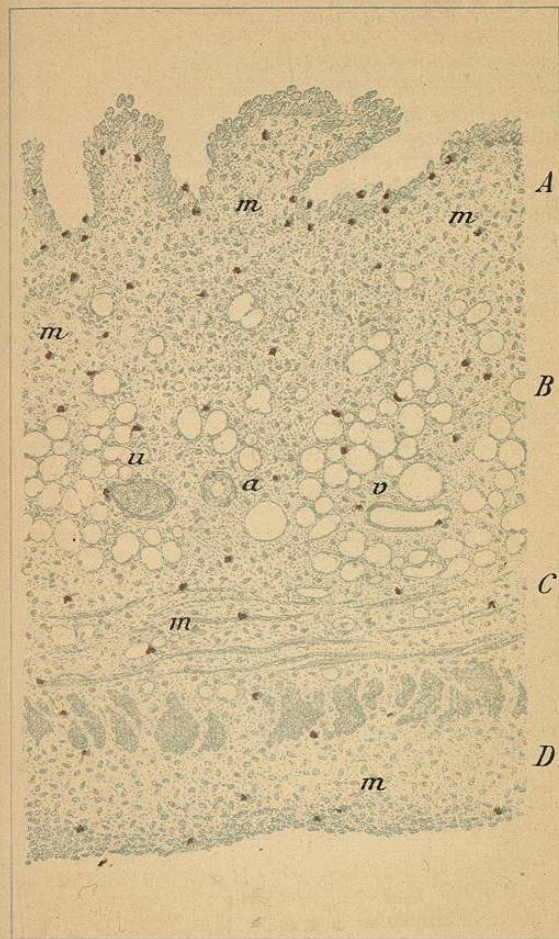


PLANCHE V

MIGRATION MICROBIENNE A TRAVERS LE SEGMENT DE L'APPENDICE
QUI A ÉTÉ TRANSFORMÉ EN CAVITÉ CLOSE

Cette planche représente une coupe des parois de l'appendice au niveau de la cavité close. On y voit :

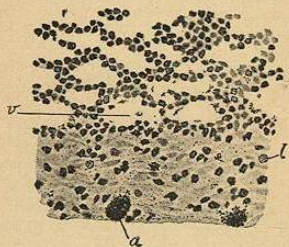
- A. La partie profonde de la muqueuse ulcérée.
 - B. La couche sous-muqueuse très épaissie, formant à elle seule les deux tiers de l'épaisseur de la paroi; elle a une structure lymphoïde et elle est parcourue par des veinules (*v*) gorgées de sang (*u*), et par des artérioles, à paroi épaissie (*a*).
 - C. Couche musculaire dissociée par du tissu lymphoïde.
 - D. Couche sous-péritonéale.
- m*. Nombreuses colonies de microbes (coli-bacille) traversant les parois appendiculaires, de la muqueuse vers la séreuse.
Pour la facilité de la description, les colonies microbiennes ont été schématiquement agrandies.



La figure précédente nous a montré en bloc les lésions histologiques des parois de la cavité close et la migration des colonies microbiennes à travers ces parois.

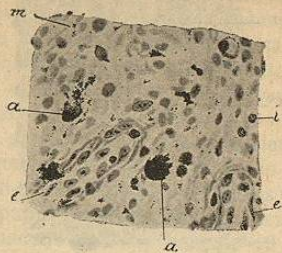
Les préparations suivantes représentent, en détail, une série de coupes de la cavité close, allant du canal appendiculaire vers le péritoine. Elles nous font assister d'une façon suggestive à la migration des colonies microbiennes à travers les parois de la cavité close.

Tous ces microbes, libres ou véhiculés par des leucocytes, et formant parfois des amas, ont vraiment l'air de s'élaner en colonnes serrées à la conquête du péritoine. Cette force d'expansion, cette exaltation de virulence, c'est en cavité close qu'ils l'ont acquise; ce qui le prouve, c'est que, sur les coupes de l'appendice faites *au-dessus* de la cavité close, on ne trouve plus trace de migration microbienne.

