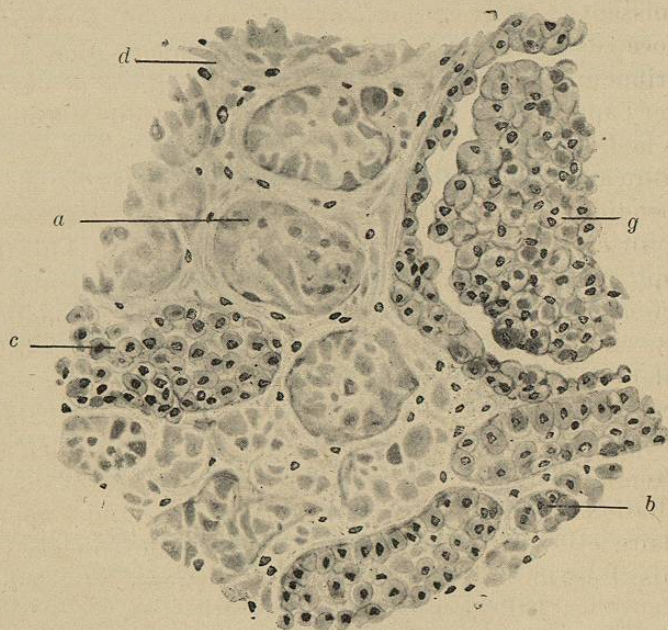


complète analogie qui existe entre ces lésions et les lésions qui avaient été constatées par M. Letulle dans le cas précédent. De part et d'autre, on saisit sur le fait le rôle terrible et rapide des toxines appendiculaires.



Sur cette coupe on voit : *g*, glomérule intact; *a*, tubes contournés avec cellules nécrosées; *b*, cellules en voie de nécrose ayant encore leurs noyaux; *c*, tube contourné normal; *d*, stroma conjonctif indemne.

Les faits que je viens de rapporter portent avec eux un grand enseignement; ils précisent la complication rénale à

une réfringence toute spéciale, il prend plus fortement l'éosine et se colore en bleu pâle par le bleu polychrome; la forme même de la cellule est altérée, elle est légèrement plissée à sa base, son sommet est irrégulier. Mais ici, pas plus que dans les tubes contournés, il n'y a desquamation cellulaire. Ces cellules sont nécrosées sur place; à peine si sur une coupe on peut apercevoir l'ébauche de quelques cylindres épithéliaux. Ces cellules des tubes contournés et de l'anse de Henle sont mortes au point de vue fonctionnel. Tandis que l'on peut mettre en valeur dans la cellule normalement sécrétante du rein des stries basales et des grains qui s'imprègnent en noir par l'alun de fer, aucune de ces figures, qui traduisent ces divers stades de l'activité cellulaire, ne peut être décelée ici. Les

laquelle j'ai donné le nom de *rein appendiculaire*; ils complètent les observations que j'avais fait connaître en étudiant la toxicité de l'appendicite et le vomito negro appendiculaire, ils prouvent avec quelle rapidité et quelle intensité les toxines appendiculaires deviennent la cause d'accidents mortels, ils fournissent un nouvel argument à l'intervention chirurgicale précoce, ils montrent le danger de la temporisation et ils contribuent à ruiner la doctrine d'après laquelle on ne devrait opérer l'appendicite que lorsqu'elle est « refroidie ». Entrons dans la discussion.

Jusqu'à ces dernières années, les lésions *infectieuses* de l'appendicite avaient seules attiré l'attention. Péritonites généralisées et circonscrites, abcès à distance, infection presque toujours mortelle du foie (foie appendiculaire), infection terrible de la plèvre (pleurésie putride appendiculaire), empyème sous-phrénique appendiculaire, péricardite purulente, abcès et gangrène du poumon, collections cérébrales appendiculaires, toutes ces complications redoutables, que l'appendicite enfante pendant sa phase active, *avant d'être « refroidie »*, toutes ces complications, dis-je, sont dues à l'exaltation de virulence qui se fait dans le foyer clos appendiculaire et aux infections qui en sont la conséquence.

Mais il est un autre facteur, terrible lui aussi, avec lequel

cellules les plus hautement différenciées du rein ont cessé de fonctionner.

