

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 épaississement 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

colite chronique sèche ou glaireuse dans l'étiologie et la pathogénie des crises appendiculaires. Dans les faits que j'ai observés depuis, j'ai retrouvé vingt-cinq fois sur quatre-vingts, soit dans près du tiers des cas, cette association de la colite et de l'appendicite. C'est encore là un élément pathogénique dont on doit tenir compte.

Enfin, on a dit que l'inflammation de l'appendice s'observe surtout chez les gros mangeurs, qu'une alimentation indigeste, trop épicée ou trop azotée, crée une véritable prédisposition. De cette notion dérivent les opinions de Bouchard et Le Gendre sur le rôle de la dilatation de l'estomac, de Hayem sur le rôle de la gastrite parenchymateuse, d'Albert Robin sur le rôle de l'hypersthénie gastrique.

Mais quelles indications préventives pouvons-nous tirer de ces considérations étiologiques, sinon de conseiller aux gens constipés et atteints de colite de surveiller le fonctionnement régulier de leur intestin, aux gros mangeurs de modérer leur appétit, et aux sujets qui souffrent de l'estomac, de ne pas s'écarter d'un régime approprié? Conseils fort sages évidemment, mais qu'il n'est pas besoin de la perspective d'une appendicite pour donner, sinon pour observer.

Ce qui ajoute encore à la banalité de ces prescriptions prophylactiques, c'est que ces divers facteurs étiologiques ne se retrouvent que dans le plus petit nombre des cas d'appendicite. Le plus souvent, et en particulier dans la forme la plus grave, la forme perforante aiguë, la maladie éclate brusquement, au milieu de la santé la plus parfaite, sans qu'on puisse découvrir dans les antécédents du sujet rien qui l'explique ou qui la fasse prévoir.

Au reste, ce n'est pas ainsi que se présente la question du traitement préventif de l'appendicite. En réalité, elle ne se pose qu'après une première crise appendiculaire, et elle se pose sous cette forme précise :

Doit-on, ou ne doit-on pas, après une première attaque d'appendicite, conseiller l'ablation de l'appendice pour prévenir tout risque d'une attaque ultérieure?

J'ai discuté plus haut les données sur lesquelles il faut se baser pour répondre à cette question. Si fréquentes que soient les récidives, elles ne sont pas cependant la règle et ne se produisent que dans la proportion de 30 à 35 p. 100 des cas. Toutes les statistiques montrent que les chances de perforation sont incontestablement moindres dans les récidives que dans la première attaque, et cela dans la proportion de 1 à 3. La gravité des récidives est en raison inverse de la gravité et du nombre des crises antérieures.

Ceci nous autorise à repousser formellement d'une manière générale la formule absolue des chirurgiens américains : « Tout appendice, une première fois lésé, doit être enlevé », 1° parce que dans les deux tiers environ des cas, la guérison est définitive et la récidive ne survient pas; 2° parce que dans les 30 ou 35 cas sur 100 qui récidivent, un quart seulement des récidives se produit sous une forme grave ou sérieuse.

Mais cette règle générale posée, il convient de serrer de plus près la question et de tâcher de préciser les conditions qui favorisent la gravité de la récidive possible. Or, nous avons vu que cette gravité est en raison inverse de la gravité de la crise antérieure. Notre conduite doit donc dépendre surtout de la forme clinique revêtue par la première attaque d'appendicite et l'indication opératoire préventive variera suivant que cette attaque a déterminé un abcès localisé, une péritonite plastique ou une simple inflammation pariétale.

#### A. — LA PREMIÈRE CRISE A ÉTÉ UNE APPENDICITE SUPPURÉE

Ici deux alternatives existent : ou l'abcès a été ouvert par le bistouri du chirurgien, ou il s'est évacué spontanément par l'intestin.

1° S'il y a eu intervention chirurgicale, ou bien elle a été complète et l'appendice a été réséqué, ou bien les débris de l'appendice gangrené et amputé ont été éliminés avec le pus, ou bien encore on n'a pu voir ou exciser l'appendice.

Doit-on, dans ce dernier cas, rouvrir le ventre, l'abcès guéri, pour compléter l'opération? Cela me paraît peu sage, d'abord parce qu'on n'est pas certain que l'appendice n'a pas été détruit, et ensuite parce que l'expérience démontre que l'appendicite suppurée ne récidive en général pas. Si, par exception, elle récidivait, il y a tout lieu de croire qu'étant données les adhérences multiples qu'a dû provoquer une inflammation suppurée, elle ne se produirait encore, en mettant les choses au pire, que sous forme d'abcès localisé, et l'on aura dès lors tout le temps, à cette seconde attaque, de faire une opération plus complète, et d'aller à la recherche du débris d'appendice ou du corps étranger qui entretient la suppuration.

