

moins rapprochés et constituent l'accès de colique hépatique. L'accès dure en moyenne de six à douze heures, bien qu'il puisse persister plusieurs jours; il est habituellement apyrétique; parfois cependant la fièvre apparaît au cours de la colique hépatique normale (fièvre satellite de la migration calculieuse).

La colique hépatique est accompagnée de vomissements qui sont d'abord alimentaires si la colique éclate peu de temps après le repas, et qui deviennent ensuite glaireux et bilieux. Tant que le calcul reste enclavé dans le canal cystique, les vomissements peuvent être bilieux parce que la bile continue à passer librement dans l'intestin d'où elle est refoulée dans l'estomac; mais si le calcul s'enclave dans le canal cholédoque, le passage de la bile dans l'intestin étant interrompu, les vomissements bilieux ne peuvent plus se produire. Même remarque au sujet de la décoloration des matières fécales; tant que le calcul reste enclavé dans le canal cystique, la bile s'écoulant librement dans l'intestin, les matières fécales continuent à être colorées, mais si l'enclavement du calcul se fait dans le canal cholédoque avec quelque persistance, les matières fécales sont décolorées, la teinte ictérique des téguments et la coloration ictérique des urines contrastent avec la décoloration des selles.

En général, l'accès de colique hépatique cesse brusquement et le malade éprouve une délicieuse sensation de bien-être. C'est une preuve, ou bien que le calcul est retombé dans la vésicule après avoir inutilement essayé de franchir le canal cystique, ou bien qu'il est arrivé dans le duodénum après une pénible migration à travers les canaux. La fin de l'accès est souvent accompagnée de l'émission d'urines abondantes et claires comme de l'eau (urines nerveuses). Pendant l'accès, le foie est souvent augmenté de volume, et la région de la vésicule biliaire est extrêmement sensible à la pression.

Le tableau que je viens d'esquisser est celui des accès violents, mais il s'en faut que la colique hépatique ait toujours la même intensité; il est même fréquent que les gens atteints de lithiase biliaire se plaignent simplement de *crampes d'estomac*, qu'on serait tenté de mettre sur le

compte d'une gastralgie et qui sont en réalité des coliques hépatiques rudimentaires. La teinte subictérique qui suit souvent ces prétendues crampes d'estomac explique la nature et l'origine du mal.

L'ictère est un symptôme fréquent de la colique hépatique, mais pour que l'ictère se produise, il faut que le calcul oblitère complètement et pour un temps suffisant le canal cholédoque. Il en résulte un ictère par rétention qui apparaît quelques heures ou le lendemain après la colique hépatique. Si l'oblitération du canal cholédoque dure assez longtemps, les matières fécales se décolorent et prennent un aspect blanchâtre, argileux, qui est dû en partie à l'absence de la bile, en partie à la présence des graisses non émulsionnées par la bile. Les urines sont fortement chargées de pigment biliaire et ont une teinte acajou caractéristique. Toutefois l'ictère n'est pas constant, il s'en faut, car sur quarante-cinq cas de coliques hépatiques analysées par M. Wolff, et où les calculs biliaires avaient été constatés dans les garde-robes, l'ictère a fait défaut vingt-cinq fois, ce qui prouve que le calcul peut cheminer péniblement à travers le cholédoque sans toutefois l'oblitérer. N'oublions pas de plus, ainsi que je le disais il y a un instant, que toute la scène douloureuse peut n'avoir eu pour siège que le canal cystique. Il faut ajouter que la teinte ictérique est parfois très peu prononcée et pourrait facilement passer inaperçue.

La colique hépatique est généralement d'un diagnostic facile, mais quand elle éclate au cours d'une grossesse, elle peut provoquer, faute d'une bonne sémiologie, des erreurs de diagnostic qui consistent à considérer comme un début de fausse couche des douleurs qu'on devrait mettre sur le compte de la colique hépatique; quand elle éclate après l'accouchement, elle peut, faute d'une bonne sémiologie, induire en erreur et faire croire à un début de péritonite.