L'appareil de filtration du rein est au contraire relativement intact, les glomérules sont normaux; on note seulement, en quelques points isolés, une légère prolifération, l'entérectomie de la capsule de Bowman; après l'action de l'acide osmique, on fait apparaître quelques granulations graisseuses dans les épithéliums des tubes droits. Mais ces lésions restent secondaires, à côté de la lésion principale : nécrose et dégénérescence suraiguë systématisée aux tubes contournés et à la branche large de Henle, à l'appareil sécrétoire du rein. La lésion est d'autant plus nette qu'elle n'atteint que la cellule glandulaire elle-même; le tissu conjonctif, les vaisseaux sont normaux. Il n'existe d'autre part aucune diapédèse leucocytaire, on ne peut colorer aucun microbe : c'est une lésion purement toxique, la localisation sur l'appareil sécréteur montre qu'elle est due à l'élimination de substance toxique par les cellules des tubes contournés et de la branche large de Henle.

Le foie est très congestionné, mais l'état des cellules est surtout remarquable, l'acide osmique montre qu'elles sont farcies de très fines granulations graisseuses, le noyau se colore pourtant encore bien, mais elles sont en dégénérescence granulo-graisseuse manifeste.

on n'avait pas compté : c'est la toxicité élaborée en foyer appendiculaire, c'est la *toxine* de ce bouillon de culture, avec toutes les complications qu'elle enfante.

Si je ne me trompe, c'est à la tribune de l'Académie que la notion de la *toxicité appendiculaire* a été pour la première fois bien établie¹. Je ne reviens pas sur les expériences que j'ai faites avec un de mes chefs de laboratoire, M. Caussade, et qui ont permis d'établir cette toxicité du foyer appendiculaire. Je ne rappelle que pour mémoire les symptômes de l'intoxication appendiculaire que j'ai longuement décrits ailleurs : l'albuminurie, l'oligurie, l'urobilinurie, la teinte subictérique ou ictérique des téguments (*jaunisse appendiculaire*), les hématuries petites ou grandes (*vomito negro*²), les accidents nerveux, etc. Il fut dès lors possible de bien mettre en saillie le rôle respectif de l'infection et de l'intoxication.

Tous les accidents toxi-infectieux de l'appendicite, je ne cesse de le répéter, ont pour origine un *foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale*. Dans ce foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale, s'exalte la virulence des microbes et se fabriquent des toxines. Or, dans bien des cas d'appendicite aiguë, à forme toxique et hypertoxique, le malade est plus vite intoxiqué qu'infecté; la toxine met moins de temps que le microbe à passer dans l'économie, l'absorption du poison devance la migration microbienne, le poison peut imprégner déjà les organes, le rein, le foie, l'estomac, etc., alors que la péritonite est à peine ébauchée : c'était le cas chez notre premier malade.

Nous savons donc maintenant que l'appendicite, maladie aussi toxique qu'infectieuse, est redoutable par ses toxines (*appendicémie*) autant que par ses microbes. C'est là une notion dont il faut se bien pénétrer quand on veut formuler le

1. Dieulafoy. « Toxicité de l'appendicite ». Communication à l'Académie de médecine, 1898, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, 2^e volume, 17^e leçon, p. 334.

2. Dieulafoy. « Vomito negro appendiculaire. » *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 4^e volume 1903, 10^e leçon, p. 194.

traitement rationnel de l'appendicite, notion qui ne paraît guère avoir été soupçonnée au Congrès récent de Bruxelles, où l'on a beaucoup causé de l'appendicite, sans s'élever au-dessus de la conception étroite et tout-à-fait insuffisante des accidents locaux de la péritonite.

Ce que je vous demande, Messieurs, c'est d'envisager la question comme elle doit être envisagée aujourd'hui, c'est ensuite de ne pas vous laisser égarer par des statistiques et par des formules qui ont l'air de dire quelque chose alors qu'elles ne disent rien, ou, ce qui est pire, alors qu'elles faussent la réalité des faits. Vous allez en juger :

Depuis quelque temps, deux formules malheureuses ont la prétention de résumer le traitement chirurgical de l'appendicite. Deux camps se sont formés. A l'un de ces camps appartiennent les partisans de l'opération à froid, ceux qui, de parti pris, ne consentent à opérer que lorsque l'appendicite « s'est refroidie ». A l'autre camp appartiennent les partisans de l'opération à chaud, ceux qui opèrent l'appendicite pendant sa période aiguë et fébrile, afin de supprimer à temps les causes de danger et de mort. Le classement s'est fait de telle sorte que la note dominante actuelle tient dans ces deux formules : opérer à froid et opérer à chaud. Il y a des opérateurs à froid et des opérateurs à chaud; et dans bien des familles on demande des médecins consultants pour froid et pour chaud. Je n'exagère pas.

