

jours, évitant les mouvements, souffrant à la moindre pression, recherchant l'immobilité complète. Sa convalescence se fit mal, les douleurs abdominales n'ayant pas entièrement disparu; il souffrait en marchant, il éprouvait des tiraillements en montant un escalier, bref, il vint nous demander conseil.

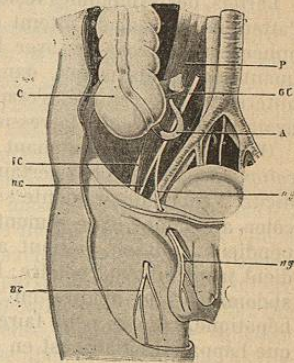
Je l'examine et je constate une douleur localisée à la région cæco-appendiculaire; on y constate de l'hyperesthésie, de la contracture musculaire; peut-être même un empatement profond. La triade en question, douleur, défense musculaire et hyperesthésie à la région appendiculaire, était en faveur de l'appendicite, mais alors comment expliquer les symptômes des coliques néphrétiques, irradiations douloureuses à la cuisse, douleurs et rétraction testiculaire qui, dans les deux dernières crises, avaient motivé le diagnostic de colique néphrétique?

Malgré ces symptômes, j'écartai le diagnostic de colique néphrétique, je lui substituai le diagnostic d'appendicite. Voici pourquoi: au cas de colique néphrétique, la région lombaire correspondante au rein lithiasique est toujours douloureuse; elle ne l'était pas chez notre malade. De plus, les douleurs de la colique néphrétique ont pour caractères d'apparaître brusquement et de cesser de même; ces douleurs, atroces pendant quelques heures, une journée, ou plus longtemps, disparaissent comme par enchantement aussitôt que le gravier migrateur est tombé dans la vessie; or, chez notre malade, les douleurs abdominales avaient duré dix-huit jours, elles avaient été lentes à décroître et elles persistaient encore dans la fosse iliaque droite à l'examen du malade. De plus, la maladie avait laissé au point de Mac Burney, dans la zone cæco-appendiculaire, des signes qui caractérisent, non pas la colique néphrétique, mais l'appendicite. Je portai donc le diagnostic d'appendicite et je décidai l'opération, qui fut pratiquée par mon ancien interne Marion.

Le diagnostic se trouva vérifié; il s'agissait en effet d'appendicite, et du même coup l'opération nous donna la raison des symptômes pseudo-néphrétiques éprouvés par le

malade pendant ses crises appendiculaires. L'appendice remontait derrière le cæcum et était englobé dans un paquet de fausses membranes qui unissaient la face postérieure du cæcum au muscle psoas iliaque. Ces adhérences étaient le reliquat des poussées appendiculaires prises pour des coliques néphrétiques. L'appendice, volumineux et très adhérent, fut difficile à enlever; il était oblitéré à sa base (toujours la cavité close); et au-dessous du segment oblitéré, on voyait une petite ulcération profonde qui n'aurait pas tardé à se perforer. Par sa situation, l'appendice enveloppé d'un paquet de membranes était cause des irradiations douloureuses à la cuisse et au testicule. En effet, la tumeur appendiculaire accolée à la face antérieure du muscle psoas était en connexion intime avec le nerf génito-crural qui chemine sur le muscle. L'excitation du rameau génital de ce nerf, qui se distribue à la peau du scrotum et au crémaster, explique la douleur et la rétraction testiculaire; l'excitation de son rameau crural, qui donne des filets cutanés à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, explique les douleurs de cette région. Ainsi se trouvait vérifiée la pathogénie des symptômes qui, chez notre malade, avaient donné à l'appendicite quelque apparence de colique néphrétique. L'opération fut suivie de guérison.

La planche ci-contre reproduit la topographie de la région envahie par l'appendicite de notre malade, les connexions de l'appendicite et du nerf génito-crural font facilement comprendre les irradiations douloureuses au scrotum, au testicule et à la cuisse.



A, appendice. — c, cæcum. — p, psoas iliaque. — Gc, nerf génito-crural. — nc, nerf crural. — ng, nerf génital.

