

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.



Dans l'appendicite à rechutes, la résection de l'appendice constitue non une mesure préventive, mais le seul traitement effectif et radical de la maladie.

C'est faute de vouloir maintenir cette distinction que les discussions se renouvellent sans cesse sur l'utilité de ce traitement proposé par Trèves en 1887 et dont on a fait depuis un si étrange abus en l'appliquant indistinctement à tous les cas d'appendicite sous prétexte de récurrence possible.

L'appendicite récurrente chronique est une forme spéciale dans laquelle les rechutes successives et incessantes sont liées à une lésion chronique et permanente de l'appendice, épaissement fibreux des parois avec oblitération plus ou moins complète du canal, ou au contraire dilatation muqueuse du diverticule, présence d'un corps étranger, petit foyer purulent juxta-appendiculaire, et enfin surtout adhérences anciennes, résistantes, parfois extrêmement denses, au milieu desquelles l'appendice se trouve englobé et emprisonné. Dans cette forme non seulement les rechutes sont fatales et se répètent à courts intervalles, mais encore elles créent à la longue un état chronique de souffrance intestinale, comparable aux conséquences abdominales produites chez la femme par une salpingite ou une lésion persistante des annexes. Si l'on peut modifier jusqu'à un certain point cet état de souffrance intestinale, si l'on peut, par un régime sévère et des moyens médicaux, espacer les rechutes, ce n'est en tout cas là qu'un traitement palliatif. Le seul traitement curatif est, à mon avis, le traitement proposé par Trèves, l'excision de l'appendice entre deux rechutes.

#### A. — TRAITEMENT PALLIATIF

Je serai bref sur ce traitement qui est celui de l'entérocolite muqueuse ou muco-membraneuse avec atonie gastro-intestinale. Que l'appendicite chronique soit la cause ou l'effet de cette entéro-colite, — et je crois qu'elle est tantôt l'une et tantôt l'autre, — il est incontestable que l'association de ces

deux états morbides est la règle chez les sujets atteints de cette forme d'appendicite. Ces malades, dans les intervalles de leurs crises appendiculaires, souffrent continuellement du ventre, ils ont des coliques sourdes, une tension habituelle de l'abdomen, une constipation tenace, tantôt paralytique avec météorisme et dilatation gazeuse du cæcum, tantôt spasmodique avec rétraction du côlon; des selles douloureuses formées de matières durcies, mal liées, de scybales arrondies ou ovalaires, mêlées de glaires ou de fausses membranes; souvent de la dilatation de l'estomac avec clapotage gastrique. Les crises d'appendicite en se répétant ajoutent sans cesse aux conséquences de ces troubles intestinaux. N'osant plus se nourrir ou digérant mal, vivant dans l'attente anxieuse d'une rechute, en proie à la neurasthénie que crée tout malaise abdominal persistant, les malades perdent leurs forces, pâlisent, s'amaigrissent, prennent une teinte terreuse et arrivent à un état de cachexie intestinale qui finit par leur donner toutes les apparences des sujets atteints de péritonite tuberculeuse ou de cancer viscéral.

Le traitement des rechutes doit être purement *médical*. Les crises peuvent être plus ou moins intenses, plus ou moins douloureuses, plus ou moins prolongées; mais elles donnent rarement lieu à des conséquences immédiates inquiétantes; la perforation est exceptionnelle, et si elle se produit, ses effets sont presque forcément limités et circonscrits par les adhérences ambiantes qui séparent l'appendice de la cavité péritonéale. Ce qui fait la gravité des rechutes, ce n'est pas leur intensité, c'est leur répétition et la fréquence des accès.

