

intoxiqué, succomba avec des symptômes bulbaires, grands accès de dyspnée, cyanose du visage et des extrémités, asphyxie, syncope. J'ai vu, avec Legry et Hartmann, une malade atteinte d'appendicite gangréneuse avec péritonite. Dans la soirée qui suivit l'opération, la malade se sentit soulagée et la journée du lendemain fut bonne. Le surlendemain, on constate une légère teinte *subictérique*. Le jour suivant, Hartmann trouve que la malade a un air étrange, elle est peu nette dans ses réponses; à midi, elle est sans connaissance, elle répète continuellement les mêmes mots et lance des cris inarticulés. Je la vois à sept heures du soir, elle est immobile, l'œil fixe, et pousse de temps en temps un cri bref et strident. La perte de connaissance est absolue, les pupilles sont égales, la respiration est un peu accélérée; il n'y a ni paralysie oculaire, ni paralysie faciale, ni hémiplégie, ni contractures. Ces symptômes négatifs éloignent l'idée d'une méningite et la malade succombe, le lendemain, à son intoxication cérébrale.

Gérard Marchant, à qui j'en parlais, m'a fait part d'un cas analogue, il s'agit d'une fillette opérée de péritonite appendiculaire. Les suites de l'opération sont excellentes, quand le surlendemain on constate une teinte *subictérique* des conjonctives; dans la soirée, l'excitation commence, la tête est agitée de mouvements involontaires, la petite malade pousse des cris, perd connaissance et succombe dans la journée du lendemain, sans fièvre, sans accélération du pouls; elle meurt intoxiquée.

Tels sont les accidents nerveux toxiques; il ne faut pas les confondre avec les accidents cérébraux d'origine infectieuse (abcès de l'encéphale). Ces infections à distance sont plus tardives que les accidents toxiques.

En résumé, la clinique et les expériences de laboratoire sont d'accord pour démontrer la *toxicité de l'appendicite*. L'intoxication peut être légère, intense et mortelle. L'intoxication est légère quand elle se limite à l'adulteration du foie et des reins et quand elle ne se traduit que par l'ictère et l'albuminurie. Réduite à ces proportions, l'intoxication

n'est pas trop redoutable, mais, en fait d'appendicite, on ne sait jamais ce qui peut arriver. L'apparition des premiers signes d'intoxication doit nous donner l'alarme: symptômes d'ictère grave et d'urémie, grandes hématuries, accidents nerveux, tout est à craindre. Le malade de Valmont est mort au troisième jour de son appendicite avec symptômes d'ictère grave. La malade que nous avons vue avec Hartmann et Legry avait été fort améliorée par l'opération; l'apparition de l'ictère fut suivie de symptômes d'intoxication cérébrale et de mort. La malade de G. Marchant a été enlevée dans les mêmes conditions. Une malade de Rouzier prise d'accidents épileptiformes est morte dans le coma. Chez une malade que j'ai vue avec Gros et Cazin, la phase toxique débuta par un ictère généralisé avec oligurie et anurie, et se termina par des *hématuries* terribles.

L'appendicite, maladie *toxi-infectieuse* au premier chef, n'est donc pas seulement redoutable par les infections terribles qu'elle provoque, infection péritonéale et infections à distance, elle est encore redoutable parce qu'elle *intoxique ses victimes en même temps qu'elle les infecte*; parfois même, l'intoxication prend le dessus sur l'infection; et l'on est plus vite intoxiqué qu'infecté: bref, une des choses les plus redoutables de l'appendicite, c'est l'*appendicémie*. Aussi je ne saurais le proclamer assez haut: le seul traitement rationnel de l'appendicite, c'est l'intervention chirurgicale précoce, c'est l'ablation hâtive du foyer toxi-infectieux.

Accalmies traîtresses de l'appendicite. — Au nombre des surprises de l'appendicite, il en est une sur laquelle je désire insister tout spécialement, c'est l'accalmie apparente qui se produit parfois au moment où les accidents sont le plus menaçants: dans une de mes communications à l'Académie de médecine, je lui ai donné le nom d'*accalmie traîtresse*; il faut la bien connaître. En voici deux exemples caractéristiques.