Ce cas n'est du reste pas isolé, il s'en faut; j'en ai réuni un certain nombre dans l'une de mes leçons cliniques¹.

Quelques exemples concernant les symptômes pseudo-néphrétiques de l'appendicite ont été publiés par Tuffier². Il rapporte, entre autres, l'observation d'un malade pris d'une douleur très vive dans le flanc droit avec vomissements, ballonnement du ventre et irradiations douloureuses au pli de l'aîne. On avait porté le diagnostic de coliques néphrétiques, mais la situation empirant, on dut modifier le diagnostic et l'opération démontra qu'il s'agissait d'appendicite. Tuffier se demande si l'adjonction de douleurs pseudo-néphrétiques à l'appendicite ne pourrait pas être attribuée à l'uretère englobé dans les fausses membranes péri-appendiculaires.

Parfois, des symptômes vésicaux attirent tout spécialement l'attention du malade atteint d'appendicite. Il y a quelques années, nous avons vu, avec Pinard, un homme d'une cinquantaine d'années qui, dans une attaque d'appendicite antérieure avec anurie, s'était fait sonder, convaincu qu'il avait un calcul dans la vessie.

Occupons-nous maintenant de l'appendicite qui simule la *colique hépatique*. Chez certains malades atteints d'appendicite, l'appendice remonte si haut derrière le cæcum et le colon ascendant (type remontant), que les douleurs de l'appendicite, tout en existant au point de Mac Burney, irradient jusqu'à l'hypochondre; le malade se plaint de douleurs abdominales et montre en même temps la région sous-hépatique, ce qui peut faire supposer, au premier abord, que l'appareil biliaire est en cause.

De plus, certains malades atteints d'appendicite ont une teinte ictérique, ainsi que nous l'avons vu plus haut en étudiant la toxicité de l'appendicite. Eh bien, qu'un individu ayant une teinte subictérique et des vomissements se plaigne en même

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899. Diagnostic de l'appendicite. 15^e leçon.

2. Tuffier. Calcul de l'uretère ou de l'appendice. *La Semaine médicale* août, 1899.

temps de douleurs sous l'hypochondre, on conviendra qu'au premier abord les apparences sont trompeuses, l'idée de coliques hépatiques se présente naturellement. Mais regardez-y de plus près, faites une bonne séméiologie, et vous verrez qu'au cas où l'appendicite prolonge les douleurs jusqu'aux parages du foie, on trouve également au point de Mac Burney un foyer douloureux *qui n'existe jamais* au cas de colique hépatique; de plus, les douleurs de la colique hépatique ont des irradiations fréquentes dans l'épaule, ce qui n'arrive pas au cas d'appendicite. L'ictère de la colique hépatique, qui est un ictère par rétention, est habituellement suivi de décoloration des matières fécales et il se traduit à l'examen des urines par la présence de pigment biliaire vrai, tandis que l'ictère toxique de l'appendicite ne détermine pas la décoloration des matières fécales et se traduit habituellement à l'examen des urines par l'absence de pigment biliaire et par la présence d'urobiline et de pigment brun. De plus, au cas d'appendicite toxique avec teinte ictérique, les urines sont presque toujours albumineuses. Ces différents caractères, *recherchés avec soin*, permettront de ne pas prendre une appendicite pour une colique hépatique.

Après avoir étudié le diagnostic des appendicites *larvées*, appendicites qui revêtent le masque d'une autre maladie (indigestion, entérite, coliques néphrétiques et hépatiques), discutons le diagnostic des maladies qui simulent l'appendicite. Je dois insister tout particulièrement sur l'entéro-typhlo-colite, *trop souvent confondue avec l'appendicite*. Que l'entéro-typhlo-colite soit glaireuse, membraneuse, sableuse, elle se présente avec un ensemble de symptômes dont la note dominante est la diffusion des douleurs. Ces douleurs, sous forme de coliques intestinales, accompagnées ou non de fièvre et de vomissements, occupent surtout les colons ascendant, transverse et descendant; dans les cas assez nombreux où le cæcum participe particulièrement à la poussée douloureuse (typhlite ou typhlo-colite), la douleur est bien voisine, il faut en convenir, de la région où siège la douleur appendiculaire. Mais, alors même que la douleur

domine à la fosse iliaque droite, nous avons en faveur du diagnostic de l'entéro-typhlo-colite la diffusion des douleurs, sur le trajet des côlons.

