

faction rapide du foie; le foie peut, en effet, devenir *énorme*, ses dimensions sont indiquées par le palper et par la percussion. La rate reste normale. La diarrhée est aussi fréquente que la constipation; dans le cas que j'ai observé, la diarrhée survenait sous forme de débâcle. L'ictère est assez tardif et plus ou moins accusé. Les symptômes généraux sont ceux d'un état typhoïde, le pouls est très accéléré, les accès de fièvre persistent pendant une ou deux semaines; parfois la fièvre s'amende, on constate comme une rémission et, en fin de compte, le malade succombe dans l'adynamie, dans le collapsus, dans un état syncopal, ou avec des symptômes d'ictère grave (hémorragies multiples, albuminurie, anurie). Telle est la terrible complication hépatique de l'appendicite; les grands accès de fièvre, la douleur hépatique et les autres symptômes, permettent d'en faire le diagnostic. Cette complication mortelle serait évitée si l'appendicite était opérée en temps voulu, avant que l'infection secondaire ait eu le temps de se produire.

Parfois même l'infection coli-bacillaire se généralise, elle traverse le foie, elle gagne la circulation pulmonaire, et alors des râles sous-crépitaux, des frottements témoignent que le poumon et la plèvre sont envahis (pleurésie purulente, broncho-pneumonie). Parfois, enfin, l'infection se généralise à toute l'économie¹.

Arrivons, Messieurs, au point culminant de ces leçons; abordons le *traitement* de l'appendicite. Je l'ai déjà dit dans ma communication à l'Académie, et je vous le répète avec conviction: *il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite*. Presque toujours, le traitement médical n'est bon qu'à nous faire perdre un temps précieux. Il est bien entendu qu'on doit soulager les malades; il est même indiqué de faire usage d'antipyrine, d'injections de morphine, d'applications de glace sur la région malade et autres moyens calmants, mais encore une fois ne nous méprenons pas sur l'efficacité de ces moyens; trop souvent ils nous font admettre

1. Piard. Suppurations à distance dans l'appendicite. *Arch. de méd.*, 1896.

une détente de la maladie alors qu'ils nous en masquent les symptômes. En face d'une amélioration factice, on se laisse aller à une douce quiétude, on pense, hélas! à la soi-disant typhlite, à la soi-disant colique appendiculaire, on est de bonne foi quand on annonce la guérison du malade traité avec des cataplasmes et des purgatifs, et le malade meurt pour n'avoir pas été opéré à temps ou pour n'avoir pas été opéré du tout.

Le traitement chirurgical est, à mon avis, le seul traitement *rationnel* de l'appendicite; il est le seul qui mette à l'abri des accidents immédiats et des accidents éloignés, il est le seul qui prévienne les rechutes et leurs conséquences. On me citera des exemples de malades qui ont guéri sans opération; certes oui, nous en avons tous vu, mais je citerai, par contre, des exemples nombreux de malades qui ont succombé parce que l'opération avait été à tort rejetée ou ajournée. On vient nous parler de tel ou tel cas, fort grave en apparence, qui a guéri sans opération et on le fait sonner bien haut, mais on garde le silence sur tous les cas qui se sont terminés par la mort, pour n'avoir pas été opérés ou pour n'avoir pas été opérés à temps.

Lisez ce que des hommes de valeur ont écrit sur les bienfaits du traitement dit médical et vous me direz ce qu'on doit penser de pareilles contradictions. Les uns nous disent: gardez-vous bien de prescrire des lavements et des purgatifs à un malade atteint d'appendicite, rien n'est plus funeste, car c'est exciter les mouvements de l'intestin, c'est favoriser le développement du mal, c'est peut-être aller au-devant des plus graves complications; donnez plutôt l'opium, afin d'immobiliser l'intestin et provoquez la constipation. Les autres nous disent: prescrivez tout d'abord des lavements et des purgatifs à un malade atteint d'appendicite; purgez-le, car c'est un moyen de pratiquer l'antisepsie intestinale; purgez-le, car c'est un moyen de combattre l'infection de l'intestin, cette infection cause première de tout le mal. N'est-il pas étrange de voir deux opinions si diamétralement opposées défendues avec une égale conviction? Cela vient de ce que les anciennes doctrines planent encore sur nous, tant il est difficile de déra-