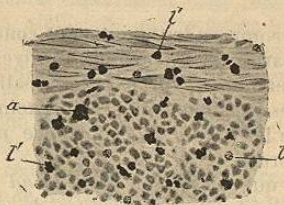


Cavité close. — Coupe de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Les couches superficielles, celles qui avoisinent la lumière du canal appendiculaire ont leurs épithéliums dissociés. Ces épithéliums délimitent des vacuoles, *v*, dont la bordure est semée de microbes. Les couches profondes, celles qui représentent la sous-muqueuse, sont formées de tissu conjonctif dans les mailles duquel continue à se faire la migration microbienne. Cette migration est constituée par des leucocytes remplis de micro-organismes. On les voit disséminés en *l*, et réunis en gros amas en *a*.

La planche suivante représente la couche la plus profonde de la tunique sous-muqueuse. On continue à y voir la migration microbienne à travers les parois de la cavité close.

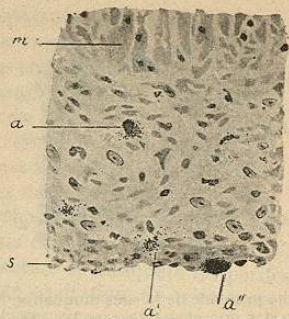


Cavité close. — Couche profonde de la sous-muqueuse. Non seulement on y voit la migration des microbes à travers les parois de l'appendice, mais on dirait même que ces microbes ont colonisé chemin faisant, tant les amas de leucocytes et de micro-organismes, *a*, sont larges et abondants. Quelques cellules endothéliales, vrais phagocytes, sont bourrées de micro-organismes. On voit, *e*, des cellules épithéliales dont la forme et la disposition indiquent une veine sectionnée longitudinalement. En *m*, on retrouve des micro-organismes disséminés entre des leucocytes.



Cavité close. — La figure ci-dessus représente les couches musculaires longitudinales et circulaires de l'appendice. A ce niveau, la migration microbienne s'effectue surtout par des leucocytes, *l* et *l'*, qui sont chargés de micro-organismes et qui se réunissent fréquemment en gros amas, *a*.

Sur les deux planches précédentes on voit les microbes et les colonies microbiennes traverser les parois de la cavité close. Sur la planche suivante on voit ces colonies microbiennes aborder le péritoine, on assiste à l'infection péritonéale.



La figure ci-dessus montre la migration microbienne à travers les couches musculaires profondes *m*, et à travers la séreuse péritonéale *S*. On voit des amas microbiens, *a*, dans la couche celluleuse sous-séreuse; dans la séreuse, près de la cavité péritonéale *a'*, on aperçoit un énorme amas microbien qui a traversé la séreuse et qui aborde la cavité péritonéale *a''*. C'est la pathogénie de l'infection péritonéale prise en flagrant délit.

Il est facile de comprendre maintenant comment s'effectue l'infection des parois de l'appendice au niveau de la cavité close; on surprend ainsi, sur le fait, la pathogénie de certaines péritonites appendiculaires, le péritoine étant infecté, alors même que les parois de l'appendice ne sont ni gangrénées ni perforées.

Et la preuve que c'est bien là le *nœud de la question*, c'est que, quel que soit le mécanisme du processus oblitérant appendiculaire, torsion, coudure, enroulement de l'appendice, étranglement par brides, oblitération par calculs, par tuméfaction des parois, peu importe, le résultat est toujours le même; c'est par la cavité close que se fait l'infection, avec son même cortège, toujours identique, de symptômes et d'accidents.

Exaltation de virulence en cavité close. — Une expérience de Hartmann et Minot permet de doser, pour ainsi dire, le degré de virulence que peuvent acquérir les microbes en cavité close appendiculaire. Voici cette expérience : Un

malade ayant été opéré par Hartmann, d'une appendicite aiguë, on trouva, à l'examen de la pièce anatomique, une oblitération du canal appendiculaire à sa partie moyenne, ce qui transformait la partie sous-jacente du canal en cavité close. Des cultures furent faites séparément sur agar : d'une part, avec du mucus prélevé dans la partie libre du canal; d'autre part, avec du mucus prélevé dans la cavité close. Vingt-quatre heures plus tard, de très nombreuses colonies de coli-bacilles ont poussé sur les deux cultures. On ensemence séparément deux bouillons avec du coli-bacille prélevé sur chacune des cultures. Le 19 avril, 15 gouttes de ces deux bouillons sont injectées séparément sous la peau du flanc de deux cobayes. Le cobaye inoculé avec le bouillon contenant du coli-bacille prélevé dans la partie libre du canal appendiculaire, reste en parfaite santé, tandis que 15 gouttes de l'autre bouillon, ensemencé avec le coli-bacille de la cavité close, déterminent, chez le cobaye inoculé, un œdème considérable et de l'amaigrissement. Le 21 avril, les mêmes expériences sont répétées, les cultures étant, cette fois, vieilles de quatre jours. Un cobaye, inoculé avec 20 gouttes du premier bouillon, n'éprouve aucun mal, tandis qu'un cobaye, inoculé avec 20 gouttes de l'autre bouillon, meurt au bout de trente-six heures, avec un énorme phlegmon de la paroi, et du pus dans les séreuses, plèvre, péricarde, péritoine.

