

SOMMAIRE :

Des délires post-opératoires, par M. le D^r PICHEVIN.

Revue française. — De l'excitation locale de la polynucléose par des applications de sérum de cheval chauffé, dans le traitement des infections puerpérales. (RAYMOND PETIT, BAHLERIN et DEMELIN.) — Métastase utérine d'un cancer de l'estomac apparue au cours d'une grossesse et ayant nécessité l'opération césarienne (suite). (A. COUVELAIRE.)

Revue allemande. — Sur la césarienne chez les cardiaques. (BUSALLA.)

Pratique journalière de la gynécologie. — Névralgies pelviennes (suite), par le D^r CHESNET.

DES DÉLIRES POST-OPÉRATOIRES

Par M. le D^r R. PICHEVIN

Le délire consécutif aux opérations n'est pas exceptionnel. D'après le professeur Le Dentu, qui a consacré aux délires post-opératoires une remarquable clinique, les troubles mentaux observés après les interventions chirurgicales ont été notés dans 68 cas. Sans doute, c'est un minimum. Il est évident que souvent ces accidents apparaissent sans qu'on en fasse mention dans les journaux médicaux ou les publications scientifiques.

Mais le fait intéressant qui apparaît dans la statistique dressée par M. le professeur Le Dentu, est le suivant : sur 68 cas, on ne relève pas moins de 38 faits qui ont trait à des malades atteintes d'une affection de l'appareil génital. Dans plus de 55 pour 100 des cas de délire post-opératoire, on constate que l'acte chirurgical a porté sur les organes génitaux de la femme. Cette proportion est telle que l'on est en droit de se demander si les opérations sur l'utérus et ses annexes ne prédisposent pas à l'apparition des troubles cérébraux.

Depuis la publication de la statistique du professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu, à maintes reprises, l'occasion d'observer des faits du même genre dans son service de gynécologie.

A l'heure actuelle, deux malades, encore couchées salle Saint-Jean, ont présenté des troubles mentaux très accentués et qui présentent un grand intérêt au triple point de vue clinique, étiologique et thérapeutique.

La première femme, âgée de 46 ans, a été opérée d'hystérectomie abdominale sub-totale pour gros fibrome. L'opération n'avait présenté aucune particularité digne d'être notée.

Les suites avaient été simples et la température oscillait entre 37 et 37°8. Le facies était bon ; le pouls pas fréquent et la situation excellente. Le 26 février, le drain qui avait été placé dans le Douglas fut enlevé. Dans la soirée la température ne dépassa pas 37°8. L'opérée était en parfait état, quand subitement, à 5 heures, cette malade fut prise d'un violent délire de paroles et d'action. La nuit fut très mauvaise. Cette femme eut des hallucinations de la vue. Elle se croyait poursuivie par des assassins qui en voulaient à sa vie. Elle se leva de son lit.

Elle se porta à des voies de fait sur les personnes qui tentaient de l'empêcher de se lever.

Le 27 février, la température monta à 39° le matin et à 39°5 le soir.

La malade ne présentait pas de tremblements fibrillaires des lèvres, de la langue, des muscles, des membres supérieurs à la visite du matin. Elle était plus tranquille que dans la nuit, mais ses idées étaient très troublées. La journée ne fut pas trop mauvaise.

Le 28, le délire cessa, mais un certain degré d'obnubilation intellectuelle persista pendant un jour ou deux.

Mais dès le 28, on constata que l'opérée présentait une escharre large comme la paume de la main à la partie supérieure des deux fesses.

Dans cette journée du 28, la température matutinale tomba à 38°4 et celle du soir à 38°.

Par la suite on constata un certain degré de suppuration au niveau de la plaie.

Cette femme ne présente aucune tare nerveuse. Elle n'a

jamais eu aucune attaque de nerfs. Elle n'est pas facilement excitable. Au point de vue de l'hérédité, il n'existe aucune particularité notable.

Il y a 25 ans, Mme X. a eu un enfant. Ses suites de couches ont été normales. Elle n'a pas eu d'éclampsie.