D'un geste, le malade fait pressentir le diagnostic : pendant qu'il vous fait le récit de ses souffrances, qu'il compare parfois à « une barre douloureuse », il indique de la main le côlon transverse; dans d'autres cas, il accuse dans le ventre « un cercle douloureux » et en même temps, d'un geste significatif, il trace la diffusion de la douleur dans les trois côlons.

Examinez cet individu atteint d'entéro-colite ou de typhlo-colite. La fosse iliaque droite est souvent douloureuse, d'accord; mais on n'y retrouve pas aussi nettement que dans l'appendicite la triade douloureuse, appendiculaire : de plus, d'autres points douloureux, eux aussi, existent au côlon ascendant, à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse (en avant et en arrière), sur le trajet du côlon transverse et du côlon descendant. Ce n'est pas ainsi, il s'en faut, que procède l'appendicite.

Le sujet pris d'appendicite est presque toujours frappé à l'improviste dans le cours d'une excellente santé; les prodromes sont rares, c'est du moins ce que j'ai constaté dans les deux cents et quelques cas d'appendicites qui composent jusqu'à ce jour ma statistique, tous vérifiés par l'opération. Par contre, le sujet atteint d'entéro-colite vous raconte que quelques semaines, quelques mois avant, il a eu des crises douloureuses à la fosse iliaque gauche (côlon descendant), à la région sus-ombilicale (côlon transverse); il raconte que, depuis des mois ou des années, il est enclin à des dérangements intestinaux; un refroidissement, un aliment indigeste, une fatigue, provoquent chez lui des coliques, de la diarrhée; il traverse souvent des périodes de constipation; il surveille avec soin ses garde-robes; il a remarqué dans ses déjections des mucosités, des glaires, des « peaux » (entéro-colite membraneuse); l'analyse des déjections faite après une crise douloureuse a décelé la présence de sable (entéro-colite sableuse); en un mot, le ma-

lade en question a un passé intestinal. Rien de pareil dans l'appendicite, où il n'y a de passé intestinal que si le sujet a eu déjà plusieurs crises d'appendicite.

Mais, dira-t-on, ce qui a été entéro-colite ou typhlo-colite pendant des mois peut devenir appendicite à un moment donné. Erreur. *L'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant des entéro-colites.* Cette question sera longuement discutée au chapitre suivant à propos des entéro-colites. Pour le moment, je pose en principe que lorsqu'on constate au cours d'une crise intestinale des symptômes et les preuves d'une entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, on n'a, pour ainsi dire, jamais rien à redouter de l'appendicite, ou du moins c'est la très grande exception.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'entéro-typhlo-colite. Aujourd'hui surtout que l'appendicite inspire aux familles et aux médecins une terreur salutaire, il faut se garder de voir partout l'appendicite, il faut éviter de conseiller l'opération pour une appendicite qui n'existe pas. Si j'insiste avec quelque complaisance sur ce point, c'est que j'ai vu bien des personnes à qui j'ai déconseillé l'opération, alors que l'opération allait être pratiquée. Ces personnes-là avaient des entéro-colites, des typhlo-colites muqueuses, membraneuses, sableuses, elles n'avaient pas d'appendicite. J'ai eu dans mon service un malade qu'on avait opéré d'une soi-disant appendicite alors qu'il n'avait qu'une entéro-colite fébrile. Le médecin et le chirurgien, avec une bonne foi dont je ne saurais trop les remercier, m'ont envoyé le malade et son appendice. L'appendice était absolument sain : quant au malade, son entéro-colite glaireuse a continué malgré l'opération. Il avait eu, du reste, six mois auparavant, une crise semblable qui déjà, par erreur, avait été considérée et traitée comme une appendicite et qui avait été grossir l'actif des soi-disant appendicites guéries par le traitement médical.