Nous avons répété dans mon laboratoire, avec Caussade, les expériences de Hartmann et Minot, et nous avons obtenu des résultats identiques. Nous avons pris, pour nos expériences, une appendicite oblitérante aiguë dans laquelle la cavité close était absolument séparée de la partie libre du canal appendiculaire. Nous avons ensemencé deux bouillons : l'un, bouillon n° 1, avec une parcelle de liquide prélevée dans la partie libre du canal appendiculaire; l'autre, bouillon n° 2, avec une parcelle de liquide prélevée dans la cavité close. Ces bouillons ont été mis à l'étuve; ils contenaient du coli-bacille en quantité. Nous avons choisi douze cobayes sensiblement de même poids, et nous les avons séparés en

deux séries de six. Les six cobayes de chaque série ont reçu, sous la peau du ventre, les uns 15 gouttes du bouillon n° 1, les autres 15 gouttes du bouillon n° 2. Toutefois les douze cobayes n'ont pas été inoculés en même temps, ils ont été inoculés par série de deux, jour par jour, les dernières cultures employées étant vieilles de sept jours. Les cobayes inoculés avec le bouillon n° 1 (celui qui avait étéensemencé avec le liquide de la partie libre du canal) n'ont eu, au niveau de l'inoculation, qu'un petit noyau induré, qui s'est résorbé en peu de temps, sans le moindre accident; tous sont restés en parfaite santé, tandis que les cobayes parallèlement inoculés avec le bouillon n° 2 (celui qui avait étéensemencé avec le liquide de la cavité close) ont eu des abcès gangréneux, le pus de ces abcès contenant du colibacille pur, et tous ont fini par mourir infectés. Inutile d'insister, tant ces expériences sont concluantes.

Fabrication des toxines en cavité close. — Les expériences précédentes, si démonstratives au point de vue de l'infection, ne donnaient aucun renseignement précis sur la *toxicité* des produits élaborés en cavité close appendiculaire. Je ne cesse de répéter que l'appendicite est une maladie terrible, non seulement parce qu'elle est infectante, mais encore parce qu'elle est intoxicante. J'ai voulu en expérimenter la *toxicité*; pour cela, avec mon chef de laboratoire Caussade, nous avons filtré les bouillons de culture et pratiqué des inoculations avec le liquide filtré, chargé de toxine, et privé de bacilles. Six cobayes ont été inoculés, trois avec le filtrat du bouillon n° 1 et trois avec le filtrat du bouillon n° 2. Chaque cobaye a reçu en injection sous-cutanée 20 gouttes de bouillon filtré, provenant de cultures de plus en plus vieilles; les cultures dataient de trois jours pour les deux cobayes inoculés le lundi, de quatre jours pour les cobayes inoculés le mardi, et de cinq jours pour les cobayes inoculés le mercredi. L'inoculation n'a provoqué en aucun cas ni abcès ni induration. Les trois cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 1 (culture provenant du liquide de la partie libre de l'appendice) sont

restés vifs et bien portants. Sur les trois cobayes inoculés avec le filtrat du bouillon n° 2 (culture provenant du liquide de la cavité close), deux sont morts cinq et six jours après l'inoculation; ils ne sont pas morts infectés, ils sont morts intoxiqués. On voit donc que la cavité close est à la fois un foyer d'infection et de toxicité. La conclusion, c'est que j'avais raison de dire que l'appendicite est une maladie *toxi-infectieuse*; ceci explique une série d'accidents qui seront étudiés plus loin au sujet de la *toxicité* de l'appendicite.