Le 14 janvier 1899, j'étais appelé par mes collègues Pinard et Roques auprès d'une jeune femme grosse de

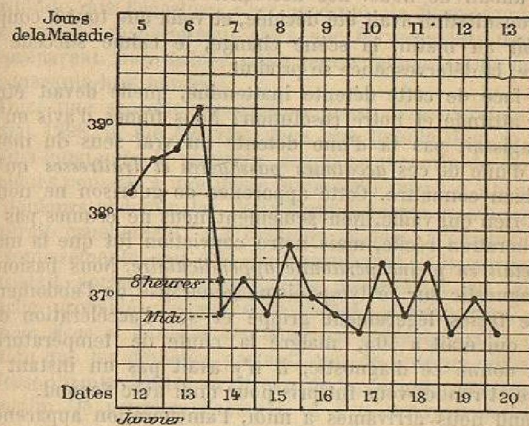
quatre mois. La grossesse avait évolué d'une façon normale, seuls, les vomissements avaient été fréquents du deuxième au troisième mois. Voilà que, dans le cours d'une excellente santé, cette jeune femme est prise, dans la nuit du 9 janvier, de douleurs de ventre avec vomissements et très forte diarrhée. Elle eut six garde-robes dans la nuit et deux autres dans la journée suivante. On crut, dans la famille, au début d'une fausse couche et l'on fit mander Pinard qui constata qu'il ne s'agissait nullement de fausse couche. L'utérus n'était pour rien dans les douleurs localisées au côté droit de l'abdomen. Le lendemain, 10 janvier, l'état resta stationnaire, Pinard ne vit point la malade. La nuit du 11 fut mauvaise, les douleurs étaient intenses dans les parages de la région iliaque droite; Roques fut appelé. Le 12, survinrent deux vomissements avec localisation très nette des douleurs au point de Mac Burney. Le 15, vomissement, météorisme et défense musculaire à la région appendiculaire. Température du matin, 38°,6; température du soir, 39°,2, précédée d'un léger frisson.

Telle était la situation le 15 au soir: il s'agissait d'une appendicite grave; le danger devenait menaçant et le moment était venu de prendre une décision chirurgicale chez cette femme, grosse de quatre mois. Mes collègues m'appellent en consultation et rendez-vous est pris pour le lendemain matin samedi, à huit heures et demie. J'arrive à l'heure dite, et j'apprends qu'un *changement à vue* s'est produit depuis la veille au soir. Les douleurs abdominales ont disparu, les vomissements ont cessé; la malade a bien dormi, il y a eu deux mictions abondantes et émission de gaz; la température qui, la veille au soir, était de 39°,2, est actuellement à 37°,2; c'est une vraie défervescence. La famille était dans la joie. Quand je fus introduit auprès de la jeune femme, elle nous parla du bien-être qu'elle éprouvait, elle insista sur la détente qui s'était faite pendant la nuit; bref, elle se considérait comme guérie. Il est certain qu'au premier abord, on aurait pu croire à une détente réelle du mal; cet état était un peu comparable à celui

d'un malade qui, la veille au soir, aurait été à l'apogée d'une pneumonie, et qui, le lendemain matin, éprouverait l'inexprimable bien-être de la défervescence.

La courbe ci-dessous donne une idée exacte de cette accalmie traîtresse.

A ne voir que cette courbe de température, l'apogée de



la fièvre et la défervescence, on aurait pu supposer que la maladie était terminée; on va voir qu'il n'en était rien. J'examinai la malade. Mon premier soin fut de rechercher la localisation douloureuse au point de Mac Burney, mais la douleur si nettement précisée les jours précédents avait disparu. Je pressai le ventre dans tous les sens, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, et je ne fus pas peu surpris de le trouver indolore. Il ne s'agissait pas d'un changement produit par une action médicamenteuse (morphine, antipyrine, application de glace); aucune de ces médications n'avait été employée: la douleur avait donc disparu spontanément.

