

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

POURQUOI JE NE SUIS PLUS RADICAL

- I. — Nécessité d'étudier la question à l'aide de la statistique intégrale d'un auteur et non à l'aide de statistiques de compilation. Ma statistique publiée dans la thèse de M^{lle} Gordon est celle de l'époque où j'étais radical; on a donc eu tort d'invoquer sa mortalité contre ma pratique actuelle.
- II. — Amélioration évidente de ma statistique depuis que j'opère le moins possible à chaud. Analyse des décès qui ne sont pas dus, sauf erreur de diagnostic, au retard apporté à l'opération.
- III. — Les décès après l'opération à chaud ne sont pas toujours dus à une péritonite généralisée préalable. L'amélioration de ma statistique n'est pas due à ce que les malades sont envoyés en meilleur état à l'hôpital.

Le traitement médical de l'appendicite vient encore d'être assez fortement malmené, devant la Société de médecine de Bordeaux cette fois; et si, malgré la lassitude où commence à nous mettre cette discussion sans cesse renaissante, je reviens sur la question, c'est que certains points méritent d'être rectifiés dans les opinions attribuées aux partisans du traitement médical.

D'abord, il est bien entendu que nous parlons exclusivement des *crises aiguës*, fébriles, plus ou moins sévères, et non point de l'appendicite chronique sur laquelle nous sommes tous d'accord. Il est exact que le seul traitement convenable de l'appendicite chronique est la résection de l'appendice. Mais la question est de savoir si, en présence d'une crise aiguë, on sauve plus de malades en opérant toujours toute affaire cessante ou en tâchant, par

l'emploi judicieux de la glace et de l'opium, de faire refroidir la lésion pour aboutir, un peu plus tard, à une opération réglée, efficace et bénigne.

Je ne veux pas revenir sur les avantages présentés par l'opération à froid sur l'opération à chaud au point de vue du résultat définitivement curatif et de l'éventration. Mais je crois utile de reprendre quelques statistiques mal interprétées.

I

Ne parlons pas des statistiques par compilation, comprenant les résultats publiés par des auteurs différents. Elles sont viciées par ce fait que trop souvent on y additionne les crises et non les malades, en sorte que le même sujet compte plusieurs fois dans la colonne des guérisons, mais ne compte qu'une fois, la bonne, dans la colonne des décès. Je n'attache donc pas grande importance à l'imposant pourcentage qui, d'après Galliard, attribue 93 p. 100 de succès au traitement médical. Mais je ne puis laisser passer sans discussion le paragraphe suivant, que je lis dans la communication de M. Bégouin à la Société de médecine de Bordeaux :

« En opposition à ces statistiques de compilation, on peut placer les statistiques intégrales de deux chirurgiens, MM. Brun et Broca, qui donnent de 28 à 33 p. 100 de mortalité. Evidemment, ces chirurgiens ont surtout traité des cas sérieux, et chez l'enfant, où l'appendicite est peut-être un peu plus grave que chez l'adulte; mais comme la mort de leurs malades n'est certainement pas le résultat de leur intervention, elle doit être mise sur le compte du traitement médical, que ces deux chirurgiens emploient d'abord systématiquement, jusqu'à son insuccès évident. »

Au premier abord, étant donné que Brun et Broca sont, en principe, partisans du traitement médical pendant la crise aiguë, cela paraît déduit avec une logique rigoureuse. Mais il y a un cheveu, que je vais me permettre de montrer : je ne sais pas ce que répondrait Brun, mais je sais bien ce que l'argument vaut par rapport à Broca.

Ainsi que je l'ai dit à plusieurs reprises, et en particulier dans une monographie que je viens de faire paraître¹, ma pratique se divise en deux périodes, avec une transition, bien entendu.

Dès 1892 à 1895 inclusivement, à l'hôpital Trousseau, j'ai presque toujours opéré les enfants quelques heures après leur admission, sinon tout de suite; la consigne était de m'envoyer chercher d'urgence. A partir du 1^{er} janvier 1896, sous l'influence de Jalaguier, j'ai ralenti mon zèle. Auparavant, je ne soumettais au traitement médical, *par la glace et par l'opium*, que les cas tout à fait légers, les simples coliques appendiculaires, sans empatement, avec à peine de fièvre. Je me suis mis à temporiser devant des cas de plus en plus graves, et je suis devenu de la sorte cet opportuniste aujourd'hui méprisé.