Étudions sérieusement la question; elle en vaut la peine, car l'appendicite est là, menaçante, elle nous guette, elle vient d'émouvoir l'Angleterre, et c'est d'elle que Malherbe aurait pu dire :

Et la garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend point nos rois.

Heureusement que dans le cas auquel je viens de faire allusion les chirurgiens ont eu le bon esprit d'opérer à chaud, sans attendre « le refroidissement ».

En proclamant qu'il vaut mieux opérer à froid, ou qu'il

vaut mieux opérer à chaud (ce qui est diamétralement opposé), évidemment quelqu'un se trompe.

Les partisans de l'opération à froid publient des statistiques qui ont pour elles les apparences et rien que des apparences de succès. Les opérations à froid, nous dit-on, donnent des résultats remarquables, tandis que les opérations à chaud comptent bon nombre d'insuccès.

Expliquons-nous là-dessus. On nous vante les beaux résultats de l'opération faite à froid, et on dresse des statistiques dont les chiffres comparés aux résultats de l'opération faite à chaud frappent au premier abord l'imagination des médecins et du public. Mais ce n'est là qu'un trompe-l'œil, car ces statistiques sont en réalité mal faites, mal interprétées, elles vous induisent en erreur. Plaçons la question sur son véritable terrain et voyons ce qu'il faut penser des résultats basés sur les préceptes d'après lesquels l'opération, au cas d'appendicite aiguë « chaude », doit être différée, de parti pris, jusqu'à ce que l'appendicite soit refroidie, c'est-à-dire jusqu'à disparition complète de la phase fébrile et douloureuse, ce qui peut durer des semaines.

D'abord, les succès de l'opération faite à froid n'ont rien qui doive nous surprendre, c'est le contraire qui nous surprendrait. Opérer à froid, c'est opérer un malade déjà guéri ou presque guéri; la phase aiguë et redoutable de l'appendicite est passée, l'économie plus ou moins infectée et intoxiquée est néanmoins sortie victorieuse de la lutte, et c'est quand la bataille est finie, c'est quand le péril est conjuré que l'opération à froid vient enlever les reliquats de la bataille. Gardons-nous d'attribuer à cette intervention tardive les honneurs de la guérison; l'opérateur à froid éteint un foyer qui ne brûle plus; il fait œuvre utile, néanmoins, et il sauvegarde l'avenir, mais ne donnons pas aux statistiques que comportent ces cas une importance qu'elles n'ont pas.

Elles doivent être d'autant plus modestes, ces statistiques, qu'il importerait avant tout de connaître le nombre des victimes qui ont succombé à l'appendicite aiguë pendant la phase dite « chaude », avant d'avoir atteint la phase bien-

heureuse d'appendicite refroidie où l'on devait les opérer et les guérir.

Car enfin, en attendant ce refroidissement qu'on leur impose, bon nombre de malades atteints d'appendicite aiguë succombent en pleine phase « chaude »; et le grand reproche que j'adresse aux statistiques auxquelles je viens de faire allusion, c'est de ne tenir compte que de l'acte opératoire, sans faire entrer en ligne les décès qui sont survenus parce que, de parti pris, on a différé l'opération. Or, sachez que sur quarante malades atteints d'appendicite aiguë, fébrile « chaude », une dizaine en moyenne succombent dans l'attente du « refroidissement obligatoire », mais la statistique qui ne vise que l'acte opératoire, à froid, se garde bien de faire mention de ces décès qui cependant sont imputables à la doctrine dont elle émane et en cela la dite statistique fausse tout, et ses conclusions et notre jugement. Ces décès, qu'on ne publie pas et qu'on passe sous silence sous prétexte qu'ils n'ont rien à voir avec la statistique en question, voulez-vous savoir qu'elle est leur proportion? Je viens de vous le dire, mais vous n'avez, pour être édifiés, qu'à lire la belle et consciencieuse communication de M. Chauvel à l'Académie de médecine, et vous verrez que trente malades sur cent, vous entendez, 30 p. 100, succombent à l'appendicite aiguë, fébrile, chaude non opérée. Je pourrais, moi aussi, dresser une table mortuaire impressionnante concernant les malades qu'on a laissé mourir, pendant que de parti pris on laissait refroidir leur appendicite; j'ai été, depuis quelques années, mêlé de très près à cette question de l'appendicite, j'ai pu juger la question au point de vue médical et au point de vue chirurgical, j'ai été mis au courant de bien des choses, et je déclare qu'en face des catastrophes dont j'ai été le *témoin*, ou le *confident*, je ne consentirai jamais à souscrire à l'échéance véreuse de l'appendicite refroidie.

