

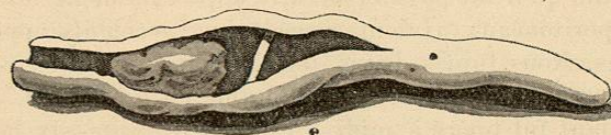
résistance de la région dénotait une vive défense musculaire, signe précieux. La fièvre était pour ainsi dire nulle, c'est vrai, la température était normale, mais le pouls, dans son ascension progressive, atteignait maintenant 140. Il était évident que l'enfant était en pleine péritonite appendiculaire, sans qu'il fût possible de dire à quel moment avait débuté la péritonite, les symptômes appendiculaires et péritonéaux étant similaires et la température n'ayant jamais dépassé 37°,8.

Instruit par l'expérience et suivant une habitude avec laquelle je ne transige pour ainsi dire jamais, je demandai l'opération le plus vite possible, et elle fut pratiquée à une heure de l'après-midi par M. Routier. Le mal était si rapide dans ses progrès, qu'entre le moment où j'avais vu l'enfant et le moment où il fut opéré, la situation s'était aggravée d'heure en heure. La respiration était devenue haletante, entrecoupée, le teint était plombé, les yeux étaient cerclés, le pouls fuyant sous le doigt était monté à 150, les extrémités avaient déjà une tendance à se refroidir. L'opération fut pratiquée quarante-quatre heures après le début de l'appendicite, début bien léger, bien trompeur, puisque les vrais accidents ne dataient que de la veille au matin, c'est-à-dire trente heures environ avant l'opération et encore même ces accidents n'avaient-ils provoqué qu'une fièvre insignifiante.

A l'ouverture du ventre, on trouva une péritonite diffuse, sans aucune tendance à l'enkystement; il s'écoula un verre de liquide louche avec quelques fausses membranes, les anses intestinales étaient fortement congestionnées, et l'appendice, triplé de volume, et comme en érection, laissait sourdre du pus par une petite perforation située vers son extrémité inférieure. Les suites de l'opération furent tout d'abord satisfaisantes, les douleurs disparurent complètement, le petit malade prit une expression de bon aloi, le pouls devint meilleur, moins fréquent, et la nuit fut vraiment bonne. Le lendemain de l'opération, quelques symptômes alarmants reparurent, l'enfant fut repris de vomissements, le pouls, avec quelques intermittences, atteignit de nouveau 150. Je conseillai, toutes les trois heures, une injection de sérum

artificiel, chaque injection contenant 10 grammes de sérum et 1 centigramme de benzoate de caféine. L'enfant fut alimenté avec du lait et de l'eau de Vichy glacée donnés à doses très petites et espacées. Dès le lendemain, la situation était meilleure; deux jours plus tard, on pouvait considérer la partie comme gagnée et l'enfant est actuellement complètement guéri.

La figure que je mets sous vos yeux représente l'appendice de cet enfant. Je vous ai dit que cet appendice avait triplé de volume. Le canal appendiculaire était oblitéré par un calcul volumineux; au-dessous du calcul, vous voyez le canal dilaté en cavité close, et vers l'extrémité inférieure de cette cavité, vous apercevez une petite perforation.



Veillez méditer cette observation : Voilà un enfant très bien portant, qui est pris le jeudi, à cinq heures du soir, de quelques symptômes légers et encore indécis; le lendemain vendredi l'appendicite s'accuse sous des apparences bénignes, et le samedi dans la matinée, bien que la fièvre soit nulle, l'appendice est perforé, la péritonite est diffuse, l'enfant infecté et intoxiqué est presque mourant, encore quelques heures et l'opération eût été impuissante à le sauver. C'est quand on voit, d'une part l'apparente bénignité du début, et d'autre part la gravité si rapidement croissante de cette maladie *toxi-infectieuse*, qu'on devient partisan de l'opération précoce et qu'on relègue bien loin les quelques moyens médicaux dont l'efficacité est absolument nulle sur d'aussi terribles lésions.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, il s'en faut, dans l'histoire de l'appendicite. Voici deux autres observations qui vous montreront également quelle peut être la rapidité des accidents. Dans la nuit du 23 au 24 juin 1896, un enfant de sept ans n'ayant jamais eu le moindre trouble