ciner des erreurs invétérées ; cela vient de ce qu'on ne s'est pas encore suffisamment affranchi des théories regrettables et erronées qui tendent à solidariser l'appendicite, la typhlite et l'entérite, comme si l'appendicite n'avait pas encore acquis ses droits à l'indépendance. Que peut faire à l'appendicite, je vous le demande, qu'on administre ou non, quelques grammes d'huile de ricin ou de magnésie? il y a là un canal appendiculaire hermétiquement fermé par un calcul oblitérant, ou par un tissu fibroïde, ou par un étranglement ; il y a là une petite cavité close absolument isolée de l'intestin, et dans laquelle s'élabore à couvert la toxi-infection que vous savez ; que peut lui faire qu'on administre ou non ce purgatif qui soulève tant de controverses? Et dire qu'il y a encore des médecins qui se figurent qu'avec ce purgatif ils vont guérir l'appendicite ; et ainsi de suite pour les autres moyens composant le traitement dit médical, dont on dénature, dont on s'exagère l'importance, toujours avec l'idée fausse et préconçue que pour atteindre l'appendice il faut frapper l'intestin ! Pour atteindre l'appendice il faut ouvrir le ventre, c'est le seul moyen ; malheureusement des idées fausses sont venues obscurcir la question.

Que de fois j'ai entendu dire : « Il ne faut opérer que dans les cas vraiment aigus, quand la violence des symptômes appendiculaires fait redouter une complication péritonéale. » Mais je me suis efforcé de vous démontrer, pièces en mains, que ce ne sont pas toujours les appendicites les plus bruyantes qui sont les plus redoutables ; je vous ai cité bon nombre d'observations et je vais vous en citer d'autres où, sous des apparences de bénignité, la gangrène, la perforation de l'appendice, la péritonite, existaient déjà après quarante-huit heures, après trente-six heures, après vingt-quatre heures. Chez le petit garçon de ma première observation, la fièvre était insignifiante, l'appendicite s'annonçait comme devant être des plus bénignes, et cependant en quarante heures l'appendice était perforé et la septicémie péritonéale était en pleine évolution. Chez le jeune garçon de ma deuxième observation, l'appendicite à ses débuts paraissait si peu inquiétante, que les parents crurent à une simple indiges-

tion, et cependant, en vingt-quatre heures, l'appendice était perforé et la péritonite était diffuse. Chez la vieille dame de ma quatrième observation, la fièvre était peu élevée, les symptômes étaient bien légers, et cependant, l'opération, faite vingt-huit heures après le début, démontra l'existence d'une péritonite diffuse en pleine évolution. Vous voyez donc bien qu'on ne peut pas baser l'indication ou la contre-indication de l'opération sur l'apparente intensité ou sur l'apparente bénignité du mal.