La cholécystite calculeuse ou non calculeuse pourrait simuler l'appendicite, n'était-ce que les foyers douloureux

quand on les recherche avec attention, sont différemment placés. Mais il est des cas sur lesquels je ne saurais trop appeler l'attention : c'est quand l'appendicite s'associe à la cholécystite. J'en ai fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine¹ et quand je m'occuperai des maladies de la vésicule biliaire, j'étudierai cette association étrange et assez fréquente de la cholécystite et de l'appendicite.

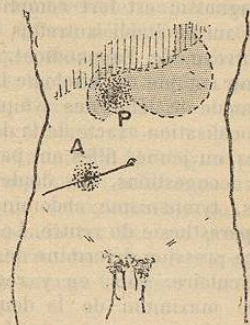
Le diagnostic entre l'appendicite et la colique saturnine n'est pas toujours exempt de difficultés. Je viens d'en avoir deux cas à l'Hôtel-Dieu, qui m'ont permis d'étudier la question. Les névralgies intestinales dans la colique saturnine sont parfois dominantes à la fosse iliaque droite, région du cæcum, c'est une typhalgie saturnine. N'oublions pas qu'il peut y avoir typhalgie comme il y a entéralgie ou colalgie. Au cas de typhalgie, douleurs spontanées et douleurs à la pression existent dans la même région (ou peu s'en faut) que la douleur de l'appendicite. Mais la profession du malade, le liséré saturnin, l'existence antérieure ou plusieurs fois répétée de coliques saturnines, l'absence de fièvre, plaident contre l'hypothèse de l'appendicite; de plus, les coliques saturnines se diffusent en différentes régions du ventre; l'abdomen est tendu et douloureux ailleurs qu'à la fosse iliaque droite et la pression soulage souvent les douleurs.

Il est encore un diagnostic sur lequel je vais revenir, bien que j'en aie parlé aux chapitres concernant la perforation de l'ulcus stomacal ou duodénal. J'ai cité plusieurs observations de perforations stomacales ou duodénales prises pour une appendicite. Voici comment on peut arriver à les distinguer : la brusquerie, l'intensité et la localisation de la douleur ne sont nullement comparables dans les deux cas. La douleur consécutive à la perforation de l'ulcus est soudaine, terrible, je l'ai nommée : « coup de poignard péritonéal », tandis que la douleur de l'appendicite n'a ni

1. Dieulafoy. Association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite. *Ac. de méd.*, séance du 16 juin 1903.

la même brusquerie ni la même violence; elle met parfois plusieurs heures à atteindre son apogée. La localisation de la triade douloureuse est également différente : elle a son maximum à la région appendiculaire, au cas d'appendicite; elle a son maximum à la région épigastrique, au cas de perforation stomacale.

Ces localisations sont indiquées sur la planche ci-après.



A, point de Mac Burney et région appendiculaire, centre de la douleur, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie au cas d'appendicite; P, région pylorique et duodénale, centre de la douleur au cas de perforation du pylore et du duodénum.

Encore un diagnostic qui n'est pas exempt de difficultés, c'est celui de l'appendicite et de la péritonite primitive à pneumocoques. Sans empiéter sur la description détaillée que nous ferons de cette maladie, voici les principaux éléments du diagnostic. La péritonite pneumococcique primitive atteint les jeunes enfants justement aux âges où l'appendicite est fréquente; de part et d'autre, douleurs abdominales brusques et vives avec vomissements alimentaires ou bilieux; dans les deux cas, la fièvre peut être forte ou légère; mais la péritonite à pneumocoques provoque dès le début une diarrhée intense et fétide, tandis que la diarrhée est une rarissime exception au début de

l'appendicite; enfin, bien que la douleur de la péritonite pneumococcique débute fréquemment par les fosses iliaques, la « triade douloureuse » que j'ai décrite il y a un instant plaide en faveur de l'appendicite.

