

Chirurgie¹. Une enfant de dix ans et demi est prise d'appendicite, le 6 février 1899. Deux vomissements alimentaires, pris par la famille pour une indigestion, marquent le début de la maladie; aussi, ne fait-on pas mander le médecin. Le surlendemain, dans la nuit du mercredi au jeudi, la fillette est prise de vomissements bilieux, avec douleur épigastrique et scapulaire droite. Le jeudi matin, le D^r Valmont, appelé près de l'enfant, constate une douleur appendiculaire, au point de Mac Burney; le ventre est légèrement ballonné, la fièvre nulle.

On prescrit l'opium à l'intérieur, et des applications de glace sur le ventre; la fillette passe une assez bonne nuit, quand le vendredi matin, la situation empire rapidement: réapparition d'un vomissement, frisson violent, réveil d'une vive douleur à la fosse iliaque droite, ballonnement douloureux du ventre, avec défense musculaire, mauvais facies, pouls à 120, température à 39°3. Cette situation, vous le voyez, était alarmante, elle semblait indiquer une appendicite redoutable avec imminence de péritonite et la famille est d'autant plus terrorisée que, dans l'entourage, on avait perdu un enfant d'appendicite quelques années avant. Mais vous allez voir avec quelle rapidité le calme succède à l'orage; je cite textuellement la communication de M. Segond.

« La crise douloureuse et fébrile, née brusquement à neuf heures du matin, cesse de même à onze heures, pour faire place à un bien-être étonnant. La fillette reprend tout d'un coup bonne figure; elle se met à jouer sur son lit, en disant à tous qu'elle est guérie, et c'est dans cet état que je la trouve à une heure de l'après-midi, si bien qu'à mon arrivée, les parents s'excusent de m'avoir dérangé inutilement. A ce moment (vendredi une heure de l'après-midi, quatre heures après le frisson et deux heures après la brusque amélioration), voici ce que je constate: facies excellent, langue un peu blanche, mais très humide, odeur un peu aigrelette de l'haleine, la douleur de l'épaule droite persiste, ventre souple et sans ballonnement. Toute douleur abdominale

1. Société de chirurgie, séance du 15 février 1899.

spontanée a disparu; toutefois, une pression forte au niveau de la région appendiculaire éveille encore une sensation pénible, sourde et assez bien localisée. Il semble, en outre, qu'il y ait, non pas de l'empâtement, mais un peu de défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite. L'enfant est très gaie, elle a rendu des gaz par l'anus, elle a même eu une selle normale et elle demande à manger. Bref, si le diagnostic d'appendicite n'est pas douteux, il n'est pas moins certain que l'amélioration est considérable et bien faite pour inviter à l'abstention chirurgicale.

« Il existe toutefois deux signes qui survivent à la crise du matin et qui me donnent l'éveil; la température, quoique abaissée, n'est pas tout à fait normale, et de plus le pouls est encore, non plus à 120, mais à 110. C'est en me basant sur cette accélération du pouls et sur sa discordance avec l'amélioration générale que je conseille l'incision immédiate, avec la prière de faire confirmer sans retard mon opinion par des consultants autorisés. Je vous fais grâce de la douloureuse stupéfaction causée aux parents par cette déclaration inattendue. M. Dieulafoy et M. Hutinel viennent à cinq heures du soir, en compagnie du D^r Valmont. Ils affirment à leur tour la nécessité d'une intervention et j'opère à sept heures, avec l'assistance de mes deux internes, en présence de mes amis, les D^{rs} Valmont et Lescudé.

