

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 médecine¹ ni dans mes cliniques de l'an dernier², 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,

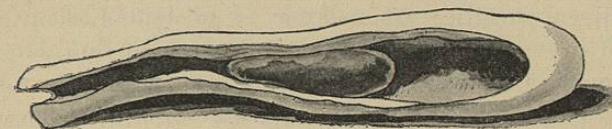
Nous avons étudié, dans la dernière séance, les rapports de la puerpéralité avec les lithiases biliaire et urinaire; nous allons établir aujourd'hui les relations de la puerpéralité avec l'appendicite et la lithiase appendiculaire. En voici quelques exemples :

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

avait été fort mauvaise, la situation avait empiré. Quand nous arrivâmes auprès de la malade, je fus mal impressionné, je lui trouvai les traits altérés, angoissés, les yeux cernés, et auprès de son lit était une cuvette contenant le dernier vomissement, verdâtre et porracé. La fièvre était vive, le pouls était petit et accéléré. La péritonite n'était pas douteuse; le ventre tendu, uniformément ballonné était tellement sensible que la malade me supplia de n'y pas toucher; je voulais cependant me rendre compte *du siège et de l'origine de la douleur*, car en pareille circonstance, une sémiologie méthodique peut seule nous permettre de formuler le diagnostic; je palpai l'abdomen avec les plus grandes précautions et quand j'arrivai à la fosse iliaque droite, dans les parages de la région cæco-appendiculaire, je constatai une telle localisation des symptômes douloureux (hyperesthésie, douleur à la pression, défense musculaire), que j'acquis la conviction qu'il s'agissait d'une appendicite: l'appendicite de l'état puerpéral. M. Budin partagea mon opinion.

Bien que nous ne fussions qu'au commencement du troisième jour de l'appendicite, les accidents s'étaient précipités avec rapidité, puisque la malade était déjà en pleine péritonite. Mais nous n'en sommes plus à compter les cas où dès le deuxième, dès le troisième jour, l'appendicite a déjà provoqué les plus graves désordres. Il n'y avait pas à hésiter, il fallait opérer le plus vite possible, car les accidents étaient menaçants et d'heure en heure le pronostic allait s'aggraver. Je fus moi-même chez M. Routier et le priai de pratiquer l'opération sans tarder. La jeune femme fut opérée à dix heures du soir. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une certaine quantité de liquide roussâtre, sans tendance à l'enkystement: il s'agissait donc de péritonite diffuse, la forme la plus mauvaise, car on ne sait pas, en pareil cas, jusqu'où s'étend l'infection péritonéale. Les anses intestinales étaient arborescentes et recouvertes de quelques membranes. L'appendice était volumineux, tendu, violacé, entouré de membranes molles et purulentes. Il fut enlevé et quand je pus l'examiner à loisir je trouvai le canal appendiculaire rempli

de pus dans la partie qui avait été transformée en cavité close par un calcul oblitérant. La figure ci-jointe est la reproduction de cette appendicite calculeuse puerpérale.



L'opération fut suivie de soulagement, mais la détente complète fut assez longue à se produire; la malade, non seulement infectée, mais empoisonnée par les toxines de l'appendicite, eut encore pendant deux jours de la fièvre, de l'accélération du pouls, des nausées, de l'intolérance stomacale, une légère teinte subictérique des conjonctives, symptômes qui n'étaient pas sans nous inquiéter. Peu à peu la situation s'améliora, la convalescence s'établit et vingt jours plus tard la malade était complètement et définitivement guérie. Au point de vue de la pathogénie de cette appendicite, on peut supposer que la jeune femme, pendant sa grossesse, avait fabriqué de la lithiase appendiculaire comme d'autres fabriquent de la lithiase biliaire, avec cette différence que la lithiase biliaire n'expose généralement qu'aux coliques hépatiques, tandis que la lithiase appendiculaire entre pour une bonne part dans l'oblitération du canal appendiculaire, avec tous les accidents toxi-infectieux qui en sont la conséquence. Cette appendicite puerpérale fut, je crois, le premier cas publié chez nous¹.

Depuis cette époque, les faits se sont multipliés, et cette année même, M. Pinard faisait, à l'Académie de médecine, une très importante communication sur laquelle je reviendrai plus loin. Continuons pour le moment l'exposé de nos observations.

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

1. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. III.