2° La conduite du médecin doit être la même en présence d'une appendicite suppurée ouverte spontanément dans l'intestin. Si, par l'examen attentif du rectum et de la fosse iliaque, on est certain que la guérison est complète, qu'il n'existe ni empâtement profond, ni fistule intestinale, il n'y a pas lieu de conseiller ou de faire la résection. Car toutes les chances sont pour que la récidive ne se produise pas et, si elle survient, le pire qui puisse arriver c'est qu'il se forme un nouvel abcès qui permettra alors une intervention complète.

Donc, pas de résection préventive après une première crise d'appendicite suppurée qui, par elle-même, est une garantie au moins contre la gravité des récidives.

#### B. — LA PREMIÈRE CRISE A ÉTÉ UNE APPENDICITE PLASTIQUE

Dans ce cas, il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, et l'appendicite a guéri par l'expectation et les moyens médicaux.

Si la résolution et la résorption de l'exsudat plastique se sont faites complètement et rapidement en vingt ou vingt-cinq jours, la résection préventive, après une première crise, me paraît contre-indiquée :

1° Parce que la guérison d'une poussée de péritonite n'est

guère probable sans la formation de brides ou d'adhérences qui oblitérent l'appendice ou l'isolent au moins de la grande cavité péritonéale, limitant ainsi les conséquences d'une perforation au cas où elle se produirait ;

2° Parce que la perforation mortelle n'étant guère à redouter, les seuls risques que court le malade en cas de récidive sont, dans l'alternative la plus mauvaise, une perforation limitée, avec suppuration circonscrite, et, dans la grande majorité des cas, une nouvelle poussée de péritonite plastique, ou des crises d'appendicite simple ;

3° Parce que la répétition de ces crises, si elles se répètent, n'entraîne d'autre conséquence fâcheuse qu'une appendicite chronique à rechutes, à laquelle il sera toujours temps de remédier par une cure radicale ;

4° Parce que, dans l'incertitude où nous restons forcément de ces diverses éventualités, les chances de guérison définitive après la première crise l'emportant de beaucoup sur les chances de récidive doivent nous conduire logiquement à nous abstenir et à attendre.

Mais il n'en est plus ainsi si, après six semaines ou deux mois de séjour au lit, la résorption de l'exsudat inflammatoire tend à s'arrêter, et si l'on continue à percevoir dans la fosse iliaque une tuméfaction indurée plus ou moins étendue, fixe ou mobile, et douloureuse. On doit supposer alors ou que l'exsudat englobe un petit foyer purulent, qui ne disparaîtra pas spontanément, ou qu'il persiste dans l'appendice même un état d'inflammation subaiguë toujours prête à se réveiller. En pareil cas, le malade ne saurait être considéré comme guéri ; on peut être assuré qu'une récidive, qui mériterait plutôt ici le nom de recrudescence aiguë, est presque fatale à brève échéance, dès qu'on rendra le malade à ses occupations.

Dans ces conditions, la résection préventive, qui se trouve en même temps être une opération curative, est nettement indiquée. Mieux vaut opérer immédiatement dans cette période de calme relatif où l'intervention est à peu près inoffensive,

que de laisser le sujet exposé aux risques d'une récidive à tout moment menaçante.

C. — LA PREMIÈRE CRISE A ÉTÉ UNE APPENDICITE  
PARIÉTALE SIMPLE

C'est le côté le plus délicat du problème, celui qu'on doit mettre le plus de prudence à résoudre. Il peut sembler paradoxal de conseiller la résection préventive de l'appendice après une simple crise de colique appendiculaire. Logiquement, c'est cependant la conclusion rigoureuse qui découlerait de la règle posée plus haut, à savoir que la gravité des récidives est en raison inverse de la gravité des crises antérieures. Mais la médecine n'est pas une science exacte et, en pratique, nous ne saurions nous montrer plus rigoureux que les faits.

Or, s'il est vrai que plus une appendicite est légère et superficielle, moins elle modifie les conditions normales de l'appendice et, par suite, les chances d'une perforation mortelle, s'il est vrai encore que dans les antécédents des sujets qui succombent à une appendicite suraiguë, quand il existe des crises antérieures, ce sont surtout des formes bénignes et légères qui précèdent la crise fatale, il n'en est pas moins vrai que ces cas apparaissent comme des exceptions en regard de la grande masse des faits observés, et qu'en réalité une appendicite légère ne crée habituellement aucun danger nouveau, et laisse simplement le sujet dans l'état où il se trouvait avant la crise appendiculaire.

Il faut donc tenir une première crise de ce genre pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour un avertissement, et, sans en tirer des conséquences extrêmes, il faut peser suivant les cas la valeur de cet avertissement.

