

lorsqu'une nouvelle crise éclata. Après plusieurs incidents d'aggravation et d'amélioration, il fut décidé que l'opération serait pratiquée au moment jugé opportun. M. Bar s'assura que l'utérus avait la dimension d'une grossesse de dix semaines environ et l'opération fut faite par M. Walther. L'appendice, noueux et recroquevillé, fut enlevé avec la petite gangue d'exsudat inflammatoire qui l'entourait. Les suites opératoires furent parfaites et la grossesse suivit son cours.

Arrivons maintenant à l'importante communication de M. Pinard à l'Académie de médecine¹. Voici *in extenso* le cas observé par M. Pinard. « Le 14 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, de six mois environ — dernières règles le 28 juin — n'ayant aucun passé médical, se promenant dans Paris avec son mari, éprouva brusquement une douleur d'abord très vive au niveau de la région épigastrique, puis s'irradiant bientôt dans toute la région abdominale avec prédominance dans la fosse iliaque droite et à la région lombaire. Rentrée avec peine chez elle, les vomissements ne tardèrent pas à se montrer, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés le lendemain. Un médecin fut appelé, qui conseilla des injections chaudes, des cataplasmes et des lavements laudanisés. Le ventre se ballonna et la constipation, qui n'existait pas avant, se montra opiniâtre, malgré l'ingestion de purgatifs. Cet état dura, avec des alternatives de calme et d'excitation, jusqu'au 19 décembre, jour où la malade fut amenée à la clinique Baudelocque.

« A son entrée, mon chef de clinique, le D^r Baudron, constate un ballonnement considérable du ventre avec circulation collatérale très apparente de la paroi au niveau de la région iliaque droite. A la palpation, le ventre est douloureux dans toute la région épigastrique, surtout à droite. Point de Mac Burney très net. Le palper permet de délimiter une tumeur dont la limite supérieure effleure l'ombilic; cette tumeur se contracte sous la main : c'est l'utérus. Les

1. Pinard. L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. *Académie de médecine*, séance du 22 mars 1898.

anses intestinales distendues, refoulées dans la partie supérieure de la cavité abdominale, donnent à la percussion une sonorité considérable. Le toucher démontre la présence du col ramolli, un peu effacé; au centre de l'excavation, et dans le cul-de-sac antérieur, on perçoit le battement vaginal. Rien d'anormal dans le cul-de-sac. L'auscultation fait percevoir nettement les pulsations du cœur fœtal. Le pouls maternel était à 120 et la température à 37°,2. Le soir, la température s'éleva seulement à 37°,8. Traitement : injections sous-cutanées de morphine. Glace intus et extra. Je vis le lendemain matin la malade, sa situation n'avait pas changé. Le pouls était à 120, la température à 37 degrés; mais le facies était grippé et le ballonnement du ventre extrêmement accusé. Je portai le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et je pensai qu'un seul traitement pouvait offrir une chance de guérison : l'intervention chirurgicale.

« Toutes les dispositions furent prises pour cela et, à trois heures du soir, la température étant toujours à 37 degrés et le pouls à 120, et la malade ayant été soumise à l'anesthésie chloroformique, mon collègue Segond pratiqua une incision de 6 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, au niveau de la région cœcale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de pus extrêmement fétide, au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe très congestionnés. Les doigts introduits à travers l'incision plongent dans un vaste foyer rétro-cœcal et reconnaissent que le pus, libre dans la cavité péritonéale, contourne l'utérus repoussé en avant et existe en abondance dans la fosse iliaque gauche. Pour cette raison, M. Segond pratique à gauche une incision analogue à l'incision droite. Il s'écoule encore une notable quantité de liquide séro-purulent odorant, mais moins fétide que le pus qui remplissait la fosse iliaque droite. Les annexes gauches nagent dans ce liquide et apparaissent entre les lèvres de l'incision. On place de chaque côté deux drains en canon de fusil, dont les extrémités profondes se réunissent dans le cul-de-sac de Douglas, et par ces drains, on fait passer de l'eau bouillie jusqu'au moment où cette eau revient absolument claire. Pansement à la gaze

stérilisée à plat. Durée de l'intervention, vingt minutes.

