

## CHAPITRE XI

### TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

PAR

CH. TALAMON

Médecin de l'hôpital Tenon.

#### I

##### Considérations générales.

Je ne reviendrai pas sur des discussions désormais épuisées. Malgré quelques tentatives isolées de réhabilitation, l'ancienne typhlite d'Albers de Bonn a vécu. Il est démontré aujourd'hui par des milliers de faits que l'ensemble clinique décrit sous ce nom dans les traités classiques correspond non à l'inflammation du cæcum, mais à celle de son appendice. Qu'il existe des phlegmasies simples ou ulcéreuses de cette portion du gros intestin sans lésion de l'appendice, personne ne le conteste; mais la symptomatologie des typhlites tuberculeuses, dysentériques, cancéreuses ne ressemble en rien aux symptômes qu'on attribuait à l'ancienne typhlite, et ceux-ci n'appartiennent qu'à l'appendicite.

Nous avons montré ailleurs comment, dès 1827, Mélier avait non seulement vu ce rôle prépondérant de l'appendice et décrit deux des principales formes de l'appendicite, la forme perforante et la forme à rechutes, mais encore pressenti et indiqué la possibilité de l'intervention chirurgicale. Pendant cinquante ans, l'idée de Mélier resta stérile. La réaction contre

la théorie classique de la typhlite ne commence guère que vers 1880, avec la péritonite appendiculaire de Biermer et de With. J'ai moi-même essayé, en 1882, de préciser le rôle de l'appendice dans la pathogénie des formes aiguës perforantes de la typhlite. Mais, en réalité, c'est du mémoire de Reg. Fitz, de Boston, en 1886, que date le grand mouvement qui a définitivement emporté les derniers débris de la conception d'Albers et rénové la pathogénie et le traitement des affections inflammatoires de la fosse iliaque droite.

Comme toute révolution, celle-ci a eu ses excès, et l'audace opératoire des chirurgiens américains a poussé aux dernières limites de la logique la conclusion thérapeutique que Mélier déduisait de son mémoire en 1827.

Dès 1890, Senn, de Chicago, déclarait que : « Tout individu qui a une appendicite doit être opéré aussitôt que l'appendicite est diagnostiquée ». Aujourd'hui, cette formule est remplacée par la suivante, peut-être plus radicale encore : « Tout individu qui a eu une appendicite doit être opéré. » Ce qui ne laisse aucun espoir au malade, même guéri par le traitement purement médical, d'échapper au couteau du chirurgien.

Dans le livre que j'ai publié en 1892, j'ai déjà protesté contre l'absolutisme des interventionnistes à outrance, en montrant la fréquence des formes bénignes de l'appendicite, et en opposant aux appendicites perforantes, qui relèvent sans discussion de la chirurgie, les appendicites médicales avec exsudat plastique et résorbable, qui guérissent sans intervention sanglante. A mon avis, les deux tiers des cas d'appendicite aiguë ressortissent à ces formes médicales. Sur soixante-quatre cas aigus que j'ai observés de 1890 à 1897, vingt et un seulement appartenaient aux formes chirurgicales avec péritonite diffuse ou péritonite partielle suppurée. Qu'on remarque bien que cette opinion ne m'est pas personnelle, c'est celle qui se dégage de toutes les statistiques publiées, aussi bien en Amérique qu'en Europe. Les chirurgiens américains eux-mêmes ne contestent pas le fait. D'après Fitz, les deux tiers ou les trois quarts des appendicites guérissent par le traite-

ment médical. Richardson déclare que la moitié des cas pour lesquels il a été appelé ont guéri sans intervention. D'après Mac Burney, beaucoup plus de la moitié des malades guérissent de leur première crise sans opération. On voit que même la proportion des cas médicalement curables admise par les chirurgiens américains ne diffère guère de celle que j'indique.