Etiologie de l'appendicite. — Maintenant que nous voilà édifiés sur le rôle pathogénique de la cavité close appendiculaire et sur les produits infectieux et toxiques qui s'y élaborent, envisageons l'étiologie de l'appendicite et d'abord l'*hérédité*. Roux (de Lausanne) avait déjà soutenu, à juste titre, que l'appendicite est fréquemment héréditaire. De mon côté, l'expérience m'avait appris qu'on observe assez souvent l'appendicite chez plusieurs membres d'une même famille, qu'il s'agisse de collatéraux ou de descendants. En y regardant de plus près, il m'a paru que cette hérédité s'observe surtout dans les familles où règnent la goutte, la gravelle urinaire et biliaire, si bien que j'ai proposé de faire rentrer bien des cas de lithiase appendiculaire dans le patrimoine de la diathèse goutteuse. En voici quelques exemples :

J'ai un de mes meilleurs élèves, qui est parfois atteint de coliques néphrétiques : son père était goutteux, son frère a succombé à une appendicite. — Nous avons perdu, il y a peu d'années, un de nos collègues, atteint de diabète; sa fille était morte d'appendicite. — Je suis, depuis longtemps, le médecin d'une famille où règnent la goutte, l'obésité et le diabète; j'y ai connaissance de trois cas d'appendicite, dont un mortel, chez un enfant de dix ans. — J'ai un de mes bons amis, qui a eu des coliques néphrétiques; son fils a été atteint d'appendicite opérée et guérie par Bouilly. — Je connais une dame qui est, depuis quinze ans, sujette à des coliques hépatiques; sur ma demande, son fils a été opéré d'une appendicite calculeuse par Routier. J'ai vu à Trouville, avec Collet, un enfant de cinq ans

atteint d'appendicite opérée par Pozzi; sa mère avait eu des coliques hépatiques. — On m'a appelé, en 1895, auprès d'une dame de soixante-douze ans prise brusquement d'une appendicite calculeuse que je fis opérer par Routier; deux mois plus tard, c'était le tour de sa petite fille que je faisais opérer, elle aussi, pour une appendicite calculeuse.

Voilà donc la lithiase appendiculaire, maladie familiale et héréditaire, parfois d'origine arthritique, occupant la place qu'elle aurait dû occuper depuis longtemps dans le cadre nosologique, à côté des lithiases biliaire et urinaire. Je dirai même que, des trois lithiases, c'est la lithiase appendiculaire qui apparaît généralement la première, car elle est fréquente chez les enfants; c'est elle qui est la plus redoutable, car les accidents consécutifs à la gravelle du rein ou aux calculs biliaires ne sont comparables, ni par leur gravité, ni par leur fréquence, aux accidents consécutifs à la lithiase appendiculaire.

Dans d'autres cas, l'hérédité de l'appendicite (calculeuse ou non calculeuse) est manifeste sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la diathèse goutteuse comme intermédiaire.

Depuis que j'ai attiré l'attention sur cette question de l'appendicite héréditaire et familiale¹, les observations se sont multipliées. Faisans² a communiqué à la Société médicale des hôpitaux six faits d'appendicite familiale, concernant des familles dans lesquelles deux, trois, quatre personnes ont été atteintes d'appendicite trop souvent mortelle. Dans la même séance, Rendu a communiqué des faits semblables. La Société de chirurgie, de son côté, a étudié la question dans le même sens (Brun³, Berger, Tuffier, Jalaguier, Quénu).

Il se pourrait bien que les malformations de l'appendice

1. Dieulafoy. *Cours de pathologie interne de la Faculté de Paris*, semestre d'hiver, novembre 1895.

2. Faisans. *Société médicale des hôpitaux*, 1896, n° 8, p. 228.

3. Brun, Routier, Jalaguier, Tuffier, Quénu, Berger, séance de la Société de chirurgie du 22 janvier 1896.

fussent également héréditaires (Talamon, Pozzi¹), et prêtes à favoriser le processus de la cavité close.

Causes déterminantes. — La grossesse n'est pas étrangère au développement de l'appendicite. Vu l'importance de la question, je lui consacrerai plus loin un chapitre spécial. Metchnikoff a incriminé les vers intestinaux et le trichocéphale². On a voulu faire jouer aux entéro-colites un rôle pathogénique important, comme si l'appendicite était l'aboutissant des entéro-colites. Cette opinion me paraît erronée; je traiterai cette question au chapitre concernant les entéro-typhlo-colites glaireuses, membraneuses et sableuses. On a incriminé la grippe (Faisans), la rougeole, les angines, etc.; je ne peux me ranger à cette opinion. Il est plus vrai de dire que la cause première de l'appendicite nous échappe souvent.

Après cette étude de pathogénie et d'étiologie, abordons la description de l'appendicite.