Dans l'intervalle, on conseillera un *régime alimentaire* sévèrement surveillé, non pas le régime lacté qui ne convient que dans les crises aiguës, mais l'abstention de tout aliment indigeste ou d'une digestion difficile. On combattra la constipation par des laxatifs, *huile de ricin* ou *calomel* à petites doses, ou bien 7 à 8 grammes de *sulfate de soude* dans un demi-verre d'eau tous les matins, comme le prescrivent Glénard et Lucas-Championnière. Des grands *lavements d'huile d'olives*



sont aussi indiqués dans la constipation avec spasme colique et en tout cas préférables aux lavages aqueux qui provoquent des crises de coliques. Roux, de Lausanne, conseille le massage et l'exercice de la bicyclette, qui est aussi approuvé par Championnière. Je ne conteste pas les avantages du *massage* contre la constipation, mais je n'en suis partisan que si l'appendicite se traduit par des crises très légères et de courte durée. Pour peu qu'on soupçonne que les rechutes se rattachent à l'existence d'un petit foyer purulent enkysté, je crois qu'il vaut mieux s'en abstenir.

Il en est de même de la *bicyclette*. Roux estime que le mouvement de pédaler constitue une sorte de massage propice à la résorption de l'exsudat; peut-être si l'exsudat est purement plastique; mais si cet exsudat englobe un petit abcès, on peut aussi craindre la rupture de quelque adhérence protectrice. En tout cas, l'exercice de la bicyclette, même dans les cas les plus bénins, doit être très modéré, car une fatigue quelconque suffit souvent pour provoquer une rechute.

On peut encore essayer d'agir médicalement par des badigeonnages de *teinture d'iode* sur le ventre, répétés tous les soirs ou tous les deux soirs, par des applications de *pointes de feu* sur la fosse iliaque droite. On protégera l'abdomen contre les refroidissements, autre cause de rechutes, par le port d'une ceinture de flanelle. Enfin, on pourra prescrire une cure à *Châtel-Guyon*, à *Plombières*, à *Marienbad*.

Mais il ne faut pas se dissimuler que tous ces moyens, bien qu'ils puissent soulager les souffrances du malade et diminuer la fréquence des crises appendiculaires, n'ont qu'un effet très incertain le plus souvent, et même nul dans les cas où l'on sent nettement dans la fosse iliaque droite un appendice épaissi ou un exsudat persistant. Aussi les sujets atteints d'appendicite récurrente chronique, surtout quand il s'agit d'adultes obligés de travailler pour vivre, fatigués et dégoûtés à la longue des révulsifs, des calmants et des purgatifs qui n'apportent aucun soulagement sérieux à leurs maux,

finissent-ils par venir d'eux-mêmes réclamer de la chirurgie un traitement plus radical.

## B. — TRAITEMENT CURATIF

Ce traitement curatif, l'excision de l'appendice, nous ne devons pas hésiter à le proposer, dès qu'une série de rechutes se reproduisant coup sur coup nous a fourni la certitude d'une lésion persistante et chronique de l'appendice. Mais ce conseil donné, on peut laisser au malade le temps de la réflexion. D'une part, en effet, il n'y a pas péril en la demeure, et de l'autre, nous ne pouvons affirmer que l'opération, si bénigne qu'elle soit, sera absolument sans danger.

Trèves n'a pas manqué de signaler les difficultés de la résection de l'appendice. « Ces opérations, dit-il, sont délicates, souvent complexes, et fréquemment très difficiles. » Dans beaucoup de cas, l'épaississement des tissus, la rigidité et le nombre des adhérences sont portés à un tel point qu'à plusieurs reprises les meilleurs opérateurs se sont vus obligés d'interrompre l'opération, non seulement sans avoir pu réséquer l'appendice, mais encore sans avoir été même capables de découvrir l'organe perdu au milieu de ces adhérences résistantes.

Il faut donc savoir :

- 1° Qu'on peut ne pas trouver l'appendice;
- 2° Qu'on peut être contraint de renoncer à le réséquer;
- 3° Que tout en étant à peu près sans danger pour la vie, l'opération n'est cependant pas absolument inoffensive et que les chances de mort sont encore de près de 2 p. 100, d'après la statistique de W. Bull;
- 4° Qu'enfin l'éventration est une conséquence possible surtout chez l'adulte, de l'incision de la paroi abdominale.