Or, le malheur, pour mon ami M. Bégouin, veut que le pourcentage de 33 p. 100 soit celui que donne dans sa thèse, en juillet 1896, mon élève M^{lle} Gordon. *C'est-à-dire que cette statistique est précisément celle que j'avais à l'époque où j'étais radical.*

J'irai plus loin, et je vais décomposer les 79 cas de cette thèse. J'y trouve :

- 7 cas légers non opérés, tous guéris;
- 8 cas opérés à froid, tous guéris;
- 64 cas opérés à chaud, avec 38 guérisons et 26 morts.

Tout le monde me fera grâce sur les guéris, et on ne me chicanera pas à propos du moment où je les ai opérés. Mais, pour les morts, il est utile que je rappelle à M. Bégouin quel fut ce moment, d'après les dates que tout le monde pourra vérifier dans la thèse de M^{lle} Gordon².

Or, sur ces 26 cas, 23 ont été opérés immédiatement, sitôt l'enfant admis dans le service de chirurgie. Cela étant, il me reste à fournir des renseignements, d'ailleurs faciles à trouver, eux aussi, dans le thèse de M^{lle} Gordon, sur les trois morts après opération retardée.

1. A. Broca. — *L'Appendicite*, formes et traitement (Paris, J.-B. Baillière, 1896).

2. Je ne donne pas les numéros des observations parce que, sans que je sache quelle idée a présidé à sa classification, M^{lle} Gordon n'a pas publié les observations à leur rang numérique, en sorte que le numéro ne facilite en rien les recherches.

Il suffit d'un rapide coup d'œil pour se convaincre que dans un cas le retard n'est responsable de rien du tout.

Voici un garçon de vingt-six mois qui, malade depuis le 8 mars 1895, entre à l'hôpital le 9 mars; le 11 mars je l'opère, et le 5 mai il sort guéri. Mais l'appendice, que je n'avais pas vu au cours de l'opération, entretient de petits abcès à répétition, avec fistule intermittente; peu soucieux d'une opération laborieuse chez un enfant aussi jeune, je remis de jour en jour, à chaque poussée, la résection de l'appendice et le nettoyage du foyer infecté; si bien que le 28 août débutait une péritonite aiguë, causant la mort le 3 septembre, et, à l'autopsie, je trouvai une perforation de l'intestin grêle, sectionné au niveau d'une bride épiploïque. Ce fait m'a instruit, en ce sens que je n'ai plus jamais remis à une époque ultérieure l'opération radicale, lorsqu'une fistule s'est déclarée, après incision simple de l'abcès — et j'ai eu raison, puisque tous ces malades ont guéri. Mais, loin de prouver que l'opération retardée a été funeste, cette observation prouve qu'un retard de vingt-quatre heures n'a aucunement empêché la guérison opératoire de la crise aiguë.

Au contraire, dans le cas suivant, je m'accuse du retard que je crois avoir été mortel et qui s'explique, non point par un essai mal compris de traitement médical, mais par une *erreur de diagnostic* (Thèse de Gordon, p. 110).

Le 19 septembre 1895, on m'apporte à l'hôpital un garçon de huit ans qui, le 18 septembre, était rentré de l'école très souffrant, à la suite d'un coup de pied qu'un camarade lui avait envoyé dans le flanc droit; il refuse de dîner, vomit trois fois dans la nuit, rend quelques garde-robes, noires, me dit-on. Le lendemain, je trouve un enfant ne vomissant plus, pouls et température sont bons; le ventre est douloureux et dur, mais je n'y trouve, par la palpation et la percussion, aucun foyer localisé. Après avoir songé un instant à l'appendicite, je conclus, en raison du commémoratif très net de coup de pied, à une contusion abdominale, probablement sans rupture intestinale, et j'ordonne glace et opium. Mon erreur fut-elle excusable? Ce n'est pas à moi à en juger; mais c'était sûrement une erreur. Le 22 au matin, l'enfant allant assez

bien, quoique la face fût un peu plus grippée, je me demandai si j'étais dans le droit chemin, car il y avait un peu de résistance et de matité dans la fosse iliaque; mais je n'eus pas le temps de rectifier mon diagnostic, car, à trois heures de l'après-midi commencèrent des vomissements bilieux avec douleurs abdominales très vives et hyperthermie. Appelé d'urgence, M. Legueu fit le soir une laparotomie médiane et draina une collection iliaque droite; ce qui n'empêcha pas l'enfant de succomber le lendemain à une péritonite suppurée généralisée que révéla l'autopsie. Et on put alors constater que l'appendice, largement perforé, avait causé comme foyer initial un gros abcès pelvien, non drainé; ce qui explique que, la fosse iliaque droite étant libre pendant les premiers jours, je n'aie pas porté le diagnostic exact.

