

QUATORZIÈME LEÇON

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

MESSIEURS,

Comme complément à nos dernières leçons sur les accalmies traîtresses et sur le diagnostic de l'appendicite, je crois devoir entrer dans quelques développements nouveaux concernant le traitement de cette terrible maladie. Tout récemment encore, des discussions aussi nombreuses qu'intéressantes ont éclaté de tous côtés, à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, à la Société de médecine; je n'ai jamais laissé passer l'occasion de prendre une part active à ces discussions, et la leçon d'aujourd'hui, motivée par quelques cas d'appendicite opérés et guéris, aura pour but de vous montrer où en est la question du traitement.

Il est un premier point sur lequel j'ai particulièrement insisté dès ma première communication de 1896 à l'Académie, c'est « qu'il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite ». Le traitement dit médical, vous ai-je dit, est un « trompe l'œil » qui ne sert qu'à nous faire perdre un temps précieux. A plusieurs reprises cependant, quelques médecins et même des chirurgiens se sont faits les champions du traitement médical et récemment la campagne a recom-

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE 283

mencé à l'Académie et ailleurs. De la lutte et des discussions jaillissent les idées, c'est le meilleur moyen d'arriver à la vérité; aussi ai-je le devoir de vous soumettre les opinions contradictoires émises de part et d'autre; cette étude comparative motivera nos conclusions.

A plusieurs reprises, je vous ai entretenus de l'insuffisance du traitement médical; je vous ai même dit que ses défenseurs étaient loin de s'entendre, puisque les uns prescrivent tels médicaments que les autres condamnent énergiquement. Permettez-moi de vous rappeler mes appréciations sur cette thérapeutique. Lisez ce que des hommes de valeur ont écrit sur les bienfaits du traitement dit médical de l'appendicite, et vous me direz ce que l'on doit penser de pareilles contradictions. Les uns nous disent: « Gardez-vous bien de prescrire 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 provoquer la constipation. » Les autres nous disent: « Prescrivez les purgatifs à un malade atteint d'appendicite; purgez-le, car c'est un moyen de pratiquer l'antiseptie intestinale; purgez-le, car c'est un moyen de combattre l'infection de l'intestin, cette infection cause première de tout le mal. » Telles sont les opinions diamétralement opposées défendues avec une égale conviction. Ainsi les purgatifs sont-ils préconisés par M. Ferrand<sup>1</sup>; l'opium, tant vanté par certains médecins, ne trouve pas grâce devant notre collègue, c'est même pour lui « un agent souvent plus dangereux qu'utile ». Le vrai médicament de l'appendicite serait, pour M. Ferrand, la belladone, qui, « loin de suspendre les sécrétions de l'intestin et d'en paralyser la motricité, favorise, au contraire, ces deux ordres de fonctions ».

Ces différentes théories thérapeutiques, qu'il s'agisse de purgatifs, de belladone ou d'opium, prouvent que les anciennes doctrines concernant la pathogénie de l'appendi-

1. Ferrand. *Académie de médecine*, février 1899.



cite planent encore sur nous, tant il est difficile de déraciner les erreurs invétérées; elles prouvent qu'on ne s'est pas encore suffisamment affranchi des idées qui tendent à solidariser l'appendicite avec le reste de l'intestin. Ainsi que je vous l'ai dit en d'autres circonstances, que peut faire à l'appendicite qu'on administre ou non quelques grammes de magnésie, quelques grains d'opium ou quelques centigrammes de belladone? Il y a là un canal appendiculaire qui vient d'être hermétiquement fermé; il y a là une petite cavité close absolument isolée de l'intestin et dans laquelle se fait à couvert la terrible toxi-infection que vous savez; que peut lui faire qu'on administre ou non le purgatif, la belladone ou l'opium?