L'*annexite droite* est parfois difficile à diagnostiquer de l'appendicite. Bien que les annexites soient essentiellement des affections pelviennes et les appendicites des affections abdominales, le diagnostic est fort compliqué au cas où une annexite droite aurait établi autrefois des adhérences permanentes au niveau de l'appendice¹. En faveur de l'annexite il faut tenir compte de l'étiologie blennorrhagique ou puerpérale, du mode de début des symptômes, de leur évolution et de la localisation exacte de la douleur².

Certaines femmes ou jeunes filles ont parfois, à l'approche des règles, des congestions, des douleurs de l'ovaire, avec vomissements, tympanisme abdominal, irradiations douloureuses et hyperesthésie du ventre. Le moindre attouchement, la moindre pression détermine des douleurs vives à la région appendiculaire. Mais, en y regardant de plus près on voit que le maximum de la douleur siège, non pas au point de Mac Burnay, mais *plus bas*, à la région ovarienne. J'ai vu un cas de ce genre, tout récemment, chez une jeune fille qu'on avait déclarée atteinte d'appendicite; le lendemain, avec les règles, tous les symptômes disparaissaient.

La *grossesse tubaire* (et la rupture qui en est la conséquence) n'est pas sans quelque analogie avec l'appendicite, quand l'accident abdominal survient du côté droit. Je fais allusion à un cas que j'ai vu récemment avec Moizard et Nélaton. La jeune femme avait été prise brusquement d'une douleur à la fosse iliaque droite; aussitôt étaient survenus des vomissements et un état de défaillance voisin de la syncope. Quelques heures plus tard, le facies était grippé, le pouls était petit et très accéléré, le visage était d'une *extrême pâleur*. Ce ne sont pas là des symptômes d'appen-

1. Doléris. *Société obstétricale et gynécologique*, avril 1897.

2. Richelot. *Le Bulletin médical*, 1897, p. 441.

dicite. Pâleur excessive, accélération du pouls, tendance à la syncope, sont plutôt le fait d'une hémorrhagie. De plus, chez cette jeune malade, la partie sous-ombilicale du ventre était absolument mate, ce qui indiquait déjà un fort épanchement. Aussi le diagnostic d'inondation sanguine péritonéale par rupture tubaire fut-il porté chez cette malade enceinte de deux mois. L'opération vérifia le diagnostic, donna issu à deux litres de sang et amena la guérison.

Le *rein droit flottant* détermine parfois dans les parages de la fosse iliaque droite des accès fort douloureux, avec ou sans vomissements, qu'il ne faut pas prendre pour des accès appendiculaires. L'exploration attentive de la région permet d'arriver au diagnostic.

Je rappelle enfin que les *hystériques* peuvent présenter un ensemble de symptômes : ballonnement du ventre, douleurs à la fosse iliaque, vomissements, qui simulent un peu le tableau de l'appendicite. Mais en pareil cas on trouve des stigmates d'hystérie, des zones hystérogènes, et la localisation douloureuse occupe la région ovarienne et non la zone appendiculaire¹.

Appendicite chronique. — Jusqu'ici je n'ai eu en vue dans ce chapitre que l'appendicite aiguë. L'appendicite chronique, dont je vais m'occuper maintenant, est rarement chronique d'emblée, elle fait suite à une ou plusieurs attaques d'appendicite aiguë ou subaiguë. En disant qu'elle est rarement chronique d'emblée, je ne fais pas allusion à la tuberculose, au cancer, à l'actinomycose, etc., qui peuvent se cantonner aux parois de l'appendice et évoluer sans réaliser le type toxi-infectieux, qui cliniquement mérite seul le nom d'appendicite.

Les lésions de l'appendicite chronique ne concernent pas seulement l'appendice; il y a toujours des lésions de voisinage, adhérences, fausses membranes, adénites, clapiers purulents, magma caséeux, qui se traduisent par une série de symptômes et qui finissent par provoquer à la fosse iliaque

2. Rendu, Talamon. *Soc. méd. des hôp.*, mars 1897.

droite un empâtement, une induration, une tumeur de forme et de dimension variables. Pour éviter les répétitions, cette appendicite chronique sera étudiée avec le diagnostic du tuberculome hypertrophique du cæcum à l'un des chapitres suivants.

