

chirurgicale immédiate. A midi, Bouilly se joint à nous; il diagnostique, comme nous, une appendicite violente; la péritonite est imminente ou déclarée, aussi l'opération est-elle décidée pour quatre heures.

Quand nous revenons, à quatre heures, la famille, que nous avons laissée quelques heures avant dans la tristesse, nous reçoit maintenant avec des accents de joie non déguisée. Les visages sont souriants : « La malade va beaucoup mieux, nous dit-on, elle a eu une garde-robe naturelle, les douleurs ont en partie disparu, les vomissements ont cessé, la fièvre est presque tombée; la température est descendue de 39 à 37<sup>o</sup>,4. » Ce qui, dans l'esprit de la famille, voulait dire : « Nous espérons bien qu'en face de ce nouvel état, vous n'allez pas donner suite à l'opération. » Et cependant, tout était préparé, l'interne de Bouilly tenait le chloroforme et l'opérateur n'attendait plus que sa malade.

Au premier abord, il faut le dire, le joyeux accueil de la famille nous avait un peu déconcerté; bien des pensées nous avaient traversé l'esprit; notre diagnostic serait-il erroné; la malade ne serait-elle pas atteinte d'appendicite; l'opération aurait-elle été indûment conseillée? Nous nous rendons auprès de la jeune femme, et, après l'avoir examinée de nouveau, nous maintenons dans son intégrité notre verdict, que la famille accepte sans mot dire.

L'opération est immédiatement pratiquée. A l'ouverture du péritoine, apparaît une *péritonite diffuse*. On va à la recherche de l'appendice, qui est enveloppé de fausses membranes infiltrées de pus. J'ai vu bien des appendicites, j'ai assisté à bon nombre d'opérations, mais je ne me rappelle avoir jamais rien vu de pareil. L'appendice avait pris des proportions démesurées; il avait doublé de longueur et triplé de volume; il était énorme, en érection, avec deux plaques de gangrène, dont l'une voisine de la base. L'opération se termina dans les meilleures conditions et la jeune femme guérit après avoir expulsé le fœtus mort.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur la rapidité des lésions et sur l'*accalmie traîtresse* qui, chez cette malade,

se produisit vingt-quatre heures après la première poussée des accidents. Supposons que pour une cause ou pour une autre, moins de décision de la part des médecins, ou manque de confiance de la part de la famille, supposons qu'on eût sursis à l'opération; la péritonite, déjà diffuse, se généralisait, et cette jeune femme était certainement perdue, elle mourait infectée et intoxiquée, comme meurent tant de gens atteints d'appendicite, qui ne sont pas opérés ou qui sont opérés trop tard.

Les cas d'*accalmie traîtresse* ne sont pas rares, il s'en faut; on en trouvera bon nombre d'observations dans une leçon clinique que j'ai consacrée à ce sujet<sup>1</sup>. Cette détente *apparente*, cette période d'*accalmie*, est fréquente au cours de l'appendicite; on ne la connaît pas assez, on ne l'avait pas 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 n'est plus temps.

Pour si étrange, pour si paradoxal que paraisse ce fait, on est bien obligé de l'admettre; dans bon nombre de 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 l'explication de faits aussi discordants. Si je me reporte au très remarquable travail expérimental de Klecki 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 expé-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899. Les *accalmies traîtresses* de l'appendicite. 12<sup>e</sup> leçon.

riences de 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 inattendu qui résulte des expériences de Klecki, c'est que la virulence des bacilles retirés du liquide péritonéal est, dans la plupart des cas, inférieure à la virulence des bacilles exaltés en cavité close intestinale. Autrement dit, « le passage des microbes virulents dans la cavité péritonéale en atténue la virulence ».

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, péritonite diffuse, septique, 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 parfois 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, au risque de me

répéter, une phrase que je voudrais graver profondément dans l'esprit; il est 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.

On voit d'ici comment les choses se passent. Un malade est atteint d'appendicite, un médecin est appelé, il institue le traitement dit médical, il applique des 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°,5. 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 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, 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.