Non seulement le traitement dit médical est entaché de nullité, mais il n'a même pas le mérite d'arriver à temps. En effet, à la première alerte, au premier signal douloureux qui nous révèle l'entrée en scène de l'appendicite, *le mal est déjà fait*, le canal est bouché, la toxi-infection qui s'élabore dans l'étuve appendiculaire a commencé ses ravages, et nul ne sait où ces ravages s'arrêteront; les colonies microbiennes exaltées traversent les parois de la cavité close, les vaisseaux appendiculaires se thrombosent, la gangrène est imminente, les toxines se résorbent, et pendant ce temps-là vous discutez sur les propriétés respectives de la belladone et de l'opium!

Nous les connaissons, du reste, les résultats du traitement dit médical: il donne 30 p. 100 de mortalité, nous a dit M. Chauvel, sans compter que les malades qui n'ont pas succombé à cette première attaque appendiculaire sortent de là avec un appendice adultéré, prêt aux récidives, récidives souvent mortelles à brève ou à longue échéance, ainsi que l'a si bien démontré M. Reclus dans une intéressante communication<sup>1</sup>.

Pour les besoins de la discussion que j'entreprends aujourd'hui, il est essentiel de consulter l'important document communiqué par M. Chauvel à l'Académie de médecine<sup>2</sup>,

1. Reclus. Traitement de l'appendicite. *Académie de médecine*, séance du 7 février 1899.

2. Chauvel. *Académie de médecine*, février 1899.

document qui est, à mon sens, l'argument le plus terrible contre le traitement médical de l'appendicite. M. Chauvel a réuni 171 cas qui résument la question de l'appendicite dans l'armée pendant une période de trois ans. Au point de vue du traitement, on peut diviser ces 171 cas d'appendicite en deux parties à peu près égales: 83 cas ont été traités médicalement et 88 cas ont entraîné l'intervention chirurgicale. Pour moi, qui ne crois pas au traitement médical de l'appendicite, j'aurais été heureux que M. Chauvel nous donnât des explications plus étendues et plus circonstanciées sur les moyens médicaux mis en usage; je cite textuellement les quelques lignes par lesquelles il nous fait connaître ce traitement dit médical.

« Tant qu'à faire un choix entre les évacuants et l'opium, à proscrire absolument les premiers pour n'utiliser que l'action paralysante du second, les faits ne me permettent pas d'adopter une telle manière de voir. Je crois que l'un et l'autre ont leurs moments et leurs indications et que, si l'opium est le calmant par excellence de la douleur et des contractions intestinales, il arrive une période où l'évacuation régulière de l'intestin favorise aussi le retour à l'état normal des fonctions du tube digestif et accélère la digestion. »

L'opium et les purgatifs, les purgatifs et l'opium, voilà donc les moyens que la médecine oppose à la terrible toxi-infection appendiculaire. Mais, trêve de théories. Abordons les faits et voyons un peu quels ont été les résultats du traitement dit médical dans la statistique de M. Chauvel.

Sur 83 malades traités médicalement, la mortalité a été, nous dit M. Chauvel, de 30 p. 100. Trente pour cent! C'est-à-dire que sur trois hommes atteints d'appendicite et traités médicalement un doit mourir, ou peu s'en faut. Je ne connais rien de pareil dans les annales de nos maladies les plus meurtrières, même en remontant aux anciennes épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine ou de diphtérie. Je n'interprète pas, je constate.

Et de quoi meurent ces hommes traités *médicalement*? Voici la réponse de M. Chauvel: « D'habitude, les patients



succombent à une péritonite suppurée généralisée, parfois à la septicémie péritonéale, parfois aussi à une infection de toute l'économie, née de fusées purulentes ou gangreneuses parties du foyer appendiculaire ». Mais alors, *puisque c'est ce foyer appendiculaire qui cause tout le mal et la mort*, ne serait-il pas plus logique de le supprimer en temps voulu et l'intervention chirurgicale précoce ne serait-elle pas mieux indiquée que le purgatif ou l'opium ?