« A l'ouverture du péritoine pariétal, issue d'un flot de sérosité trouble répandue au loin entre les anses intestinales et accumulée en quantité très abondante dans tout le petit bassin. Découverte de l'appendice, qui est couché derrière le cæcum et remonte assez haut vers le foie pour que son dégagement définitif nécessite l'agrandissement par en haut de l'incision abdominale. Il n'existe nulle part de pus véritable ni de tendance à un enkystement quelconque. L'appendice est énorme, gros au moins comme mon petit doigt, sphacélé en totalité jusqu'à un demi-centimètre de son insertion cæcale et perforé en deux points qui laissent sourdre un liquide saigneux, noirâtre, extrêmement fétide. A l'intérieur de l'appendice, se trouve un bloc de matières fécales durcies, ayant la forme d'un haricot et constitué par une série de couches con-

centriques et stratifiées. Résection de l'appendice au ras du cæcum et enfouissement du petit moignon ligaturé sous un rang de sutures de Lembert, faites à la soie très fine. Lavage du péritoine et notamment de la cavité pelvienne avec de l'eau stérilisée chaude. Fermeture complète de la plaie abdominale avec drainage du clapier. »

L'enfant a rapidement guéri, il est facile de prévoir ce qui serait arrivé si des médecins temporisateurs, trompés par cette accalmie traîtresse, avaient renvoyé l'opération au lendemain; l'enfant aurait certainement succombé.

Ces exemples sont plus que suffisants pour vous instruire sur les accalmies traîtresses de l'appendicite. Cette détente apparente, cette période d'accalmie, est fréquente au cours de l'appendicite; on ne la connaît pas assez, on ne l'a pas suffisamment décrite. Que cette détente soit, ou non, provoquée par la médication, sachets de glace sur le ventre, pilules d'opium, piqûres de morphine, il n'en est pas moins vrai que les symptômes douloureux et bruyants qui signalent la première période de l'appendicite sont parfois suivis, les jours suivants, d'un bien-être qui fait croire à l'amélioration réelle du malade. C'est en pareil cas que l'opération, qui était imminente, est renvoyée à une date ultérieure: on espère gagner du temps et on en perd; les accidents se précipitent, et quand on veut intervenir, il est trop tard.

Le fait saillant dans l'histoire de l'appendicite, c'est qu'il est bien souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir à quel moment les accidents péritonéaux succèdent aux accidents appendiculaires. Nous voilà bien loin de la division, tout artificielle, invoquée par des auteurs, dont je cite textuellement les paroles: « Il y a habituellement, dans l'appendicite, deux périodes bien distinctes: la période préparatoire qui précède la perforation, et que nous avons proposé d'appeler la période de coliques appendiculaires, et la phase péritonitique, qui suit la rupture de l'appendice¹. » Ainsi que je l'ai déjà dit et écrit, ces assertions sont inexactes, et il

1. Talamon. *Appendicite et péritiphylite*, 1892, p. 102.

est nécessaire de rétablir les faits. Imbu de pareilles idées, on pourrait croire, à tort, que la péritonite n'éclate que lorsque l'appendice est perforé, tandis qu'il ne manque pas d'exemples où la péritonite, sous toutes ses formes, généralisée ou localisée, se déclare alors que l'appendice infecté *n'est point perforé*; imbu de pareilles théories, on pourrait croire à tort que la péritonite s'annonce toujours par un cortège de symptômes qui permettent de prévoir le danger et d'y parer; perdez ces illusions, car il est souvent impossible de savoir à quel moment les symptômes péritonéaux font suite aux symptômes appendiculaires. Symptômes appendiculaires et symptômes péritonéaux sont pour ainsi dire fusionnés et subintrants; les douleurs, les vomissements alimentaires et bilieux, la défense musculaire, l'état de la fièvre et du pouls, la constipation et le tympanisme abdominal, tous ces signes peuvent exister avec ou sans participation du péritoine; on guette l'entrée en scène de la péritonite alors qu'elle est déjà en pleine évolution, on attend alors qu'il faudrait agir et, sur la foi d'assertions erronées, le malade succombe faute d'avoir été opéré.

Donc, les accidents péritonéaux peuvent succéder à l'appendicite sans se dévoiler par de nouveaux symptômes; ils peuvent même coïncider avec une amélioration apparente de l'état du malade, avec une accalmie traîtresse.

