

à noter d'un trait de plume qu'à faire au lit du malade. C'est là que le sens clinique du chirurgien joue un rôle capital, et encore le plus avisé est-il souvent en défaut. Telle crise qui, par son allure, semble devoir se terminer favorablement devient tout à coup suraiguë et emporte le malade en quelques heures. Inversement on peut voir les crises les plus bruyantes et les plus dramatiques tourner court et se résoudre en une localisation franche ou même à moins de frais.

3° **DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE L'APPENDICITE.** — Quelques indices peuvent éclairer pour savoir si l'appendicite est due à la présence d'un calcul ou à une perforation, ou à de la tuberculose appendiculaire, ou bien enfin à une maladie générale.

L'examen des fonctions digestives doit être fait attentivement, surtout au point de vue de l'existence d'une colite muco-membraneuse avec des crises d'entéralgie. Nous avons vu les rapports qui peuvent exister entre cette affection et l'appendicite. On pensera donc aux *cordes coliques*, aux *dilatations cæcales*, à l'examen des selles qui contiennent des lanières grisâtres, que des malades inexpérimentés ont pris parfois pour du tænia.

L'*appendicite calculeuse* n'a pas de caractère particulier, sinon qu'elle survient chez les arthritiques atteints de lithiase intestinale. Le plus souvent cette lithiase colique ne s'accompagne d'aucun signe appréciable, à moins qu'elle n'ait causé de la colite muco-membraneuse. Elle s'observe surtout chez les sujets habituellement constipés qui ont de la dilatation du cæcum.

Pour l'appendicite perforante, on peut presque à coup sûr la diagnostiquer quand on est en présence d'une infection suraiguë du péritoine survenant en pleine santé. C'est un ulcère banal, un véritable ulcère rond comme celui du duodénum ou de l'estomac qui a perforé la paroi du vermium sans s'être manifesté jusque-là par aucun signe.

C'est une ulcération tuberculeuse, latente jusqu'à l'instant où la perforation s'établit. C'est enfin une ulcération typhique. Je suis convaincu que si on usait systématiquement du séro-diagnostic dans ces appendicites perforantes suraiguës, on trouverait plus souvent qu'on ne croit qu'il s'agissait d'une de ces formes frustes de fièvre typhoïde ambulatoire. Je viens d'observer un fait positif de ce genre qui me fortifie dans cette manière de voir.

La nature tuberculeuse de l'affection peut être dépistée souvent quand on a affaire à des sujets notoirement tuberculeux par ailleurs. Je ne parle pas des masses tuberculeuses qui peuvent atteindre le volume du poing. Ce sont là de grosses lésions qui donnent naissance à des poussées successives dans l'intervalle desquelles l'examen local permet de faire le diagnostic. Mais on songera à l'entérite tuberculeuse et on interrogera attentivement le passé colique du malade.

Restent enfin les maladies infectieuses générales qui sont d'ordinaire le signal de l'éclosion des accidents, la grippe, les fièvres éruptives, etc. Chacune de ces maladies sera recherchée dans les symptômes qui lui sont propres.

Le tableau suivant donne une idée des affections variées avec lesquelles on peut confondre l'appendicite.

Diagnostic de l'appendicite.

I. Diagnostic différentiel.	A. Maladies avec douleurs abdominales et vomissements....	1° Coliques.....	{ Néphrétiques. Hépatiques. De plomb.
		2° Annexes....	{ Grossesse. Rupture d'un pyosalpinx ou d'une hématocele. Grossesse extra-utérine.
		3° Hystérie.	
		4° Occlusion intestinale.	
		5° Infections péritonéales....	{ Gonocoques. Pneumocoques. Perforation. { Estomac. Duodénum.
		6° Tabes.	
		7° Hernie.....	{ étranglée. non étranglée.
		8° Indigestion.	
		9° Embarras gastrique.	
		10° Fièvre typhoïde.	
B. Maladies avec tumeur.....	1° Abscess de la fosse iliaque..	{ périnéphrétiques. psittis. adénopathies. abcès froid.	
	2° Tumeur de l'intestin.		
	3° Rein flottant.		
	4° Kyste de l'ovaire.....	{ tordu. rompu.	
	5° Foie et vésicule biliaire.		
II. Diagnostic de la forme.	A. Suraiguë.		
	B. Subaiguë.		
	C. Chronique ou à froid.		
III. Diagnostic de la nature.	A. Colite muco-membraneuse.		
	B. Calculeuse.		
	C. Par perforation....	{ ulcération tuberculeuse. ulcération typhique. ulcère rond de l'appendice.	
	D. Tuberculeuse.		
	E. Maladie générale...	{ Grippe. Varicelle. Scarlatine. Etc..., etc...	