Voyons maintenant les résultats qui ont été obtenus lorsque les malades atteints d'appendicite ont été traités chirurgicalement. Sur les 88 cas qui forment cette seconde série de la statistique de M. Chauvel, la mortalité, nous dit M. Chauvel, a été de 31,8 p. 100. Ce qui fait que sur trois hommes opérés d'appendicite, un doit mourir ou peut s'en faut. Par conséquent, en additionnant les cas de mort chez les malades traités médicalement et les cas de mort chez les malades traités chirurgicalement, nous trouvons une mortalité de 30,9 p. 100, soit 52 décès sur 171 cas.

M. Chauvel veut-il me permettre de comparer une autre statistique à la sienne ? Remarquez bien, Messieurs que je ne cherche pas à opposer une statistique à une autre ; loin de moi pareille pensée. M. Chauvel nous a mis entre les mains un document précieux à tous les égards ; pour ma part, je ne saurais trop l'en remercier ; eh bien, à côté de la franche et loyale statistique qu'il nous a donnée, qu'il me soit permis de placer une autre statistique, qui sera, elle aussi, franche et loyale.

Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, si j'avais à évoquer des succès opératoires personnels, mon langage serait tout autre, car on est mal venu à vanter sa marchandise. Mais quoique n'étant pas chirurgien, les circonstances ont fait que, dans ces quatre dernières années, j'ai vu de près, de très près, 74 cas d'appendicite. Tantôt j'ai dû assumer, à moi seul, la responsabilité de l'intervention chirurgicale, tantôt j'ai été heureux d'avoir à partager avec d'autres collègues cette lourde responsabilité. Sur ces 74 cas, je ne peux dire quel a été le résultat du traitement dit médical, car, n'y croyant pas, et conséquent avec moi-même, je ne l'ai ni

conseillé ni employé. Donc, sur 74 malades atteints d'appendicite, pour lesquels j'ai eu à prendre une décision ou une part de décision, 74 ont été opérés (aussi précocement que les circonstances l'ont permis) par les chirurgiens dont voici les noms, par lettre alphabétique : MM. Bouilly, Chaput, Cazin, Hartmann, Lucas-Championnière, Monod, Gérard Marchant, Marion, Pozzi, Reclus, Richelot, Routier, Segond, Tuffier.

Voici quels ont été les résultats : sur les 40 opérés qui composent une première série (notée dans mes *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* de 1897), je relève 6 décès, et sur les 34 opérés qui composent la deuxième série, datant de ces deux dernières années, je ne relève que deux décès ; autrement dit : 8 décès sur 74 opérés, soit une mortalité de 10,8 p. 100 ; mortalité qui serait singulièrement réduite s'il m'avait été donné de pouvoir faire opérer certains malades à une phase moins avancée de leur maladie ; mais qu'y pouvons-nous, quand un homme nous arrive presque mourant à l'hôpital ou quand une famille nous appelle alors que le mal a déjà fait ses ravages ?

Ne croyez pas que cette mortalité, relativement faible, soit due à la bénignité des cas qui composent cette statistique. Chez bon nombre de nos opérés, l'appendice était déjà gangrené, la péritonite était diffuse et le danger était imminent : l'appendice était gangrené et la péritonite était diffuse chez la jeune femme, grosse de cinq mois, que nous avons vue le 6 mai 1898 avec MM. Pinard et Bouilly ; la péritonite était diffuse, autant dire généralisée, chez le malade que nous avons vu, le 16 septembre 1898, avec MM. Segond et Ramond ; l'appendice était sphacélé et la péritonite envahissante chez la malade que nous avons vue, le 12 avril 1898, avec M. Hartmann ; l'appendice était gangrené et la fosse iliaque en pleine suppuration chez la malade que nous avons vue dans la Charente-Inférieure, avec M. Gérard Marchant, le 13 août 1898 ; l'appendice était gangrené et la péritonite était diffuse chez le jeune garçon que nous avons vu, le 24 mai 1897, avec MM. Routier et Leval ; l'appendice était sphacélé et la péritonite était géné-



ralisée chez la jeune femme, grosse de cinq mois, que nous avons vue, le 14 janvier dernier, avec MM. Pinard, Segond et Roques; l'appendice était gangrené et la péritonite était étendue chez le malade que nous avons vu le 8 avril avec M. Routier. L'opération a guéri tous ces malades, et je pourrais multiplier les citations afin de prouver que, dans la statistique que je présente, les cas graves et intenses occupent une large part.