Certains auteurs, partisans de l'opération, demandent qu'on n'opère pas avant le cinquième ou le sixième jour, époque à laquelle, disent-ils, la péritonite a eu le temps de se circonscrire. Mais qu'en savons-nous, si la péritonite voudra bien attendre le cinquième ou le sixième jour pour se circonscrire. Dans les cas que je viens de vous citer, l'appendice était gangrené, perforé, et la péritonite était en pleine diffusion dès le deuxième, troisième jour ; ces malades-là sont donc voués à une mort certaine, si, de parti pris, on diffère l'opération à une époque déterminée. Rappelez-vous le malade de notre cinquième observation, cet homme qui arrive dans le service de M. Duplay avec une appendicite datant de deux jours. A ce moment la douleur était nettement accusée au point de Mac Burney, il y avait défense musculaire, la fosse iliaque droite donnait la sensation d'un empâtement profond, mais l'état général était excellent, le malade n'avait ni l'apparence, ni les symptômes d'un homme atteint de péritonite. Cependant M. Cazin prit la décision d'intervenir immédiatement, et l'événement démontra à quel point cette intervention d'urgence, quarante heures après le début des accidents, était justifiée ; le malade était atteint de péritonite diffuse purulente, qui avait envahi la fosse iliaque droite et la fosse iliaque gauche ; l'appendice était sphacélé, perforé et adhérent vers son extrémité à un paquet d'épiploon sphacélé. J'ai pu constater, chez ce garçon, la maladie et la guérison ; que fût-il arrivé si, au lieu de l'intervention chirurgicale immédiate, on eût perdu un temps précieux à appliquer le traitement médical en attendant, de parti pris, le cinquième ou le sixième jour pour pratiquer l'opération?

Il y a quelque temps je voyais en consultation, avec M. Larcher, une jeune fille atteinte d'appendicite, survenue trois jours avant, dans des conditions en apparence peu graves. Néanmoins, M. Larcher avait parlé à la famille de l'intervention chirurgicale. La famille, assez récalcitrante à l'opération, ne consentit qu'après quelques hésitations à m'appeler en consultation. Je vis la jeune malade; elle était en effet atteinte d'une appendicite peu fébrile, peu douloureuse, sans que le danger parût imminent. Néanmoins, instruit par l'expérience, j'insistai et je mis en œuvre tous les arguments possibles pour que l'opération fût pratiquée. Elle fut faite en effet le jour même, par M. Monod, qui trouva une appendicite avec gangrène de l'appendice et péritonite diffuse. La jeune fille a parfaitement guéri; que fût-il arrivé si l'on s'était contenté du traitement médical et si, de parti pris, on eût différé l'opération au cinquième ou au sixième jour?

J'arrête mes citations, et cependant je n'aurais que l'embarras du choix au milieu des quarante observations dont je vous ai fait l'énumération. Je déclare que, chez les quarante malades auxquels je fais allusion, l'opération était absolument indiquée, souvent même à bref délai et je ne me suis jamais repenti de l'avoir conseillée. Le traitement chirurgical a été un véritable triomphe: car, sur ces quarante malades, plusieurs ont été opérés en pleine péritonite diffuse, avec gangrène ou perforation de l'appendice. Sur ces quarante malades, six ont succombé, et comme je les ai suivis de très près, je peux affirmer que, s'ils ont succombé, c'est qu'ils ont été opérés trop tardivement, alors que l'intoxication et l'infection rendaient la lutte trop inégale.

La statistique que je viens d'invoquer est le plus solide plaidoyer qu'on puisse imaginer en faveur de l'intervention chirurgicale *faite en temps opportun*. On ne dit pas, on ne publie pas tous les cas de mort survenus chez les malades atteints d'appendicite non opérés; j'en connais un grand nombre, plusieurs me sont personnels, car il fut un temps, hélas, où moi aussi je temporisais; vous en connaissez également; qui n'en connaît pas! si nous faisons l'addition

de tous ces cas, Messieurs, quelle hécatombe! vous sauriez mieux encore ce qu'il faut penser de la valeur du traitement médical, ou de la temporisation, ce qui revient à peu près au même. Comment; voilà un malade atteint d'appendicite aiguë, l'appendice est peut-être déjà perforé, ou gangréné, et vous temporisez! Comment; voilà un malade qui est peut-être en pleine péritonite; la péritonite va se diffuser, se généraliser, et vous temporisez; vous vous contentez de purgatifs, de cataplasmes et de vessies de glace! Mais, diront nos honorables contradicteurs, nous n'admettons l'opération que dans les cas très graves, dans les appendicites à tendance péritonéale, alors qu'il nous est prouvé que le traitement médical est insuffisant. Mais, leur répondrai-je, sur quels signes, sur quels symptômes vous basez-vous pour porter le pronostic d'une appendicite en évolution? La violence de la fièvre et l'élévation de la température, je l'ai répété à satiété, n'ont aucune signification précise, et je viens de vous citer des cas extrêmement graves avec péritonite rapide, alors que la fièvre était modérée et la température peu élevée. Le degré d'intensité des douleurs et les symptômes généraux sont des guides infidèles et trompeurs, quand il s'agit de faire la part des lésions appendiculaires et péritonéales. Je ne serai pas démenti par nos collègues en chirurgie, quand je dirai que, dans bien des cas, la péritonite appendiculaire s'installe sournoisement, sans annoncer son entrée en scène.