Et comment meurent ces malades? M. Chauvel nous le dit. Ces malades, dont l'appendicite ne se refroidit pas assez vite, au gré des prévisions, succombent infectés avec l'appendice gangrené; ils succombent avec du pus plein le péritoine,

plein le foie, plein la plèvre, sans compter le reste; ils succombent intoxiqués, *nous le savons maintenant*, la toxine appendiculaire provoquant à l'estomac, au foie, aux reins, etc., des lésions suraiguës qui autrefois n'avaient pas été soupçonnées.

Et en face de pareilles éventualités, avec de tels désastres en perspective, on attendrait pour intervenir que l'appendicite voulut bien se refroidir! J'avoue que je ne comprends pas.

Il est une formule qui semble faire quelque concession, c'est la formule de « l'expectation armée » ce qui veut dire, qu'au lieu d'attendre de parti pris que l'appendicite soit refroidie, on surveille le refroidissement, le bistouri à la main, prêt à intervenir en s'inspirant des circonstances. Mais ici encore, on se laisse leurrer par les mots. Que veut-on dire par là « s'inspirer des circonstances »? Que veut dire ce mot « l'expectation armée »? Sur quels indices, je vous le demande, d'après quelles indications pouvez-vous préciser le moment où l'opération va s'imposer? Personne ne peut donner à ce sujet des renseignements précis. En effet, c'est parfois au moment où l'appendicite vient de lancer tout son venin que se produit une *accalmie traîtresse* qui dérouté nos prévisions. C'est parfois au moment où l'on contemple avec quiétude le « refroidissement » que survient une catastrophe. La récente communication de M. Legueu à la Société de chirurgie¹ en est la preuve. Voici le fait :

M. Legueu présente l'appendice perforé d'un enfant de cinq ans qui a succombé brusquement pendant que refroidissait son appendice soigné médicalement dans un service, d'où l'intervention chirurgicale à chaud est systématiquement bannie. Cet enfant était au cinquième jour du « refroidissement » et tout allait pour le mieux, son état général était excellent, lorsque subitement il fut pris de vomissements, son pouls se précipita, son ventre se ballonna, ses extrémités se refroidirent, en sorte que, en quelques heures, il fut à la mort, avant qu'on ait eu le temps de poser les

1. Séance du 8 octobre 1902.

indications d'une intervention opératoire. L'autopsie montra son appendice perforé au sein d'un abcès profondément situé, séparé de la paroi abdominale par plusieurs anses intestinales et rompu dans la grande cavité péritonéale, ce qui avait occasionné une péritonite généralisée foudroyante. Il est probable, ajoute M. Legueu, pour tout commentaire, que si cet enfant avait été opéré à chaud, aussitôt le diagnostic porté, il eût été sauvé.

La communication de M. Legueu a été le signal, à la Société de Chirurgie, d'une série de communications qui prouvent, elles aussi, qu'attendre, pour opérer, que l'appendicite soit « refroidie », c'est exposer le malade à la mort. Voici ces importantes communications :

M. Chaput¹, partisan de l'intervention d'urgence dans l'appendicite, cite deux observations d'appendicite où il intervint dès le début de la phase « chaude » et sans attendre le « refroidissement ». Or, dans les deux cas il trouva un appendice gangrené et du pus libre dans l'abdomen. Les malades étaient perdus si on eût différé l'opération.

Dans un autre cas M. Chaput opère une appendicite qu'on avait traitée médicalement et que de parti pris, on avait laissé « refroidir » dans un service de médecine. L'opération à froid se fit sans incident. Mais les jours suivants, le malade fut pris d'hémorragies intra-abdominales, d'hématurie, d'oligurie, d'anurie, de fièvre, de délire et il succomba. A l'autopsie il n'y avait pas d'infection péritonéale, mais on trouva une néphrite avec deux gros reins blancs expliquant suffisamment les phénomènes d'hématurie et d'anurie. M. Chaput pense avec raison que ces lésions rénales (rein appendiculaire) étaient consécutives à la toxi-infection appendiculaire; c'était le résultat de l'expectation voulue, tandis que l'opération précoce eût abouti à la guérison.