Néanmoins, un symptôme abdominal de premier ordre persistait; je veux parler d'un tympanisme généralisé à tout le ventre.

Que s'était-il passé depuis la veille au soir et que signifiait une détente en apparence aussi complète? Cette femme était atteinte d'appendicite intense, cela ne faisait de doute pour aucun de nous. Les accidents devenant menaçants, une consultation avait été décidée, et voilà que tout à coup, du soir au matin, la scène change, le calme succède à l'orage, la défervescence se produit.

En face de cette détente inattendue, quelle devait être notre attitude et notre résolution? Nous fûmes d'avis qu'il ne s'agissait pas là d'une détente au vrai sens du mot, mais d'une de ces *accalmies passagères et traîtresses* qu'il faut bien connaître. Cette apparence de guérison ne nous disait rien qui vaille. Non seulement nous ne crûmes pas à l'amélioration réelle, mais notre conviction fut que la malade *était en pleine péritonite appendiculaire*. Nous basions ce diagnostic sur le tympanisme généralisé de l'abdomen, sur le facies légèrement grippé et sur l'accélération du pouls qui était à 104, malgré la chute de température. Etant donné ce diagnostic, il n'y avait pas un instant à perdre et rendez-vous fut pris pour midi avec Segond.

Quand nous arrivâmes à midi, l'amélioration apparente ne s'était pas démentie. La température avait encore baissé et n'était qu'à 36°,9. Segond renouvela l'examen que nous avions pratiqué le matin et, comme nous, il constata l'absence de douleurs, le météorisme uniformément réparti à tout l'abdomen et l'accélération du pouls; les yeux étaient légèrement excavés. Segond formula nettement son opinion et demanda l'intervention chirurgicale immédiate. Nous étions tous d'accord. Restait à convaincre la famille, ce qui ne fut pas chose facile, car on trouvait l'opération « illogique et inacceptable ». On céda néanmoins.

A peine le péritoine est-il ouvert, qu'un flot de sérosité trouble s'écoule avec une odeur des plus fétides; la péritonite était diffuse, l'appendice était gangrené. Malgré la dif-

fusion de la péritonite, et la gangrène de l'appendice, les suites de l'opération furent des plus heureuses pour la mère. La fausse couche se fit le douzième jour après l'opération, le fœtus ayant succombé aux toxines appendiculaires.

Ce que je tiens à mettre en relief dans cette observation, c'est l'*accalmie traîtresse* de l'appendicite. C'est en pleine péritonite que l'*accalmie* s'est produite; la fièvre tombe et les douleurs disparaissent alors que les accidents mortels se préparent. Non opérée, cette jeune femme serait morte en quarante-huit heures.

Voici une seconde observation aussi démonstrative. Le 5 mai 1898, je me trouvais dans une famille dont je suis depuis longtemps le médecin, quand on me pria de donner quelques conseils à une jeune femme qui venait d'être prise de douleurs abdominales. Cette femme, grosse de cinq mois, souffrait cruellement, ses douleurs étaient accompagnées de vomissements, son état était angoissant et la garde qui l'assistait parlait de contractions utérines et de fausse couche probable. J'examine le ventre, je recherche avec soin le *siège et l'origine des douleurs*, et j'acquies la conviction que les douleurs partent, non de l'utérus, mais de la fosse iliaque droite, au niveau de la région cæco-appendiculaire. Je poursuis l'examen et j'en arrive à conclure que cette jeune femme est atteinte d'appendicite. Pinard voit la malade dans la soirée et porte le même diagnostic. Voici ce qui s'était passé. Dans le cours d'une excellente santé, au cinquième mois de sa grossesse, cette jeune femme avait été prise, vers une heure et demie de l'après-midi, de douleurs abdominales qui, peu vives au début, avaient acquis, en deux heures, une très forte intensité. Les douleurs avaient été bientôt suivies de vomissements répétés. C'est à ce moment que j'avais vu la malade; il était six heures du soir.

Le lendemain matin, vendredi, nous jugeons, Pinard et moi, que nous sommes en face d'une appendicite à forme grave, et, malgré la grossesse, nous décidons l'intervention