

je me souviens d'un *opéré d'appendicite à froid*, dont le foyer encore un peu infecté dut être drainé et suppura, et qui succomba tardivement à une occlusion intestinale par bride autour du foyer non encore cicatrisé; je n'ai, sur le troisième décès mentionné au relevé général, ni note ni souvenir. Mes contradicteurs pourront donc en faire état s'ils le désirent, mais sur 50 cas avec 6 décès, le butin est maigre. Et j'arrive à 1899, où j'ai 37 cas à l'hôpital et 11 en ville; pour les années précédentes, je n'ai pas parlé de la clientèle privée, faute de notes précises, mais je suis sûr de n'avoir perdu aucun malade soigné par moi — opéré ou non — et cela n'aurait pu qu'améliorer ma statistique.

A l'hôpital, en 1899, je compte 4 morts sur 37 cas, en ville 1 sur 11; soit 5 morts sur 48 = 10,43 p. 100. Voici l'analyse de ces échecs :

1° Un garçon qui entra le 9 mai fut opéré séance tenante et mourut dans la journée. Ce n'est donc pas la faute de ma temporisation.

2° Une fille qui, entrée le 4 décembre, fut opérée le 9 décembre pour un abcès iliaque droit. Vers le 25 décembre, après avoir été très bien, elle commença à vomir, sans aucun signe de péritonite; le 28 décembre, l'occlusion intestinale était évidente, et je fis une laparotomie médiane<sup>1</sup>. L'intestin grêle était en trois endroits, dont un sous le foie au-dessus du foyer, et deux à droite dans le petit bassin, complètement coudé par des adhérences; en le libérant, j'ouvris le foyer drainé, où restait un calcul, et une péritonite suraiguë emporta l'enfant. Il n'y en avait pas trace au moment de l'opération, et les cinq jours de la temporisation initiale n'ont rien à voir dans l'insuccès final.

3° Ici, la mort a été due à un retard qui dépend en partie de moi. Il s'agit d'un garçon malade depuis quinze jours, purgé et repurgé, sur lequel, en ville, M. Comby, appelé en consultation, n'avait pas cru devoir admettre l'appendicite, malgré l'avis, tardif d'ailleurs, du médecin de la famille; et lorsque, en présence d'accidents graves de péritonite, l'enfant fut apporté à l'hôpital,

1. Voyez la leçon suivante.

je me trouvai fort embarrassé. L'histoire du début manquait, en effet, de netteté, et, d'autre part, le ventre était uniformément ballonné, sonore et douloureux; pas d'empâtement pelvien au toucher rectal; le pouls n'était pas trop mauvais quoique très fréquent, et je restai dans le doute les 14 et 15 décembre; enfin, le 16, comme la mort à brève échéance me paraissait inévitable, et comme la défense musculaire était un peu plus accentuée à droite de l'abdomen, j'incisai dans la fosse iliaque et trouvai du pus. L'opéré succomba le 18 décembre, et il est incontestable que j'ai eu tort d'attendre quarante-huit heures de plus; il est presque certain que le jour de l'entrée la péritonite était déjà diffuse, mais que, sur quinze jours de retard, je dois en prendre deux à mon passif, alors que les symptômes indiquaient, en cas d'appendicite, une opération sans doute désespérée, mais urgente. Par la pression, la percussion, la palpation, je ne trouvai, il est vrai, aucun foyer: mais j'aurais dû partir de ce principe que, dans le sexe masculin, toute péritonite, abstraction faite de la rare péritonite à pneumocoques, relève d'une appendicite et exige la laparotomie, également indiquée pour la péritonite à pneumocoques.

4° et 5° Les deux cas suivants n'ont aucun rapport avec le débat actuel. Ils concernent, en effet, des appendicites anciennes, à plusieurs semaines de la crise, et dans lesquelles, au lieu du foyer refroidi auquel je m'attendais, j'ai trouvé du pus, des adhérences, si bien que, dans un cas, le cæcum, très friable, a subi plusieurs déchirures. Ces observations prêtent à la discussion à propos du délai d'attente plus ou moins long après refroidissement, à propos du mode de drainage, à propos du choix entre l'incision de Roux et celle de Jalaguier, à propos du diagnostic des abcès résiduels; mais je n'ai jamais eu à m'y demander à quelle époque il convient d'opérer une crise aiguë d'appendicite.

