

guérison si le malade avait été opéré à temps, peut se terminer 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 insuccès et l'on met indûment ces insuccès sur le compte de l'opération à chaud. Voilà pourquoi les statistiques concernant *en bloc* les insuccès 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 elles trompent le public.

Par contre, si nous analysons 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 heures, car jusqu'à ce moment, dans la presque totalité des cas, 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, 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 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 *presque toutes* guéri; nous n'avons eu à déplorer que de très rares décès. Ces rares insuccès concernent des appendicites hypertoxiques, souvent gangré-

neuses, 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.

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'irrémédiables progrès. Tel opéré qui eût guéri s'il avait été opéré avant la fin du second jour peut succomber s'il est opéré quelques heures plus tard, car alors, outre qu'il est infecté, ses organes sont devenus la proie des toxines.

Pour ce qui est des malades atteints d'appendicites aiguës, graves qui n'ont été opérés ou que je n'ai pu faire opérer que le troisième jour, 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 opérés qui guérissent, certains restent encore quelques jours en grand danger.

Quant aux 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. Trop souvent 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 im-

portance; 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 des notions qu'il faut propager. En différentes circonstances, les voix les plus autorisées ont proclamé les mêmes idées et ont puissamment contribué à les faire accepter. Tout récemment, à l'Académie de médecine<sup>1</sup>, 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, Segond, Routier, Hartmann, Poirier, Villard, ont apporté des faits 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 de parti pris l'opération jusqu'à ce que l'appendicite fût « refroidie ».

C'est à nous, médecins, de savoir prendre une décision, c'est à nous de faire passer dans les familles la conviction qui nous anime. Trop souvent on fait appeler le chirurgien après avoir longtemps hésité et après avoir épuisé le funeste bagage des moyens médicaux; il ne suffit pas seulement d'opérer, il faut opérer en temps voulu.

Je répète que pour mettre tous les atouts dans son jeu, trente-six heures me paraît être le délai maximum pour les appendicites aiguës, graves, et quarante-huit heures me paraît être le délai maximum pour les appendicites de moindre intensité. Cette formule, je crois, donne toute sécurité. Grâce à ces préceptes, on supprime le foyer appendiculaire, ce foyer toxi-infectieux au premier chef, avant que des désordres irréparables d'infection et de toxicité aient eu le temps de se produire.

Un mot encore relativement à la conduite à tenir après une attaque d'appendicite qui n'a pas été opérée.

Je ne saurais partager la placidité de quelques confrères

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

qui abandonnent toute crainte dès que leurs malades sont sortis triomphants d'une attaque d'appendicite. Trop souvent même après guérison apparente, le feu couve sous la cendre, l'appendice est là menaçant, prêt aux récidives, prêt à la perforation, prêt aux infections secondaires :

*Hæret lateri lethalis arundo.*

Il est donc une formule que je voudrais bien graver dans l'esprit de ceux qui pourraient être encore hésitants : on ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard. Avec un bon diagnostic et avec une opération faite en temps voulu et suivant les règles de l'art, *on ne devrait pas mourir d'appendicite*. Une telle affirmation est consolante.

**Résumé.** — 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'appelait Peter), avec la péritonite qui en était la conséquence. 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 intestinale, 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 déchuée de la situation prépondérante qu'elle avait occupée 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 toxinfection appendiculaire le temps de diffuser un mal trop souvent irrémédiable. Nous en avons tous les jours de lamentables exemples.

#### § 4. ENTÉRO-TYPHLO-COLITES, GLAIREUSES, MEMBRANEUSES, SABLEUSES — LITHIASÉ INTÉSTINALE

Je réunis dans ce chapitre la description des entérotyphlo-colites glaireuses, membraneuses et sableuses, parce que toutes ces entérotyphlo-colites peuvent se traduire par les mêmes symptômes et coexister ou se succéder chez le même individu. Il n'y a donc pas lieu de scinder cette étude. Un chapitre de pathologie qui ne viserait que l'entérocolite muco-membraneuse et qui négligerait l'entérocolite sableuse serait un chapitre fort incomplet. L'ancienne dénomination d'entéro-côlite m'a toujours paru insuffisante car elle ne vise que l'intestin grêle et le côlon; elle a l'air de délaisser le cæcum qui joue dans l'espèce un rôle fort