Cette femme est sobre, elle n'a jamais commis d'excès alcooliques.

La deuxième malade, âgée de 23 ans, est mariée depuis 4 ans. Elle a deux enfants ; le dernier n'a que 21 mois. Elle n'avait pas d'albumine dans les urines, pas plus que la précédente, du reste.

Cette femme présentait une métrite totale avec une double annexe.

L'utérus était augmenté de volume, lourd, pesant, en rétro-dévié. Des fausses membranes enveloppaient le péritoine utérin. Les annexes d'un côté étaient si altérées que l'ablation totale s'imposait d'une façon absolue.

Mais de l'autre côté, les annexes étaient volumineuses, altérées. L'ovaire gros et scléro-kystique ; la trompe rouge, dilatée dans ses deux tiers internes, son pavillon fermé au niveau de l'ostium uterinum, invitaient à l'extirpation.

Nous hésitâmes pour savoir s'il ne fallait pas pratiquer l'hystérectomie sub-totale pour remédier aux multiples lésions qui apparaissaient sous nos yeux : grosse ovaro-salpingite kystique d'un côté, de l'autre, ovarite scléro-kystique, salpingite avec oblitération de la trompe, enfin utérus gros, rétro-dévié, enveloppé de fausses membranes.

Nous pensâmes qu'il fallait tenter de conserver à cette femme une partie de ses organes génitaux, du fait de son jeune âge. Nous le fîmes sans avoir la conviction d'être réellement utile à la malade et de ne pas l'exposer à de nouveaux accidents du côté de son bassin.

En conséquence, nous pratiquâmes l'ovaro-salpingectomie d'un côté et de l'autre une large résection ovarienne, une salpingectomie, la fixation de la trompe à l'ovaire et la suspension de l'utérus à l'aide de quelques fils passés à la partie inférieure de la plaie abdominale et traversant d'autre part la paroi antérieure de l'utérus.

Cette malade, qui avait eu un peu de bronchite, avait été endormie au chloroforme.

L'opération avait été simple. Aucun liquide n'était tombé dans le péritoine.

Le lendemain matin 14, la température était à 38°6 ; le soir à 38°4 et le pouls plein, fort, battait à 148. Le facies était bon, la langue pas mauvaise ; le ventre était plat. Mais cette femme avait une oppression extrêmement marquée. Sa respiration était très fréquente. Elle avait de gros râles disséminés dans les deux poumons.

Le 15, c'est-à-dire 48 heures après l'intervention, la température du matin était à 40°. Le pouls, rapide, était fort. Le ventre ne présentait aucun développement. La malade urinait spontanément. Le facies était bon. Il n'y avait aucun vomissement. La patiente rendait quelques gaz. La langue était excellente.

Il était bien évident que les accidents n'avaient pas pour siège la cavité abdominale.

Les organes thoraciques furent examinés avec le plus grand soin. Les râles avaient diminué dans une notable proportion, mais un des sommets semblait respirer un peu fort. Les crachats étaient fréquents, mousseux, pas très abondants. On pouvait se demander si l'opérée n'allait pas faire une pneumonie centrale. On lui applique des révulsifs.

Le soir, le thermomètre marquait 39°8.

Le troisième jour, la situation était la même. L'élévation thermique matinale était encore à 39°8, le pouls était aussi fréquent que la veille. Le facies était bon. Quelques gaz avaient été émis par l'anus. Il n'y avait eu aucun vomissement. Le ventre était souple.

Une auscultation attentive ne permettait pas de localiser une inflammation nette au niveau du poumon.

D'autre part, le ventre était hors de cause. Nous pénétrâmes même dans le péritoine pour nous assurer qu'il n'y avait pas d'épanchement.

Il y avait une grande quantité d'albumine dans l'urine. Nous nous assurâmes qu'il n'y avait pas de rougeur sur le corps.

Le soir la température s'éleva à 40°6 sous l'aisselle. Dans ces

conditions, l'opérée fut soumise toutes les deux heures à des bains froids.