Le malade, ou du moins son entourage, doit être averti de ces risques opératoires. C'est à lui aussi bien qu'au médecin à les peser et à les mettre en balance avec les risques et les inconvénients de la lésion appendiculaire. Je crois que ses hési-



tations ne résisteront pas à la répétition des crises. Mais en tout cas, l'opération ne doit lui être présentée dans la grande majorité des faits que comme une nécessité thérapeutique, et non comme une nécessité vitale.

Le médecin, à mon avis, ne doit insister d'une manière plus pressante en faveur de l'intervention que dans les conditions suivantes :

Quand, d'après le caractère des accès aigus ou d'après la constatation d'une tuméfaction persistante et douloureuse dans la fosse iliaque, il est amené à rattacher les rechutes à l'existence d'un foyer purulent juxta-appendiculaire plutôt qu'à un épaissement de l'appendice même ;

Quand la fréquence des rechutes de plus en plus rapprochées et la gravité des troubles intestinaux intercalaires provoquent un état de dénutrition, d'affaiblissement et de cachexie qui, en se prolongeant et en s'exagérant, pourrait nuire au succès d'une opération trop retardée ;

Quand, enfin, la violence et la durée des crises doivent faire craindre la formation d'une péritonite plastique adhésive qui, en s'étendant et en s'épaississant, rendrait, si l'intervention est trop différée, l'excision de l'appendice trop difficile, sinon impossible.

Ces indications posées, à quel moment convient-il de pratiquer la résection ? Il n'y a plus lieu de discuter l'opinion de quelques chirurgiens américains qui, pour des raisons fort contestables, proposaient d'opérer le premier ou le second jour de la prochaine rechute. La règle formulée par Trèves est aujourd'hui unanimement adoptée : opérer à froid dans l'intervalle de deux rechutes, quand tout symptôme inflammatoire a disparu. La statistique de W. Bull montre que sur 450 cas d'appendicite à rechutes opérés dans ces conditions, on compte seulement 8 morts, soit une mortalité de 1,77 p. 100.

La résection décidée, le seul moment convenable pour la faire est donc l'intervalle de deux crises ; après disparition complète de tout phénomène inflammatoire aigu.

## V

**Traitement préventif de l'appendicite et de ses récidives.**

Existe-t-il à proprement parler un traitement préventif de l'appendicite ? Pour prévenir la maladie, il faudrait la prévoir, et pour la prévoir, il faudrait connaître exactement ses causes et les conditions qui en favorisent le développement.

Or, cette étiologie est encore fort mal établie. Les seules notions un peu précises à ce sujet sont les suivantes. L'appendicite est surtout fréquente dans l'adolescence et chez les adultes jeunes ; 70 à 75 p. 100 des cas s'observent entre 10 et 30 ans. La prédominance dans le sexe masculin n'est pas moins nette ; 25 p. 100 des cas seulement appartiennent au sexe féminin, d'après la plupart des auteurs. Pour ma part, sur 80 cas d'appendicite, j'ai noté une proportion de 65 p. 100 d'hommes et de 35 p. 100 de femmes.

La statistique de Roux, de Lausanne, a mis en évidence un autre facteur, dont l'importance doit être prise en sérieuse considération au point de vue prophylactique, c'est la prédisposition héréditaire ou familiale. Roux a relevé l'influence de l'hérédité dans 40 p. 100 des cas qu'il a traités. Cette prédisposition, à mon avis, doit se rattacher à quelque malformation congénitale de l'appendice ; mais il est difficile de dire laquelle, en présence de la variabilité de forme, de direction, de volume et de longueur de ce diverticule. Le rôle attribué à l'arthritisme me paraît inadmissible ; l'arthritisme est un élément étiologique aussi banal dans la clientèle de la ville que l'alcoolisme chez les malades des hôpitaux ; il n'y a pas plus de raisons de faire dépendre l'appendicite de l'un que de l'autre.

L'existence de troubles intestinaux antérieurs, niée par les uns, exagérée par les autres, n'est pas contestable dans un grand nombre de cas. Jules Simon avait indiqué la fréquence de la colite muqueuse ou muco-membraneuse dans l'appendicite des jeunes enfants. J'ai signalé dès 1892 le rôle de la