Donc, voici un cas dans lequel la temporisation funeste m'est imputable. Quant aux autres décès, il suffit de regarder les dates pour conclure que je n'y suis pour rien. Certes, je pense que plusieurs d'entre eux auraient été évités, si les enfants avaient été soignés bien et à temps, — ce qui ne veut pas dire qu'il aurait fallu les opérer tous tout de suite; — mais je tiens à mettre bien en relief que je les ai opérés aussitôt admis en chirurgie et je décline toute responsabilité sur les jours précédents. On ne le dirait pas à lire les résumés que donne, de ces observations, mon élève et ami Imbert¹, dans un article tout récent où il démontre les méfaits de la temporisation. *Et dans ces résumés j'aurais voulu voir également la mention que presque tous ces malades ont été intempestivement purgés, souvent repurgés.*

Par contre, quoique M. Bégouin, bienveillant pour ma technique, déclare que la mort de mes opérés ne puisse jamais être le résultat de mon opération, je crois devoir admettre qu'il n'en est pas toujours ainsi, et je me demande si je n'ai pas inoculé quelquefois le péritoine par quelques ruptures d'adhérences à une période où le pus péri-appendiculaire possédait encore une virulence extrême. Ainsi, chez une fille de huit ans et demi, malade depuis huit jours, qui entra à l'hôpital le 2 octobre et que j'opérai le 4 octobre

1. IMBERT. — *Montpellier méd.*, 24 déc. 1899, 2^e sér., t. IX, p. 810.

1895, j'abordai *en traversant le péritoine sain un foyer pelvien* contenant peu de pus et des fongosités et je réséquai l'appendice; l'enfant mourut le 8 octobre. Chez celle-là, c'est bien de mon opération que relève la péritonite finale, venant de ce que le foyer septique n'était pas assez refroidi (*Thèse de Gordon*, p. 86). Voilà, dans la série incriminée par MM. Bégouin et Imbert, le troisième et dernier cas d'opération retardée par ma volonté : et *je m'accuse de n'avoir pas retardé assez.*

Analysons encore quelques décès. Nous éliminerons celui d'une fille de onze ans morte, un mois après, d'occlusion intestinale par bride épiploïque, le foyer initial ayant été opéré sitôt l'enfant entrée à l'hôpital : la laparotomie secondaire, malheureusement inefficace, fut pratiquée en mon absence par mon ami Jalaguier. Nous attribuerons à l'opération mal faite celui d'un garçon de huit ans qui, n'ayant plus rien dans le ventre, mourut cinq jours après, le 7 décembre 1893, d'un phlegmon diffus gazeux pariétal, dû à une suture intempestive de la paroi autour d'un drain, ce qui m'a appris à ne plus jamais suturer après les ouvertures d'abcès. Nous considérerons comme inévitables, *au moment où j'ai été appelé*, ceux au nombre de huit, où la mort par péritonite généralisée est survenue le jour même de l'opération.

Mais, lorsque la mort survient deux ou trois jours, ou plus, après l'opération, la péritonite généralisée constatée à l'autopsie n'est-elle pas quelquefois le résultat de cette opération ? C'est ici que je suis, pour mes opérations anciennes, moins indulgent que mon contradicteur actuel, parce que, dans certaines autopsies, les lésions péritonéales diffuses m'ont paru bien récentes, et surtout *parce que ma mortalité a diminué dans des proportions énormes depuis que j'ai appris à temporiser.*

II

Comme parmi mes fiches d'observations, surtout pendant les premières années, il y a quelques manques, j'ai fait relever sur les registres de l'hôpital, par un employé du bureau, tous les cas

d'appendicite admis de 1892 jusqu'à la fin de 1897 dans les salles Denonvilliers et Giraldès; depuis 1898, dans les salles Le Gendre et Valleix, c'est-à-dire les cas dont je suis responsable. C'est au 1^{er} janvier 1896 que l'influence bienfaisante de mon ami Jalaguier a commencé à se faire sentir sur moi, car c'est à cette date qu'il est devenu mon voisin à l'hôpital Trousseau. Or, voici les chiffres :

De 1892, date de mon entrée à Trousseau, à 1895, 67 cas m'ont fourni 45 guérisons et 22 morts, soit, en chiffres ronds, 33 p. 100 de mortalité.

