permet d'annoncer qu'une hématomèse se prépare. En effet, deux heures plus tard, survient un abondant *vomissement de sang noir*. On donne de la glace et on continue les injections de sérum; mais la situation s'aggrave d'heure en heure. D'autres petites hématomèses se reproduisent à 6 heures et à 8 heures, la respiration s'accélère, les extrémités se refroidissent; à plusieurs reprises, l'enfant est prise d'une diarrhée abondante et fétide, et elle succombe à 9 heures et quart, en vomissant encore une quantité de sang noir.

V. — Le 22 septembre dernier, je voyais un malade qui m'était adressé par le professeur Fedeli (de Pise). Ce malade avait eu trois attaques d'appendicite. La troisième, de date récente, avait été fort grave, et avait suscité plusieurs *hématomèses* de sang noir. On n'eut pas recours à l'opération et la convalescence fut longue. Quand je vis le malade, je constatai à la région appendiculaire un foyer douloureux et induré. Je conseillai l'opération sans tarder. Deux jours plus

tard, survenait une nouvelle crise appendiculaire avec fièvre et vomissements. Le malade fut opéré par M. Routier, qui trouva un paquet d'adhérences et un appendice gangrené. Trois semaines plus tard il était guéri.

VI. — Le mardi 30 octobre 1900, à 11 heures du matin, je voyais avec un de mes élèves, M. Charrier, un jeune homme de dix-huit ans atteint depuis trois jours d'appendicite. L'attaque appendiculaire avait débuté, comme cela se voit quelquefois, par des selles diarrhéiques; puis étaient survenus vomissements et douleurs abdominales de très vive intensité. Dès le début, la fièvre oscillait entre 38°5 et 39°5. La famille, pressentie relativement à une consultation, avait éludé la question, espérant ainsi gagner du temps, et, il faut le dire, espérant éviter l'opération. On se décida cependant. Quand j'arrivai auprès du malade, le mardi matin, je constatai une discordance flagrante entre l'état local et l'état général. Le malade se sentait amélioré; le ventre était peu météorisé, mais sans souplesse; aux douleurs si vives de l'avant-veille et de la veille avait succédé un calme relatif; mon examen ne fut nullement douloureux et je dus exercer une pression assez forte pour localiser la douleur au point de Mac-Burney. Par contre, l'état général donnait la plus mauvaise impression: le visage était altéré, le teint était terreux et subictérique, l'haleine fétide, le pouls très accéléré, la température à 39°5. Il était évident que le malade était aussi intoxiqué qu'infecté.

La situation nous parut des plus graves, et je demandai l'opération immédiate. M. Segond fut appelé; il vit le malade et proposa de l'opérer aussitôt. Malheureusement, la famille, encore hésitante, crut devoir demander d'autres avis; onze heures furent ainsi perdues, onze heures pendant lesquelles le mal étendit ses ravages, et l'opération ne put être pratiquée qu'à une heure de la nuit. A l'ouverture du ventre, M. Segond trouva un gros abcès fétide et une péritonite diffuse; l'intestin était de coloration vineuse. Le foyer purulent remontait derrière le cæcum, et les fausses membranes saignantes qui le limitaient étaient très friables. L'appendice, perforé, était volumineux, noirâtre et complè-

tement gangrené. Trois plaques de gangrène existaient également sur les parois cæcales.

Le lendemain matin mercredi, la température s'était abaissée à 38 degrés, et la situation paraissait meilleure. Mais dans la soirée survient un symptôme de mauvais augure: le malade est pris d'hématémèse et rend une centaine de grammes de *sang noir*, marc de café. Rien à signaler du côté du ventre, où tout se passe normalement; le jeudi, le pouls monte à 140; le vendredi apparaissent des symptômes nerveux, stupeur, subdelirium, perte de connaissance et oscillations de la tête qui ont duré jusqu'au moment de la mort.

Les observations que je viens de rapporter prouvent que l'hématémèse noire d'origine appendiculaire n'est pas chose rare, puisque j'en ai vu six cas en neuf mois. Je crois que le premier fait de ce genre a été publié par MM. Guyot et Carles¹. Il s'agit d'un garçon de quatorze ans opéré par M. Piéchaud au sixième jour de son appendicite. Quelques heures après l'opération, le malade déclare se sentir beaucoup mieux; tout semble en bonne voie. Mais le soir à 5 heures, le pouls devient brusquement petit, le malade est angoissé, sa pâleur est extrême. On fait une injection de sérum, mais voici que le malade est pris d'hématémèses presque foudroyantes; il a de véritables régurgitations de sang; quelques heures plus tard il vomit le sang à pleine bouche et il meurt à 1 heure du matin avec tous les signes d'une abondante hémorragie. A l'autopsie on trouve l'appendice perforé au niveau de sa cavité close. L'estomac était distendu par du sang noir, tant l'hémorragie avait été violente; la muqueuse stomacale présentait des placards ecchymotiques.

