

le jeune garçon de ma deuxième observation, l'appendicite à ses débuts paraissait si peu inquiétante, que les parents crurent à une simple indigestion, et cependant, en vingt-huit heures, l'appendice était perforé et la péritonite était diffuse. Chez la vieille dame de ma quatrième observation, la fièvre était peu élevée, les symptômes étaient bien légers, et, cependant, l'opération, faite vingt-huit heures après le début, démontra l'existence d'une péritonite diffuse en pleine évolution. On ne peut donc pas baser l'indication ou la contre-indication de l'opération sur l'intensité ou sur l'apparente bénignité du mal.

Qu'on veuille bien lire les chapitres concernant les complications de l'appendicite *toxique*, le foie appendiculaire à forme toxique, le rein appendiculaire, la gastrite hémorragique appendiculaire, ces chapitres fourmillent d'observations relatives à des malades qui n'ont pas été opérés ou qui ont été opérés trop tard et qui ont succombé, non pas à l'infection, mais à l'intoxication, les agents toxiques pénétrant dans l'économie *plus vite* que les agents infectieux.

En résumé, il est impossible, dans la grande majorité des cas, de porter le pronostic de l'appendicite en évolution; à plus forte raison est-il impossible de pousser les finesses du diagnostic jusqu'à dire qu'une appendicite est *plastique, pariétale*¹ ou autre chose. Ces classifications, à peine bonnes en anatomie pathologique, sont absolument illusoire en clinique. Au point de vue clinique et en face du traitement, *l'appendicite est une et indivisible*. Quand on a reconnu une appendicite, on ne peut prévoir comment elle se terminera; on ne peut savoir si elle sera, ou non, compliquée d'accidents toxiques ou infectieux, graves ou terribles; nul ne peut affirmer que dès le deuxième, dès le troisième ou le quatrième jour, l'appendice ne sera pas gangrené, perforé, et la mort imminente. Voilà pourquoi le traitement médical est illusoire et néfaste; il a l'air de faire quelque chose, alors qu'il ne fait rien; il masque les symptômes, il en-

1. Talamon. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 9 avril 1897.

dort la douleur, il conduit paisiblement le malade à la mort.

J'ai peine à comprendre la quiétude de certains médecins en face de tous les accidents possibles de l'appendicite: en deux jours, une péritonite diffuse peut éclater; en deux jours, une gangrène presque foudroyante peut nécroser l'appendice; en quelques jours, la graine d'infection purulente à distance peut aller germer dans le foie, dans la plèvre, en différentes régions; en quelques jours, une *intoxication* mortelle partie de l'appendice malade peut enlever le malade. En face de tous ces méfaits, comment oser temporiser!

Ne vous laissez pas égarer, je vous en prie, par des formules qui ont l'air de dire quelque chose alors qu'elles ne disent rien, ou par des statistiques qui 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 partis 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.

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 l'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 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 qu'on nous fit connaître le nombre des victimes qui ont succombé à l'appendicite aiguë pendant la phase dite « chaude », avant d'avoir atteint la phase bienheureuse 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, infectés et intoxiqués, 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 ladite statistique fausse tout, et ses conclusions et notre jugement et le jugement du public. 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 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.

Ceux qui glorifient les statistiques des opérations « à froid » (glorification bien imméritée) ne manquent pas de faire ressortir l'infériorité des statistiques concernant les opérations « à chaud ». Mais, ici encore, dans ces statistiques telles qu'on nous les présente, on nous met en face d'un trompe-l'œil, il s'agit de statistiques mal faites, mal interprétées et qui induisent en erreur. En effet, dans ces statistiques d'opération à chaud, on englobe, sans distinction, des opérations pratiquées à n'importe 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 l'on en tire en bloc une statistique qui est forcément 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, qui se fût sûrement terminée par la