Entrée en scène de l'appendicite. — Comment s'annonce l'appendicite? Entre un début insidieux, presque apyrétique, peu douloureux, et un début bruyant, fébrile, très douloureux, on observe tous les intermédiaires. Règle générale, il est rare que l'appendicite soit précédée de prodromes; elle survient le plus souvent brusquement dans le cours d'une excellente santé, alors que, la veille encore, rien ne pouvait la faire présager.

Dans les appendicites d'apparence bénigne, voici comment les choses se passent: le malade éprouve une sensation de douleur, de tension au ventre et surtout à la fosse iliaque droite: habituellement, quelques nausées, quelques vomissements, accompagnent cet état douloureux. La fièvre est insignifiante. Le malade croit à tort avoir une indigestion. Sans attendre son médecin, il commence par s'administrer purgatif et lavement; il a conscience que les fonctions intestinales ne sont pas normales. Le médecin arrive.

1. Pozzi. *Académie de médecine*, séance du 28 avril 1896.

2. Metchnikoff. *Acad. de méd.*, séance du 15 mars 1901.

Le malade parle de constipation, d'état nauséux, et il appelle l'attention sur la fosse iliaque droite douloureuse. « En effet, dit le médecin, je trouve là un peu d'empâtement, un peu de tension, » et si le médecin en question (ce qui ne se voit plus guère) croit encore à l'ancienne typhlite, il fait le diagnostic de typhlite stercorale, d'engouement cæcal, et il prescrit « une bonne purgation » et même des sangsues.

Dans d'autres circonstances, la douleur de l'appendicite atteint rapidement une vive intensité, elle se localise à la fosse iliaque droite, mais elle peut irradier en différentes directions. La fièvre oscille entre 38 et 39 degrés ou au delà. Les vomissements, surtout les vomissements bilieux, sont fréquents. Le médecin est appelé, et, s'il est imbu des anciennes et fausses idées que je me suis efforcé de combattre (et qui n'ont heureusement plus cours aujourd'hui), il déclare, après avoir examiné son malade, qu'il s'agit là de « coliques appendiculaires »; il entend par là qu'un calcul venu du cæcum s'est engagé dans le canal appendiculaire, et provoque, dans sa migration, des douleurs accompagnées de nausées et de vomissements.

Eh bien, j'ai dit les choses sans détours. C'est là une théorie fautive et funeste. Rochaz l'a démontré, les calculs ne se promènent pas ainsi dans l'étroit canal appendiculaire; les douleurs de l'appendicite ne sont donc pas des douleurs de migration calculeuse, la « colique appendiculaire » ainsi comprise n'existe pas. Ce terme consacre une erreur, il doit disparaître; il est tout aussi faux de parler de colique appendiculaire, qu'il est erroné d'admettre l'ancienne conception de la typhlite.

Alors à quoi sont dues les douleurs, *parfois si vives*, des premières heures de l'appendicite? Il ne peut être question pour le moment, ni de perforation de l'appendice, ni de péritonite. Ces douleurs, ainsi que les autres symptômes, tension abdominale, défense musculaire, état nauséux, constipation, vomissements alimentaires et bilieux, sont les conséquences de la formation du foyer clos intra-canaiculaire avec la toxi-infection qui lui fait suite. Il se

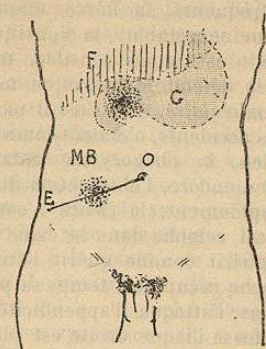
passé, dans l'appendice, ce qui se passe fréquemment dans la caisse du tympan transformée en cavité close par obstruction de la trompe d'Eustache. Dès que la trompe d'Eustache est oblitérée, les microbes qui avaient pénétré dans l'oreille moyenne exaltent leur virulence, l'otite aiguë est constituée et, avec elle, éclatent ces douleurs parfois si violentes qui irradient en divers sens. L'otite se termine souvent sans perforation du tympan et sans autres accidents, il suffit pour cela que la trompe d'Eustache redevenue perméable, artificiellement ou naturellement; alors, l'obstacle étant levé, le libre écoulement des produits infectieux supprime les dangers de la cavité close. Mais si l'obstruction persiste, les microbes emprisonnés dans la cavité peuvent exalter leur virulence, au point que tous les accidents deviennent possibles; c'est la perforation du tympan analogue à la perforation de l'appendice; c'est la phlébite du sinus latéral et de la veine jugulaire, analogue aux phlébites appendiculaires; c'est la méningite analogue à la péritonite appendiculaire; ce sont les abcès du cerveau et du cervelet et même les abcès à distance dans l'hémisphère cérébral du côté opposé ou ailleurs analogues aux abcès à distance, aux abcès du foie, à la purulence de la plèvre, tributaires de l'appendicite.