D'où vient donc que, malgré cela, la mortalité pour les 74 cas qui composent cette statistique est relativement peu élevée? Ce résultat me paraît dû à ce fait qu'on n'a pas perdu un temps précieux à instituer ou à prolonger un traitement médical que je considère comme nul, et, par conséquent, comme funeste. L'opération a été décidée et pratiquée aussi vite que les circonstances l'ont permis; on ne s'est pas attardé à des temporisations plus que regrettables; on ne s'est pas payé de formules préconisant l'abstention opératoire tant que l'appendicite n'est pas refroidie; on a évité de prendre pour une détente de la maladie ce qui n'est, bien souvent, qu'une accalmie traîtresse; on n'a pas renvoyé au lendemain l'opération qu'on devait faire le jour même, et grâce à ces préceptes, qui ont surtout pu être mis en pratique dans les cas qui composent la deuxième série de notre statistique, nous n'avons à noter que deux décès sur 34 malades dont les appendicites ont été traitées chirurgicalement.

C'est en voyant ces résultats, c'est en réfléchissant aux succès merveilleux que donne l'intervention chirurgicale, *faite en temps voulu*, que je suis arrivé à la conviction formelle que s'il était possible de supprimer à temps le terrible foyer toxi-infectieux appendiculaire, que nous connaissons bien maintenant, on supprimerait du même coup tout le danger de l'appendicite, on parerait à tous les accidents; en un mot, on ne devrait pas mourir d'appendicite.

Malgré tous les arguments que j'essaye de faire valoir, M. Ferrand, dans son éloquent plaidoyer en faveur du traitement dit médical, cite les opinions de quelques chirurgiens qui prêchent la temporisation et s'abritent derrière le

traitement médical. Loin de moi l'idée de critiquer en rien leur conduite; mais, sur cette question vitale du traitement de l'appendicite, il faut pourtant bien nous entendre et nous compter. Oui, quelques chirurgiens, et des meilleurs, prêchent la temporisation; ils sont temporisateurs. Que faut-il donc entendre par temporisateurs? Lisez les Comptes rendus ou les Bulletins récents de la Société de chirurgie et vous y trouverez la réponse. Le chirurgien temporisateur redoute l'opération de l'appendicite pendant sa phase aiguë et fébrile; il préfère attendre que l'appendicite soit refroidie. L'un nous dit: « Une simple douleur du côté de l'appendice avec une réaction locale et générale modérée et tendance régressive, sous l'influence du traitement médical rigoureux, ne commande pas à mes yeux l'opération. » Je demanderai à ce chirurgien ami ce qu'il entend par le traitement médical rigoureux, et je lui citerai une dizaine de cas où des gens atteints d'appendicite « peu douloureuse avec une réaction locale et générale modérée » seraient probablement morts s'ils n'avaient pas été opérés à temps, car ils étaient en pleine péritonite et leur appendice était perforé ou gangrené.

Tel chirurgien temporisateur pratique le traitement médical « en revoyant son malade matin et soir, notant chaque fois avec précision sa température, son pouls, l'état de son facies, se tenant prêt, au moindre changement défavorable, à modifier sa ligne de conduite et à opérer s'il le juge convenable ». Je répondrai que l'accentuation des lésions est loin d'être en rapport avec l'accentuation des symptômes cliniques, et c'est même assez fréquemment pendant une amélioration trompeuse ou pendant une accalmie traîtresse que l'appendicite prépare ses coups mortels. Un autre chirurgien nous dit « que dans les formes plastiques et rassurantes de l'appendicite on peut, sans danger, attendre la fin de la période aiguë et opérer pour ainsi dire à froid ». Je répondrai à mon cher collègue et ami que je ne connais pas les « formes rassurantes » de l'appendicite, car j'ai vu mourir plusieurs malades, alors que l'on se croyait en droit d'être rassuré.