intestinal, et s'étant couché en fort bonne santé, fut pris de douleurs de ventre bientôt suivies de vomissements. Le D^r Landowski, qui vit le petit malade le lendemain matin, constata la localisation des douleurs à la fosse iliaque droite au point de Mac Burney. La fièvre était très vive, la température à 40 degrés, le pouls à 135. Appelé vingt-quatre heures après, par notre confrère qui dès la veille avait porté le diagnostic d'appendicite, je considérai la situation comme des plus graves; la douleur et la défense musculaire existaient dans toute la fosse iliaque droite, le facies était grippé, le ventre ballonné, le pouls petit et très accéléré, la température était toujours fort élevée, les vomissements persistaient, en un mot, tout indiquait une péritonite diffuse sans qu'il fût possible de dire à quel moment les accidents péritonéaux avaient succédé aux accidents appendiculaires. Nous fûmes d'avis que l'opération devait être immédiatement pratiquée, et M. Routier en fut chargé.

L'enfant fut opéré à midi, c'est-à-dire trente-six heures après le début des accidents. A l'ouverture du ventre, on constata une péritonite séro-purulente diffuse sans aucune tendance à l'enkystement; l'appendice était déjà gangrené et perforé; c'est vous dire que la situation était des plus alarmantes. L'examen de cet appendice me démontra que la gangrène et la perforation étaient sous-jacentes à un calcul appendiculaire qui avait transformé le canal en cavité close. Ici comme dans le cas précédent, un calcul s'était développé lentement, insidieusement, dans le canal appendiculaire; puis tout à coup avaient éclaté les accidents de la cavité close, et en trente-six heures, l'appendice était déjà gangrené, perforé, et la péritonite était diffusée. L'enfant fut sauvé, mais vous pressentez ce qui serait sûrement arrivé sans l'intervention chirurgicale hâtive.

Autre observation du même genre : le 23 mai dernier, un dimanche, un jeune garçon de quatorze ans, n'ayant jamais eu le moindre désordre intestinal, ayant joué dans la journée au lawn-tennis, puis ayant dîné de fort bon appétit, fut pris dans la soirée de douleurs abdominales, de malaise et de vomissements. Les parents crurent à une

indigestion. La nuit fut douloureuse et agitée; le lendemain matin, lundi, les douleurs étant plus vives et les vomissements devenant bilieux, on fit appeler le D^r Leval. Notre confrère fut frappé de la mauvaise mine du malade, le ventre était légèrement ballonné et la fosse iliaque droite était très douloureuse; on percevait à la même région une légère défense musculaire, la fièvre était assez vive, et le pouls était fort accéléré. Le diagnostic d'appendicite fut porté et on me pria de venir en consultation. Quand je vis le jeune malade ce même jour, à sept heures du soir, le mal avait fait de rapides progrès, le ventre était ballonné, la fosse iliaque droite était beaucoup plus douloureuse, la défense musculaire y était très accusée et on y constatait une matité qui contrastait avec la sonorité exagérée du reste de l'abdomen. Il était évident que nous avions affaire à une péritonite appendiculaire. Nous ne cachâmes pas nos craintes à la famille et nous demandâmes l'opération d'urgence. Elle fut pratiquée par M. Routier, le soir même, à dix heures, vingt-deux heures après le début des accidents.

A l'ouverture du ventre le diagnostic fut vérifié et le pronostic fut terrifiant. Bien que le début des accidents ne remontât qu'à vingt-deux heures, écoutez bien ceci, il y avait déjà péritonite diffuse, séro-purulente, fusant dans le petit bassin. Les anses intestinales étaient rouges et recouvertes de plaques verdâtres. L'appendice caché très haut, sous le cæcum, et en dehors, était déjà gangrené et perforé dans sa partie transformée en cavité close. De semblables lésions, une telle septicémie péritonéale suraiguë nous firent redouter une issue fatale. Il n'en fut rien heureusement; après l'opération, les accidents s'arrêtèrent net et le malade a complètement guéri. Que fut-il arrivé si on avait temporisé, si on s'était contenté d'un classique traitement médical; que fut-il arrivé si l'opération avait été renvoyée au lendemain?

