

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

serait ouvrir la porte aux microbes pyogènes et à l'érysipèle.

B. — CALMANTS

Les sangsues et la glace agissent au moins autant comme calmants que comme antiphlogistiques. Mais les douleurs et les coliques sont parfois telles que l'emploi d'un calmant plus immédiat s'impose. On ne doit pas hésiter à faire une ou plusieurs *injections de morphine*. Ces injections suffisent parfois, surtout chez les nerveux et les hystériques, à abattre la violence initiale des phénomènes douloureux, qui peut faire craindre une péritonite diffuse alors qu'il ne s'agit que de péritonisme.

Ici se pose la question de l'emploi de l'*opium*. Certains le préconisent à ce point qu'ils font de l'opium le véritable remède de l'appendicite. L'opium, disent-ils, calme les douleurs, immobilise l'intestin, s'oppose à l'extension de la péritonite. Il faut donc l'administrer à hautes doses pendant toute la période aiguë.

Je suis absolument opposé à l'emploi de l'opium pour les raisons suivantes :

1° Si on le donne pour calmer les douleurs, je préfère à l'opium la morphine, dont l'action est plus rapide et plus sûre.

2° Si on le donne pour enrayer la péritonite et obéir à la tradition, il faudrait d'abord démontrer que cette tradition a pour elle la raison et les faits. Or, pratiquement, je doute qu'on puisse citer un cas probant de péritonite modifiée ou enrayerée par l'opium. Et théoriquement, si l'on veut raisonner de son action inhibitoire, je crois qu'on pourrait soutenir plus justement que l'opium, en paralysant la tonicité nerveuse et l'activité cellulaire, laisse le champ libre à l'invasion des microbes, et dès lors qu'il favorise plutôt qu'il ne limite le développement de la péritonite.

3° En outre, dans les formes bénignes, en ajoutant à la constipation qui est l'effet habituel de la maladie la consti-

pation due à l'opium, on augmente et on prolonge le tympanisme et la sensation de tension et de souffrance sourde abdominale qu'un laxatif ferait rapidement disparaître.

4° Enfin, et c'est à mon avis l'argument principal contre l'emploi de l'opium, de fortes doses d'extrait thébaïque, en endormant trop complètement la réaction du sujet, créent un calme trompeur qui peut induire le médecin en erreur, et transformer sous la torpeur opiacée une appendicite franche en une de ces formes insidieuses dont on ne constate les effets redoutables que lorsqu'il est trop tard pour les combattre.

Donc l'opium me paraît non seulement inutile mais dangereux, aussi bien dans les appendicites simples que dans les appendicites avec péritonite. Je ne condamne pas la prescription des *cataplasmes laudanés* ou l'administration de petits *lavements* additionnés de quelques gouttes de laudanum, pour modérer les contractions douloureuses du gros intestin. Mais je repousse l'emploi de l'extrait thébaïque à hautes doses comme traitement systématique de l'appendicite.

C. — ÉVACUANTS

La question des *purgatifs* est la contre-partie de celle de l'opium. Les purgatifs étaient la base du traitement de l'ancienne typhlite. Pour désobstruer le cæcum, pour faire fondre le fameux « boudin cæcal » constitué, croyait-on, par la stase des matières fécales, on n'hésitait pas à aller jusqu'à prescrire l'huile de croton. Aujourd'hui, la crainte de la perforation appendiculaire conduit à l'excès opposé. Non seulement les chirurgiens et même quelques médecins ne veulent pas qu'on purge, mais encore ils posent en principe l'immobilisation de l'intestin jusqu'à la constipation absolue.

Il ne saurait y avoir de discussion, à mon avis, sur l'obligation formelle de s'abstenir de tout purgatif au début d'une appendicite. A ce moment, nous ne pouvons savoir si l'appendicite sera ou non perforante. Le purgatif ne saurait dès lors être que nuisible en excitant les contractions de l'intestin ; il

peut favoriser la perforation si elle n'existe pas; il ne peut qu'en aggraver les conséquences si elle existe. La contre-indication est non moins absolue quand, au bout de quelques jours, on est certain du diagnostic de péritonite diffuse ou de péritonite suppurée. La seule indication dans ce cas, si on n'opère pas tout de suite, est de favoriser la formation des adhérences en immobilisant l'intestin, et dans ces conditions l'on ne doit pas plus recourir aux purgatifs, suivant l'expression de Richardson, que dans les blessures de l'intestin par arme à feu.

Mais généraliser cette formule à toutes les formes d'appendicite me paraît contraire à l'observation des faits. Quand, après quatre à cinq jours, l'application des sangsues et de la glace a amené la détente des phénomènes inflammatoires initiaux, j'ai toujours vu l'administration d'un purgatif compléter cette détente et déterminer un soulagement manifeste de l'état général et local du malade.

Je proscriis donc les purgatifs au début de toute appendicite; mais dans les appendicites pariétales et plastiques, dès que la poussée inflammatoire et douloureuse est calmée, ils me paraissent nettement indiqués pour vider l'intestin distendu par les matières et les gaz. Comme il ne s'agit que de dés-obstruer le canal, c'est aux purgatifs doux, *huile de ricin* et *calomel*, qu'il faut seulement avoir recours. Plus tard, on pourra administrer les *salins* pour achever de nettoyer le tube digestif.

Je ne crois pas à l'utilité des antiseptiques intestinaux, *salol*, *bétol*, *naphtol* qui ne font qu'irriter l'estomac et entretenir l'embarras gastrique.

