

dans celles où une menue lésion perforante est à craindre, il est avantageux d'immobiliser l'intestin : il est, alors, avantageux de donner de l'opium.

Ailleurs, il faut intervenir précocement. C'est dans les vingt-quatre heures qu'il faut opérer les malades qui donnent l'impression d'une grave toxi-infection appendiculaire : température 39°,5 ou 40° dans le rectum ; pouls dépressible, instable, tendant à l'accélération ; teint terreux, facies altéré ; douleur vive ; urine rare. Les cas de suppuration présumée sont hors de débats : ici, comme partout, aucun retard dans l'évacuation du pus ne doit être admis. Dans les formes de péritonite purulente en grande collection, l'intervention pourra être suivie de bons effets ; dans le cas de péritonite cloisonnée à abcès multiples, le succès devient plus problématique ; il demeure très aléatoire dans la péritonite diffuse septique.

Deux incisions sont classiques ; celle de Roux et celle de Max Schüller. L'incision de Roux se rapproche de celle employée pour la ligature de l'iliaque externe : en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèle à l'arcade de Fallope, longue de 15 centimètres environ, prolongée en dehors quand la collection est rétrocaecale. Après incision des divers plans pariétaux, le péritoine est ouvert : le pus s'écoule ; le doigt recherche les poches secondaires et s'efforce de sentir dans le foyer l'appendice ; si la découverte et l'extraction de ce dernier sont trop difficiles, on abandonne l'organe ; le lavage de la poche est inutile ; on draine avec deux gros drains. — L'incision de Max Schüller est verticale, parallèle au bord externe du grand droit, tombant à un travers de doigt en dedans du milieu d'une ligne qui réunirait l'épine iliaque à la symphyse.

## ARTICLE II

## APPENDICITE CHRONIQUE

## APPENDICITE A RECHUTES ; APPENDICITE A RÉPÉTITION

**Définition.** — Un malade a eu une attaque aiguë d'appendicite terminée par la guérison spontanée. Mais il peut persister des

phénomènes douloureux, susceptibles d'exagération passagère, à l'occasion d'une fatigue, d'un refroidissement, d'un écart de régime. — Dans d'autres cas, que nous ne connaissons bien que depuis quelques années, il n'y a point de crises aiguës nettes : l'appendicite est d'emblée et reste chronique, prenant le masque d'une affection gastrique ou intestinale, ne se révélant que par la dyspepsie, la dénutrition, des douleurs à forme de coliques, et par une sensibilité spéciale à l'exploration de la fosse iliaque droite. — Ou bien, de véritables crises d'appendicite peuvent apparaître à intervalles plus ou moins proches sans qu'il y ait jamais retour complet à l'état normal : c'est l'appendicite à rechute ou à répétition.

**Étiologie et pathogénie.** — Pour qu'il y ait permanence des douleurs ou retour de nouvelles poussées inflammatoires, il faut qu'il subsiste, dans l'appendice ou autour de lui des lésions chroniques, reliquat des inflammations antérieures. Au niveau de ces lésions persistent, à l'état latent, des microorganismes, dont l'action pathogène se réveille, à l'occasion des moindres causes, et trouve des conditions favorables dans les altérations anatomiques de l'appendice ou du péritoine avoisinant. Telle est la pathogénie actuellement établie : SONNENBURG l'avait indiquée, ROUX l'a nettement formulée et M<sup>lle</sup> VON MAYER a fourni la preuve de ce « microbisme latent » en démontrant la présence de bactéries dans les parois de l'appendice et dans les cicatrices résiduelles péri-appendiculaires.

**Anatomie pathologique.** — Parfois l'appendice enlevé, point de départ de crises douloureuses, ne présente aucune lésion apparente. En général, les altérations sont évidentes : l'organe est adhérent aux parties voisines, paroi abdominale, anses grêles, cæcum, épiploon surtout ; il est souvent coudé et sa coudure répond soit à une perforation, soit à une stricture ; quelquefois il se courbe en faucille. Son imperméabilité est variable : il peut être complètement oblitéré en un cordon plein et dur ; en général, la stricture siège au niveau de l'extrémité terminale, qui, séparée du reste de l'appendice par un étranglement circulaire, se renfle en massue. Dans plus de la moitié des cas, la lumière est vide ; ailleurs, elle est occu-

pée par des calculs de consistance demi-molle. Les perforations ne s'observent que dans un quart des cas et l'on trouve alors, en regard du point perforé, une petite collection purulente, enkystée par des néo-membranes.

L'examen histologique permet de distinguer : des formes hypertrophiques où les glandes et les follicules lymphatiques présentent une hyperplasie considérable ; des formes atrophiques où domine la transformation fibreuse, parfois totale, des tuniques de l'appendice ; il faut noter aussi la néoformation de vaisseaux et la présence de nombreuses cellules adipeuses, véritable infiltration graisseuse des parois de l'organe. Ces tissus, ainsi altérés et restés infectés depuis la première crise, sont prédisposés à des poussées inflammatoires successives.

**Symptomatologie.** — Les rechutes peuvent revenir à des intervalles variables. Entre deux rechutes, la guérison peut être complète en apparence. Ordinairement, des douleurs persistent dans la fosse iliaque droite, douleurs qui s'exaspèrent par l'effort, par la pression directe. La palpation, parfois négative, révèle en général une tuméfaction plus ou moins nette, dans la région appendiculaire. Il n'y a point parallélisme exact entre l'intensité de ces phénomènes douloureux et la gravité des lésions : M<sup>lle</sup> VON MAYER l'a établi.

**Traitement.** — L'ablation de l'appendice, chroniquement altéré et cause des phénomènes douloureux ou des crises à répétition, s'impose comme seule mesure capable de guérir le mal présent et de parer aux dangers d'avenir. Dans les formes d'appendicite chronique, coupée de crises aiguës, l'indication opératoire est maintenant indiscutée par les médecins et par le public. Mais, il faut que les praticiens apprennent à connaître le type de l'appendicite chronique d'emblée, ses formes symptomatiques décevantes (types douloureux à coliques ; types à symptomatologie gastrique ; types à dénutrition intense) : il est frappant de voir, en pareils cas, quel effet thérapeutique prompt suit l'ablation de l'appendice, quand le traitement médical (régime lacto-végétarien, laxatifs, saisons à Plombières ou à Châtel-Guyon, grands lavages intestinaux) est demeuré impuissant.

Cette ablation se fait « à froid », c'est-à-dire à distance d'une poussée infectieuse aiguë : elle a donc une bénignité presque absolue, dans les conditions d'une aseptie intégrale et d'une technique parfaite. Elle doit se proposer d'éviter l'événement post-opératoire, surtout à craindre, chez les obèses : à ce titre, l'incision de Max Schüller, le long du bord externe du grand droit dont elle ouvre la gaine, est l'incision de choix parce qu'elle permet une restauration, par suture méthodique, des divers plans de la paroi.

L'opération comprend les temps suivants : découverte et dégagement de l'appendice qu'il faut libérer de ses adhérences ; dissection d'une petite collerette de péritoine ; ligature de l'appendice au catgut et sa section au thermocautère au delà de la ligature ; péritonisation du moignon au moyen d'un surjet de fin catgut qui le recouvre de la manchette séreuse conservée.