M. Hartmann a présenté à la Société de chirurgie les cas suivants : une femme atteinte d'appendicite aiguë vient dans le service de M. Hartmann. Les symptômes étant en décroissance on croit pouvoir attendre sans danger « le

1. Chaput. *Société de Chirurgie*, séance du 15 octobre 1902.

refroidissement » de cette appendicite. Quelques jours se passent ainsi dans une quiétude trompeuse. Mais voilà que la situation s'aggrave si subitement que la malade n'est même plus en état de supporter la moindre intervention et elle succombe. A l'autopsie on trouve une péritonite généralisée récente et un gros abcès rétro-cœcal dans lequel est un appendice gangrené et perforé. Que diront en face de cas pareils les partisans de l'expectation armée ?

Par contre, M. Hartmann fait part d'un autre cas qui démontre, une fois de plus, les admirables résultats de l'opération hâtive. Une fillette de douze ans est prise d'appendicite aiguë. Le lendemain, bien que la douleur ait disparu, la température reste à 39 degrés, les conjonctives ont une teinte subictérique, les urines contiennent de l'albumine et de l'urobiline. Ces symptômes indiquent qu'on est en face d'une appendicite toxique. L'opération est pratiquée le soir même, sans tarder, trente-six heures après le début des accidents. M. Hartmann est un peu surpris de trouver le péritoine absolument sain; l'appendice lui-même ne présente aucune lésion apparente. Grâce à cette intervention rapide tout danger cesse immédiatement, la température qui était à 39 degrés tombe le lendemain matin à 36°5; les jours suivants, le subictère disparaît, l'albuminurie diminue et cesse tout à fait le quatrième jour, et l'enfant guérit. Voilà le triomphe de l'opération rapide. Qu'en pensent ceux qui prônent l'attente du refroidissement; leur théorie eût encore fait ici une victime. En examinant l'appendice de cette enfant on trouve dans sa cavité une sanie brunâtre; l'examen histologique démontre la disparition de la muqueuse et d'une partie de la musculature remplacées par un magma gangreneux.

M. G. Marchant vient de faire connaître à la Société de chirurgie¹ un cas d'appendicite aiguë chez un enfant de sept ans, qui s'est terminé par la mort, parce que pour des considérations multiples l'opération avait été ajournée. M. G. Marchant termine sa communication par les conclu-

1. Séance du 5 novembre 1902.

sions suivantes qui font honneur à sa bonne foi chirurgicale autant qu'à sa conscience médicale : « J'ai la conviction morale, dit-il, que si j'avais opéré cet enfant le 22 mars, je l'aurais sauvé. Il est mort victime de cette doctrine qui consiste à attendre le refroidissement d'une appendicite, doctrine qui a pénétré dans le public et gêne et paralyse la chirurgie dans ses décisions opératoires. Comme nous n'avons aucun signe qui permette de dire, en présence d'une appendicite aiguë, comment elle se comporte, il n'y a qu'un moyen de sauver le malade, c'est de l'opérer sans retard. »

Oui, il n'y a qu'un moyen de sauver sûrement les malades, c'est de rejeter bien loin les pratiques malsaines qui consistent à laisser « refroidir » l'appendicite ou à « s'inspirer des circonstances » pratiques qui conduisent le malade à la mort. On en arrive ainsi à n'opérer que lorsqu'on a « la main forcée » c'est-à-dire beaucoup trop tard car le malade est déjà infecté et intoxiqué. Je vois ça tous les jours; nul opérateur, nulle opération ne peut en pareil cas remonter le courant et malgré la soi-disant expectation armée, le malade meurt parce qu'on a trop attendu, il meurt parce qu'on ne l'a pas opéré en temps voulu, heureux si dans l'entourage ou ailleurs on ne met pas la mort sur le compte de l'opération.

En réalité, en face d'une appendicite aiguë, douloureuse, fébrile, « chaude », la seule notion vraie, rationnelle, étayée sur l'expérience, et sur des centaines d'observations venues de toutes parts, celle qui donne toute sécurité et qui met à l'abri de toute éventualité, c'est la notion de l'opération à chaud, *pratiquée à temps*, c'est-à-dire rapidement, avant que le foyer appendiculaire ait eu le temps de disséminer de tous côtés agents toxiques et infectieux.