Quiconque aura connaissance de ces observations sera, comme moi, absolument convaincu que ces trois enfants auraient péri si l'opération n'avait pas été faite hâtivement, si elle avait été ajournée seulement de quelques heures. Que de faits je pourrais vous citer, où les malades, enfants ou

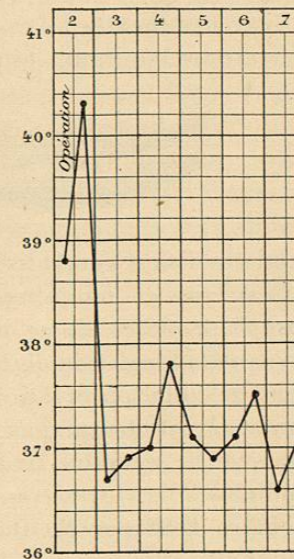
adultes, sont emportés en peu de jours, parce que l'opération a été refusée ou différée! C'est ainsi que succombait, il y a deux ans, à Trouville, un enfant que j'avais vu avec MM. Collet et Pozzi, et qui ne put être opéré d'une péritonite appendiculaire diffuse qu'au cinquième jour de sa maladie; c'est ainsi que succombait une fillette de douze ans que je voyais le 20 juin 1896 avec MM. Chaisse et Routier et qui ne fut opéré que le septième jour. C'est ainsi que succombait une malade que je voyais en décembre 1895, avec MM. Planchon et Monod, et qui ne put être opérée que tardivement. Quand les malades succombent ce n'est pas parce qu'on les a opérés; c'est parce qu'on les a opérés trop tard, ne l'oubliez pas.

Je viens de vous parler de l'appendicite avec péritonite diffuse chez les enfants; chez les adultes ou même chez les personnes âgées, les lésions appendiculaires peuvent évoluer de même manière. En voici des exemples : Le 28 novembre 1895, dans une famille dont je suis depuis longtemps le médecin, j'étais appelé à huit heures du matin, pour une dame de soixante-douze ans qui avait eu, pendant la nuit, de vives douleurs dans le ventre. L'avant-veille, cette dame était sortie comme d'habitude, elle avait été chez son dentiste, et la veille elle se sentait bien portante sans avoir ressenti le moindre trouble intestinal : je l'examine et je constate que les douleurs abdominales ont nettement leur maximum d'intensité à la zone appendiculaire; la température était normale, mais le pouls était de mauvaise qualité et l'expression du visage ne me satisfaisait pas : *ça sentait la péritonite*. Je fais le diagnostic d'appendicite et, redoutant une septicémie péritonéale dont j'ai appris à me méfier, je décide immédiatement l'intervention chirurgicale, et en arrivant à l'hôpital Necker, où je savais trouver mon collègue M. Routier, je lui demande de vouloir bien se charger de l'opération. Dans la journée, nous allons voir la malade : la fièvre montait, la température était à 38°,5, le pouls n'était pas de bonne qualité, la fosse iliaque était douloureuse, moins sonore que le reste du ventre, le visage était altéré, la péritonite était menaçante, peut-être même était-elle déjà déclarée, et cependant le début des acci-

dents ne remontait même pas à vingt-quatre heures. L'opération fut faite le soir même, fort heureusement, car la malade était en pleine péritonite diffuse; l'appendice était turgide et violacé, mais il ne fut pas enlevé. Je passe sur les détails et sur les suites de l'opération; cette malade, âgée de soixante-douze ans, a complètement guéri. Un an plus tard, la cicatrice devenait douloureuse, une phlyctène se formait, s'ulcérait, et à travers les téguments on put cueillir le gros calcul appendiculaire qui avait tranquillement cheminé à travers les tissus adhérents.

Autre exemple : Le 11 avril dernier, vous avez pu voir salle Saint-Landry, n° 8, service de M. Duplay, un jeune homme de vingt et un ans, L... jusque-là bien portant, et n'ayant jamais eu de troubles intestinaux d'aucune sorte. Dans la nuit du 9 au 10 avril, c'est-à-dire l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, ce garçon est réveillé par un besoin impérieux d'aller à la garde-robe. Ce besoin satisfait, les douleurs reparaisent dans le ventre; il va une deuxième fois à la garde-robe, il se couche,

mais ne peut dormir. Le lendemain matin, il est pris de vomissements bilieux. Néanmoins, il se lève, va travailler et fait un premier déjeuner qu'il vomit aussitôt. Il rentre chez lui, prend du lait et une purgation à l'huile de ricin; l'huile et le lait furent vomis; il n'y eut pas de garde-robés. C'est quarante heures après le début de cette crise, que le malade vint à l'hôpital. A ce moment, son état paraissait bien peu alarmant, il traverse la salle, se déshabille et se met au lit comme un homme qui ne souffre guère; le faciès est normal, le pouls, quoique fréquent, est de bonne qualité, mais la fièvre est forte et la température avoisine 39 degrés. Les vomissements conti-