C'est là un premier point qui me paraît acquis et qui, en limitant au tiers ou au quart des cas le rôle du chirurgien, juge la formule des partisans à outrance de l'intervention immédiate. Il n'y a là, en tout cas, rien qui justifie les exagérations récentes de quelques médecins, convertis de la dernière heure qui, hypnotisés par l'observation de quelques cas malheureux, n'ont plus voulu voir que les formes mortelles de l'appendicite, et ont créé ainsi dans le public une véritable « terreur appendiculaire », contre laquelle on ne saurait trop réagir.

Reste la seconde formule, celle des partisans de la résection préventive de l'appendice après une première crise d'appendicite : « Tout appendice une première fois lésé doit être enlevé. » A l'appui de cette règle on invoque, d'une part, la fréquence des récidives, de l'autre, le danger d'une perforation menaçante à chaque récidive. Ce sont des arguments ; mais quelle valeur réelle ont-ils ? Pour justifier l'absolutisme de la conclusion qu'on en tire, il faudrait démontrer : 1° que la récidive est la règle dans la majorité des cas d'appendicite ; 2° que la perforation est la règle dans la majorité des cas de récidives.

Il est assez difficile, on le comprend, de préciser le premier point. Il faudrait pouvoir suivre pendant plusieurs années une longue série de malades. Ne le pouvant pas, nous devons nous contenter, pour juger approximativement de la question, de relever la fréquence des crises antérieures chez les malades au moment où ils se présentent à notre observation. Or, sur cinquante-sept de mes malades atteints d'appendicite aiguë, où j'ai noté l'absence ou l'existence de crises antérieures, j'en trouve seulement dix-sept ayant dans leurs antécédents une

ou plusieurs attaques appendiculaires. Cette proportion de 30 p. 100 d'appendicites récidivantes est peut-être un peu faible ; car la statistique de Morris relève, pour quarante-six cas d'appendicite aiguë, vingt-cinq fois l'existence de crises antérieures. La proportion est ici de plus de moitié, 54 p. 100. Mais celle de Roux, de Lausanne, sur un chiffre sensiblement le même, quarante-sept cas aigus, ne donne que douze cas d'appendicite récidivante. En additionnant ces trois statistiques, on trouve une moyenne de 36 p. 100.

Mais peut-être est-il plus important de préciser le degré de gravité que le degré de fréquence des récidives. A cet égard, deux opinions opposées ont été émises : d'après les uns, des crises multiples sont une sauvegarde contre la perforation ; d'après les autres, la crise perforante est le plus souvent précédée d'une ou plusieurs crises d'appendicite bénigne. J'ai déjà insisté sur la nécessité de ne pas employer indifféremment, comme on le fait habituellement, les mots de rechute et de récidive pour désigner des choses qui, en pratique comme en bonne nosologie, méritent un nom spécial, et de distinguer entre les *rechutes*, les *récidives* et les *recrudescences* de l'appendicite. Il faut réserver le mot de « rechutes » aux épisodes aigus de l'appendicite chronique dite à rechutes, et le mot de « récidives » aux crises autonomes, isolées, qui se reproduisent à intervalles plus ou moins espacés, en général assez éloignés, chez le même sujet en réalité ou en apparence guéri d'une première crise. Quant aux « recrudescences », ce sont les reprises successives qui peuvent survenir au cours d'une même crise appendiculaire incomplètement terminée.

Cette distinction faite, je n'hésite pas à dire que les rechutes de l'appendicite chronique sont plus pénibles que dangereuses ; elles sont plus ou moins intenses, plus ou moins prolongées, mais les chances de perforation y sont réduites au minimum par l'épaississement des parois de l'appendice, et si la perforation se produit, les conséquences en seront forcément limitées par les adhérences protectrices qu'à créées l'inflammation chronique périappendiculaire.

Il en est tout autrement pour les recrudescences; sans aboutir nécessairement à une perforation, elles exposent d'autant plus à ce danger que la reprise du processus aigu se fait sur des parties où l'équilibre circulatoire n'est pas encore rétabli, et que les parois de l'appendice, congestionnées et infiltrées, offrent une résistance moindre à l'envahissement des bactéries intestinales.