Il ne manque pas de théories pour expliquer la production de la lithiase biliaire au cours de la grossesse. On a accusé la grossesse de favoriser la stagnation de la bile dans les voies biliaires et, comme conséquence, la formation de calculs. La grossesse, a-t-on dit, facilite la mobilisation du rein



et du foie par flaccidité des parois abdominales; la vésicule biliaire, dont les moyens de fixité ont été ainsi relâchés, tend à basculer en arrière, pendant que le canal cholédoque, tirillé par ce mouvement de bascule, laisse à la bile un passage de plus en plus étroit et favorise ainsi la stagnation biliaire dans la vésicule. La grossesse, d'après M. Heidenhain, provoquerait encore la stagnation biliaire en gênant le jeu du diaphragme, surtout lorsque le corset immobilise, pour sa part, les insertions costales du muscle phrénique<sup>1</sup>. Cette pathogénie pourrait être rangée sous la rubrique des causes mécaniques, mais il faut encore compter avec les causes chimiques (ralentissement de la nutrition)<sup>2</sup>, avec les causes bactériologiques (rôle des microbes dans la formation des calculs), et la constitution du sujet (arthritisme, hérédité). Toutes ces théories sont acceptables, mais aucune ne me paraît suffisante; le fait clinique, le fait indéniable, c'est que l'état puerpéral exerce une influence considérable sur la pathogénie de la lithiase biliaire; Willemin<sup>3</sup>, Durand-Fardel<sup>4</sup>, Bax<sup>5</sup> l'avaient nettement établi, et dans leurs publications M. Huchard<sup>6</sup> et M. Cyr<sup>7</sup> ont repris la question dans son ensemble.

Après vous avoir démontré l'influence de la grossesse sur la pathogénie de la colique hépatique, retournons la question et recherchons quelle influence peuvent avoir les calculs biliaires sur l'évolution de la grossesse et sur les suites de l'accouchement. Ici, tout le monde est d'accord; le pronostic de la grossesse n'est guère influencé par les coliques hépatiques; reportez-vous aux observations que je vous ai citées

1. Congrès de Wiesbaden. *La Semaine médicale*, 1891, p. 137.
2. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*.
3. Willemin. *Les coliques hépatiques et leur traitement par les eaux de Vichy*. Paris, 1886.
4. Max Durand-Fardel. *Traité pratique des maladies chroniques*. Paris, 1868.
5. Bax. Considérations sur les cas de coliques hépatiques, *Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 1879.
6. Huchard, *loco citato*.
7. Cyr. Rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement, *Annales de gyn.*, 1883.

et vous y voyez que malgré la colique hépatique, même intense et plusieurs fois répétée, la grossesse n'a pas été interrompue. En face d'une femme prise de coliques hépatiques au cinquième, sixième, septième mois de sa grossesse, on ne peut se défendre de quelque appréhension, et cependant, l'expérience prouve que la grossesse continue son cours sans incident, malgré tous les symptômes douloureux et angoissants que comporte la colique hépatique. L'ictère qui, dans bien des cas, fait suite à la colique hépatique, n'a rien de redoutable pour la femme enceinte; c'est purement un ictère par rétention, qui cesse habituellement quelques jours après la colique hépatique, et qui ne compromet en rien le bon fonctionnement des cellules du foie. Il ne faudrait pas cependant que cet ictère durât trop longtemps, ainsi qu'on le voit à la suite de l'oblitération permanente du canal cholédoque, car alors le bon fonctionnement de la cellule hépatique pourrait s'en repentir, et il en résulterait des accidents redoutables. Règle générale, les coliques hépatiques et l'ictère qui en est la conséquence n'assombrissent le pronostic ni chez la femme grosse ni chez la femme récemment accouchée.

Mais si l'ictère calculeux, ictère par rétention, n'est généralement pas à redouter chez la femme grosse, il n'en est plus de même des autres variétés d'ictères englobés sous la dénomination d'ictères infectieux. Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer l'adulération de la cellule hépatique, peu importe, du moment que la cellule hépatique est en cause, du moment qu'elle participe au processus toxi-infectieux, elle subit une adulération qui, dans d'autres circonstances, pourrait n'avoir pas de conséquences graves, mais qui, à l'état gravidique, est toujours à redouter. Voilà pourquoi l'ictère survenant chez la femme grosse (j'entends l'ictère survenant en dehors des coliques hépatiques), est toujours un symptôme dont il faut se méfier. Il faut s'en méfier, parce qu'il est le témoin de la lésion hépatique qui peut conduire à l'insuffisance hépatique et à toutes ses conséquences.