nuent; le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté, il est douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite qui est mate et empâtée. Quoique l'état général fût excellent, M. Cazin, en face d'accidents appendiculaires suivis de péritonite, pratiqua d'urgence l'opération. L'événement démontra à quel point cette intervention était justifiée; le malade était en pleine péritonite. A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappa une quantité de liquide grisâtre, d'odeur fécaloïde, qui occupait non seulement la fosse iliaque droite, au milieu d'anses intestinales libres, mais aussi la fosse iliaque gauche; la péritonite était donc diffuse, généralisée. L'appendice recouvert d'exsudat contournait la paroi externe du cæcum; il adhérait à un paquet d'épiploon sphacélé. Malgré la diffusion de la péritonite, le succès opératoire fut complet; les vomissements s'arrêtèrent; la température, qui s'était élevée à 40°,3 au moment de l'opération, devint normale, par brusque déferescence, dès le lendemain matin, ainsi que vous le voyez sur la courbe ci-dessus, et trois semaines plus tard le malade était guéri. Ce qui prouve que, à l'encontre de ce qui a été dit récemment à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux, les péritonites appendiculaires, même



quand elles sont généralisées, peuvent guérir quand l'opération est faite en temps opportun. Je vous montre sur cette figure l'appendice de ce malade; c'est un calcul qui avait provoqué la formation de la cavité close.

Encore une observation du même genre: Une jeune femme de vingt-sept ans, de santé irréprochable, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal, et grosse pour la cinquième fois, fut accouchée dans le courant du mois de décembre 1895 par M. Budin. L'accouchement se fit dans des conditions normales, les suites furent des plus simples, et tout allait au mieux, quand dix-neuf jours après son accouchement, cette jeune femme fut prise, dans la nuit du

3 au 4 janvier, de douleurs abdominales, d'état nauséux et de vomissements. Le lendemain matin, on fit administrer un lavement au sulfate de soude. Les douleurs augmentèrent d'intensité, les vomissements devinrent plus fréquents, et la température monta à 39°,5. On prescrivit de l'huile de ricin qui fut vomie, et du calomel. Je vis la malade avec M. Budin le 6 janvier, à midi, et j'eus d'emblée la plus mauvaise impression; elle avait le facies grippé et anxieux, les traits tirés, les yeux cerclés; le pouls était rapide, la constipation était absolue; auprès du lit, était une cuvette où l'on avait recueilli des vomissements verdâtres et porracés. Ces vomissements étaient très fréquents, excessivement pénibles. Quand je voulus examiner le ventre de la malade, elle me supplia de n'y pas toucher tant il était douloureux. C'est avec la plus grande douceur que j'essayai de pratiquer la palpation et la percussion; mais le moindre attouchement arrachait des cris à la malade qui demandait grâce. Il fut néanmoins possible de localiser le maximum de l'hypéresthésie et de la douleur à la région appendiculaire, au point de Mac Burney; il me suffisait de frôler la peau de la région cæco-appendiculaire pour provoquer des réflexes musculaires atrocement douloureux. Nous n'hésitâmes pas à diagnostiquer une péritonite appendiculaire, et nous convinmes avec M. Budin que l'opération serait faite le plus vite possible. Elle fut pratiquée le soir à dix heures par M. Routier, après une journée pendant laquelle les accidents s'étaient encore aggravés.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula du liquide louche et roussâtre. L'appendice turgide, mais non perforé, avait à sa base un point ecchymotique; la péritonite était diffuse, sans tendance à l'enkystement, et déjà propagé au petit bassin; c'est vous dire que notre impression fut des plus mauvaises. Toutefois, l'opération fut encore faite à temps, car les accidents diminuèrent d'intensité, l'amélioration s'établit et la malade finit par guérir. J'ai examiné l'appendice, qui était un type d'appendicite par cavité close; le canal appendiculaire était oblitéré par un calcul volumineux qui se formait depuis longtemps, insidieusement. Cette observation

est instructive à tous les points de vue; elle démontre l'influence de la grossesse et l'influence de l'hérédité sur la pathogénie de la lithiase appendiculaire, cette jeune femme récemment accouchée, étant la petite fille de la vieille dame dont j'ai rapporté plus haut l'observation.