Le quatrième jour, dès le matin, la température était à 39°4 et le pouls était à 132. L'albuminurie existait encore en quantité assez considérable.

A aucun moment, il n'y eut l'ombre de réaction péritonéale.

Mais le quatrième jour, l'opérée fut prise de troubles mentaux accentués. Elle eut un délire très violent. Non seulement elle divaguait, mais elle voulut se lever et voulut s'étrangler.

L'insomnie, qui existait dès la nuit qui suivit l'opération, persista pendant plusieurs jours. La gêne respiratoire des premiers jours disparut pour faire place à cette agitation extrême.

Le matin, il y avait une réelle sédation dans les phénomènes nerveux ; sous l'influence des bains, la température baissa et le pouls devint moins fréquent.

L'état d'excitation mentale, avec délire intermittent, dura cinq jours.

Les symptômes cérébraux s'amendèrent en même temps que la température baissait et que le pouls tendait à reprendre sa fréquence normale. La quantité d'albumine fut moins grande et il n'exista plus qu'un nuage dans l'urine.

Il n'y eut aucun point de suppuration au niveau de la plaie.

Il faut ajouter que cette femme n'eut que quelques tremblements au niveau des membres, pendant la période la plus aiguë de sa fièvre. Mais elle n'a aucun antécédent alcoolique. Elle n'est ni nerveuse, ni fille de parents nerveux ou alcooliques.

Ces deux observations présentent quelques particularités qui méritent d'être mises en relief, parce qu'elles ne cadrent pas d'une façon absolue avec les faits les plus connus. Non pas que leur physionomie soit si particulière qu'elle ne rappelle pas l'aspect des autres malades atteints de délire post-opératoire, mais l'apparition de la fièvre coïncidant avec le délire était de nature à faire hésiter le diagnostic.

Tout d'abord on remarquera que cette dernière malade a présenté des troubles cérébraux pendant cinq jours. Cette durée n'est pas rare, comme on le verra plus loin. Dupuytren qui, l'un des premiers, a attiré l'attention sur ces accidents nerveux, n'avait guère traité que des individus atteints de phénomènes cérébraux bénins et transitoires.

Le début des accidents a été instantané chez notre première malade et a apparu le quatrième jour ; les phénomènes cérébraux ont commencé à la même époque chez l'autre opérée. Le délire ne s'est pas manifesté aussi subitement.

Dans le premier cas, l'agitation et le trouble mental ont précédé de 24 heures la forte élévation de température. Sans doute, le soir du 3^e jour, cette femme avait 37°8, mais le lendemain matin elle avait 39°, et le soir 39°5.

Dans le second cas, la température avait atteint 40°6 sans qu'il y ait eu de délire. Celui-ci s'est manifesté le lendemain quand les bains avaient été administrés et que le thermomètre était à 39°4.

Les symptômes cérébraux ont duré trois jours environ chez la première opérée et cinq jours chez la seconde.

On sait que les troubles mentaux post-opératoires qui ne persistent parfois que quelques heures peuvent se prolonger pendant 10-12 jours et même pendant plusieurs semaines.

Le P^r Le Dentu a décrit deux formes de délires post-opératoires : la forme agitée, le délire d'excitation et la forme dépressive, délire calme, lypémanie.

Nos deux récentes observations se rapportent à la première de ces deux formes.

La première malade a présenté des escarres au niveau des fesses, fait qui a été rapporté dans un certain nombre d'observations de ce genre.

On a vu que, dans les deux cas, il y avait eu de l'hyperthermie. La seconde opérée surtout a été remarquable par ce fait que le thermomètre placé sous l'aisselle a atteint 40°6 et que le pouls était à 160, la veille de l'explosion des phénomènes délirants.

Les auteurs qui ont écrit sur la question ont insisté sur ce fait que la fièvre était une exception, au cours du délire post-opératoire. Quand l'hyperthermie est constatée, on la met sur le compte d'une circonstance concomitante, étrangère aux phénomènes cérébraux.