Quant aux *malades guéris*, voici comment ils se répartissent relativement à la date de l'opération; je ne m'occupe, bien entendu, que du temps pendant lequel j'ai eu ces malades sous ma direction.



Quatorze incisions ont été pratiquées :

1 séance tenante.  
3 au 2<sup>e</sup> jour.  
3 — 3<sup>e</sup> —  
5 — 4<sup>e</sup> —  
1 — 5<sup>e</sup> —  
1 — 17<sup>e</sup> —

Vingt-huit appendicectomies ont été pratiquées à froid, au bout d'une attente variable, sur laquelle ce n'est pas le moment d'insister; et je ferai remarquer que j'ai vu presque tous les malades en crise aiguë, que par le traitement médical j'ai calmé cette crise, souvent accompagnée d'empatement très net, et que si une fois je me suis repenti d'avoir opéré trop tôt, jamais je ne me suis repenti d'avoir opéré trop tard.

### III

Ce relevé intégral de mes décès opératoires montre avec netteté que *depuis* 1896, c'est-à-dire depuis la thèse de M<sup>lle</sup> Gordon, mon pourcentage de mort est de 10 sur 92 = 10,86 p. 100, au lieu de 26 p. 100; et il est à remarquer *qu'en* 1896, *année où j'ai commencé à devenir opportuniste*, j'avais 13,33 p. 100 de mortalité alors que pendant ma *période de radicalisme* j'avais 33 p. 100. Je n'espère pas que cette confession d'un radical fasse actuellement changer beaucoup d'opinions; mais j'espère avoir prouvé, d'une manière irréfutable, que Bégouin et Imbert ont eu tort d'attribuer à la pratique d'un opportuniste la statistique qu'ils ont trouvée dans la thèse de M<sup>lle</sup> Gordon. Si pourtant ils avaient consenti à lire les observations et à regarder les dates, s'ils s'étaient souvenus qu'à maintes reprises je me suis publiquement accusé d'avoir été radical, ils n'auraient pas commis cette erreur, sans doute plus préjudiciable qu'utile à leur cause.

Au total, sur près de 200 cas, on peut me reprocher d'avoir quatre fois attendu à tort et d'avoir laissé évoluer une péritonite

que j'aurais *peut-être* pu enrayer; mais les quatre fois il s'agissait de malades chez lesquels mon retard a eu pour cause des hésitations de diagnostic et non point l'étude symptomatique d'une appendicite bien diagnostiquée. Que celui dont le diagnostic est impeccable me jette la première pierre!

Mais ce dont je m'accuse, c'est d'avoir eu autrefois des revers qu'aujourd'hui j'évite. Les malades restent les mêmes, et la preuve en est que, dans le même hôpital où j'exerce, l'opération toujours immédiate a fourni 50 p. 100 de décès en 1898, sur 28 cas, dans le service voisin du mien. Par contre, je change de manière de faire, et je passe de 33,33 p. 100 de mortalité à 10,43. L'écart est trop grand, et mes chiffres sont trop nombreux pour que cela soit dû au hasard d'une heureuse série.

Mes adversaires répondront qu'ils ne comprennent pas comment je m'y prends, et que, pour leur part, ils n'ont jamais vu succomber que les malades déjà atteints, avant l'opération, de péritonite diffuse et opérés tout de même, en désespoir de cause, parce que, de temps à autre, on en arrache un au trépas. Est-ce bien sûr? Si je doute, c'est que je me rappelle ce qui se passait autrefois dans mon esprit. Il est bien difficile d'établir si la péritonite mortelle est antérieure ou postérieure à l'acte chirurgical, et nous avons tous tendance instinctive à la croire antérieure. Ainsi, quand j'opérais toujours d'urgence, je croyais, en toute conscience, que les échecs tenaient à une péritonite préalable ayant continué malgré l'opération. Mais aujourd'hui que je temporise, je perds trois fois moins de malades, et il m'est impossible de ne pas trouver que je les soigne mieux: ou bien, s'il y a péritonite préexistante encore curable, on agit mieux sur elle par le traitement médical que par l'incision du foyer; ou bien, et c'est mon opinion, il n'y avait qu'irritation du péritoine autour du foyer, et en opérant on rompt des adhérences sans le savoir.