D. — REPOS ABSOLU AU LIT

Malgré sa banalité apparente, c'est là une prescription à laquelle le médecin doit tenir le plus rigoureusement la main. On doit toujours avoir présent à l'esprit que l'appendicite est une affection à recrudescences, et que tant que la guérison n'est

pas parfaite, ces recrudescences sont possibles avec des conséquences souvent plus redoutables que la première atteinte, parfois même mortelles. Ce sont toujours des appendicites méconnues ou considérées trop tôt comme guéries qui donnent lieu à ces catastrophes où l'on voit mourir brusquement d'une péritonite diffuse un malade que l'on avait traité sans grande conviction quelque temps auparavant pour une crise légère d'appendicite ou souvent pour une prétendue indigestion. Les interventionnistes à outrance s'empressent de tirer de ces faits la justification de l'opération hâtive ou de la résection préventive de l'appendice dans tous les cas; j'en conclus simplement que chez ces malades le traitement médical n'a pas été observé et qu'il doit l'être d'autant plus scrupuleusement que l'appendicite est d'apparence bénigne.

Le séjour au lit avec le minimum de mouvements doit être maintenu tant que l'appendice est douloureux à la palpation. Dans les cas où l'on constate dans la fosse iliaque la petite tumeur allongée formée par l'appendice enflammé, c'est sur sa disparition progressive qu'il faut se guider. Tant que cette tumeur existe, le malade ne peut être considéré comme guéri. Dans les appendicites pariétales où l'on n'a d'ordinaire pour guide que la douleur à la pression, cette douleur peut disparaître assez vite. Il ne faut pas, même alors, se hâter de laisser lever le malade. Même toute douleur disparue, surtout dans les formes bénignes, on doit tenir le malade couché pendant huit à dix jours encore. Dans les appendicites plastiques, la durée totale du séjour au lit est en moyenne d'un mois à cinq semaines; mais il est des cas où il doit être prolongé pendant deux mois et plus.

E. — ALIMENTATION ET DIÈTE LIQUIDE

L'alimentation ne doit pas être surveillée avec un soin moins minutieux. Les vomissements et l'embarras gastrique du début ne permettent guère au malade d'autres aliments que le lait, le bouillon, les boissons gazeuses ou glacées. Ce régime

liquide doit être continué pendant toute la période aiguë et le plus longtemps possible. Ce n'est que toute douleur disparue qu'on permettra une alimentation plus solide, et toujours sous une forme facilement assimilable : purées de viande ou de légumes, œufs, poissons grillés. On reviendra ensuite progressivement au régime ordinaire, en se rappelant qu'un repas trop copieux ou un aliment indigeste peut provoquer une recrudescence aiguë au même titre qu'un mouvement intempestif.

Nous verrons tout à l'heure si l'on peut demander au régime alimentaire un moyen préventif de l'appendicite.

F. — CONCLUSIONS

Telles sont les règles qui doivent diriger le médecin dans le traitement des appendicites aiguës rentrant dans le cadre de ce que j'appelle les appendicites médicales. Ces règles s'appliquent-elles aux formes chirurgicales, avec péritonite diffuse ou suppurée? Oui, dans une certaine mesure et pendant une première période qu'on pourrait nommer la période d'incertitude. Entre le moment où éclate une appendicite et celui où l'on peut affirmer la suppuration ou la généralisation de la péritonite, il s'écoule un laps de temps, variable suivant les cas, où l'on reste nécessairement hésitant sur l'évolution ultérieure de la maladie. Dans cette phase initiale, je ne vois d'autre indication que de mettre en œuvre les moyens proposés ci-dessus, non pour empêcher la suppuration si elle doit se produire, mais pour essayer de limiter l'inflammation de la séreuse et de la restreindre au voisinage de l'appendice.

L'emploi des *sangsues* et de la *vessie de glace* est donc rationnel au début de toute appendicite aiguë, quelle qu'en doive être l'issue ultérieure. Je ne conseille pas l'opium pour les raisons que j'ai dites plus haut. Quant aux purgatifs, il ne saurait en être question à ce moment, tant que la détente inflammatoire n'est pas nettement marquée.

Du sixième au huitième jour en général, l'opinion du médecin doit être faite sur l'existence d'une péritonite plastique et résorbable ou d'une suppuration plus ou moins étendue. Il ne faut pas se laisser tromper par la période d'accalmie passagère qui se produit à ce moment, et croire à l'arrêt définitif d'une poussée de simple péritonite fibrineuse alors qu'il s'agit seulement de la limitation d'une péritonite suppurée qui tend à se circonscire. On ne saurait, à cet égard, donner des règles précises; l'aspect et l'inspection du malade en apprennent plus que toutes les descriptions. Il est certain qu'il existe des cas où dès le deuxième ou le troisième jour on peut hardiment affirmer la perforation avec toutes ses conséquences; il en est d'autres, beaucoup plus rares, où, même au bout de douze à quinze jours, on soupçonne à peine la vraie nature des accidents. Mais dans la grande majorité des cas, on peut admettre que la durée moyenne de la période d'incertitude ne dépasse pas six à huit jours. Au bout de ce temps on doit savoir si le traitement médical suffira pour amener la guérison ou s'il faut faire appel au chirurgien et discuter avec lui le moment opportun de l'intervention.

III

Intervention chirurgicale dans les formes aiguës.

Sur ce point la discussion est encore ouverte, beaucoup plus, je dois le dire, dans les controverses académiques que dans la pratique courante. En réalité, la plupart des chirurgiens sont d'accord sur ce point que la présence du pus est la vraie indication opératoire. Les divergences ne portent que sur la nécessité ou l'utilité de l'intervention plus ou moins précoce.

Nous pouvons donc éliminer, sans y insister, les deux opinions extrêmes, celle de l'intervention immédiate dans tous les cas, dès que le diagnostic d'appendicite est porté et quelle que soit la forme de l'appendicite; celle de l'interven-