Pour si étrange, pour si paradoxal que paraisse ce fait, on est bien obligé de l'admettre; dans bon nombre des cas, les lésions péritonéales les plus graves coïncident avec une détente apparente des symptômes appendiculaires; toute l'histoire de l'accalmie traîtresse est résumée dans ces quelques mots. Peut-être serait-il possible de trouver une explication de faits aussi discordants. Si je me reporte au très remarquable travail expérimental de M. Klecki¹ sur la pathogénie des péritonites d'origine intestinale, travail qui a été mon guide dans la recherche expérimentale de la pathogénie de l'appendicite par cavité close, je vois dans les expériences de

1. De Klecki. Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Étude de virulence du colibacille. *Annales de l'Institut Pasteur*, septembre 1898.

M. Klecki que l'exaltation de virulence du colibacille acquiert son maximum d'intensité dans le segment de l'anse intestinale qu'une double ligature a transformé en cavité close; les microbes traversent alors les parois de l'anse intestinale ligaturée, arrivent dans le péritoine et provoquent la péritonite (processus identique au processus que j'ai constaté pour la cavité close appendiculaire). Mais le fait étonnant et inattendu qui résulte des expériences de M. Klecki, c'est que la virulence du bacille retiré du liquide péritonéal est, dans la plupart des cas, inférieure à la virulence du bacille exalté en cavité close intestinale. Autrement dit, « le passage des microbes virulents dans la cavité péritonéale en *atténue* la virulence ». Je ne donne pas ici les expériences détaillées, qu'on trouvera dans le mémoire de M. Klecki; il me suffit d'en consigner les conclusions.

Sans vouloir assimiler complètement le fait clinique au fait expérimental, il est impossible néanmoins de ne pas être frappé des analogies. Dans le fait expérimental (transformation d'une anse intestinale en cavité close), comme dans le fait clinique (transformation du canal appendiculaire en cavité close), une violente exaltation de virulence se produit, un terrible foyer toxi-infectieux se développe. Dans le fait expérimental, comme dans le fait clinique, les microbes pathogènes exaltés en cavité close traversent les parois de l'appendice et vont déterminer des infections péritonéales de forme diverse, septicémie péritonéale, péritonite diffuse, péritonite localisée. Pourquoi, dès lors, ne pas admettre que dans le fait clinique, comme dans le fait expérimental, l'entrée en scène des lésions péritonéales puisse coïncider avec une atténuation passagère de la virulence des microbes venus du foyer appendiculaire; atténuation passagère, ayant pour résultat l'accalmie traîtresse et transitoire que nous venons d'étudier.

Du reste, peu importe la théorie; le fait clinique dominant et essentiel, c'est qu'il n'est pas possible, dans la très grande majorité des cas, d'établir deux périodes distinctes dans l'évolution des accidents appendiculo-péritonéaux. *Symptômes appendiculaires et symptômes péritonéaux sont*

similaires, fusionnés, subintrants; voilà une phrase, Messieurs, que je voudrais graver profondément dans votre esprit; il est très souvent difficile de savoir à quel moment la péritonite se déclare; bien mieux, c'est parfois pendant que les accidents péritonéaux entrent en scène, qu'une accalmie trompeuse se produit.

Vous voyez alors comment les choses se passent. Un malade est atteint d'appendicite, un médecin est appelé, et, comme le cas lui paraît assez bénin, il institue le traitement dit médical, cataplasmes ou sachets de glace sur le ventre, il prescrit quelques centigrammes d'opium, ou un verre d'eau purgative, suivant qu'il est dans le camp de ceux qui veulent qu'on purge ou qu'on ne purge pas. Le lendemain, la maladie suit son cours, les douleurs sont vives au point de Mac Burney, des vomissements apparaissent, le pouls est accéléré; la température monte à 38°. On continue le traitement dit médical, on pratique des piqûres de morphine, le malade est mis au repos le plus absolu, dans le décubitus dorsal, suivant une pratique en vogue à Berlin; mais, en dépit de ce fameux traitement dit médical, que je considère comme nul et trop souvent fatal, la situation devient menaçante, les douleurs sont violentes, le ventre se ballonne, l'idée d'une intervention chirurgicale gagne l'entourage.