L'insuffisance hépatique est parfois accompagnée d'albuminurie et d'insuffisance rénale, les épithéliums du rein étant directement adulérés par l'agent toxi-infectieux, ou



subissant le contre-coup dû à l'élimination d'une bile nocive<sup>1</sup>.

M. Le Masson<sup>2</sup>, dans sa thèse, a réuni 52 observations d'ictères survenus pendant la puerpéralité, 39 fois au moment de la grossesse et 13 fois après les couches. Les 39 cas d'ictère appartenant à la grossesse ont été suivis 13 fois de guérison et 26 fois de mort; les 13 cas d'ictère survenus à la suite de couches ont été suivis 3 fois de guérison et 10 fois de mort. Cette statistique vous indique déjà quelle est la gravité de l'ictère puerpéral.

L'ictère de la grossesse se voit surtout à partir du troisième mois, sans qu'on puisse habituellement invoquer d'autres facteurs que l'état gravidique. Souvent l'ictère est précédé de troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements, gastralgie, coliques; dans d'autres cas, il apparaît sans autre manifestation antérieure. La jaunisse est légère ou intense, depuis la teinte subictérique jusqu'à l'ictère foncé et généralisé. Les urines sont bilieuses et contiennent en proportions inégales du pigment biliaire et de l'urobiline; souvent aussi on y trouve de l'albumine. Les matières fécales sont moins colorées qu'à l'état normal, parfois même elles sont grisâtres et prennent la teinte du mastic. La fièvre est légère ou intense. Le foie tend à augmenter de volume, il est parfois douloureux. Les autres symptômes, anorexie, céphalalgie, diarrhée ou constipation sont extrêmement variables. Après une durée qui varie de quinze jours à un mois, les symptômes s'amendent, l'ictère disparaît, la grossesse suit son cours et la malade guérit sans autre accident. C'est la forme bénigne.

Mais dans d'autres cas, si la lésion hépatique est plus intense ou plus prolongée, la situation s'aggrave et la maladie se termine par avortement ou par l'accouchement prématuré et même par la mort de la mère. Enfin, dans quelques circonstances, l'ictère puerpéral revêt les allures de l'ictère grave avec hémorragies, épistaxis, purpura, taches

1. Charrin. Influence des maladies du foie sur la pathologie du rein, *Semaine médicale*, 11 février 1894.

2. Le Masson. Les ictères et la colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité, *Thèse de Paris*, 1898.

ecchymotiques, avec symptômes nerveux, céphalée violente, délire, agitation, troubles dyspnéiques, tendance au coma. Dans ces formes graves, « l'avortement, l'accouchement prématuré, ou même l'accouchement à terme se font d'ordinaire en pleine phase du syndrome : du deuxième au cinquième jour après le début de l'ictère, très souvent le deuxième jour; mais il y a lieu d'insister sur leur soudaineté; les médecins sont parfois en train de discuter l'opportunité d'intervention quand la femme accouche. Si encore, après semblable terminaison, il était permis d'escompter la guérison! Le calme relatif, la sensation de bien-être, une certaine amélioration pourraient faire porter un pronostic favorable. Mais ce calme est trompeur et l'amélioration de courte durée; les accidents ne sont qu'endormis; ils reparaissent au bout d'un temps qui varie de quelques heures à vingt-quatre heures, et alors ils conduisent à la mort avec une effrayante rapidité » (Le Masson).

Les ictères qui surviennent pendant les suites de couches sont beaucoup plus souvent graves que bénins, puisque sur treize cas, ils ont été suivis dix fois de mort. Ils sont, du reste, presque toujours associés à l'infection puerpérale.