Traitement. — Médecins et chirurgiens sont encore loin d'être d'accord entre eux sur ce sujet, et même parmi les chirurgiens la division existe. Mettons à part l'appendicite à rechute, l'appendicite.

chronique à répétition, dont je parlerai en terminant. Il reste à étudier les cas où le chirurgien est consulté pour une attaque franche. On peut simplifier beaucoup la question en se plaçant au point de vue pratique. On est appelé, en effet, auprès d'un malade en pleine crise appendiculaire, et deux cas se présentent le plus souvent :

1° *Le malade a les signes manifestes d'une infection péritonéale suraiguë ;*

2° *Le malade a des signes nets d'infection localisée du péritoine.*

Je mets à part ces deux éventualités, qui sont, il faut bien le dire, les plus habituellement observées. Eh bien ! pour ces deux circonstances qui constituent la majorité des faits où l'on est appelé à se prononcer, il n'y a pas à tergiverser. *Dans les deux cas, c'est la laparotomie immédiate qui est indiquée sans hésitation possible.* Seulement, la technique opératoire diffère, et c'est ce qui me reste à préciser.

En dehors de ces deux formes pour lesquelles l'indication de la laparotomie est impérieuse et ne souffre pas de discussion, se place le cas où on est appelé au début d'une crise dont il est impossible de prévoir la gravité et l'intensité. Là seulement on pourra hésiter, et nous allons tâcher de donner quelques préceptes à cet égard. Nous avons donc à étudier le traitement :

1° *De l'infection péritonéale généralisée d'origine appendiculaire ;*

2° *De l'abcès enkysté du péritoine*

3° *De la crise appendiculaire à son début ;*

4° *De l'appendicite chronique, en dehors des crises.*

1° *Infection péritonéale généralisée d'origine appendiculaire.* — L'indication est formelle ; il faut laparotomiser immédiatement en se rappelant que le temps presse. Quel que soit l'état général du malade, même si les extrémités sont refroidies, si le pouls est misérable, etc., le bistouri seul peut sauver le malade. Il faut seulement savoir que le pronostic est des plus noirs, et bien avertir l'entourage que l'opération n'a pas de gravité par elle-même, mais que l'opéré a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent de succomber, *malgré l'opération*, à l'évolution de son mal. Le raisonnement est bien simple : abandonnée à elle-même, l'affection est sûrement mortelle à bref délai : traitée chirurgicalement, elle a *quelques chances* de guérison.

Je renvoie, pour la technique opératoire, à mon article sur les infections du péritoine (même volume, p. 261), en rappelant qu'il est bon de multiplier les incisions pour assurer un drainage soigné. L'incision de Roux, de 12 à 15 centimètres, située à un travers de pouce au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, moitié en dehors et moitié en dedans de cette épine, mène tout d'abord sur l'appendice, qu'on résèque à sa base, sous un fil de soie passé en double. Inutile de perdre son temps à faire un surjet séro-séreux pour inverser

les lèvres béantes du canal appendiculaire ; il suffit de toucher la muqueuse avec le thermocautère ou même plus simplement de l'exciser avec les ciseaux.

Je propose d'appeler *prospysectomie* la résection de l'appendice (du grec *προσφυσις*), et non pas appendicectomie.

Une incision, symétriquement placée de l'autre côté, se fait très rapidement, si on a soin d'introduire la main gauche dans l'abdomen par la première incision, et de faire saillir de dedans en dehors, loin des anses intestinales, la paroi abdominale : on peut aller hardiment en usant de ce petit tour de main et multiplier les incisions sans prolonger outre mesure la durée de l'opération. Dans un cas désespéré du service de Peyrot, j'ai pu obtenir une guérison en faisant ainsi cinq incisions, dont l'une sur la ligne médiane, deux autres comme pour la ligature des artères iliaques externes, et les deux dernières symétriquement conduites le long du bord des fausses côtes, à droite et à gauche. La main gauche est, dans ce cas-là, un excellent guide pour le bistouri et les ciseaux.

Une autre précaution, sur laquelle insiste beaucoup Peyrot, et que je crois excellente, est de ne pas fermer ces incisions par des sutures, de laisser tous ces orifices béants, en ayant soin seulement de les bourrer de gaze stérilisée entre les drains placés deux à deux dans chaque ouverture. Il est bien entendu que les injections sous-cutanées de sérum trouvent là leur emploi. Il faut laisser en permanence l'instrumentation si simplifiée que j'ai décrite plus haut (p. 275).

