

Jusqu'à ces temps derniers on n'avait étudié ni l'intoxication appendiculaire, ni la *rapidité* avec laquelle marche cette *intoxication*. Quelques heures suffisent, écoutez bien ceci, pour que le mal ait fait d'irréremédiables progrès. Tel opéré qui eut guéri s'il avait été opéré avant la fin du second jour est perdu s'il est opéré quelques heures plus tard dans le courant du troisième jour et à plus forte raison le quatrième jour, car alors, outre qu'il est infecté, ses organes sont devenus la proie des toxines : Je n'ai jamais mieux compris la vérité de cette assertion que dans le cas suivant : Nous fûmes appelés le mois dernier à 10 heures du soir avec M. Segond auprès d'une jeune femme qui avait été prise d'appendicite l'avant-veille au soir et qui avait été soignée médicalement. L'intensité de la douleur, la violence des vomissements, la rapidité du pouls, l'aspect terreux de la malade, tout indiquait une toxi-infection des plus intenses et vraisemblablement une gangrène de l'appendice. Nous jugeâmes la situation comme extrêmement grave. Sans perdre un instant l'opération fut faite par M. Segond à minuit ; cinquante heures environ après le début de l'appendicite.

L'appendice était en effet gangrené et le liquide purulent péritonéal était d'une excessive puanteur. La malade bénéficia *localement* de l'opération en ce sens que les terribles douleurs de la péritonite disparurent ; elles disparurent même si bien que la jeune femme prenait maintenant plaisir à se remuer dans son lit tant elle était heureuse de ne plus souffrir. Mais la chirurgie ne pouvait faire plus, elle avait enrayé l'infection péritonéale, mais elle ne pouvait rien contre l'intoxication qui déjà avait fait son œuvre. La température resta élevée, le pouls très accéléré, les vomissements continuèrent et à notre consultation du lendemain matin nous pûmes constater qu'un de ces vomissements contenait une traînée de matière noire, c'était l'hématémèse appendiculaire, le *vomito negro* dont le pronostic est si souvent fatal. Et en effet, quelle que fut la médication mise en œuvre, les mêmes symptômes persistèrent, les vomissements et les hématémèses noires se répétèrent malgré les lavages

de l'estomac, les urines devinrent de plus en plus rares malgré les grandes injections de sérum, le pouls disparut graduellement, les extrémités se refroidirent et le surlendemain matin, cette jeune femme mourut moins du fait de sa péritonite qui avait été victorieusement combattue par l'opération que du fait de l'intoxication qui était consommée avant l'intervention chirurgicale. Opérée plus tôt cette malade eut guéri.

C'est quand on voit des faits de ce genre, et j'en pourrais citer bien d'autres, que l'on comprend ce qu'il faut penser de la doctrine qui conseille de ne pas opérer tant que l'appendicite n'est pas « refroidie ».

J'ai dit plus haut que toutes les appendicites, aiguës, même graves, que j'ai vu opérer ou que j'ai fait opérer dans les deux premiers jours ont guéri. Il n'en est pas tout à fait de même des appendicites aiguës, graves, qui n'ont été opérées ou que je n'ai pu faire opérer que le troisième jour ; dans ce cas, pour si fréquente qu'elle soit, la guérison n'est pas constante, la toxi-infection a fait du chemin, elle est plus redoutable qu'au second jour et parmi les malades qui guérissent, certains restent encore quelques jours en grand danger. Tel fut le cas d'une malade que nous avons vue en consultation au mois de mai avec M. Tuffier.

Pour ce qui est des appendicites aiguës, graves, opérées le quatrième jour, et à plus forte raison les jours suivants, je ne répons de rien ; on a des succès très nombreux, mais les insuccès dépendent du degré de l'infection et du degré de l'intoxication qui ont eu le temps d'agir *avant* l'opération. On a opéré trop tard.

Tout ceci prouve que nous devons tous, médecins et chirurgiens, nous évertuer à faire un bon diagnostic et une bonne séméiologie. Les malades ou les parents nous racontent parfois que le début du mal date de la veille, ou de l'avant-veille, parce qu'ils font coïncider le début de la maladie avec la grande vivacité des douleurs.

Or, par un examen attentif et méthodique nous arrivons à rectifier l'erreur, nous reconstituons le syndrome appendiculaire, nous arrivons à savoir que telle appendicite qu'on

nous présente comme étant au second jour est en réalité au troisième ou au quatrième ; que telle autre appendicite qu'on nous présente comme étant au troisième jour est en réalité au quatrième ou au cinquième. Ces détails ont une extrême importance ; tout a de l'importance dans une maladie où il suffit de vingt-quatre heures et même de douze heures, et *bien moins encore*, pour changer la face des événements.

Voilà, messieurs, des notions dont je voudrais vous bien pénétrer. En différentes circonstances, ainsi que je vous l'ai dit ailleurs, les voix les plus autorisées ont proclamé les mêmes idées et ont puissamment contribué à les faire accepter. Tout récemment, à l'Académie de médecine¹, mon collègue Lucas-Championnière faisait à ce sujet une intéressante et concluante communication. Plus récemment encore, à la Société de chirurgie un grand nombre de chirurgiens, MM. Legueu, Chaput, G. Marchant, Segond², Routier, Hartmann, Poirier, Villard ont apporté des faits que j'ai relatés plus haut, et ont formulé des conclusions qui contribueront je l'espère, à faire tomber dans l'oubli la pratique qui exposait les malades à la mort en retardant l'opération jusqu'à ce que l'appendicite fut « refroidie ».

L'évolution qui est en train de se faire relativement aux indications opératoires de l'appendicite est la conséquence naturelle des travaux qui, depuis quelques années, ont éclairé la question. De là, une nouvelle orientation.