Voici, maintenant, une péritonite appendiculaire généralisée, opérée sans succès, parce que l'opération fut pratiquée trop tard. Le jeudi 8 avril, dans l'après-midi, entra dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 1, un jeune garçon de seize ans, B..., atteint de vives douleurs abdominales, plus accentuées à la fosse iliaque droite que partout ailleurs, et irradiant en d'autres régions, à l'hypogastre, à l'ombilic, à la fosse iliaque gauche. Ces douleurs étaient apparues pour la première fois le lundi; d'abord supportables, puis très vives, et accompagnées de vomissements bilieux. Le lendemain mardi, les douleurs s'apaisèrent et une purgation détermina une diarrhée qui persistait encore lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Les journées du mardi et du mercredi se passèrent sans autres incidents et le malade se décida, tardivement, à venir à l'Hôtel-Dieu. A l'arrivée de cet homme dans mon service, le mercredi soir, rien ne pouvait faire supposer la gravité de son état; sa physionomie était bonne, le pouls était à 70; la fièvre était légère, puisque la température ne dépassait pas 38°,2. Le malade, assis sur son lit, se servant lui-même, exécutant sans peine tous les mouvements, parlait de ses douleurs abdominales sans en être autrement inquiet; ce n'était certes pas là le tableau d'une péritonite aiguë. Toutefois, le ventre était assez ballonné; la pression déterminait une douleur vive au point de Mac Burney; la défense musculaire était si accusée qu'elle rendait difficile l'exploration et ne laissait constater qu'un empatement diffus.

Quand je vis le malade, le lendemain matin, la nuit avait été bonne, la température était normale, la défervescence était complète; le pouls était à 60; rien, sur la figure de cet homme, ne trahissait le masque péritonéal; il n'y avait ni vomissements, ni hoquet; ajoutez à cela que les garde-robes avaient continué jusqu'à la veille, et vous conviendrez, avec

moi, qu'il était difficile d'admettre, *a priori*, que chez cet homme, l'appendicite, qui n'était point douteuse, eût abouti à une péritonite aiguë généralisée. Je trouvai le ventre modérément distendu, les douleurs existaient un peu partout, surtout à la fosse iliaque droite, siège de défense musculaire et de matité diffuse. Bien que tous ces symptômes ne fussent pas l'indice, il s'en faut, d'une situation périlleuse, je demandai que l'opération fût pratiquée séance tenante, et elle le fut en effet par M. Cazin. On était à ce moment au quatrième jour de la maladie.

L'opération démontra l'existence d'une appendicite et d'une péritonite purulente. Les manœuvres opératoires faites avec prudence, avant et après l'ablation de l'appendice, firent supposer que la péritonite était cantonnée à la fosse iliaque et ne s'était pas encore diffusée. Et cependant, il existait en outre plusieurs autres foyers péritonéaux que l'on trouva à l'autopsie, le malade ayant succombé quatorze heures après l'opération. Un de ces foyers était situé à la région sous-hépatique, l'autre à la fosse iliaque gauche; c'était un type de péritonite généralisée à foyers multiples, bien étudiée par M. Nélaton. Le coli-bacille était l'agent pathogène de cette péritonite appendiculaire. L'appendice, examiné aussitôt après son ablation, était oblitéré vers sa base; c'était une appendicite oblitérante due à la tuméfaction des parois; le canal appendiculaire dilaté en cavité close dans son tiers inférieur offrait à son extrémité une petite perforation; il n'y avait point de calcul.

Ce que je tiens à bien mettre en relief dans cette observation, c'est la rapidité, la gravité, l'étendue des lésions péritonéales coïncidant d'une façon paradoxale avec l'apparente bénignité des symptômes. De tels faits ne sont pas rares. Que l'appendicite ait été, ou non, bruyante et douloureuse à ses débuts, la péritonite qui lui fait suite peut s'installer et se diffuser avec une accalmie trompeuse; le malade succombe tranquillement, sans lutte, dans le collapsus, au sixième, septième, huitième jour de sa maladie, et on est assez surpris de trouver, à l'autopsie, une péritonite généralisée ou à foyers multiples. Ces mêmes affirmations ont été