Alors, voilà qu'au milieu des angoisses et des indécisions, une amélioration se produit, les douleurs diminuent d'intensité, la température baisse, la défervescence est même complète, les vomissements cessent; en un mot, une détente se fait; on se félicite et l'on vante bien haut les résultats du traitement dit médical. Hélas! cette accalmie trompeuse est de courte durée, les accidents se précipitent, le danger devient imminent, la griffe péritonéale s'imprime au visage, l'intervention chirurgicale est acceptée comme un pis-aller; mais, non opéré ou opéré, il est trop tard, le malade succombera.

Ainsi se déroule la dramatique histoire de tant d'appendicites, trompeuses dans leur marche, traîtresses dans leur évolution, non opérées à temps et aboutissant en fin de compte à la mort.

Ne confondez donc pas l'amélioration de bon aloi et l'accalmie traîtresse de l'appendicite; sachez les distinguer. L'amélioration de bon aloi porte en même temps sur tous les symptômes; il n'y a pas entre eux de discordance flagrante, le pouls diminue de fréquence pendant que la température se rapproche de la normale, le tympanisme décroît pendant que les douleurs disparaissent, douleurs et tension abdominale s'amendent parallèlement, le bien-être est réel et non factice.

Tout autre est l'accalmie traîtresse; la température s'abaisse, mais le pouls, reste petit, accéléré, à 90, 100, 120 pulsations; les douleurs abdominales s'amendent, soit spontanément, soit sous l'influence de la glace et de la morphine, mais le ventre reste tendu et tympanisé; les traits sont tirés, regardez de près le malade et vous verrez que le facies conserve l'empreinte péritonéale.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Les symptômes bruyants et douloureux de l'appendicite, douleur abdominale, fièvre et vomissements, sont parfois suivis d'une brusque détente, avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, bien-être apparent du malade.

2° Cette brusque détente, cette défervescence, n'est pas toujours le signal d'une amélioration réelle du mal, c'est parfois une fausse détente, une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse.

3° Il est même à remarquer que cette accalmie trompeuse et traîtresse coïncide assez souvent avec la formation de lésions les plus redoutables : gangrène de l'appendice, septicémie péritonéale, péritonite diffuse.

4° L'accalmie traîtresse n'est pas une détente complète; quand on y regarde de près, on voit qu'il y a entre les symptômes une discordance flagrante, le pouls reste accéléré malgré la chute de la température, le tympanisme persiste malgré la disparition des douleurs, le facies conserve l'empreinte péritonéale malgré le bien-être apparent.

5° Cette fausse détente de l'appendicite est tantôt spontanée, tantôt favorisée par la médication, pilules d'opium,

injections de morphine, applications de sachets de glace, qui masquent l'évolution des symptômes menaçants.

6° L'accalmie traîtresse apparaît à des périodes variables; elle peut survenir dès le deuxième jour de l'appendicite (comme dans la deuxième observation), au sixième jour (comme dans la première observation), au quatrième jour (comme dans mes troisième, quatrième et cinquième observations).

7° Ces accalmies, coïncidant avec le développement de graves complications péritonéales, montrent une fois de plus l'inexactitude des descriptions qui divisaient en deux périodes distinctes et bien tranchées l'appendicite et la péritonite. Ces descriptions sont entachées d'erreur; le plus souvent, les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont similaires, subintrants, fusionnés, sans qu'il soit possible de dire à quel moment la péritonite entre en scène.

8° Les accalmies traîtresses de l'appendicite sont souvent cause de mort. Un médecin temporisateur ou hésitant saisit avec empressement cette soi-disant détente de la maladie pour ajourner ou pour éviter l'intervention chirurgicale, croyant qu'il sera toujours temps d'opérer plus tard, « à froid »; mais, bientôt, surviennent des accidents terribles, contre lesquels le traitement chirurgical est lui-même impuissant, et le malade succombe.

9° Méfions-nous des accalmies traîtresses de l'appendicite, sachons les reconnaître, et faisons opérer nos malades sans tarder si nous ne voulons pas les exposer à la mort.