En résumé, je ne trouve, dans les différentes formules employées par les temporisateurs, rien qui puisse me convaincre. En fait d'appendicite, hélas! chacun temporise à sa manière : le malade temporise en faisant appeler trop tard son médecin, le médecin temporise en faisant appeler trop tard le chirurgien, le chirurgien temporise avec l'espoir souvent déçu que le traitement dit médical lui permettra d'attendre le moment d'opérer l'appendicite à froid. Ces *temporisations subintrantes*, savez-vous où elles conduisent? à la mort.

En opposition avec les temporisateurs, il y a les radicaux, ceux qui, sans amendements, sans concession, préconisent l'opération, *toujours et en temps voulu*; ce qui veut dire l'opération aussi précoce que le nécessitent les circonstances. La phalange de ces chirurgiens et médecins radicaux compte un nombre important d'adhérents et s'accroît tous les jours. M. Reclus, en parlant de ma formule intransigeante de radical endurci, reconnaît « que cette formule est peut-être, à cette heure, la plus raisonnable, celle qui évitera le mieux les catastrophes, vu l'impossibilité pour la clinique actuelle de prévoir à ses débuts la marche certaine de l'appendicite quelle qu'elle soit<sup>1</sup>. » M. Pinard est dans les mêmes opinions quand il nous dit : « Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention ».

Radical, notre collègue M. Chaput, quand il dit « que toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, parce que cette opération précoce peut seule sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr ». Radical notre collègue M. Segond, quand il dit : « Certains chirurgiens prétendent qu'on opère trop les appendicites; or, je suis convaincu qu'on ne les opère jamais assez; cette déclaration est, je pense, assez claire... J'ai vu les désastres que peut entraîner la temporisation, je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt. » Radical, notre collègue M. Hartmann, quand il dit : « Au début d'une appendicite, notre devoir est d'agir chirurgicalement; si j'avais une appendicite, je me

<sup>1</sup> P. Reclus. Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 février 1899.

ferais opérer, non dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières heures. » Radicaux, nos collègues Pozzi, Poirier, Routier, Kirmisson, Tuffier, Michaux, « qui veulent qu'on opère rapidement, et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments » (Hartmann).

A la Société de chirurgie, c'est une vraie débâcle pour ceux de nos honorables collègues qui voudraient encore soutenir le soi-disant traitement médical, qui n'est, à tout prendre, qu'une temporisation déguisée. Dans un élan presque unanime, nous voyons les chirurgiens s'élever avec raison contre cette temporisation néfaste; c'est à qui produira des faits, des statistiques, pour appuyer le traitement chirurgical et repousser le traitement dit médical.

Ce mouvement contre la temporisation, ou contre le traitement médical, s'est encore accentué dans les dernières séances de la Société de chirurgie, MM. Tuffier, Picqué et Routier ont apporté des faits nouveaux qui condamnent la temporisation; M. Peyrot dit bien haut « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite et que l'intervention immédiate doit être la règle »; M. Kirmisson considère comme un devoir impérieux pour les médecins de faire opérer leur malade dès le début. M. Gérard Marchant, dans la lettre ouverte que voici, et dont je le remercie, me fait savoir qu'il est absolument dans les mêmes idées :

12 mars 1899.

« MON CHER MAITRE,

« Dans la discussion de la Société de chirurgie sur l'appendicite, j'ai écrit (séance du 22 février 1899) que lorsqu'on se trouvait en présence d'une appendicite aiguë, caractérisée par une simple douleur, au niveau du point de Mac Burney, avec réaction locale et générale modérées, l'intervention ne s'imposait pas, et qu'on pouvait attendre. Cette opinion se basait sur six observations dont j'avais été le témoin.