Quelques mois plus tard, M. Kirmisson publiait l'observation suivante²: Une fillette de sept ans est au sixième jour d'une appendicite; on constate un abcès dans la fosse iliaque droite, et le lendemain on ouvre l'abcès. « Après

1. Guyot et Carles. Appendicite et gastrorragie. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 20 novembre 1899.

2. Kirmisson. Appendicite et gastrorragie. *Gazette hebdomadaire*, 1900, 1^{er} février.

l'opération, dit M. Kirmisson, tout paraissait en parfait état; aussi fus-je littéralement atterré lorsque le soir je reçus de M. Fourmestreaux un mot m'annonçant que notre petite opérée du matin avait succombé. » Voici ce qui s'était passé : Pendant les premières heures qui avaient suivi l'opération, l'enfant s'était trouvée bien, rien ne faisait présager un désastre. Vers 2 heures, elle se plaignit de manquer d'air et demanda qu'on ouvrit la fenêtre de sa chambre. A 3 heures et demie, au moment où M. Fourmestreaux arrivait auprès d'elle, il la trouva très pâle, anhéante, le regard voilé, et, avant même qu'on pût faire quoi que ce soit pour lui porter secours, elle expira en rendant par la bouche un énorme flot de sang brun noirâtre.

Le fait suivant s'est passé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Duplay. Le 18 février 1901 arrive à l'hôpital un homme fort malade, peu en état de donner des renseignements; il était envoyé avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Ses conjonctives sont franchement ictériques, les téguments sont d'une pâleur terreuse. La maladie avait débuté le 12 février par de vives douleurs abdominales suivies de vomissements. Actuellement, le ventre est ballonné, les flancs sont mats, le pouls est filiforme, très rapide, la langue est sèche, les extrémités sont refroidies. Cet homme avait évidemment une péritonite, et la situation était des plus graves; il importait donc d'intervenir le plus vite possible. C'est ce qui fut fait. Pendant que le chef de clinique, M. Fredet, se demande s'il ne s'agit pas là d'une péritonite appendiculaire, et au moment où on va donner le chloroforme, le malade est pris d'un vomissement de sang noir évalué à 200 grammes. Ce vomito negro était un indice à peu près certain d'appendicite.

On fait une incision sous-ombilicale; à l'ouverture du péritoine s'écoule un flot de liquide séreux, jaune citrin, d'une odeur infecte. Les recherches poussées vers la fosse iliaque droite font découvrir dans cette région une collection purulente abondante, et extrêmement fétide; dans le pus baigne l'appendice gangrené cause de tout le mal. Le malade, envoyé trop tardivement à l'hôpital, succombe la

nuit suivante. L'autopsie n'a pu être faite. Des renseignements donnés par la famille ont appris que le malade avait eu déjà la veille et l'avant-veille des hématomèses de sang noir.

M. Lucas-Championnière¹ a communiqué à l'Académie l'observation d'une femme enceinte de six mois, atteinte de péritonite appendiculaire. Il pratique l'opération. La malade est prise de vomissements noirs très abondants. On fait alors un lavage de l'estomac avec de l'eau alcaline. Les hématomèses reparaissent, on fait de nouveaux lavages, et la malade finit par guérir.

D'après le nombre des observations que je viens de vous citer, vous voyez que l'hématomèse noire consécutive à l'appendicite est en somme un accident fréquent. A quoi tiennent ces hématomèses et quelles sont les lésions de l'estomac trouvées à l'autopsie? M. Charlot², dans sa thèse sur les hématomèses de l'appendicite, a rapporté trois observations suivies d'autopsie. Le premier cas concerne un enfant de huit ans entré à l'hôpital au cinquième jour d'une appendicite avec péritonite. L'opération est suivie d'une amélioration passagère, mais le lendemain matin l'enfant a plusieurs vomissements de sang noir. Dans l'après-midi, les hématomèses se reproduisent, et l'enfant succombe. A l'autopsie, on trouve sur la muqueuse de l'estomac un pointillé hémorragique, des amas noirâtres adhérents et des dépressions cratériformes contenant des masses noires de la dimension d'une tête d'épingle.

Une deuxième observation concerne un enfant de neuf ans entré à l'hôpital au troisième jour d'une appendicite avec péritonite. On l'opère; mais, malgré l'opération, la fièvre reste vive, la température est à 39 degrés et le pouls à 130. Le lendemain l'enfant a huit ou dix hématomèses et il meurt dans la soirée. A l'autopsie, on trouve sur la muqueuse de l'estomac un piqueté hémorragique.