« Dans la soirée, apparition de contractions utérines douloureuses. Température, 38°,2; pouls, 150. Expulsion du fœtus le 21, à 4 h. 30 du matin. Délivrance naturelle. Il n'y a pas eu d'hémorragie et les vomissements n'ont pas reparu après l'opération, mais le pouls devint de plus en plus fréquent et petit, et malgré les injections d'éther et de caféine, la malade mourut à 1 h. 45 du soir.

« Autopsie (pratiquée en ma présence, par M. le D^r Wallich, mon chef de laboratoire). L'autopsie complète n'a pu être faite, mais on a pu examiner l'abdomen en réunissant les deux incisions de la laparotomie. On constate des adhérences nombreuses entre l'utérus et l'intestin; l'intestin est, pour ainsi dire, maçonné dans des adhérences; l'appendice iléo-cæcal est adhérent, accolé au cæcum. Cet appendice mesure sept centimètres; il présente deux perforations: l'une au voisinage de l'insertion du cæcum, l'autre à trois centimètres au-dessous. L'autopsie de l'enfant n'a pu être pratiquée, mais le sang recueilli dans un des vaisseaux du cordon etensemencé a fourni des cultures pures de colibacille. »

Telle est l'instructive observation rapportée par M. Pinard; la malade arrive dans son service au sixième jour de l'appendicite, en pleine péritonite, dans un tel état d'infection que la chirurgie est impuissante à conjurer pareils accidents. Et dire qu'on trouve encore des partisans de l'expectation!

Je crois inutile de multiplier les observations. Le tableau dressé par M. Pinard, contenant 31 cas d'appendicite puerpérale opérés, vous indique à quelle époque de la puerpéralité l'appendicite a éclaté; il vous indique également l'étendue de la lésion péritonéale, la nature de l'opération et les résultats concernant la mère et le fœtus.

Nous avons à discuter maintenant la pathogénie de l'appendicite puerpérale. D'une façon générale, la pathogénie de l'appendicite est invariable. Il faut en revenir toujours au *primum movens* de l'appendicite, c'est-à-dire à la transformation d'une partie du canal appendiculaire en cavité close, cavité close qui devient le laboratoire où s'effectue l'exal-

tation de virulence et de toxicité, cause de tous les accidents¹. Or, il s'agit justement de savoir si la grossesse n'a pas une influence directe sur ce processus appendiculaire. Je croirais volontiers que la lithiase, qui est un des agents de l'appendicite, peut être mise sur le compte de la grossesse au même titre que d'autres lithiases, notamment la lithiase biliaire. Je ne dis pas que toute appendicite puerpérale soit d'origine calculeuse, il s'en faut; du reste, nous possédons peu de documents sur ce sujet, car l'examen de la lésion appendiculaire est généralement écourté ou passé sous silence dans la plupart des observations; toutefois les deux appendicites puerpérales que j'ai observées étaient l'une et l'autre calculeuses.

Quoi qu'il en soit, ainsi que le dit M. Pinard, « le fait bien établi aujourd'hui, qui doit éveiller dès maintenant l'attention est le suivant: *L'appendicite peut compliquer la puerpéralité à toutes ses périodes, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches*: 31 cas opérés prouvent cette assertion. Des observations démontrent que la grossesse peut être troublée par l'appendicite dès les premières semaines, pendant toute sa durée, de même que l'appendicite peut venir compliquer la fin de la dernière période puerpérale. L'appendicite survenant pendant la grossesse interrompt le plus souvent celle-ci, et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère. Presque tous les auteurs ont remarqué combien souvent les fœtus viables étaient expulsés morts ou mouraient fréquemment de cause indéterminée ou présentaient, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie. Notre observation peut donner une explication du fait. L'ensemencement pratiqué par le D^r Wallich et qui a donné des cultures pures de colibacille, démontre l'infection *in utero*, le sangensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical. »

A l'infectiosité se joint aussi la toxicité, l'appendicite étant une maladie éminemment toxique, ainsi que je vous le démontrerai à notre prochaine séance.