C'est pour cela que j'ai établi mon jugement sur une statistique en bloc et non sur deux séries: foyers localisés, tous guéris; péritonites diffuses, toutes mortes. Il y a une objection possible à cette manière de faire: votre bloc est meilleur, me dira-t-on, parce que, grâce aux efforts des radicaux, les malades



sont, à l'hôpital ou ailleurs, mis plus vite entre les mains des chirurgiens, dès le début de la crise.

L'examen attentif des dates dans les observations prouve que l'argument est inexact; mais je n'ai pas besoin d'établir ici ce dépouillement fastidieux. Pour démontrer que les cas pris en bloc n'ont guère changé, il suffit que je prenne la statistique donnée par Kirmisson, l'an dernier, à la Société de chirurgie<sup>1</sup>.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1898, Kirmisson a pris, à l'hôpital Trousseau, la direction des salles dont j'étais auparavant chargé comme suppléant de M. le prof. Lannelongue, et, le 1<sup>er</sup> février 1899, il a donné le relevé intégral de son service pour l'appendicite aiguë. Ce relevé comporte 25 cas avec 13 morts; sur les registres administratifs, un employé a relevé 28 cas avec 14 morts, et, si je me permets cette addition, c'est qu'elle est plutôt améliorante. Comme total, cela fait 50 p. 100 de morts; c'est encore pis que ma statistique de 1892 à 1895, pendant ma période de radicalisme. Je ne suis pas fâché de le faire remarquer en passant, car, à lire certaines publications, on croirait que la statistique de la thèse de M<sup>lle</sup> Gordon est particulièrement chargée de morts.

Pendant la même année 1898, dans le même hôpital, en changeant simplement de salles pour devenir titulaire, j'ai 16 cas avec 18,75 p. 100 de mortalité; en 1897, dans les salles actuelles de Kirmisson, j'avais eu 28 cas (le même chiffre que lui) avec 10,70 p. 100; en 1899, j'en ai eu 37 avec 10,81 pour 100 de mortalité. Je répète ces chiffres, car leur comparaison avec ceux d'un autre service, dans le même hôpital, prouve que les cas apportés aujourd'hui ne sont pas plus bénins que ceux d'autrefois. C'est donc la faute ou du chirurgien ou de la méthode; or, j'ai écrit cet article pour démontrer que, le chirurgien restant le même,

1. KIRMISSON. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1<sup>er</sup> fév. 1899, p. 112.

Dans le relevé de Kirmisson, tous les cas admis dans son service sont portés, qu'ils aient été opérés par le chef lui-même ou par le chirurgien de garde appelé en cas d'urgence; c'est, en effet, la seule manière de juger sainement les choses, car les mauvais cas sont précisément ceux de la garde. Mes statistiques personnelles ont toujours été rédigées de cette façon; elles sont donc comparables à celles de Kirmisson. Et j'ajouterai, autorisé en cela par mon collègue, que, dès 1899, Kirmisson a eu tendance à temporiser davantage, et qu'il s'en trouve bien.

mais changeant de méthode, les résultats s'améliorent. C'est donc la faute de la méthode et non du chirurgien.

Et qu'on n'aille pas m'objecter, dans mon bloc, le chiffre plus considérable des opérations à froid, bien plus bénignes, car ces opérations ont été pratiquées presque toutes sur des sujets qui, vus par moi pendant la crise aiguë et refroidis par mes soins, ont été opérés à froid précisément parce que c'est, je crois, moins grave que de les opérer à chaud.

Il reste, je le sais, bien des points obscurs, et, en particulier, nous ne connaissons pas les différences cliniques entre les infections, de gravité variable, produites dans l'appendice et le péritoine par des microbes variés, aérobies ou anaérobies. Mais dans un relevé portant sur environ deux cents cas, toutes les variétés sont sans doute représentées proportionnellement et de façon assez nombreuse pour que deux séries, toutes deux nombreuses, puissent être comparables dans leur ensemble. Cette comparaison m'a nettement convaincu que j'ai bien fait de changer de méthode. Je n'espère pas faire beaucoup de prosélytes, à une époque où un certain discrédit s'attache aux moindres apparences de timidité chirurgicale: il me suffit d'avoir, en ce qui me concerne, rectifié une erreur, et d'avoir apporté à ceux qui pensaient déjà comme moi quelques chiffres que je crois probants.