Traitement de l'appendicite. — Je l'ai dit lors de ma première communication à l'Académie en 1896, et je le répète avec une entière conviction : *il n'existe pas de traitement médical du l'appendicite*. Le traitement médical n'est bon qu'à nous faire perdre un temps précieux. Il est bien entendu qu'on doit soulager les malades : injections de morphine, applications de glace sur la région malade, et autres moyens calmants; mais, encore une fois, ne nous méprenons pas sur l'efficacité de ces moyens; trop souvent ils nous font admettre une détente de la maladie alors qu'ils nous en masquent les symptômes. En face d'une amélioration factice, on se laisse aller à une douce quiétude, on pense à la soi-disant typhlite, à la soi-disant colique appendiculaire, on est de bonne foi quand on annonce la guérison du malade traité avec l'opium et les purgatifs, et le malade meurt pour n'avoir pas été opéré à temps ou pour n'avoir pas été opéré du tout.

Lisez ce qu'on a écrit sur les bienfaits du traitement dit médical et vous me direz ce qu'on doit penser de pareilles contradictions. Les uns disent : gardez-vous de prescrire des lavements et des purgatifs à un malade atteint d'appendicite; rien n'est plus funeste : c'est exciter les mouvements de l'intestin, c'est favoriser le développement du mal, c'est peut-être aller au-devant des plus graves complications; donnez plutôt l'opium qui immobilise l'intestin et détermine la constipation. Les autres disent : prescrivez les purgatifs à un malade atteint d'appendicite; purgez-le, car c'est un moyen de favoriser l'antisepsie intestinale; c'est un moyen de combattre l'infection de l'intestin, cause première de tout le mal. Quant à l'opium, si vanté par certains médecins et vilipendé par d'autres : « c'est un agent souvent plus dangereux qu'utile », nous dit Ferrand, qui préconise la

belladone, qui, « loin de suspendre les sécrétions de l'intestin et d'en paralyser la motricité, favorise, au contraire, ces deux ordres de fonctions¹ ».

Toutes ces théories thérapeutiques, qu'il s'agisse de purgatifs, de belladone ou d'opium, prouvent que les anciennes doctrines concernant la pathogénie de l'appendicite planent encore sur nous, tant il est difficile de déraciner des erreurs invétérées; cela vient de ce qu'on ne s'est pas encore suffisamment affranchi des théories regrettables et erronées qui tendent à solidariser l'appendicite, la typhlite et l'entérite, comme si l'appendicite n'avait pas encore acquis ses droits à l'indépendance. Que peut faire à l'appendicite, je vous le demande, qu'on administre ou non quelques grammes d'huile de ricin ou de magnésie? Il y a là un foyer appendiculaire *absolument isolé du reste de l'intestin*, et dans lequel s'élabore à couvert la toxi-infection que vous savez; que peut lui faire qu'on administre ou non le purgatif, la belladone ou l'opium? Et dire qu'il y a encore des médecins qui se figurent qu'avec ce purgatif ils vont guérir l'appendicite; et ainsi de suite pour les autres moyens composant le traitement dit médical, dont on dénature, dont on s'exagère l'importance, toujours avec l'idée fausse et préconçue que pour agir sur l'appendicite il faut passer par l'intestin! Pour atteindre l'appendice, il faut ouvrir le ventre. C'est le seul moyen. Malheureusement, des idées fausses sont venues obscurcir la question.

Non seulement le traitement dit médical est entaché de nullité, mais il n'a pas même le mérite d'arriver à temps. En effet, à la première alerte, à la première douleur qui nous révèle l'entrée en scène de l'appendicite, *le mal est déjà fait*, le canal est obstrué, le foyer intra-canaliculaire est formé, la toxi-infection qui s'élabore dans l'étuve appendiculaire va commencer ses ravages, et nul ne sait où ces ravages s'arrêteront : les colonies microbiennes exaltées traversent les parois de la cavité close, les vaisseaux appen-

1. Ferrand. *Académie de médecine*, février 1899.

diculaires se thrombosent, la gangrène est imminente, les toxines se résorbent, le poison va se répandre, et pendant ce temps-là vous discutez sur les propriétés respectives de la belladone et de l'opium!