Or, si nous ne pouvons pas affirmer, avec les mêmes chances de probabilité que dans les appendicites plastiques et suppurrées, que la prochaine crise ne sera pas mortelle, nous ne pouvons pas davantage assurer qu'elle le sera. Et il nous reste toujours en faveur de la négative deux éléments qui conser-

vent toute leur valeur : d'une part, la faible proportion des cas d'appendicite ayant une issue fatale comparée à la grande proportion des cas qui guérissent avec ou sans intervention, et de l'autre, la probabilité plus grande de la non-récidive que de la récidive.

Si aucun élément nouveau n'intervient donc pour faire pencher la balance du mauvais côté, je crois que, tout en se tenant pour averti, il n'y a pas lieu de prendre de mesure extrême, et que s'il ne reste au bout de quelques jours aucune sensibilité à la pression de l'appendice, il faut, surtout chez un adulte capable de s'observer et de se surveiller, déconseiller toute opération préventive.

Chez l'enfant, on doit se montrer plus réservé en présence d'une première crise d'appendicite légère ou de colique appendiculaire. L'enfant est sûrement plus exposé à la perforation que l'adulte, probablement par suite de la susceptibilité plus grande de son tissu lymphoïde, qui, dans l'appendice comme ailleurs, oppose une résistance moindre à l'envahissement des microbes. Même après la guérison apparente de la crise aiguë, un travail sourd et latent d'ulcération peut se continuer dans les parois du diverticule et aboutir brusquement à une perforation. D'autre part, il est à peu près impossible d'empêcher les imprudences alimentaires ou autres, ordinaires à cet âge.

Si bénigne qu'ait paru l'appendicite, — à condition bien entendu que le diagnostic soit exact et qu'on ne prenne pas pour une appendicite une crise aiguë de colite muco-membraneuse prédominante à droite, ou une indigestion chez un hystérique avec zone hystérogène droite hyperesthésiée — on doit exposer nettement à la famille la situation et couvrir au besoin sa responsabilité de l'avis d'autres confrères. Pour peu que les parents semblent pencher vers la résection préventive, il ne faut pas trop insister pour les en dissuader et il faut la laisser faire. Il faut même la conseiller : 1° si, au bout d'un mois de séjour au lit, il reste encore une sensibilité appréciable à la pression profonde de l'appendice ; 2° si, pendant cette

période de repos au lit, il s'est produit une ou deux recrudescences légères. Dans les deux cas on doit penser que le processus qui a donné lieu à la première crise n'est pas éteint, et dès lors la résection est le parti le plus prudent.

Il est une autre condition, celle-ci étiologique, qui doit enlever toute hésitation et qui pose nettement l'indication de la résection préventive : c'est la coexistence dans une même famille d'un ou de plusieurs cas d'appendicite.

Une gravité spéciale est attachée à l'appendicite familiale qui, pour des raisons non encore précisées, semble tendre plus que toute autre à la perforation. Une simple crise de colique appendiculaire est donc un avertissement suffisant dans ce cas, et chez l'enfant surtout, mais aussi chez un adulte encore jeune, on doit insister sur la nécessité de l'ablation préventive de l'appendice après cet avertissement.

En somme, c'est surtout après une première crise légère d'appendicite que la question de la résection préventive se pose sous sa forme la plus urgente. Pour les autres variétés, plastiques ou suppurées, sauf dans certains cas que nous avons précisés, la résection ne me paraît pas justifiée. En tout cas, tout bien pesé et la décision d'opérer prise à bon escient, il faut la mettre immédiatement à exécution, et faire l'opération à froid un mois à six semaines après la première attaque. Le compromis que conseillent certains, d'attendre une seconde crise pour se décider, me paraît illogique. Ou bien les indications de la résection existent après le premier accès, et alors je ne vois pas l'avantage de courir les risques de la perforation que l'on a tout lieu de redouter ; ou bien ces indications n'existent pas, et la guérison d'une deuxième crise, en justifiant le premier pronostic, ne peut et ne doit que confirmer l'inutilité de l'opération.

## CHAPITRE XII

### TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES INTESTINALES

PAR

A. MOSSÉ

Professeur à l'Université de Toulouse.

#### I

##### Considérations générales.

Les hémorragies intestinales reconnaissent des causes nombreuses et de valeur séméiologique très différente. Rarement primitives (hémorragies par plaies pénétrantes, éraillures de la muqueuse par corps étrangers, etc.), elles surviennent d'ordinaire au cours d'une affection locale de l'intestin, d'une intoxication, d'une maladie générale aiguë ou chronique. Elles sont fréquentes dans les maladies infectieuses qui provoquent l'ulcération des parois intestinales. Dans ces cas, en effet, l'entérorragie peut se produire à titre d'accident spécial, isolé, ou résulter de la localisation sur l'intestin d'un processus hémorragipare généralisé qui individualise certaines formes malignes de l'infection.

Au point de vue des indications thérapeutiques il importe, on le voit, que le diagnostic étiologique suive de très près le diagnostic différentiel. Dans bien des cas, d'ailleurs, ils semblent presque se confondre.