Je sais bien que dans certaines statistiques d'opérations faites à chaud, on fait ressortir les insuccès de quelques-unes de ces opérations, mais ici encore nous sommes en face d'un trompe-l'œil, il s'agit de statistiques mal faites, mal interprétées et qui vous induisent en erreur. Dans ces statistiques d'opérations à chaud telles qu'on nous les présente, on englobe, sans distinction, des opérations pratiquées à n'im-

porte quel moment de la phase dite chaude. Aucune de ces statistiques ne prend la peine de nous dire si l'opération à chaud a été pratiquée le premier jour de l'appendicite, ou le second jour, ou le troisième jour, ou le quatrième jour, ou le cinquième jour, ou le sixième jour, ou le septième jour ou même plus tard. Ces renseignements *précis* qui auraient la plus grande valeur sont habituellement passés sous silence. On ne nous dit qu'une chose c'est que le malade a été opéré « à chaud » et on en tire en bloc une statistique erronée parce que cette statistique omet la chose capitale, savoir à quel jour l'opération a été pratiquée. *Or toute la question est là.*

Telle appendicite aiguë, fébrile, chaude, qui se fut sûrement terminée par la guérison si le malade avait été opéré à temps, c'est-à-dire dès le premier ou le second jour se termine par la mort si l'opération a été différée jusqu'au troisième jour et à plus forte raison jusqu'au quatrième, cinquième, sixième, septième jour et au-delà. Si l'appendicite est opérée trop tardivement pendant la phase « chaude » alors que le malade est déjà irrémédiablement infecté et intoxiqué, on a des succès et on met indûment ces succès sur le compte de l'opération à chaud. Voilà pourquoi les statistiques concernant *en bloc* les succès des opérations à chaud sont des statistiques entachées d'erreur, elles n'ont aucune valeur et vous devez d'autant plus vous en défier que par leur apparente simplicité elles faussent votre jugement et le jugement du public.

Par contre, si nous prenons la peine d'analyser des faits bien observés concernant des appendicites opérées à chaud à tel ou tel jour de la phase dite chaude, nous voyons que l'idéal, c'est d'opérer l'appendicite, autant que faire se peut, à une époque voisine de son début, dans les deux premiers jours, pas plus tard que quarante à quarante-huit heures, car à cette phase tout le danger est encore limité au foyer appendiculaire et en enlevant ce foyer *on coupe le mal dans sa racine.*

Je sais bien qu'il n'est pas toujours aisé de pouvoir intervenir aussi rapidement; loin de moi la pensée d'insinuer que la cause du retard est toujours imputable au chirurgien,

ou au médecin; elle est souvent imputable aux hésitations du malade, aux tergiversations de la famille, de l'entourage, des amis, chacun se croyant autorisé à donner son opinion; elle est encore imputable à la localité qu'habite le malade, les secours médico-chirurgicaux pouvant être lents à arriver. Ce sont là des éventualités avec lesquelles il faut compter, médecins et chirurgiens n'en sont pas responsables, je le dis bien haut. Mais ce dont nous sommes responsables, nous médecins et chirurgiens, c'est d'ajourner *de parti pris* l'opération jusqu'à ce que l'appendicite « soit refroidie », car alors nous exposons le malade à la mort.

Je peux du reste vous donner des faits précis et *détaillés* concernant plus de 200 cas d'appendicite que j'ai vues de près, que j'ai suivies, et que j'ai fait opérer ou que j'ai contribué à faire opérer par une dizaine de chirurgiens dont les noms sont connus de tous.

Les appendicites aiguës, « chaudes » même graves, qui ont été opérées ou que j'ai fait opérer dans les deux premiers jours *ont toutes guéri*, nous n'avons eu à déplorer aucun décès. Néanmoins il est des appendicites hypertoxyques, souvent gangréneuses, à forte fièvre, à grandes douleurs, à vomissements précoces, pour lesquelles l'opération à la fin du second jour est déjà une date presque éloignée. Nous avons été appelés en consultation, le mois dernier avec M. Segond auprès d'un malade atteint de cette forme d'appendicite, suraiguë, toxique, gangréneuse; ce malade a été opéré à la quarante-deuxième heure; il a guéri, mais le pronostic est resté incertain pendant les deux jours qui ont suivi l'opération; il n'aurait pas fallu temporiser quelques heures de plus. J'ai vu il y a deux ans avec M. Routier, un jeune officier atteint de la même forme d'appendicite toxique, avec albuminurie et ictère rapide; je l'ai fait opérer sans perdre un instant, à la trente-huitième heure; il a guéri, mais l'état est resté extrêmement grave pendant les trois jours qui ont suivi l'opération. L'opération pratiquée à la fin du second jour est donc le terme ultime pour ces formes d'appendicite, on a tout à gagner à précipiter le moment de l'opération on a tout à perdre à le retarder de quelques heures.