Chez la femme qui subit l'hystérectomie on peut à la rigueur invoquer la suppuration qui apparut au niveau de la plaie abdominale pour expliquer le délire. Mais cette explication ne nous semble pas plausible.

Le début brusque, subit, instantané, des accidents cérébraux, alors que la température était à 37°8, ne cadre pas avec cette hypothèse.

Quant à la deuxième malade, l'interprétation de sa fièvre est encore plus difficile. Sans doute, cette femme eut des râles de bronchite le lendemain de son opération, mais quand le thermomètre monta, les signes constatés au niveau de sa poitrine ne pouvaient plus donner l'explication de l'hyperthermie.

Il y eut de l'albumine en grande quantité dans l'urine.

Ce fait ne peut-il pas servir à donner la clé des phénomènes (gêne respiratoire avec peu de signes du côté des bronches et délire d'origine urémique)?

Ne peut-on pas faire intervenir une néphrite aiguë ?

Nous ne le pensons pas. La question du délire brightique n'est pas entièrement élucidée, mais nous concevons mal la possibilité d'une urémie à forme pulmonaire d'abord, à forme cérébrale ensuite, alors que la quantité d'urine n'avait pas diminué sensiblement et que la tendance à la disparition de l'albumine s'est manifestée si rapidement.

Il ne semble pas que cette malade ait présenté des signes classiques de néphrite aiguë.

Ce qui a été dit plus haut permet, pensons-nous, d'éliminer l'alcoolisme dans la question pathogénique.

Ces deux femmes ne peuvent pas être soupçonnées d'alcoolisme. L'une d'elles, la dernière, a eu de la trémulation de ses muscles de l'avant-bras, mais elle était en pleine hyperthermie. Il faut ajouter que la langue n'a jamais présenté aucun tremblement. On doit dire, en outre, que les deux opérées n'ont pas eu le facies vultueux caractéristique et qu'elles n'ont pas eu non plus des transpirations abondantes, comme celles qui se manifestent dans le *delirium tremens*.

Le délire d'origine hystérique doit être éliminé dans les cas que nous avons en vue.

Est-il nécessaire de dire que l'anesthésie ne doit pas entrer parmi les facteurs pathogéniques ?

Dans un cas, le premier, on s'était servi de l'éther ; dans le second, du chloroforme. La date d'apparition des phénomènes cérébraux suffit pour permettre d'écarter l'hypothèse du délire consécutif à l'absorption de l'éther ou du chloroforme.

Aucun antiseptique n'a été employé au cours de l'opération ni après l'opération. On n'a pas laissé de gaze antiseptique dans la cavité abdominale. A aucun moment on ne s'est servi d'iodoforme.

Le délire post-opératoire, d'origine iodoformique, qui a été invoqué par quelques chirurgiens et dont l'existence, du reste, n'a pas été démontrée, ne peut pas être rangé dans la liste des causes susceptibles de produire les troubles cérébraux observés chez nos deux opérées.

Dire que ces délires sont sous la dépendance d'une septicémie dont la porte d'entrée serait au niveau de la plaie abdominale, dans un cas et, chez l'autre malade, dans un point non déterminé, peut-être broncho-pulmonaire, est une explication qui, à notre sens, ressemble singulièrement à une défaite.

Aussi n'hésitons-nous pas à attirer de nouveau l'attention des chirurgiens sur les faits de ce genre. De nouveaux documents doivent être colligés. Il est nécessaire d'étudier avec plus de soins que nous ne l'avons fait nous-même les phénomènes nerveux. L'étude approfondie de l'urine doit être entreprise dans ces cas qui ne sont pas aussi bénins que le croyait Dupuytren. Le pronostic doit être réservé. En effet, sur 12 cas rapportés par le P^r Le Dentu, la mort a été notée 3 fois.

Nos deux malades sont hors de danger. Nous nous sommes contenté de faire un traitement purement symptomatique : calmer l'excitation, abaisser la température, surtout dans le second cas.

C'est peu satisfaisant comme thérapeutique, en dépit de la double guérison obtenue alors que la situation était très grave.