En 1896, je compte 30 cas avec 4 morts, ce qui complète les 26 (22 + 4) décès de la thèse de Gordon. Et je ferai remarquer que, ma statistique intégrale à l'époque de cette thèse devant comprendre 97 cas (moins quelques-uns de la fin de l'année), la différence avec les 79 cas de M^{lle} Gordon porte sur les seules guérisons et non sur les morts : j'avais gardé des notes sur tous les cas graves, mais j'avais négligé des crises guéries sans opération et certains cas bénins. Ma statistique globale passait ainsi à 26 morts sur 97 cas; mettons, si voulez, 26 p. 100. Mais celle de 1896 était de 13,33 p. 100.

En 1897, 28 cas, 3 morts = 10,70 p. 100.

En 1898, 26 cas, 3 morts = 18,79 p. 100.

En 1899, 37 cas, 4 morts = 10,81 p. 100.

Et si j'ajoute 11 cas opérés en ville, avec 1 décès, j'ai 48 cas avec 5 décès, soit 10,43 p. 100. Je n'ajoute pas avant 1899 mes observations de ville, parce qu'antérieurement aux débats actuels je n'avais pas conservé les documents nécessaires pour établir ma pratique intégrale.

Il y a un gros écart au détriment de l'année 1898. Or, si pour cette année je ne trouve dans mes notes que 15 fiches au lieu des 19 entrées relevées au bureau, je trouve précisément celles des trois décès, et nous pouvons voir, dès lors, si la mort doit être attribuée à la temporisation; j'entends à la temporisation de mon chef, car, je ne me lasserai pas de le répéter, la plupart des décès surviennent parce que, pendant un temps variable, les enfants ont été mal soignés au début.

Le 24 mai 1898, on m'apporte une fille de quatre ans et demi qui est malade depuis vingt-sept jours; je n'obtiens aucun renseignement précis sur l'évolution du mal, mais je vois qu'il s'écoule du pus en abondance par l'ombilic, et j'apprends que cela date du matin même. Le 25 mai, je constate sous le chloroforme que le stylet s'engage vers la fosse iliaque droite, et je fais l'incision de Roux : énorme abcès allant de l'ombilic au fond du petit bassin; je vois et je résèque l'appendice. La température tombe à 36,8 et y reste pendant trois jours, mais l'enfant succombe épuisée, malgré le sérum, sans péritonite, le 28 au soir.

Une fille de six ans et demi est malade depuis le 20 juillet, ayant commencé à vomir le 21 à la suite d'un purgatif; à partir du 22, on la soumet à un lavement horiqué toutes les trois heures. Enfin, on l'apporte à l'hôpital le 23, à 1 heure de l'après-midi; température, 38°5; pouls petit, à 160; tout l'abdomen, ballonné, est douloureux à la pression; la fosse iliaque droite est mate. Le jour même, à 4 heures du soir, je draine l'abcès. L'enfant mourait le lendemain, avec une péritonite purulente généralisée, constatée à l'autopsie.

Dans ces deux cas, personne ne me rendra responsable de la mort; mais nous tombons tous d'accord que, jusqu'à leur entrée à l'hôpital, et sans nous demander si c'est ou non la faute d'un médecin, les malades ont été soignés en dépit du sens commun. Pour le troisième décès, au contraire, l'imperfection de mon diagnostic — en raison de difficultés dont on va pouvoir juger — doit être incriminée, car elle entraîna une opération insuffisante.

Un garçon de quatorze ans et demi est pris de malaise, de perte d'appétit, le 3 décembre 1898; le lendemain apparaissent des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, avec coliques et diarrhée légère. Le 5 décembre, l'enfant prend le lit, ressentant alors des douleurs presque continuelles, et reste dans cet état, avec douleurs, constipation, mais sans vomissements, jusqu'au 9; à cette date, deux vomissements noirâtres, et, alors, on l'amène à l'hôpital.