Nous les connaissons, du reste, les résultats du traitement dit médical : il donne 50 pour 100 de mortalité, nous a dit Chauvet¹, sans compter que les malades qui n'ont pas succombé à la première attaque appendiculaire sortent de là avec un appendice adultéré, prêt aux récidives, récidives souvent mortelles à brève ou à longue échéance (Reclus²). Trente pour cent de mortalité! c'est-à-dire que, sur trois hommes atteints d'appendicite et traités *médicalement*, un doit mourir, ou peu s'en faut. Je ne connais rien de pareil dans les annales de nos maladies les plus meurtrières, même en remontant aux anciennes épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine ou de diphthérie.

Et de quoi meurent ces hommes traités *médicalement*? Voici la réponse de Chauvet : « D'habitude, les patients succombent à une péritonite suppurée généralisée, parfois à la septicémie péritonéale, parfois aussi à une infection de toute l'économie, née de fusées purulentes ou gangréneuses parties du foyer appendiculaire. » Mais alors, *puisque c'est ce foyer appendiculaire qui cause tout le mal et la mort*, ne serait-il pas plus logique de le supprimer en temps voulu et l'intervention chirurgicale précoce ne serait-elle pas mieux indiquée que la glace, le purgatif et l'opium?

Le *traitement chirurgical* précoce est le seul traitement *rationnel* de l'appendicite; il est le seul qui mette à l'abri des accidents immédiats et des accidents éloignés, il est le seul qui prévienne les rechutes et leurs conséquences. On ne dit pas, on ne publie pas tous les cas de mort survenus chez les malades atteints d'appendicite non opérés. On opère trop tard; j'en connais un grand nombre, vous en connaissez également; qui n'en connaît pas! Si nous faisons

1. Chauvet. *Académie de médecine*, février 1899.

2. Reclus. *Académie de médecine*, 7 février 1899.

l'addition de tous ces cas, quelle hécatombe! Vous sauriez mieux encore ce qu'il faut penser de la valeur du traitement médical, ou de la temporisation, ce qui revient au même. Je ne peux pas comprendre les *temporiseurs*. Comment! voilà un malade atteint d'appendicite aiguë, l'appendice est peut-être en train de se perforer ou de se gangréner, et vous temporisez! Comment! voilà un malade dont la péritonite va peut-être se diffuser, se généraliser, et vous temporisez; vous vous contentez de purgatifs, d'opium et de vessies de glace! Mais, diront nos contradicteurs, nous n'admettons l'opération que dans les cas très graves, dans les appendicites à tendance péritonéale, alors qu'il nous est prouvé que le traitement médical est insuffisant. Mais, leur répondrai-je, sur quels signes, sur quels symptômes vous basez-vous pour porter le pronostic d'une appendicite en évolution? Pouvez-vous répondre que vous n'aurez pas affaire à une appendicite *toxique* qui par la diffusion de ses toxines est encore plus redoutable que les formes infectieuses? Quand une appendicite commence, nul ne sait quelles terribles surprises peuvent surgir. La violence de la fièvre et l'élévation de la température, je l'ai répété à satiété, n'ont aucune signification précise : dans bien des cas, malgré la péritonite, la température est peu élevée. Le degré d'intensité des douleurs et des symptômes généraux sont des guides infidèles et trompeurs quand il s'agit de faire la part des lésions appendiculaires et péritonéales, car souvent la péritonite appendiculaire s'installe sournoisement, sans hoquet, sans vomissements, sans élévation de température.

J'ai cité dans mes leçons cliniques bon nombre d'observations d'appendicites où, sous des apparences de bénignité, la gangrène, la perforation de l'appendice, la péritonite, existaient déjà en moins de quarante-huit heures. Chez le petit garçon de ma première observation, la fièvre était insignifiante, l'appendicite s'annonçait comme devant être des plus bénignes, et cependant en quarante heures l'appendice était perforé et la péritonite était en pleine évolution. Chez

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 finesse 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