

guer. L'amélioration de bon aloi porte sur tous les symptômes en même temps ; il n'y a pas entre eux de discordance flagrante, le pouls diminue de fréquence pendant que la température s'abaisse, le tympanisme décroît pendant que les douleurs disparaissent, douleurs et tension abdominale s'amendent parallèlement, le bien-être est réel et non factice.

Tout autre est l'accalmie traitresse : la température s'abaisse, mais le pouls reste petit, accéléré, à 100, 120 pulsations ; les douleurs abdominales s'amendent, soit spontanément, soit sous l'influence de la glace et de la morphine, mais le ventre reste tendu et tympanisé ; les traits sont tirés, qu'on regarde attentivement le malade et l'on voit que le facies porte l'empreinte péritonéale.

**La grossesse et l'appendicite.** — Les exemples suivants donnent une idée des relations de la puerpéralité avec l'appendicite. 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. J'y trouvai Budin, qui avait pratiqué l'accouchement. On 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 cepen-

dant me rendre compte *du siège et de l'origine de la douleur*, car, en pareille circonstance, une séméiologie 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. 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 priai Routier de pratiquer l'opération sans tarder. La jeune femme fut opérée à 10 heures du soir. On trouva une péritonite diffuse. 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 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 m'inquiéter. Peu à peu la situation s'améliora, et vingt jours plus tard la malade était guérie. Cette appendicite puerpérale fut, je crois, le premier cas publié chez nous<sup>1</sup>.

Esquisse de cette époque, les faits se sont multipliés<sup>2</sup>, Pinard

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

2. Legendre. *Soc. méd. des hôp.*, 1<sup>er</sup> avril 1897.



en a rapporté plusieurs cas personnels et a fait, à l'Académie de médecine, une très importante communication<sup>1</sup>. Le tableau dressé par Pinard, contenant 31 cas d'appendicite puerpérale opérés, indique à quelle époque de la puerpéralité l'appendicite a éclaté; il 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 la pathogénie de cette 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, qui devient le laboratoire où s'effectuent l'infection et la toxicité, cause de tous les accidents. 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 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

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

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 Wallich, et qui a donné des cultures pures de colibacille, démontre l'infection *in utero*, le sang ensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical. »

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, qu'il me suffira de 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 j'ai longuement retracés. Elle débute sans prodromes, en pleine santé, par une douleur localisée à la fosse iliaque du 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 d'eux 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.

De plus, la *localisation* de la douleur fournit au diagnostic un appoint considérable, et à supposer que la douleur s'étende en divers sens, le lieu d'élection (douleur, défense musculaire, hyperesthésie) occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (région appendiculo-cæcale). Le pronostic de l'appendicite est certainement aggravé par l'état puerpéral. Il faut se



méfier non seulement de l'infection, mais de la toxicité, et ne pas oublier que, chez la femme enceinte, le foie est en imminence morbide.

Ici, comme dans toute appendicite, le *seul traitement* rationnel et efficace est l'intervention chirurgicale. « Je ne saurais, pour ma part, dit Pinard, 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. 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 femme ou chez une jeune fille. Pensant aux rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, on trouvera sans doute bon d'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 j'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 nous affirmons que la femme confiée à nos soins est atteinte d'appendicite, elle doit être opérée 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 de l'appendicite puerpérale.

**Diagnostic de l'appendicite.** — *L'appendicite, c'est la grande maladie abdominale!* nulle autre ne peut lui être

comparée; par sa fréquence, par ses allures, par ses surprises, par sa gravité, elle doit toujours nous tenir en éveil. Aussi faut-il apprendre à la bien dépister afin d'agir sans retard : il y a là un foyer toxi-infectieux qu'on doit supprimer dès qu'il se démasque; agir autrement, attendre, tergiverser, temporiser, c'est aller au-devant des pires catastrophes. Tâchons donc de faire un bon *diagnostic*.

S'il est des cas où le diagnostic de l'appendicite est fort simple, il en est d'autres où l'on ne saurait serrer de trop près la discussion. Le traitement de l'appendicite comporte un diagnostic précis. C'est, en effet, grâce à un diagnostic bien fait qu'il nous est permis de décider, et même d'imposer l'intervention chirurgicale en temps voulu; c'est également par un diagnostic bien fait que nous pouvons *écarter* toute idée d'opération chez un malade dont les symptômes *simulent* l'appendicite, *alors que l'appendicite n'existe pas*.

Dans cette étude, je puiserai mes arguments dans les deux cents cas d'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer depuis huit ans et *qui ont tous été vérifiés par l'opération*; c'est dire que symptômes et diagnostic ne peuvent être entachés d'erreur, puisque le critérium opératoire ne leur a jamais fait défaut.

Avant d'aborder le diagnostic de l'appendicite, il est utile d'établir solidement les bases sur lesquelles ce diagnostic doit se reposer; rappelons donc les signes et les symptômes qui trahissent l'entrée en scène et l'évolution de la maladie. Pour la facilité de la description, on peut grouper en trois catégories les différentes modalités de l'appendicite.

Dans une *première* catégorie, je place les appendicites d'apparence bénigne : l'entrée en scène n'est pas très douloureuse, les symptômes sont classiques, mais peu intenses; la fièvre n'est pas élevée, les vomissements sont rares ou nuls, la constipation est la règle. L'examen méthodique du ventre permet de localiser le maximum de la douleur au point de Marc Burney (région appendiculaire); à cette même région, la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée sont