1. Lucas-Championnière. Sur les hématomèses appendiculaires. *Académie de médecine*, séance du 19 février 1901.

2. Charlot. Les hématomèses dans l'appendicite, *Thèse*, Paris, juillet 1900.

Une troisième observation a rapport à un enfant de huit ans et demi, qui entre à l'hôpital trois semaines après le début de son appendicite. Le jour de son entrée à l'hôpital, cet enfant a une *hématémèse*. Dans la journée, « il vomit constamment un liquide nettement teinté par du sang noir ». On pratique l'opération et on trouve un appendice perforé et deux litres de pus dans le péritoine. Dans la soirée, les vomissements noirs continuent et l'enfant succombe quelques heures plus tard. A l'autopsie, on trouve dans l'estomac une centaine de grammes de sang noir. Sur la muqueuse de l'estomac existent deux larges plaques rouges.

En résumé, trois des cas consignés dans la thèse de M. Charlot montrent des lésions de la muqueuse stomacale classées sous les dénominations de pointillé hémorragique, dépressions cratériformes, petits amas noirâtres et plaques ecchymotiques; mais cette description macroscopique se borne à nous faire savoir qu'il y avait des érosions de la muqueuse stomacale, elle est insuffisante à nous révéler le processus intime de l'hémorragie, et il est regrettable qu'un examen histologique n'ait pas fixé la nature des lésions.

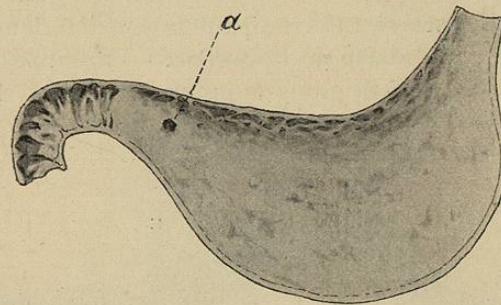
Depuis que mon attention avait été appelée sur cette terrible complication de l'appendicite, je m'étais demandé quelle pouvait être la lésion stomacale capable de produire des hématémèses aussi abondantes et parfois foudroyantes. Nos recherches concernant les *exulcérations stomacales pneumococciques*¹, ainsi que l'*exulceratio simplex*², nous avaient appris que les hématémèses dues à ces exulcérations aiguës, d'origine toxi-infectieuse, proviennent de l'ulcération de petites artérioles qui rampent au-dessous et au niveau de la *muscularis mucosæ*. Je n'ai pas eu l'occasion d'étudier la lésion de la muqueuse stomacale au cas d'hématémèse appendiculaire, mais j'ai pu vérifier la lésion de la muqueuse stomacale au cas d'hématémèse herniaire, et il est bien

1. Dieulafoy. Gastrite ulcéreuse pneumococcique, grandes hématémèses. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, 11^e leçon.

2. Dieulafoy. Exulceratio simplex. Hématémèses foudroyantes guéries par intervention chirurgicale. Communication à l'Académie de médecine, 1897, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898, 1^{re}, 2^e et 3^e leçons.

probable que ces lésions sont comparables dans les deux cas. Voici le fait.

Le samedi 16 juin, un homme entre dans le service de M. Duplay, pour une hernie étranglée qui est aussitôt opérée. Le lendemain, dans la matinée, on constate une teinte jaune des conjonctives et du visage. Dans la nuit surviennent deux fortes *hématémèses noires*. Le surlendemain matin lundi, la teinte ictérique est plus prononcée (ictère urobilinurique). Je fais examiner les urines par mon chef de clinique, M. Kahn; elles sont *albumineuses* et contiennent de l'urobiline et du pigment brun, ce qui est l'indice d'une forte intoxication. Je porte le pronostic le plus grave. Dans la journée du lundi, nouveau vomissement noir. Le mardi, les urines sont rares et très albumineuses; dans la journée, hématémèse noire. Le mercredi, le malade rend à peine 150 grammes d'urine avec pigment brun, urobiline et albumine; il délire et il est pris dans la nuit de plusieurs crises épileptiformes d'apparence urémique. Le jeudi, les crises épileptiformes se renouvellent, l'anurie est complète; alors éclate une nouvelle grande hématémèse noire; le malade rend un demi-litre de sang liquide et en caillots. La mort survient le mercredi, septième jour après l'opération.



Résultats de l'autopsie : l'estomac contient du sang en abondance. La muqueuse est intacte, excepté à la région pylorique. On ne trouve nulle part ni ecchymoses ni érosion, mais près du bord libre de la valvule pylorique, ainsi que l'indique la planche ci-dessus, on voit (a) une escarre