Les accidents sont donc absolument analogues dans l'otite aiguë et dans l'appendicite. C'est la cavité close et l'infection appendiculaire qui déterminent les vives douleurs abdominales prises à tort autrefois pour des coliques de migration calculeuse; c'est la cavité close et l'infection appendiculaire qui suscitent les nausées, les vomissements, comme dans un étranglement herniaire; c'est la cavité close et la toxi-infection appendiculaire qui occasionnent parfois, d'une façon précoce, les symptômes de dépression, de collapsus, qui entrent, pour une bonne part, dans la gravité de la maladie; c'est la cavité close et l'infection appendiculaire, qui sont l'origine des péritonites diffuse et enkystée alors même que l'appendice n'a pas été perforé; c'est la cavité close et l'infection appendiculaire qui sont le point de départ des migra-

tions microbiennes vers le foie, la plèvre et le poumon; c'est la cavité close et la toxicité appendiculaire qui provoquent la déchéance des cellules du foie (urobilinurie, ictère, ictère grave), la déchéance des cellules du rein (albuminurie, anurie, urémie), les érosions de l'estomac et les grandes hématoméses, etc. Donc, dès le début, et *avant même l'éclosion des lésions péritonéales*, la toxi-infection appendiculaire est là, menaçante, et révélant sa présence par quelques-uns des troubles que je viens de signaler; aveugle qui ne la voit pas et qui, confiant encore dans les formules surannées, se paye de mots et temporise, alors qu'il faudrait agir.

Mais revenons à la douleur qui est le symptôme dominant de l'entrée en scène de l'appendicite. C'est la *douleur* qui est notre guide le plus sûr; car, vive ou légère, elle accompagne toujours l'appendicite, avec des caractères qu'il faut savoir apprécier. La douleur appendiculaire éclate très rarement d'emblée avec toute son intensité; elle diffère en cela de la douleur soudaine et terrible (coup de poignard péritonéal), qui est l'indice de la perforation de l'ulcus duodénal ou stomacal. La douleur appendiculaire occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit. C'est le point de Mac Burney. Il faut rechercher avec le plus grand soin cette région douloureuse, et alors même que les douleurs seraient peu vives, alors même qu'elles seraient précédées de douleurs à la région épigastrique ou ailleurs, alors même qu'elles seraient irradiées en d'autres points de l'abdomen, on peut arriver par une palpation, par une pression méthodique, à provoquer, à raviver, à exalter la douleur dans la zone appendiculaire ou dans ses parages. A ce niveau, le muscle sous-jacent se contracte et se défend plus qu'en d'autres endroits; il est plus dur, plus tendu, plus contracturé; cette *défense musculaire* est un signe excellent. Au même niveau, on peut constater un autre signe auquel j'attribue une grande valeur, c'est l'*hyperesthésie* de la région cutanée, correspondant à la zone appendiculaire. Si l'on frôle légèrement la peau de cette région avec la pulpe du doigt ou avec un crayon, on

constate une hyperesthésie qui n'existe pas ailleurs sur l'abdomen. Parfois même, en provoquant cette hyperesthésie, on



O, ombilic; E, épine iliaque antérieure et supérieure; MB, point de Mac Burney et région appendiculaire, centre de la douleur, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie; F, foie; G, estomac.

détermine des crampes réflexes douloureuses du muscle sous-jacent.

En résumé les douleurs spontanées et provoquées au niveau du point de Mac-Burney, la défense musculaire, l'hyperesthésie, les nausées, les vomissements, la fièvre, tels sont, avec plus ou moins d'intensité, les symptômes habituels de l'entrée en scène de l'appendicite.

Évolution de l'appendicite. — Je viens de dire comment débute l'appendicite, étudions maintenant son évolution. Quelles surprises nous sont réservées? Cette appendicite légère ou violente, qui date de la veille ou du jour même, en restera-t-elle à l'étape appendiculaire sans autre complication, ou sera-t-elle suivie d'infection péritonéale et d'accidents toxiques et infectieux avec toutes leurs conséquences? Examinons ces différentes éventualités.