Il ne faut pas confondre l'amélioration de bon aloi avec l'accalmie traîtresse de l'appendicite; il faut savoir les distin-

guer. L'amélioration de bon aloi porte sur tous les symptômes en même temps ; il n'y a pas entre eux de discordance flagrante, le pouls diminue de fréquence pendant que la température s'abaisse, 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 traitresse : la température s'abaisse, mais le pouls reste petit, accéléré, à 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, qu'on regarde attentivement le malade et l'on voit que le facies porte l'empreinte péritonéale.

**La grossesse et l'appendicite.** — Les exemples suivants donnent une idée des relations de la puerpéralité avec l'appendicite. Le 6 janvier 1896, je fus appelé d'urgence, en consultation, auprès d'une jeune femme, récemment accouchée, qui venait d'être prise depuis quarante-huit heures de douleurs abdominales et de vomissements. J'y trouvai Budin, qui avait pratiqué l'accouchement. On me donna les renseignements les plus circonstanciés : la grossesse avait été excellente, l'accouchement s'était fait à terme dans les meilleures conditions, les suites de couches n'avaient rien laissé à désirer. Dix-huit jours après l'accouchement, alors que tout marchait à souhait, la jeune femme s'était plainte de douleurs abdominales d'abord légères et bientôt très vives. Ces douleurs avaient été suivies de nausées et de vomissements ; la constipation était absolue. La nuit qui avait précédé notre consultation avait été fort mauvaise, la situation avait empiré. Quand nous arrivâmes auprès de la malade, je fus mal impressionné, je lui trouvai les traits altérés, angoissés, les yeux cernés, et auprès de son lit était une cuvette contenant le dernier vomissement, verdâtre et porracé. La fièvre était vive, le pouls était petit et accéléré. La péritonite n'était pas douteuse ; le ventre, tendu, uniformément ballonné, était tellement sensible que la malade me supplia de n'y pas toucher ; je voulais cepen-

dant me rendre compte *du siège et de l'origine de la douleur*, car, en pareille circonstance, une séméiologie méthodique peut seule nous permettre de formuler le diagnostic : je palpai l'abdomen avec les plus grandes précautions et quand j'arrivai à la fosse iliaque droite, dans les parages de la région cæco-appendiculaire, je constatai une telle localisation des symptômes douloureux (hyperesthésie, douleur à la pression, défense musculaire), que j'acquis la conviction qu'il s'agissait d'une appendicite : l'appendicite de l'état puerpéral. Budin partagea mon opinion.

Bien que nous ne fussions qu'au commencement du troisième jour de l'appendicite, les accidents s'étaient précipités avec rapidité, puisque la malade était déjà en pleine péritonite. Mais nous n'en sommes plus à compter les cas où dès le deuxième, dès le troisième jour, l'appendicite a déjà provoqué les plus graves désordres. Il n'y avait pas à hésiter, il fallait opérer le plus vite possible, car les accidents étaient menaçants et d'heure en heure le pronostic allait s'aggraver. Je priai Routier de pratiquer l'opération sans tarder. La jeune femme fut opérée à 10 heures du soir. On trouva une péritonite diffuse. L'appendice était volumineux, tendu, violacé, entouré de membranes molles et purulentes. Il fut enlevé et quand je pus l'examiner à loisir je trouvai le canal appendiculaire rempli de pus dans la partie qui avait été transformée en cavité close par un calcul oblitérant. La détente complète fut assez longue à se produire ; la malade, non seulement infectée, mais empoisonnée par les toxines de l'appendicite, eut encore pendant deux jours de la fièvre, de l'accélération du pouls, des nausées, de l'intolérance stomacale, une légère teinte *subictérique* des conjonctives, symptômes qui n'étaient pas sans m'inquiéter. Peu à peu la situation s'améliora, et vingt jours plus tard la malade était guérie. Cette appendicite puerpérale fut, je crois, le premier cas publié chez nous<sup>1</sup>.

Esquisse de cette époque, les faits se sont multipliés<sup>2</sup>, Pinard

1. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. III.

2. Legendre. *Soc. méd. des hôp.*, 1<sup>er</sup> avril 1897.