« Avec une courtoisie tout amicale, mais aussi avec une conviction absolue, vous avez protesté du haut de la tribune de l'Académie contre cette affirmation. Plusieurs de nos col-



lègues de la Société de chirurgie ont adopté sans réserve votre « formule intransigeante de radical endurci : opérer « toujours et en temps voulu. » Que me restait-il à faire ? Réunir de nouvelles observations, recueillies avec sincérité, pour vous combattre ou me rendre ! L'attente ne devait pas être longue. Vendredi 10 mars, à deux heures, mes internes me téléphonaient qu'on venait d'apporter à Boucicault une femme atteinte d'appendicite : quelques instants après, j'étais à l'hôpital, et me trouvais en présence d'une grande et forte fille de vingt-cinq ans, qui me raconta que la veille, à cinq heures et demie du matin, elle avait été prise pour la première fois d'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur survenue brusquement et sans cause appréciable ; — que la journée s'était passée sans trop de souffrance, mais que celle-ci s'était réveillée très vive dans la matinée, pour diminuer ensuite ; — que deux vomissements bilieux s'étaient produits, qu'il y avait eu deux selles peu abondantes.

« Une douleur très nette mais modérée existait en dedans du cæcum, dans la zone dite *appendiculaire*. Le reste de l'abdomen était indolore à la pression, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche. La défense musculaire était presque inappréciable ; il n'existait aucune hyperesthésie cutanée, et le ventre n'était pour ainsi dire pas ballonné ; — aucune modification de la percussion. Le pouls était à 116, faible, mais régulier ; le thermomètre marquait 38°3. La langue était saburrale.

« Après m'être assuré qu'il n'y avait rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes, constaté que le rein droit était en place, rejeté l'idée d'une colique hépatique ou néphrétique, j'admis une appendicite. Mais, ajoutai-je, cette appendicite ne s'accompagne même pas d'hyperesthésie cutanée, de défense musculaire ! Il y a une simple douleur avec réactions locale et générale modérées, et, d'après mes idées, on pourrait différer sans inconvénients le moment de l'intervention. Je l'opérai cependant séance tenante, obéissant à cette pensée que, dans un service hospitalier comme celui de Boucicault, cette malade ne courrait aucun risque opératoire ; — que l'opération, sans être urgente, devait être

pratiquée un jour ou l'autre, — qu'enfin il me serait possible de vérifier qui avait raison, des interventionnistes de la première heure, ou des temporisateurs ?

« Le péritoine était à peine incisé, qu'il s'écoulait le contenu d'un verre à bordeaux de *sérosité purulente*. L'appendice vertical interne était libre de toute adhérence et plongeait dans cette sérosité — il était très long et formé de deux parties : 1° une portion cæcale, de calibre régulier, sans notable augmentation de volume, et avec de simples arborisations à la surface, et 2° une seconde portion *libre*, véritable vésicule de la dimension d'une petite cavité, séparée de la première par un étranglement en goulot très serré. A la surface de cette sphère globuleuse *rouge, tuméfiée, lie de vin*, contrastant avec l'intégrité de la partie adhérente de l'appendice, existait une perforation, petit trou à l'emporte-pièce, comme une tête d'épingle.

« La cavité close, l'étuve *appendiculaire* comme vous dites, était fissurée en un point, et avait déversé son produit septique dans le péritoine. Déjà la péritonite évoluait, puisque les anses intestinales présentaient de fines arborisations, que le grand épiploon était rouge, épaissi, baignant dans la sérosité purulente. Cette observation se passe de commentaires : elle est votre triomphe, et la justification de votre radicalisme opératoire ! Si vous me concédez que le diagnostic de l'appendicite aiguë est parfois difficile, qu'avant de prendre le bistouri il faut éliminer attentivement tout ce qui peut la simuler, je me range sous votre drapeau, et, en soldat attardé mais définitivement convaincu, je demande à mener avec vous le bon combat ! (La malade va aussi bien que possible.)

« D<sup>r</sup> GÉRARD MARCHANT. »

Vous le voyez, Messieurs, voilà ce qui reste du traitement médical ; on a fini par s'insurger contre la vessie de glace, le purgatif ou l'opium, qu'on avait eu la singulière prétention d'ériger en traitement médical de l'appendicite. Et si une chose est faite pour nous surprendre, c'est que ce traitement médical, vieux reliquat d'anciennes théories erronées, n'ait