Parfois, heureusement, l'attaque d'appendicite forte ou légère se termine favorablement et sans complication. Après quelques jours de symptômes douloureux, de vomissements plus ou moins fréquents, la fièvre étant généralement modérée, le calme se rétablit, la constipation cède, la fosse iliaque droite est moins sensible, moins tendue, le plan musculaire se défend moins, et le malade guérit de son *attaque appendiculaire*. Que s'est-il passé? Ou bien les microbes cause des accidents, n'étaient doués que d'une faible virulence, ou bien, la phagocytose aidant, l'ennemi a été vaincu; ou bien encore, l'obstruction du canal appendiculaire a cédé rapidement, la cavité n'est plus close, la libre circulation est rétablie dans le canal appendiculaire, et l'appendicite guérit comme guérit l'otite aiguë, quand la trompe d'Eustache récupère à temps sa perméabilité.

Dans d'autres cas, l'attaque d'appendicite est plus grave, la douleur de la fosse iliaque droite est plus intense, plus persistante; la tension, le ballonnement de l'abdomen sont plus généralisés, les vomissements sont plus fréquents, et cependant peu à peu tout rentre dans l'ordre: mais alors la convalescence est lente, pendant longtemps le sujet conserve à la fosse iliaque le souvenir de son appendicite; il est constipé; il éprouve quelque appréhension à chasser, à monter à cheval, à faire des armes, et s'il se décide à se faire opérer plus tard, « à froid », on constate des adhérences, de la péritonite péri-appendiculaire; un appendice volumineux, déformé, parfois un petit abcès enkysté, parfois même une perforation imminente de l'appendice. Les accidents étaient menaçants. Tous les chirurgiens ont vu cela, je l'ai moi-même constaté plusieurs fois; j'ai eu entre les mains l'appendice d'un jeune garçon, opéré sur ma demande par Routier à l'hôpital Necker; ce garçon se promenait et vaquait à ses occupations, tout en ayant un abcès péri-appendiculaire, reliquat d'une appendicite aiguë.

Il est des cas, et ils sont fréquents, où les lésions de l'appendice aboutissent très vite à la *gangrène* et évoluent avec une terrible rapidité: l'appendicite s'annonce au milieu de

symptômes fébriles et douloureux, on fait des applications de glace sur la région douloureuse, on pratique des injections de morphine, on espère pouvoir enrayer le mal; vain espoir; en deux jours, ou trois jours, l'appendice est déjà nécrosé, gangrené, et le malade succombe avec ou sans opération; il succombe au milieu d'accidents toxi-infectieux pour n'avoir pas été opéré ou pour avoir été opéré trop tard. Je pourrais citer une quantité de faits de ce genre.

Dans d'autres circonstances, l'appendicite semble évoluer dans de bonnes conditions, on la laisse « refroidir »; les partisans du « refroidissement » se félicitent et c'est parfois au moment où l'on contemple avec quiétude le « refroidissement » que survient une catastrophe. La récente communication de Legueu à la Société de chirurgie¹ en est la preuve. Voici le fait. Legueu présente l'appendice perforé d'un enfant de cinq ans qui a succombé brusquement pendant que refroidissait son appendice soigné médicalement dans un service, d'où l'intervention chirurgicale à chaud est systématiquement bannie. Cet enfant était au cinquième jour du « refroidissement » et tout allait pour le mieux, son état général était excellent, lorsque subitement il fut pris de vomissements, son pouls se précipita, son ventre se ballonna, ses extrémités se refroidirent, en sorte que, en quelques heures, il fut à la mort, avant qu'on ait eu le temps de poser les indications d'une intervention opératoire. L'autopsie montra un appendice perforé au sein d'un abcès profondément situé, séparé de la paroi abdominale par plusieurs anses intestinales et rompu dans la grande cavité péritonéale, ce qui avait occasionné une péritonite généralisée foudroyante. Il est probable, ajoute Legueu, pour tout commentaire, que si cet enfant avait été opéré à chaud, aussitôt le diagnostic porté, il eût été sauvé.

Hartmann a présenté un cas analogue: une femme atteinte d'appendicite aiguë est envoyée dans son service. Les symptômes étant en décroissance, on croit pouvoir

1. Séance du 8 octobre 1902.