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 des conseils en pareille circonstance et je demandai qu'on fit aussitôt prévenir M. Pinard, ce qui avait été fait. La mère de la malade insista néanmoins et me supplia de voir sa fille. La pauvre jeune femme souffrait cruellement; ses douleurs avaient été suivies de vomissements, son état était angoissant et on continuait à parler de contractions utérines. J'examine le ventre, je recherche avec soin le *siège et l'origine des douleurs*, et j'acquiesce 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, la défense musculaire, l'hyperesthésie, rien n'y manque. M. Pinard voit la malade et porte le même diagnostic, il ne constate aucun travail du côté de l'utérus, mais 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, 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°. 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 constate comme nous une appendicite violente, le ventre est déjà 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, Messieurs, 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. 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'amélioration du moment était explicable par l'accalmie insidieuse qui succède souvent à la période initiale de l'appendicite; nous reviendrons dans un instant sur cette accalmie qu'il faut bien connaître et je continue le récit de notre observation.

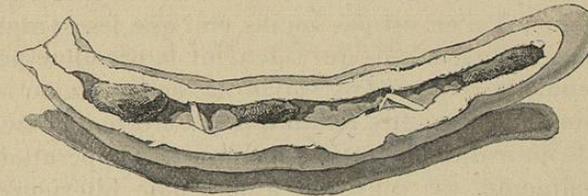
L'opération est pratiquée par M. Bouilly. A l'ouverture du péritoine apparaît une péritonite diffuse, caractérisée par une notable quantité de liquide louche et roussâtre sans tendance à l'enkystement, avec quelques membranes et arborescence des anses intestinales. C'est au niveau du cæcum et à sa face 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 vu rien de pareil. L'appendice iléo-cæcal avait pris des proportions démesurées, il avait doublé de longueur et triplé de volume, il était énorme, turgescant, 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 préalables 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 plus, et l'état dans lequel nous trouvâmes la jeune femme le lendemain matin nous fit présager un succès.

Nos prévisions ne furent pas démenties. Restait néanmoins l'importante question de la grossesse; cette femme était enceinte de cinq mois, la grossesse allait-elle continuer son cours ou bien serait-elle interrompue? Les deux hypothèses étaient possibles. Le lendemain de l'opération, samedi, apparaissent à la région lombaire quelques douleurs qui devinrent plus vives dans la soirée; à ce moment, la sage-femme placée par M. Pinard près de la malade trouve que le col commence à s'effacer. Il se produit une détente jusqu'à quatre heures du matin; puis M. Pinard constate l'effacement complet du col. Le dimanche, même état; le lundi, les douleurs deviennent franchement utérines, la dilatation du col s'accroît et la fausse couche se fait à dix heures et demie du soir; elle se fait sans accidents, et sans que la plaie abdominale, encore toute récente, en reçoive le contre-coup. Le fœtus, vivant jusqu'au dernier moment, meurt par suite du décollement du placenta qui accompagnait l'œuf rendu en entier. Il me parut important de savoir si la fausse couche était due à l'infection du fœtus consécutive à l'appendicite. A cet effet, M. Rénon eut soin de recueillir quelques grammes de liquide amniotique et quelques fragments de placenta. Les examens bactériologiques faits par un de mes chefs de laboratoire, M. Apert, furent nuls et les cultures restèrent stériles. Le fœtus n'avait donc pas été infecté,

puisque les microbes pathogènes n'avaient pas pénétré jusqu'à lui; il avait été vraisemblablement empoisonné par la toxine appendiculaire. Quoi qu'il en soit, le résultat final fut excellent; au vingtième jour cette jeune femme était complètement guérie.

Revenons, si vous le voulez bien, sur quelques particularités de cette observation. L'examen de la pièce anatomique, faite dans mon laboratoire, démontra l'existence d'une plaque de sphacèle assez rapprochée de l'insertion cæcale de l'appendice, plaque de sphacèle qui aurait rapidement abouti à une large perforation. A l'ouverture de l'appendice, il s'échappa une dizaine de grammes de liquide purulent qui distendait comme sous-pression les parois du canal appendiculaire. Dans le canal étaient étagés trois calculs, ainsi que vous pouvez le voir sur la figure ci-jointe; le plus volumineux de ces calculs jouait le rôle de corps oblitérant et contribuait à transformer le canal appendiculaire en cavité close.