Quant aux récidives proprement dites, je ne conteste pas la possibilité d'une péritonite diffuse ou limitée à la suite d'une ou de plusieurs crises d'appendicite légère. Mais je crois que c'est l'exception, et non la règle, comme le soutiennent les partisans de la résection préventive. Sur deux cent cinquante-sept cas d'appendicite perforante, Fitz n'a relevé que vingt-huit cas, soit 11 p. 100, où des crises moins graves ont précédé la crise mortelle. La statistique de Krafft donne une proportion de 25 p. 100. Il est vrai que celle de Morris, que j'ai citée plus haut, sur vingt-quatre cas d'appendicite perforante, en compte douze avec une ou plusieurs crises antérieures. Mais, sur le même nombre de cas, Mac Burney ne relève que trois fois des antécédents appendiculaires; Roux, de Lausanne, sur quarante-sept appendicites perforantes opérées, ne signale des crises antérieures que dans douze cas. Pour ma part, je n'ai noté ces crises que cinq fois sur vingt et un cas d'appendicite avec péritonite diffuse ou abcès limité.

On ne peut donc dire que le plus souvent la crise perforante est précédée d'une ou plusieurs crises bénignes. La vérité est que le plus souvent, c'est-à-dire dans les trois quarts des cas, la crise perforante est primitive; 25 fois sur 100 seulement la perforation est précédée de crises prémonitoires, et dans la grande majorité de ces cas, elle ne détermine qu'une péritonite partielle suppurée. Si l'on veut s'en tenir aux formes mortelles, avec péritonite diffuse, je crois que la proportion indiquée par Fitz est la vraie et qu'à peine 10 à 12 fois sur 100 on trouve dans ces cas des antécédents appendiculaires.

Pour compléter la démonstration, il faudrait encore prendre

la question par un autre côté et dresser une statistique établissant combien de fois sur 100 l'appendicite récidivante aboutit à une perforation grave ou mortelle. Cette statistique reste à faire sur une grande échelle. Ma statistique personnelle est trop restreinte pour trancher la question. Sur 80 cas d'appendicite, je compte 16 cas d'appendicite chronique à rechutes et 17 cas d'appendicite à récidives. Les 16 appendicites à rechutes ne fournissent aucun cas de perforation. Sur les 17 cas d'appendicite récidivante je note 4 fois des formes graves, une fois avec péritonite diffuse mortelle, 3 fois avec péritonite suppurée partielle, terminée d'ailleurs par guérison; soit une proportion de 23,5 p. 100 d'appendicites récidivantes graves, proportion fort analogue à celle de 25 p. 100 fournie par les statistiques d'appendicites perforantes précédées de crises antérieures.

On peut donc admettre que si l'appendicite récidive dans plus du tiers des cas, un quart seulement de ces récidives a des conséquences graves, péritonite diffuse ou abcès local. Le reste aboutit, si la guérison définitive ne se fait pas, à l'appendicite chronique à rechutes.

Mais ce n'est pas tout, et pour être complètement édifié, il resterait à spécifier quelles sont les formes d'appendicite qui exposent le plus à des récidives graves. Sur ce point, je n'ai pas de chiffres précis à donner. Mais l'étude des formes perforantes montre que dans la très grande majorité des cas la perforation se produit d'emblée, dès la première attaque, c'est-à-dire quand l'appendice est normal antérieurement et flotte librement dans la cavité péritonéale. On doit donc penser que dans les récidives, les chances de perforation sont d'autant plus grandes que les conditions locales se rapprochent plus de l'état normal.

Par suite, la simple colique appendiculaire ou une appendicite de courte durée n'ayant intéressé que les parois de l'appendice sont les formes qui doivent inspirer le plus d'inquiétudes dans l'éventualité d'une récidive.