Là, je constate que le ventre, partout douloureux, est météorisé au point de rendre la palpation complète impossible. Mais je

me rends compte qu'il n'y a ni empatement, ni résistance spéciale, ni douleur particulière, ni différence de sonorité dans la fosse iliaque droite, et s'il y avait quelque part un léger degré de ces signes, c'était au-dessus de l'arcade crurale gauche; rien d'appréciable au toucher rectal, le météorisme mettant d'ailleurs obstacle, je le répète, à la palpation bimanuelle. Je diagnostiquai une appendicite, mais sans pouvoir déterminer s'il y avait un abcès, et, s'il y en avait un, par où l'aborder. Il n'y avait rien à droite, bien peu de chose à gauche; et pour les appendicites à chaud, quand rien ne tend à bomber et à adhérer dans cette direction, la laparotomie exploratrice médiane, atteignant le foyer à travers la grande séreuse non adhérente, donne des résultats déplorables. Le pouls était aux environs de 100, plein, régulier et résistant, la température à 37°8. Malgré cela, en raison du météorisme et de la douleur, je conclus à un abcès en formation, et je me tins prêt à agir dès que je saurais par où entrer dans le ventre.

C'est ce qui eut lieu le lendemain. La température était tombée à 37°2, le pouls était resté à 108, toujours bon, mais il y avait eu pendant la nuit des vomissements porracés; et si la fosse iliaque droite était toujours libre, à gauche, il y avait certainement, assez près de la ligne médiane, de la submatité à la chiquenaude. J'incisai donc sur le bord externe du grand droit, à gauche, et je donnai issue à une grande quantité de liquide très fétide, d'abord seulement louche, puis franchement purulent; je mis deux gros drains qui s'enfoncèrent loin, en bas et en arrière.

Après l'opération, sauf une élévation à 38°2 le 12 décembre au soir, la température resta entre 37°2 et 37°6, mais quoique le pouls fût bon, je ne fus jamais rassuré. L'abdomen n'était plus météorisé, la douleur avait disparu et la palpation, redevenue possible, ne me révélait rien, même associée au toucher rectal; mais l'enfant restait agité, avec un facies terreux, et tous les matins je cherchai avec soin si aucun signe localisé ne démontrait l'existence d'un nouvel abcès. Ce soupçon était exact, comme la suite le prouva, mais mes explorations restèrent infructueuses.

Enfin, le 19 décembre, dans la journée, se déclarèrent les symptômes évidents d'une péritonite suraiguë: agitation, respiration entrecoupée, yeux excavés, nez pincé, pouls misérable et irrégulier, et la mort survint à 10 heures du soir. A l'autopsie, la poche que j'avais drainée apparut à peu près sèche, mais, dans le haut du petit bassin, il y en avait une autre où l'appendice, entièrement amputé, nageait avec un gros calcul stercoral; et de là était partie une péritonite suppurée à foyers multiples, dont un gros sous le foie et plusieurs petits entre des anses agglutinées d'intestin grêle.

Chez ce malade, il est exact que j'ai attendu vingt-quatre heures avant d'ouvrir le premier abcès: les chirurgiens qui connaissent les difficultés de ces appendicites à foyer initial profond, à foyers secondaires multiples, ne me le reprocheront pas trop, mais ils me diront peut-être que deux ou trois jours après, voyant persister un état d'agitation inusité, comme celui qu'on observe quand il reste un foyer exigeant une deuxième incision, j'aurais mieux fait de recourir à une laparotomie médiane exploratrice; et ils auront beau jeu à me faire remarquer que, quelque mauvais que soient les résultats de cette intervention, le malade n'aurait pas pu perdre grand'chose au change. On peut tirer argument de cette observation contre l'incision simple sans recherche de l'appendice, en disant que si le premier jour, de parti pris, j'avais enlevé l'appendice, je n'aurais pas méconnu l'abcès profond dans lequel il baignait; mais on ne peut l'opposer aux partisans de la temporisation.

Donc, en 1898, j'ai soigné, à l'hôpital Trousséau, dix-neuf appendicites, et j'en ai perdu trois, sans qu'on puisse y compter une victime du traitement médical institué selon les règles voulues, une fois les malades sous ma direction. Je passe sur les cas de 1897, parce que je n'ai pas sur eux des renseignements assez circonstanciés: je retrouve l'observation détaillée d'un garçon qui, *opéré au lieu d'élection, dès son admission*, le 4 décembre, au quatrième jour de la maladie, dut subir, le 9 décembre, l'incision d'un abcès intra-péritonéal à gauche, et succomba le 12 avec deux autres foyers, un sous-ombilical, un à l'insertion du mésentère;