Si nous portons, en effet, nos regards en arrière, nous voyons qu'à une époque qui n'est pas encore bien éloignée de nous, le danger de l'appendicite ne semblait résider que dans la perforation de l'appendice (la *perforite*, comme l'appelaient Peter), avec la péritonite qui en était la conséquence.

1. Académie de médecine, séance du 15 juillet 1902, et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1902.

2. On lira avec profit les communications de MM. Segond et Routier que je ne peux que signaler ici. Société de chirurgie, séances du 29 octobre et 5 novembre 1902.

Aussi tout l'intérêt se concentrait alors sur la péritonite par perforation que l'on considérait comme le seul accident redoutable de l'appendicite et il suffisait, croyait-on, de surveiller l'entrée en scène de cette péritonite, pour intervenir utilement.

Mais on vit bientôt que la question de l'appendicite est autrement compliquée. D'abord, dans bien des cas, les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont similaires, fusionnés, subintrants, si bien qu'il n'est guère possible de dire à quel moment commence la péritonite ; on ne peut donc prétendre en surveiller l'entrée en scène. De plus, il nous fut possible de démontrer, pièces histologiques et bactériologiques en mains, que les agents pathogènes, dont la virulence a été exaltée en cavité close appendiculaire, migrent à travers les parois de l'appendice *non perforé* et vont ainsi provoquer des péritonites parfois terribles qui n'ont pas la brusquerie des péritonites par perforation et dont « l'entrée en scène » peut échapper au clinicien le plus sagace. On commença dès lors à se faire à cette idée, que l'opération ne doit pas viser seulement la péritonite, accident secondaire, mais qu'elle doit viser avant tout, et sans tarder le foyer appendiculaire, accident primitif.

Puis, on étudia de plus près les infections lointaines, non plus les infections proches du péritoine, mais les terribles infections purulentes du foie (foie appendiculaire), les infections putrides si souvent mortelles de la plèvre (pleurésie appendiculaire), les infections du péricarde, du poumon, etc. La pathogénie de ces infections lointaines fut dépistée. On les surprit en flagrant délit ; on vit qu'elles naissent non pas de la péritonite, mais du foyer appendiculaire pendant que ce foyer est en train de se refroidir. Ce qui importait donc, de plus en plus, au point de vue du succès opératoire, ce n'était pas d'attaquer un peu tardivement le péritoine, mais c'était, surtout, *d'enlever à temps* le foyer appendiculaire, origine de toutes ces infections.

Enfin, il nous fut permis de mettre en évidence la *toxicité* de l'appendicite et de démontrer que le foyer appendiculaire, ce foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intes-

tinale, peut tuer par la toxine qu'il élabore autant que par les agents infectieux dont il exalte la virulence. *C'est cette toxine* qui crée les lésions précoces des reins, du foie, de l'estomac, etc., et qui entre pour une large part dans les accidents rapidement mortels de l'appendicite. Par le poison qu'elle déverse dans le sang l'appendicite est toxémique. A cette toxémie d'origine appendiculaire j'ai donné le nom d'*appendicémie*. Le péritoine n'a rien à y voir.

Dès lors, la péritonite était déçue de la situation prépondérante qu'elle avait occupé jadis; elle n'était plus l'unique point de mire de l'opérateur, elle restait il est vrai, une des complications les plus redoutables de l'appendicite, mais elle était singulièrement devancée par l'importance primordiale et prédominante du foyer appendiculaire, *origine de l'infection et du poison*. Il devint alors évident que le danger n'est pas seulement au péritoine, il est partout, l'économie entière pouvant être intoxiquée par le foyer appendiculaire (appendicémie) pendant que la péritonite parfois circonscrite et momentanément inoffensive peut n'occuper que le second plan. Aussi l'intervention chirurgicale doit-elle viser d'une façon systématique et sans retard ce terrible foyer, *primum movens* de toute l'épopée appendiculaire.

On ne saurait trop le proclamer : se laisser hypnotiser par la péritonite et méconnaître les accidents rapidement mortels dus aux toxines appendiculaires, c'est ne voir qu'un des côtés de la question; attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est faire fausse route, c'est conduire le malade à la mort. Agir ainsi, c'est donner à la terrible toxiféction appendiculaire le temps de diffuser un mal trop souvent irrémédiable. Nous en avons tous les jours de lamentables exemples.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
PREMIÈRE LEÇON	
COMMENT SAVOIR SI UNE PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE FRANCHEMENT AIGÜE EST OU N'EST PAS TUBERCULEUSE? — CULTURES — SÉRO-DIAGNOSTIC — CYTO-DIAGNOSTIC	1
DEUXIÈME LEÇON	
COMMENT SAVOIR SI UNE PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE FRANCHEMENT AIGÜE EST OU N'EST PAS TUBERCULEUSE? — CULTURES — SÉRO-DIAGNOSTIC. — CYTO-DIAGNOSTIC	21
TROISIÈME LEÇON	
PLEURÉSIES FÉTIDES, PUTRIDES, GANGRENEUSES, PLEURÉSIES OZÉNEUSES (ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)	44
QUATRIÈME LEÇON	
PLEURÉSIES FÉTIDES, PUTRIDES, GANGRENEUSES, PLEURÉSIES OZÉNEUSES (ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)	66
CINQUIÈME LEÇON	
LA PLEURÉSIE APPENDICULAIRE, EMPYÈME SOUS-PHRÉNIQUE, GANGRÈNE DU POU MON (ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)	84
SIXIÈME LEÇON	
LA PLEURÉSIE APPENDICULAIRE, EMPYÈME SOUS-PHRÉNIQUE, GANGRÈNE PULMONAIRE (ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)	105