D'autre part, l'appendicite suppurée récidive si rarement

que Treves a pu dire que « lorsqu'un abcès s'est formé et que le malade guérit, il n'est plus exposé à avoir d'autre attaque ». En règle générale, cela est vrai, mais à condition cependant que la guérison non seulement du malade, mais de l'abcès même, soit réelle et parfaite. Si l'évacuation du pus soit par le rectum, soit par l'incision chirurgicale, est incomplète, s'il reste un petit clapier purulent ou une scybale enkystée dans des adhérences, l'abcès se reproduira presque fatalement, comme je l'ai vu dans un cas où la suppuration, après s'être reformée cinq fois en moins d'un an, ne cessa définitivement que lorsqu'on eut extrait dans la dernière opération une concrétion fécale incrustée de sels calcaires. Il est vrai que dans ces cas il s'agit moins de récurrence d'appendicite que de recrudescence d'un abcès mal vidé; et en fait on peut tenir pour exact que l'appendicite suppurée ne récidive pas quand l'abcès a été bien et complètement évacué.

Entre ces deux termes extrêmes, appendicite pariétale et appendicite suppurée, l'appendicite avec exsudat résorbable, ce que j'ai proposé d'appeler l'appendicite plastique, prend, au point de vue du danger de la perforation dans une crise ultérieure, une position intermédiaire. La perforation reste possible, quoique probablement rare; mais en raison même des modifications apportées au pourtour de l'appendice par l'inflammation antérieure de la séreuse, on aura peu à redouter une péritonite mortelle; une péritonite suppurée plus ou moins limitée est le danger le plus sérieux que puisse faire courir au malade une récurrence d'appendicite plastique, ce danger lui-même diminuant avec le nombre des récurrences.

En résumé, je crois qu'on peut poser en règle générale que la gravité des récurrences est en raison inverse de la gravité et du nombre des crises antérieures.

Telles sont les principales données qui doivent guider le jugement et la conduite du médecin dans le traitement de l'appendicite. Je les résumerai en disant que les appendicites médicalement curables représentent les deux tiers des cas que nous avons à traiter, et cela de l'aveu même des chirur-

giens les plus autorisés; que beaucoup de ces appendicites médicalement guéries récidivent, mais que les récurrences ne sont pas la règle et ne surviennent que dans le tiers environ des cas; que non seulement les récurrences ne prédisposent pas à la perforation, mais qu'elles sont plutôt, par leur répétition, une garantie contre cette complication qui, dans les trois quarts des cas, se produit à la première attaque; qu'enfin à ce point de vue, le danger des récurrences perforantes est d'autant plus à redouter que la première crise a été plus bénigne et plus courte.

Ces données ressortent de l'ensemble des nombreux travaux publiés depuis dix ans sur la question. L'inflammation de l'appendice explique tous les symptômes attribués jadis à la typhlite, — je crois l'avoir démontré dès 1890, — mais à condition de reconnaître à l'appendicite, comme à toute maladie, des formes variables dans leur intensité et dans leur gravité. Et j'ai eu soin de maintenir dans le cadre médical le plus grand nombre de ces cas, réservant à la chirurgie les formes perforantes et les formes à rechutes. Il ne faut pas maintenant que par un zèle de néophyte incomplètement instruit on vienne mettre toutes les appendicites sur le même plan, ne voir partout et toujours que la perforation, et déclarer que le seul traitement est la résection de l'appendice. Ce serait forcément appeler une réaction; et la nécessité d'expliquer les formes bénignes, trop nombreuses et trop évidentes pour être niées, ramènerait — elle ramène déjà certains esprits — à l'opinion ancienne qui attribuait les formes graves à la perforation de l'appendice et les formes curables à l'inflammation du cæcum et du tissu avoisinant.

C'est là une erreur qui n'a plus besoin d'être réfutée. Il n'existe pas de typhlite au sens ancien du mot; il n'existe pas d'inflammation localisée du cæcum par stase stercorale donnant lieu au syndrome qui caractérise l'appendicite. Mais en changeant le mot, nous n'avons pas changé la chose. Et, pratiquement, le traitement qui guérissait les accidents attribués à la typhlite doit guérir aussi bien les accidents dus à l'appendicite.