L'ictère puerpéral a quelquefois éclaté sous forme *épidémique*. J'emprunte à la thèse de M. Le Masson la relation résumée de sept épidémies d'ictère puerpéral : Épidémie de Lüdenscheid en 1794. — Épidémie de Roubaix, décrite par Carpentier. — Épidémie de Saint-Pierre de la Martinique en 1858, décrite par Rouillé et par Saint-Vel; « sur trente femmes atteintes d'ictère, vingt succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré ». — Épidémie de Limoges, relatée par Bardinet en 1860. — Épidémie de la Maternité et de l'hôpital des Cliniques en 1871-1872, relatée par Hervieux, Depaul et Meunier. — Épidémie de Saint-Paul en 1873, relatée par Smith. — Épidémie de Neusenstamm en 1876, dont la relation a été faite chez nous par M. Vinay<sup>1</sup>. Dès l'année 1867, M. Hervieux cherchait à expliquer ces accidents « par la présence d'un ferment mor-

1. Vinay. *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894.



bide spécial ou d'un principe toxique<sup>1</sup> », ce que nous appelons aujourd'hui la toxi-infection, dont il nous est souvent possible de retrouver les agents.

En résumé, quelle que soit la pathogénie invoquée pour expliquer les ictères de la grossesse (abstraction faite de l'ictère dû à l'obstruction calculuse), il n'en est pas moins vrai que chez la femme grosse la cellule hépatique se défend mal, elle n'a plus les mêmes propriétés antitoxiques, les toxi-infections en provoquent facilement la déchéance; aussi la gravité de cet état, dont l'ictère est l'un des témoins, doit-il nous engager à réserver notre pronostic.

De cette étude, il ressort qu'il est absolument nécessaire de diviser en deux grandes classes les ictères qui peuvent survenir chez la femme grosse. Si l'ictère est associé à la lithiase biliaire, s'il fait partie du syndrome de la colique hépatique, le pronostic est presque toujours bénin, car en pareil cas la cellule hépatique n'est pas adultérée. Mais si la femme grosse n'a ni lithiase biliaire, ni colique hépatique, si l'ictère survient chez elle à titre de toxi-infection du foie, avec ou sans participation du rein, méfiez-vous, car vous ne pouvez pas savoir quelles surprises vous sont réservées.

Je termine cette étude par les conclusions suivantes :

1° La lithiase biliaire est favorisée par la grossesse.

2° Les coliques hépatiques, avec ou sans ictère, se voient en proportions variables pendant la grossesse ou après l'accouchement. Elles peuvent éclater à tous les mois de la grossesse, pendant le travail même de l'accouchement, quelques heures, quelques jours, quelques semaines, quelques mois après l'accouchement.

3° Chez une femme grosse ou récemment accouchée, il est essentiel de diagnostiquer la colique hépatique, afin de ne la confondre ni avec les douleurs de l'accouchement ni avec un début de péritonite puerpérale.

4° La colique hépatique survenant au cours de la gros-

1. Hervieux. Ictère puerpéral, *Gazette médicale de Paris*, 1867.

sesse ou après l'accouchement n'a généralement pas de gravité; elle n'interrompt pas le cours de la grossesse.

5° Le pronostic est autrement sérieux, quand il s'agit d'ictère dépendant, non pas de lithiase biliaire, mais de toxi-infection du foie. La mort par ictère grave en est trop souvent la conséquence.

6° Au cas de coliques hépatiques, le traitement prophylactique a une importance de premier ordre. Les cures de Vichy, de Vittel, de Pougues, me paraissent remplir l'indication dominante.

Messieurs, après vous avoir parlé des rapports de la grossesse et de la lithiase biliaire, occupons-nous des rapports de la grossesse et de la lithiase urinaire. Les exemples en sont plus rares; néanmoins, la question me paraît avoir assez d'importance pour être discutée en détail. Laissez-moi d'abord vous citer quelques observations. Il y a une dizaine d'années, j'étais appelé rue Duphot, chez une dame accouchée depuis peu de jours. Elle venait d'être prise vers la fin de la nuit de violentes douleurs abdominales et de vomissements. La première idée qui était venue à l'entourage de la malade, c'est qu'il s'agissait d'un début de péritonite. Quand j'arrivai, les douleurs étaient à leur paroxysme, cette femme poussait des gémissements, se tordait dans son lit, changeait de place à chaque instant et cherchait par toutes les positions possibles à atténuer ses souffrances. Elle venait de vomir, elle avait rendu une petite quantité de liquide glaireux et bilieux, l'état nauséux continuait et faisait présager d'autres vomissements. Je recherchai aussitôt le point de départ de la douleur, la malade mit la main sur son rein droit; j'explorai la région et la trouvai très sensible; la douleur avait suivi le trajet de l'uretère droit et était accompagnée de faux besoins d'uriner. Je fis le diagnostic de colique hépatique; je rassurai la famille et je pratiquai une injection de morphine. Les douleurs bien qu'atténuées persistèrent une partie de la journée et cessèrent brusquement à quatre heures; la détente fut immédiate et le bien-être fut complet. Je demandai que les urines



fussent recueillies avec soin et je trouvai le lendemain le corps du délit, un petit calcul brunâtre, du volume d'un pépin de raisin. On se rappela alors qu'à l'une de ses grossesses antérieures, cette dame avait eu une crise douloureuse analogue, mais le gravier n'avait pas été recherché.

M. Huchard a publié l'observation suivante<sup>1</sup> : « Au mois de décembre 1881, je suis appelé, en absence de son accoucheur, par M<sup>me</sup> Z..., arrivée au huitième mois de sa grossesse, et qui, souffrant de douleurs vives dans l'abdomen, depuis environ une heure, pensait être au commencement de son travail. Lorsque j'arrivai, tout était déjà prêt pour l'accouchement : la garde était arrivée, la famille inquiète était réunie près de la patiente qui paraissait, en effet, souffrir beaucoup. Tout d'abord, je remarquai que les douleurs étaient presque continues et, en appliquant la main sur l'abdomen, je ne constatai, en aucune façon, l'existence de contractions utérines; puis, fait important, la malade disait elle-même qu'elle « ne souffrait pas comme à son premier accouchement »; il existait un foyer douloureux dans la région rénale avec irradiation dans la région iliaque gauche, et aussi à la région inguinale du même côté; à droite, rien de pareil n'existait, les douleurs étaient donc unilatérales. Tous ces caractères me firent penser à une colique néphrétique survenant à la fin de la grossesse, et non à un commencement de travail, diagnostic du reste confirmé par l'examen des urines, le rejet de sable urique, la disparition rapide de ces douleurs, et aussi par l'accouchement, qui se fit en son temps ordinaire, un mois après cette fausse alerte. »

Tarnier a été témoin d'un cas du même genre, publié par M. Huchard. « Une femme était accouchée depuis quatre jours, quand soudain, survinrent des douleurs abdominales extrêmement violentes avec vomissements. Le médecin ordinaire croit à une péritonite, et ce diagnostic est du reste confirmé par un accoucheur des plus distingués, le D<sup>r</sup> C..., qui avait été appelé en consultation. Et du reste, dit Tar-

1. *Union médicale*, 1882, p. 618.

nier, pourquoi ne pas nommer cet accoucheur? Une erreur de diagnostic ne peut contribuer en aucune sorte à ternir la réputation de médecin savant et de clinicien consommé acquise par mon si regretté ami, le D<sup>r</sup> Chantreuil? Nous commettons tous des erreurs, nous en commettrons encore et, en les confessant, nous servons bien plus les intérêts de la clinique qu'en citant à grand renfort d'éloquence et d'arguments, dans un but plus ou moins avouable, des diagnostics plus ou moins extraordinaires qui ont le tort de n'exister que dans l'imagination trop féconde de ceux qui les ont produits. A ce sujet même, nous sommes heureux de déclarer, une fois pour toutes, que dans nos modestes *Études de clinique médicale*, nous aurons toujours le courage de notre opinion... et de nos erreurs. La science y gagnera peut-être, et cela doit suffire.

« Toujours est-il qu'on institua chez la femme en question un traitement énergique dans lequel une application d'un grand nombre de sangsues, sur la paroi abdominale, figura au premier rang. Le lendemain, tout avait disparu; la douleur était absente, les vomissements avaient cessé, le pouls était absolument normal... En clinicien sagace et pénétrant, le D<sup>r</sup> Chantreuil ne s'attribua pas complètement l'honneur de cette sorte de résurrection et il conserva dès ce jour des doutes sur l'exactitude du diagnostic porté. Mais quinze jours après, voilà les mêmes accidents qui recommencent; la famille affolée, croyant à une seconde attaque de péritonite, court chercher M. Chantreuil qu'elle ne trouve pas, puis M. Tarnier qui accourt, qui examine attentivement la malade, et qui ne tarde pas à reconnaître chez elle l'existence de coliques néphrétiques. On ne fit pas alors d'émissions sanguines, et la malade vit disparaître ses douleurs aussi rapidement que la première fois ».

Les quelques cas que je viens de vous citer vous prouvent que la colique néphrétique peut survenir pendant la grossesse ou après l'accouchement. En pareille circonstance, la colique néphrétique peut simuler au premier abord l'accouchement ou la péritonite. C'est par une sémiologie précise et méthodique que vous arriverez à formuler le vrai diagnostic.



Pour si violentes que soient les douleurs de la colique néphrétique, le pronostic reste bénin, les observations précédentes vous prouvent qu'elle n'empêche pas la grossesse d'arriver à terme sans autre accident.

J'ai encore à vous parler des relations qui existent entre la grossesse et la *lithiase intestinale*. J'ai vu, l'an dernier, une jeune femme atteinte de colite membraneuse survenant par accès douloureux; les déjections, que je fis examiner, contenaient du sable intestinal en quantité. La malade me raconta qu'elle avait été prise de ces débâcles sableuses très douloureuses dans le cours de sa grossesse, si bien qu'on avait cru, lors d'une de ces crises, à un commencement de fausse couche. L'autre femme, que j'ai vue tout récemment, avait eu ses premières atteintes de colite muco-membraneuse à une grossesse antérieure; les mêmes accidents s'étant reproduits au troisième mois d'une nouvelle grossesse, j'ai fait examiner les garde-robes, dans lesquelles il n'y a plus de membranes, mais qui contiennent du sable et des petits graviers semblables à des pépins de raisin. Je ne crois pas que cette coïncidence de la lithiase intestinale et de la grossesse ait encore été signalée; je n'en avais parlé ni dans ma communication à l'Académie de médecine<sup>1</sup> ni dans mes cliniques de l'an dernier<sup>2</sup>, mon attention n'ayant pas encore été appelée sur ce côté de la question.

Nous venons d'étudier les rapports de la grossesse avec les lithiases biliaire, rénale et intestinale; la prochaine leçon sera consacrée aux rapports de la grossesse et de la lithiase appendiculaire.

1. Académie de médecine, 1897.

2. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897, p. 273.

## SEIZIÈME LEÇON

### LA GROSSESSE ET L'APPENDICITE

MESSIEURS,

Nous avons étudié, dans la dernière séance, les rapports de la puerpéralité avec les lithiases biliaire et urinaire; nous allons établir aujourd'hui les relations de la puerpéralité avec l'appendicite et la lithiase appendiculaire. En voici quelques exemples :

Le 6 janvier 1896, je fus appelé d'urgence, en consultation, auprès d'une jeune femme, récemment accouchée, qui venait d'être prise depuis quarante-huit heures de douleurs abdominales et de vomissements. En arrivant chez la malade, j'y trouvai M. Budin, qui avait pratiqué l'accouchement. Mon collègue me donna les renseignements les plus circonstanciés; la grossesse avait été excellente, l'accouchement s'était fait à terme dans les meilleures conditions, les suites de couches n'avaient rien laissé à désirer. Dix-huit jours après l'accouchement, alors que tout marchait à souhait, la jeune femme s'était plainte de douleurs abdominales d'abord légères et bientôt très vives. Ces douleurs avaient été suivies de nausées et de vomissements; la constipation était absolue. La nuit qui avait précédé notre consultation