Cette lithiase appendiculaire était-elle contemporaine de la grossesse, ou lui était-elle antérieure, je l'ignore; mais on peut admettre que la grossesse n'est pas plus étrangère à la formation des calculs appendiculaires qu'elle n'est étrangère à la formation des calculs biliaires, c'est dire qu'elle peut avoir une influence directe sur la genèse de l'appendicite. Je ne saurais trop appeler votre attention sur la rapidité des lésions appendiculaires et péritonéales constatées ici; cette jeune femme avait été prise de ses premières douleurs appendiculaires le jeudi à une heure et demie, elle a été opérée le lendemain vendredi à quatre heures, c'est-à-dire vingt-six heures après le début de son appendicite; eh bien! vingt-six heures avaient suffi pour créer des lésions de la plus haute gravité:

péritonite diffuse et sphacèle de l'appendice. Supposez, Messieurs, 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 temporisé, qu'on eût attendu jusqu'au lendemain pour opérer, l'appendice se perforait, tout son contenu se déversait dans le péritoine, la péritonite déjà diffuse se généralisait et cette jeune femme était certainement perdue; elle mourait infectée et intoxiquée, comme meurent, hélas! tant de gens qui ne sont pas opérés ou qui sont opérés trop tard.

La temporisation dans le cas actuel aurait paru d'autant plus naturelle, qu'une détente notable s'était produite pendant les quelques heures qui avaient précédé l'opération. Cette détente, cette période d'accalmie, cette chute de la fièvre, est fréquente au cours de l'appendicite; on ne la connaît pas assez, on ne l'a pas suffisamment décrite. Que cette détente soit naturelle ou qu'elle soit artificiellement provoquée par la médication, sachets de glace sur le ventre, piqûres de morphine, il n'en est pas moins vrai que les symptômes douloureux et angoissants qui signalent la première période de l'appendicite sont parfois suivis, le lendemain ou le surlendemain, d'un bien-être relatif qui fait croire à l'amélioration réelle du malade. C'est en pareil cas que l'opération, qui était imminente, est renvoyée à une date ultérieure; on espère gagner du temps et on en perd; les accidents se précipitent et quand on veut intervenir, il est trop tard.

Je n'en finirais pas si je vous citais toutes les observations dans lesquelles il m'a été donné d'observer cette *phase d'accalmie*; vous l'avez constatée chez plusieurs malades de notre service et je ne manque jamais de vous la signaler. Il y a quelques semaines encore, 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. Ces symptômes avaient été violents et les douleurs avaient été très vives. On avait appliqué des sachets de glace sur le ventre et on avait pratiqué des piqûres de morphine à dose élevée. Quand nous voyons le malade, la détente était presque complète, la température était à 37°,3, le ventre n'était pres-

que plus douloureux, il fallait une assez forte pression pour réveiller le point de Mac Burney, si bien qu'à s'en tenir à ces quelques symptômes, on aurait pu croire à une amélioration réelle. Mais le pouls restait très accéléré, les conjonctives avaient une teinte subictérique, le ventre était uniformément dur et légèrement météorisé; aussi l'opération fut-elle aussitôt pratiquée que décidée. Nous eûmes raison de ne pas nous fier aux apparences 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. J'ai saisi l'occasion de vous parler de l'accalmie fréquente au cours de l'appendicite, pour vous familiariser avec une question qui me paraît être de grande importance.

Revenons à l'appendicite puerpérale. M. Le Gendre a publié une observation dont voici le résumé¹: une jeune femme que je soignais quand elle était jeune fille avait eu depuis six ou sept ans des accès de douleurs abdominales. Il s'agissait de douleurs à début brusque, localisées à la fosse iliaque droite durant quelques heures, un, deux ou trois jours et accompagnées parfois de vomissements. Quand j'eus assisté à une de ces crises, je ne conservai pas le moindre doute sur leur siège véritable; le point de Mac Burney était de la plus grande netteté. Au cinquième mois de la première grossesse, éclata une forte crise nettement appendiculaire. Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise qui fit croire au D^r Margery qu'il s'agissait d'un début de travail. L'enfant qui vint au monde, bien constitué, succomba au bout de quelques jours à des accidents infectieux, de cause mal déterminée, au dire de M. Bar qui avait assisté cette dame. A partir de septembre jusqu'en décembre, survinrent trois petites crises de plus en plus rapprochées. Je soumis au mari et à la mère la proposition de résection de l'appendice à froid, à laquelle j'avais fait allusion, timidement à vrai dire, même avant le mariage, mais naturellement sans trouver d'écho. Sur ces entrefaites, survint une nouvelle grossesse; une époque menstruelle avait fait défaut

1. Legendre. Appendicite et grossesse. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1^{er} avril 1897.