La connaissance exacte de la nature de ces accidents nous a conduit à une intervention plus fréquente, plus précoce, plus radicale que jadis. Nous devons nous efforcer de préciser les indications et les contre-indications de cette intervention; nous devons savoir y recourir quand elle est nécessaire et dès qu'elle est nécessaire. Mais la notion d'appendicite ne doit pas avoir pour corollaire l'ablation de l'appendice de tout sujet qui accuse une douleur dans la fosse iliaque droite.

## II

## Traitement médical des appendicites aiguës.

Les formes médicales, celles qui correspondent à proprement parler à l'ancienne typhlite, sont l'appendicite pariétale, dont le degré le plus atténué mérite le nom de colique appendiculaire, et l'appendicite avec péritonite fibrineuse localisée ou appendicite plastique.

Je ne discuterai pas ici la nature de cette péritonite plastique ou plutôt résorbable. Certains auteurs ne veulent pas admettre qu'une appendicite avec symptômes péritonitiques puisse exister sans suppuration. Comme il n'est pas contestable que la moitié au moins de ces péritonites appendiculaires guérit sans opération avec disparition complète de toute trace d'exsudat dans la fosse iliaque, il faudrait donc supposer que les épanchements purulents dus au coli bacille sont susceptibles de résorption, ce qui est bien invraisemblable étant donnée la qualité habituelle du pus d'origine intestinale, qui est essentiellement un pus de mauvaise nature; ou bien adopter l'opinion de Sahli qui pense que par une perforation de dehors en dedans ce pus repasse dans l'intestin et est évacué insensiblement par les selles, ce qui serait plus admissible. Mais pour ma part je ne vois aucune raison de nier l'existence d'une péritonite appendiculaire fibrineuse dans les cas où l'exsudat se comporte comme celui de toute inflammation simple non suppurée.

Quoi qu'il en soit, le traitement de ces formes d'appendicite aiguë ne me paraît pas devoir différer de celui qu'on appliquait autrefois à la typhlite. Il ne doit être modifié que sur un point, l'emploi des purgatifs, et nous verrons tout à l'heure dans quelle mesure. Ce traitement se résume en trois mots: antiphlogistiques, calmants et évacuants.

## A. — ANTIPHLOGISTIQUES

La première indication est de combattre l'inflammation. Aucun moyen ne répond mieux à cette indication que l'application d'une douzaine de *sangsues* sur la fosse iliaque droite. Qu'il y ait ou non des symptômes de péritonite, c'est, à mon avis, la première chose à prescrire avec le repos absolu au lit. S'il n'y a pas péritonite, il y a toujours un certain degré de péritonisme, et l'effet n'est pas moins immédiat dans un cas que dans l'autre. L'application des sangsues est toujours suivie d'un soulagement remarquable et d'une détente des phénomènes locaux, en particulier de la contracture douloureuse du muscle droit qui rendait presque impossible le moindre attouchement de la paroi abdominale.

On peut répéter cette émission sanguine locale au bout de deux ou trois jours si l'amendement ne se maintient pas ou si plus tard une recrudescence se produit. Mais en général une seule application de sangsues suffit.

On fera suivre cette saignée locale soit de l'application de *cataplasmes chauds laudanisés* s'il ne s'agit que d'une appendicite pariétale, soit de l'application d'une *vessie de glace* si la réaction locale persiste un peu vive et s'accompagne de vomissements.

A cela doit se borner la médication locale. Je ne conseille pas les onctions à l'*onguent napolitain*; elles me paraissent inutiles, et en outre elles exposent le malade aux accidents de l'hydrargyrie cutanée ou buccale qui viennent sans profit compliquer la situation.

Quant au *vésicatoire*, il ne saurait en être question. Ce