1. Leçons sur l'appendicite. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 328.

APPENDICITE ET GROSSESSE

NUMÉROS	OPÉRATEURS ET DATES	PÉRIODE DE LA PUERPÉRALITÉ	ÉTENDUE DES LÉSIONS	NATURE DE L'OPÉRATION		RÉSULTATS POUR LA MÈRE		RÉSULTATS POUR LE FOETUS		
				INCISION SIMPLE	ABLATION	GUÉRISONS	MORTS	AVORTEMENT	VIVANTS	MORTS
1	STIMSON. — <i>New-York med. Journ.</i> , 1890, p. 449.	3 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	G.	»	?	?	?
2	MIXTER. — <i>Bost. med. and surg. Journ.</i> , 1891, p. 97.	7 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation 3 m. ap. l'ac.	G.	»	»	»	M.
3	MUNDÉ. — <i>Med. Rec.</i> , 1894, p. 678	8 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	G.	»	»	»	M.
4	MUNDÉ. — <i>Med. Rec.</i> , 1895, p. 609	9 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	»	»	M.	»	»	M. Monstre anencéph.
5	MUNDÉ. — (cité par ABRAHAMS, <i>loc. cit.</i>)	5 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	»	M.	?	»	»
6	MAC ARTHUR. — <i>Amer. Journ. of Obst.</i> , 1895, p. 185	4 mois 1/2.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	»	M.	Avortem. fœtus mort.	»	»
7	MAC ARTHUR. — (<i>Ibid.</i>)	5 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	»	M.	Avortem.	»	»
8	HARRISSON. — <i>Med. Rec.</i> , 1895, p. 29	5 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage. 6 jours ap. l'av.	»	G.	»	Avortem.	»	»
9	HIRST. — <i>Amer. Journ. of Obst.</i> , 1896, p. 253.	4 mois 1/2.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	V.	»
10	NOBLE. — <i>Amer. Journ. of Obst.</i> , 1896, p. 253.	Au moment du travail.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage. 18 jours ap. l'acc.	»	G.	»	»	V.	»
11	HOWARD CRUTCHER. — <i>Medic. Record</i> , 1896, p. 461.	2 mois 1/2.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	»	M.	Avortem.	»	»
12	MARX. — <i>Medic. Record</i> , 1896, p. 451.	9 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	V.	»
13	JARMAN. — (<i>Ibid.</i>)	4 mois 1/2.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
14	WINEBERG. — (<i>Ibid.</i>)	8 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	?	?
15	PENROSE. — <i>Amer. Journ. of Obst.</i> , 1896, p. 253.	3 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	V. (?)	»
16	PENROSE. — (<i>Ibid.</i>)	3 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation 6 m. ap. l'av.	G.	»	Av. prov. à 3 mois 1/2.	»	»
17	ABBE. — <i>Medic. Record</i> , 1897, p. 347	7 ^e mois.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
18	ABRAHAMS. — <i>Amer. Journ. of Obst.</i> , 1897, p. 205.	3 ^e mois.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage. (op. par Mundé 11 j. ap. l'acc.)	»	»	M.	Avortem.	»	»
19	ABRAHAMS. — (<i>Ibid.</i>)	8 ^e mois.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage. 6 jours ap. l'acc.	»	»	M.	»	»	M.
20	BLACK. — <i>Ann. of Gynec. Pædiat.</i> 1897, p. 525.	Grossesse extra-utérine des 4 ^{es} mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	G.	»	»	»	»
21	WILLIAM BULL. — <i>Medic. Record</i> , 1897, p. 347.	4 ^e mois.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	?	?	?
22	LAROYENNE. — <i>Th. de Bouillier</i> , p. 51.	3 mois 1/2.	Péritonite enkystée.	Incis. et drainage.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
23	LE GENDRE. — <i>Rev. d'obstétr. et de Péd.</i> , 1897, p. 200.	2 mois 1/2.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	G.	»	La grossesse continue.		
24	TUFFIER. — (<i>Ibid.</i>), p. 206	4 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	G.	»	La grossesse continue.		
25	VINAY. — <i>Lyon méd.</i> , 1898, p. 1	4 j. apr. l'accouchem.	Péritonite enkyst.	»	Ablation.	G.	»	»	V.	»
26	BUDIN. — <i>Th. de Jarca</i> , 1898, p. 52	5 ^e mois.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	»	M. non. accou.	»	»	»
27	MAYGRIER. — (<i>Ibid.</i>), p. 47.	6 ^e mois.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	»	M.	»	V.	»
28	PEYROT. — (<i>Inédit.</i>)	3 ^e mois.	Péritonite enkystée.	»	Ablation.	G.	»	»	V. à 7 m. 1/2	»
29	PINARD	5 ^e mois.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	»	»	M.	Avortem.	»	»
30	DIEULAFOY. — <i>Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu</i> , 1897	20 j. apr. l'accouchem.	Péritonite généralisée.	Incis. et drainage.	Ablation.	G.	»	»	»	»
31	DIEULAFOY. — <i>Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu</i> , 1898	5 ^e mois.	Péritonite.	»	Ablation.	G.	»	Avortem.	»	»