Il me paraît donc impossible dans la grande majorité des cas, de porter le pronostic d'une appendicite, en évolution, à plus forte raison, est-il impossible de pousser les finesses du diagnostic jusqu'à dire qu'une appendicite est *plastique, pariétale*¹ ou autre chose. Ces classifications, à peine bonnes en anatomie pathologique, sont absolument illusoires en clinique. Au point de vue clinique et en face du traitement, *l'appendicite est une et indivisible*. Quand on a reconnu une appendicite, on ne peut prévoir comment elle se terminera; vous ne pouvez savoir si elle sera ou non,

1. Talamon. Société médicale des hôpitaux, séance du 9 avril 1897.

compliquée d'accidents sérieux, graves ou terribles; nul ne peut affirmer que dès le deuxième, dès le troisième ou le quatrième jour, l'appendice ne sera pas gangréné, perforé, et la mort imminente. Voilà pourquoi le traitement médical est illusoire ou insuffisant, voilà pourquoi, à part des cas extrêmement bénins, extrêmement légers, il faut s'adresser au traitement chirurgical. C'est à nous, médecins de savoir prendre une décision, c'est à nous de faire passer dans les familles la conviction qui nous anime. Trop souvent nous faisons appeler le chirurgien après avoir longtemps hésité et après avoir épuisé l'inutile bagage de nos moyens médicaux.

Tout ce que je viens de dire des appendicites aiguës est applicable aux appendicites subaiguës, chroniques ou à rechutes. Malgré leur réputation de bénignité, réputation souvent usurpée, méfiez-vous, soyez attentifs et ne vous laissez pas surprendre. « Dans ces formes, très bénignes en apparence, dit M. Brun, la bénignité des symptômes m'a souvent fait hésiter à proposer l'intervention chirurgicale; l'opération faite, et l'appendice en mains, je me suis toujours, au contraire, devant l'intensité des lésions, félicité d'être intervenu. A en croire M. Talamon, ajoute M. Brun, il n'y aurait dans ces appendicites à rechutes aucun inconvénient à temporiser et la perforation ou la gangrène de l'appendice ne seraient jamais à craindre. J'avoue ne pas partager un pareil optimisme et j'ai connaissance de deux cas très certains où la mort par péritonite suraiguë est survenue chez des malades qui, à deux et trois reprises et à quelques mois de distance avaient présenté les signes passagers, mais indéniables, de la forme spéciale d'appendicite que j'ai en vue ¹. » Je partage absolument l'opinion de M. Brun et, parmi les observations que je vous ai citées, plusieurs viennent à l'appui de ces idées. Aussi, j'ai peine à comprendre la quiétude de certains médecins, alors même que leurs malades sont sortis triomphants d'une attaque d'appendicite. Trop souvent, même après guérison apparente, le feu couve sous la cendre,

1. Brun. *La Presse médicale*, 1897, p. 209.

l'appendicite est là, menaçante, prête aux récurrences, prête à la perforation, prête aux infections secondaires :

Hæret lateri lethalis arundo.

Il est donc une formule, et c'est par là que je termine ces leçons, il est une formule, Messieurs, que je voudrais bien graver dans votre esprit : on ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard.