

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-



tion tardive ou retardée jusqu'à la formation d'une collection purulente indiscutable.

La première est celle de quelques chirurgiens américains qui veulent qu'on enlève l'appendice dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, sous prétexte qu'une perforation est toujours possible. Étant donné que la majorité des appendicites guérit par le repos au lit, cela nous paraît aussi raisonnable que de conseiller l'amputation du doigt dans tous les cas de panaris, sous prétexte que le panaris peut se compliquer de phlegmon diffus.

La deuxième opinion est celle qui dominait jadis avant la publication du remarquable mémoire de Fred. Treves en 1887 sur le traitement chirurgical de la typhlite. Elle expose à toutes les complications qui faisaient autrefois si grave le pronostic de la pérityphlite suppurée. Elle est inadmissible aujourd'hui que nous connaissons le mécanisme des inflammations périappendiculaires et doit rester condamnée définitivement et sans appel.

La question se trouve limitée à ces deux points :

Faut-il intervenir systématiquement d'une manière précoce dans tous les cas d'appendicite aiguë ?

Faut-il intervenir seulement en temps opportun, « *timely* », comme disent les Américains ?

En d'autres termes, l'intervention doit-elle être systématique ou raisonnée ?

#### A. — INTERVENTION SYSTÉMATIQUEMENT PRÉCOCE

Les partisans de l'opération systématique ne justifient leur opinion qu'en méconnaissant la fréquence et même l'existence des formes médicalement curables. En présence des symptômes d'une péritonite aiguë appendiculaire, ils raisonnent et ils agissent comme si cette péritonite doit nécessairement suppurer ou se généraliser. Nous n'avons, disent-ils, aucun moyen de distinguer ces prétendues appendicites médicales des appendicites suppurées ou à péritonite diffuse ; du moment

que nous avons reconnu la péritonite, nous n'opérons jamais trop tôt pour en empêcher l'extension.

A cela je réponds que précisément, en attendant quelques jours, on arrive facilement à établir cette distinction que nient les interventionnistes trop pressés, et que, d'autre part, il faudrait prouver que cette grande hâte opératoire 1° est utile, 2° n'est pas nuisible.

Or l'expérience démontre que l'intervention précoce ne réussit pas dans les seuls cas où elle serait raisonnablement indiquée, c'est-à-dire dans les appendicites suraiguës avec péritonite diffuse. J'ai cité les deux cas de Richardson, opérés l'un six heures, l'autre deux heures et demie après le début des accidents ; les deux malades sont morts l'un trente-six heures, l'autre vingt-sept heures après l'opération avec une péritonite généralisée. Voilà pour l'utilité.

Quant au danger, aucun chirurgien ne conteste qu'opérer en plein choc abdominal est à coup sûr la condition la plus défavorable pour le succès de l'opération. Et dès lors comment répondre qu'en intervenant dans tous les cas en plein état aigu, on ne transformera pas en péritonite générale mortelle un certain nombre de péritonites locales qui auraient guéri en différant un peu l'opération et peut-être sans opération ? Quand on compare les statistiques chirurgicales qui accusent une mortalité de 20 à 28 p. 100 pour les cas opérés, et les statistiques médicales qui ne donnent que 10 à 13 p. 100 de morts pour les cas non opérés, on ne peut se défendre de l'idée que l'intervention du bistouri est pour quelque chose dans cet écart de plus de moitié ? Soutenir que cette majoration de la mortalité est due à ce que l'intervention n'a pas été assez précoce est au moins paradoxal, quand les chiffres montrent une mortalité moitié moindre en l'absence de toute intervention.

Donc, ni les faits pris en eux-mêmes, ni les résultats pris en bloc ne justifient l'intervention systématique précoce. Elle ne sauve pas ceux qu'elle voudrait sauver et elle compromet la guérison et la vie des autres. On n'a pas le droit, parce qu'il



existe des formes presque fatalement mortelles d'appendicite perforante, de baser toute sa conduite sur ces exceptions, et pour sauver 10 p. 100 des cas, qu'on ne sauve pas d'ailleurs, d'exposer les quatre-vingt-dix autres aux risques d'une laparotomie faite en pleine péritonite aiguë.

A tous les points de vue il vaut mieux attendre. Et si le malade succombe, il ne faut pas dire qu'il est mort parce que l'opération n'a pas été assez précoce, mais que, l'eût-on opéré plus tôt, il n'en serait pas moins mort, et que probablement même on n'aurait fait que hâter l'issue fatale.

L'intervention systématiquement précoce, l'intervention aveugle doit donc être repoussée. L'intervention raisonnée, faite en temps opportun, est la seule conduite rationnelle. Il est des cas où elle doit être précoce, il en est d'autres où elle peut être retardée dans une certaine mesure. Il faut s'efforcer, comme pour toute opération, d'en préciser les indications et les contre-indications.

#### B. — INTERVENTION RAISONNÉE ET EN TEMPS OPPORTUN

Par définition même, l'intervention raisonnée ne comporte pas de règle absolue. C'est la marche de la maladie qui doit guider le jugement du médecin et du chirurgien. Tout au plus pourrait-on dire avec Treves qu'en règle générale, on ne doit pas opérer avant le cinquième jour. Mais cette règle même demande à être commentée et expliquée, et il reste encore à déterminer suivant les cas le moment le plus favorable pour agir.

A ce point de vue, il faut distinguer entre les appendicites perforantes suraiguës avec péritonite diffuse ou générale et les appendicites aiguës avec péritonite purulente localisée.

##### 1° Appendicites suraiguës.

L'appendicite suraiguë donne lieu à deux variétés de péritonites, l'une surtout septique et toxique, l'autre sur-

tout purulente. La première tue sans rémission, qu'on opère ou qu'on n'opère pas, avant la fin de la première semaine. L'issue de la seconde, si on n'opère pas, n'est pas moins fatale, quoique plus retardée. Sur 98 cas, réunis par Fitz, d'appendicite perforante terminés par la mort dès le premier septénaire, soixante fois la mort est survenue du deuxième au cinquième jour, et trente-huit fois, le sixième et le septième jour. Il faut donc se hâter d'agir, dans cette forme, si on veut agir. La question est de savoir si on le doit et s'il y a quelque utilité à le faire.

Si l'on pouvait distinguer à coup sûr les deux variétés de péritonite et reconnaître dès le premier jour la forme septique diffuse, on pourrait poser les règles suivantes :

Ou s'abstenir absolument, la mort étant inévitable ;

Ou, si l'on ne veut pas refuser au malade la seule chance de salut qui lui reste, si minime qu'elle soit, intervenir immédiatement, dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, après avoir combattu le collapsus par tous les stimulants internes ou externes dont nous disposons.

Malheureusement cette distinction est impossible avant le troisième jour au moins. Les signes attribués à la péritonite septique, violence du choc initial, intensité du collapsus, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, anurie, s'observent aussi bien au début dans la forme purulente, qu'elle tende ou non à se limiter, et même dans les appendicites simples chez les sujets nerveux et hystériques, surtout chez la femme et chez l'enfant, où le péritonisme hystérique reproduit au grand complet tout le tableau du collapsus péritonéal. Ce qui fait la valeur diagnostique de ces symptômes, c'est moins leur intensité initiale que leur continuité ou leur aggravation persistante.

Sauf dans certains cas exceptionnels, où l'on peut avoir son opinion faite dans les quarante-huit heures, on ne sera édifié en général sur la gravité réelle des phénomènes péritonéaux que du troisième au quatrième jour. En présence des signes d'une péritonite aiguë intense, je crois donc que la



conduite la plus sage est de ne pas intervenir immédiatement et d'attendre que la situation se précise.

S'il ne s'agit que de péritonisme hystérique, point n'est besoin d'insister sur les avantages de l'expectation qui épargne souvent toute opération.

S'il s'agit d'une péritonite diffuse septique, mieux vaudrait encore à ce moment ne pas opérer; mais on n'aura pas le courage de refuser au malade cette dernière chance de salut.

S'il s'agit d'une péritonite purulente générale ou très étendue, cette attente de quelques jours, en évitant au malade le danger d'une intervention en plein choc abdominal, permet en outre de se rendre compte de la tendance progressive ou régressive de l'inflammation péritonéale.

Du moment que la progression s'accuse, attestée par l'aggravation continue des symptômes généraux et locaux, il est inutile de tergiverser; l'infection et l'épuisement du sujet diminuent chaque jour les chances de succès de l'opération, qui sont du reste des plus restreintes en pareille circonstance; mais qui existent cependant pourvu qu'ici l'intervention soit suffisamment précoce. Suivant les cas, on peut être amené à opérer dès le troisième ou le quatrième jour; et dans les péritonites très étendues ou extensives, à condition que le diagnostic soit nettement établi, il ne faut pas hésiter à faire appel au chirurgien dès ce moment sans tenir compte de la règle négative posée par Trèves. Il est probable que passé le cinquième ou le sixième jour, les chances d'une issue heureuse de l'intervention sont à peu près nulles. J'ajoute, bien que je n'aie pas à traiter ici la question de technique opératoire, que c'est la laparotomie médiane qu'il faut pratiquer dans ces cas, et non l'incision oblique ordinaire de l'appendicite.

Mais si la péritonite tend à rétrocéder, si une légère détente locale s'accompagne d'une amélioration des symptômes généraux, on ne doit pas se hâter d'opérer. Il y a lieu d'espérer que l'inflammation péritonéale va se limiter ou du moins se cloisonner, condition qui favorise le succès opératoire; tout en surveillant de près le malade et en se tenant prêt à in-

tervenir à la moindre exacerbation nouvelle, on peut attendre, le cas tendant à se rapprocher des faits de notre deuxième catégorie et à se comporter comme une péritonite localisée.

#### 2° Appendicites avec péritonite partielle.

Nous avons déjà indiqué la conduite du médecin dans les cas d'appendicite avec péritonite partielle jusqu'au sixième ou huitième jour. Ou dès les premiers jours l'appendicite s'accuse comme une inflammation nettement limitée à la fosse iliaque droite, ou bien elle débute avec des symptômes diffus qui, après deux ou trois jours, se calment et plus ou moins rapidement se concentrent et se localisent dans le flanc droit. Quel que soit le début, il est impossible, dans la grande majorité des cas, de discerner avant le sixième ou le huitième jour si l'inflammation est plastique ou suppurée. A ce moment le diagnostic de la suppuration étant fait, convient-il d'inciser immédiatement ou de temporiser quelques jours?

Je crois que le plus souvent cette temporisation relative n'a que des avantages, et que le moment le plus opportun pour opérer, à moins d'indications spéciales et urgentes, est compris entre le huitième et le quinzième jour. A ce moment la première poussée inflammatoire est à peu près tombée; il se fait une sorte d'accalmie presque apyrétique qui pendant quelques jours établit la transition entre la fièvre initiale et la fièvre secondaire de suppuration. Cette attente favorise en outre la limitation du foyer, sa séparation plus complète de la grande cavité péritonéale, la formation d'adhérences plus solides avec la paroi abdominale.

Opérer plus tôt, c'est risquer une opération inutile, l'exsudat péritonéal pouvant être spontanément résorbable; c'est risquer d'infecter et d'enflammer la totalité de la séreuse, les adhérences protectrices et isolantes n'étant pas suffisamment formées ou suffisamment résistantes. Attendre plus tard, c'est laisser, sans bénéfices possibles, le malade s'épuiser et lui faire courir les chances d'une de ces complications imprévues,



toujours possibles, qui viennent brusquement aggraver une affection jusque-là bénigne ou en prolonger indéfiniment la durée.

Ceci me paraît la formule la plus générale de l'indication opératoire ordinaire. Elle est assez compréhensive pour englober tous les cas d'appendicite partielle suppurée, depuis les grandes péritonites purulentes qui remplissent le petit bassin et remontent jusqu'à l'ombilic jusqu'aux petits abcès exactement limités à la fosse iliaque droite. Plus la péritonite est étendue et tend à se rapprocher des cas d'appendicite suraiguë, plus l'intervention doit être rapide. Plus elle est restreinte et circonscrite à la fosse iliaque, moins il y a d'inconvénients à attendre et à laisser l'enkystement du pus se compléter.

On a dit que chez l'enfant l'intervention chirurgicale devait être plus précoce que chez l'adulte, parce que l'évolution de l'appendicite infantile est plus rapide, la tendance à l'envahissement général du péritoine plus grande et la terminaison plus fréquemment mortelle. Ce qui est vrai, c'est que chez l'enfant la forme perforante suraiguë avec péritonite diffuse, en raison peut-être de la longueur plus grande de l'appendice et de sa situation encore voisine de la ligne médiane, est plus commune que chez l'adulte. Mais il ne faut pas oublier que c'est chez l'enfant aussi qu'on observe ces formes très aiguës qui se bornent à une poussée brusque et étendue de péritonite simple et qui guérissent rapidement par le traitement purement médical; que c'est encore chez l'enfant qu'on voit surtout la réaction nerveuse hystérique simuler une péritonite aiguë et fait croire au début à une forme grave, alors qu'il ne s'agit en réalité que d'une appendicite simple ou plastique très limitée avec péritonisme exagéré.

Je ne vois donc rien à changer chez l'enfant aux règles que j'ai posées pour le moment opportun de l'intervention chez l'adulte :

Jamais immédiatement;

Du troisième jour au plus tôt au sixième jour au plus tard, quand le diagnostic de péritonite purulente générale est nettement établi;

Du huitième au quinzième, dans les formes circonscrites, quand on est bien convaincu que l'exsudat péritonéal ne présente aucune tendance à la résorption.

Tout ce qu'on peut ajouter, c'est qu'une fois cette conviction acquise, il vaut mieux chez l'enfant ne pas trop différer l'incision, par crainte d'un mouvement intempestif qui pourrait amener la rupture de l'abcès dans le péritoine, l'immobilité absolue au lit étant une condition difficilement obtenue et maintenue dans le jeune âge.

### 3° Appendicites subaiguës.

A côté des formes suraiguës ou aiguës franches de l'appendicite, il existe des cas où, soit que le début ait été méconnu, soit que l'évolution se fasse sourdement et à bas bruit, le pus se collecte dans la fosse iliaque d'une façon insidieuse et presque latente. Dans ces appendicites subaiguës, il est inutile et dangereux de s'attarder à un traitement médical qui ne répond à rien. Ce sont des formes exclusivement chirurgicales. On ne risque jamais d'opérer trop tôt, dès que le diagnostic est porté, puisque le diagnostic est toujours tardif. Et il importe ici d'opérer d'autant plus promptement que dans ces cas le pus tend à s'infiltrer sourdement au loin et à produire dans les muscles et dans les tissus voisins des désordres souvent irréparables.

## IV

### Traitement de l'appendicite chronique à rechutes.

Nous avons signalé plus haut la nécessité de distinguer au point de vue clinique les récidives de l'appendicite aiguë des rechutes de l'appendicite chronique. L'importance de cette distinction n'est pas moindre au point de vue thérapeutique. La possibilité des récidives soulève la question de la résection préventive de l'appendice, dont nous parlerons tout à l'heure.