Quant à la description de l'appendicite puerpérale, je n'ai pas à la recommencer ici, car elle ne diffère en rien de l'appendicite non puerpérale. C'est une question sur laquelle j'ai si longuement insisté, surtout dans nos leçons de l'an dernier, qu'il me suffira de vous la rappeler en quelques mots. Que l'appendicite survienne pendant la grossesse ou après l'accouchement, qu'elle soit puerpérale ou non puerpérale, c'est toujours l'appendicite avec ses allures multiples et avec les symptômes que je vous ai si souvent retracés. Elle débute sans prodromes, en pleine santé, par une douleur localisée à la fosse iliaque de côté droit. Cette douleur, j'y insiste, n'atteint pas d'emblée toute sa vivacité; pour si aigu que soit le début de l'appendicite, les douleurs appendiculaires sont *graduellement croissantes*; interrogez avec soin vos malades, tâchez d'obtenir non pas des réponses vagues, mais une réponse précise et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore même cette intensité est-elle bien rarement excessive.

De plus, la *localisation* de la douleur fournit au diagnostic un appoint considérable, et à supposer que la douleur s'étende en divers sens, à supposer qu'au moment où vous examinez le malade son ventre tout entier soit douloureux, vous arriverez néanmoins, par une exploration attentive et méthodique, à localiser la région où la douleur a éclaté et le lieu d'élection où elle a acquis sa plus vive intensité. Au cas d'appendicite (alors même que les douleurs s'étendraient ailleurs), ce lieu d'élection occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (région appendiculo-cæcale). C'est à ce niveau, nommé le point de Mac Burney, que débute la douleur de l'appendicite; c'est là que, par la palpation, vous constatez son maximum d'intensité; c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture du muscle sous-jacent; c'est là, enfin, que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, hyperesthésie qui se traduit par des mouvements

réflexes dans la paroi du ventre et dans les régions voisines.

C'est grâce à une sémiologie précise, méthodique, que vous arriverez à faire le diagnostic de l'appendicite, avec ou sans fièvre, avec ou sans vomissements; c'est ainsi que vous éviterez de confondre les douleurs appendiculaires avec les douleurs utérines de l'accouchement ou avec les douleurs péritonéales des accidents puerpéraux.

Le pronostic de l'appendicite est certainement aggravé par l'état puerpéral. De plus, ainsi que je vous le dirai à notre prochaine leçon, à propos de la toxicité de l'appendicite, le foie peut être adultéré par les toxines appendiculaires; la teinte subictérique et l'urobilinurie sont les témoins de cette intoxication hépatique. Or, vous savez que chez la femme enceinte, le foie est en imminence morbide, c'est une question que nous avons traitée à notre dernière séance, craignez donc que la grossesse ne soit encore, sous ce rapport, un facteur de gravité.

Ici, comme dans toute appendicite, le seul traitement rationnel et efficace est l'intervention chirurgicale. Dans son important travail, Mundé concluait, en 1896, de la façon suivante: « Je pense que les nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon mémoire, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident, dans cette circonstance (la grossesse) comme dans toutes les autres, et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse. C'est pourquoi je ne suis pas du même avis que les médecins qui veulent, pour cure d'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement. »

M. Pinard, dont je me plais à reconnaître la grande autorité, fait suivre cette citation des réflexions suivantes: « Je ne saurais, pour ma part, qu'applaudir à ce jugement. Peut-être irai-je plus loin et dirai-je: L'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. Et cela, en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Je

ne veux pas rechercher, pour le moment, si l'infection se fait par continuité ou par la voie sanguine. Je reviendrai plus tard sur ce point si l'Académie me le permet. Quelle que soit la voie, l'infection se fait, et les deux existences sont menacées. Tout est là. Ces considérations ne seront peut-être pas à dédaigner, quand on se trouvera en présence d'une appendicite survenue chez une jeune fille ou une jeune femme. Pensant aux rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, on trouvera sans doute bon de se déterminer à enlever le foyer infectieux là où jusqu'ici on aurait pu hésiter. Cela sera, je pense, de la bonne prophylaxie. »

Quant à moi, je n'ai rien à ajouter, rien à retrancher aux idées que je vous ai souvent exprimées. Non puerpérale ou puerpérale, l'appendicite doit être opérée sans retard. Je sais bien qu'on éprouve quelque hésitation à faire ouvrir le ventre d'une femme en pleine grossesse; la résistance qu'on trouve dans les familles n'est pas toujours facile à vaincre, mais si par un diagnostic précis et méthodique vous arrivez à la conviction que la femme confiée à vos soins est atteinte d'appendicite, n'hésitez pas et faites-la opérer sans retard; le fœtus succombera peut-être, mais la mère sera sauvée. On me citera des cas, il est vrai, où l'appendicite puerpérale non opérée n'a provoqué ni la mort du fœtus ni la mort de la mère; d'accord; mais c'est là un faible argument à opposer à tout ce que nous savons aujourd'hui concernant la gravité de l'appendicite et encore plus l'appendicite puerpérale, et puis (bien loin de moi toute idée de critique), mais je ne peux m'empêcher, en lisant certaines observations, de me demander s'il s'agissait vraiment bien d'appendicite... Veuillez vous rappeler nos deux premiers cas suivis de guérison, et dites-moi ce qui serait arrivé si l'opération n'avait pas été faite ou même si elle avait été différée.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° L'appendicite semble favorisée par la grossesse; la formation de calculs appendiculaires n'y est pas étrangère;

il est probable que la puerpéralité exerce sur la lithiase biliaire et sur la lithiase appendiculaire une action comparable; toutefois il s'en faut que toute appendicite puerpérale soit calculeuse.

2° L'appendicite peut éclater à n'importe quel moment de la grossesse ou après l'accouchement.

3° Qu'il s'agisse d'appendicite puerpérale ou d'appendicite vulgaire; les symptômes, l'évolution, le diagnostic, les surprises, les complications, les infections à distance sont les mêmes dans les deux cas.

4° Le pronostic de l'appendicite puerpérale est plus grave que le pronostic de l'appendicite non puerpérale; c'est une raison de plus pour ne pas différer l'opération.

5° L'intervention chirurgicale, *faite en temps opportun* et suivant les règles de l'art, n'est pas plus redoutable au cas d'appendicite puerpérale qu'au cas d'appendicite non puerpérale. Dans quelques cas, la grossesse suit son cours. On ne sauve pas toujours l'enfant, mais on sauve la vie de la mère.