Si on s'en rapportait aux statistiques brutes, on serait vraiment découragé et peu porté à intervenir. La guérison est la grande exception. Reynier va même jusqu'à affirmer qu'elle est impossible. Si votre opéré guérit, dit-il, c'est que l'infection n'était pas généralisée. Routier, Sonnenburg et d'autres ont eu des séries d'insuccès qui sont bien faites pour désarmer : mais cependant, il n'est pas de chirurgien qui n'ait vu des infections bien notoirement généralisées guérir. Jalaguier, Quénu, Ed. Schwartz, Legueu, etc., en ont cité des exemples probants. J'en ai observé avec Peyrot, et je les ai déjà cités au cours de cet article.

Faut-il, dans ces cas-là, toujours faire suivre la laparotomie de ce que j'appelle la *prospysectomie* : en d'autres termes, faut-il toujours enlever l'appendice ? Assurément. D'autant plus qu'il est le plus souvent perforé et facile à trouver dans la cavité abdominale largement ouverte.

Bref, l'issue funeste est la règle en pareil cas : mais de temps en temps, on a la joie d'observer une de ces résurrections qui vous donne le courage de tenter la même opération toutes les fois que l'occasion se présente.

2° *Abcès enkysté du péritoine d'origine appendiculaire.* — Ici encore, comme pour le cas précédent, tout le monde est d'accord.

On n'est appelé à voir le malade qu'au bout de cinq ou six jours ou plus. L'état général n'est pas mauvais; le pus est enkysté : c'est en somme un abcès qu'on a à soigner.

Je renvoie encore au traitement des infections du péritoine (p. 296 de ce volume) : mais je dois insister sur deux points spéciaux.

1° L'indication d'inciser est impérieuse, mais il n'y a plus à se préoccuper, comme plus haut, d'un tracé fixe comme celui de Roux. Sous le chloroforme, le palper permet de localiser le gâteau, et parfois même de trouver la fluctuation. C'est sur ce gâteau qu'on incisera. Il faut marcher au pus, comme on marche au feu, comme un général marche au canon. Si le pus est collecté le long du côlon ascendant, ou sous le foie, ou en arrière du cæcum, etc., c'est là que doit porter le bistouri : en un mot, on se gardera d'ouvrir d'abord la grande cavité péritonéale pour aborder ensuite la collection. Ce serait courir inutilement le risque grave d'inoculer la séreuse que les défenses naturelles de l'organisme avaient protégée. On incisera *au centre même* du gâteau ou de la collection, ce qui est tout un.

2° Faut-il, après avoir ouvert et évacué l'abcès, s'acharner à la recherche de l'appendice malade, source de l'infection, pour le réséquer? Faut-il faire toujours ce que j'appelle la *prospysectomie* (de *προσφυσις*, appendice). Il est hors de doute, que dans nombre de cas, l'incision simple suffit pour amener une guérison rapide. La majorité des chirurgiens se bornent à ouvrir l'abcès, à le laver, à le drainer, et n'extirpent alors l'appendice que lorsqu'il est facile « à cueillir » dans le fond de la poche, sans que sa recherche nécessite des explorations prolongées. Ce qu'il faut absolument éviter, c'est l'ouverture et l'inoculation de la grande cavité péritonéale. Ne craint-on pas, en cherchant à isoler le cæcum et l'appendice, de rompre les adhérences salutaires? Il semble depuis quelque temps que les chirurgiens ont une tendance à aller à la recherche de l'organe malade, pour ne pas laisser dans la plaie cette source d'infection qui expose le malade à des récidives. Brun soutient cette pratique avec énergie et ne craint pas de fouiller, pour découvrir l'appendice et l'enlever, les épaisses fausses membranes qui l'entourent. Je crois qu'il ne faut pas pousser les choses à l'excès. Quand l'abcès est ouvert, l'appendice reste englobé dans la paroi de la collection, et, s'il est sphacélé, il s'élimine spontanément les jours suivants, par l'orifice. Gilles (de Garches) a vu deux fois sortir, pendant cinq ou six jours, des matières fécales, molles, vermiculées, qui avaient, assurément, passé par la filière du canal appendiculaire perforé. Et cependant, la guérison spontanée se fit très rapidement. Chez une de mes opérées, je pus mettre l'index dans le cæcum par l'orifice résultant de la désinsertion spontanée par sphacèle de l'appendice sur le cæcum. Dix jours après, tout était fermé. Il est

pourtant certain que les choses ne vont pas toujours ainsi. J'ai vu récemment une fillette de dix ans que Peyrot a opérée une première fois, sans chercher à enlever l'appendice : huit jours après, il a dû intervenir de nouveau devant une réapparition d'accidents menaçants succédant à une guérison apparente. Il a eu les plus grandes difficultés à trouver l'organe perdu dans un magma informe, mais l'enfant a radicalement guéri après la prospysectomie.

En somme, si on laisse l'appendice en place, et si on se borne à ouvrir l'abcès, on fait une opération d'une innocuité absolue, mais on s'expose à une récurrence. Je crois qu'il est plus sage de s'en tenir à cette pratique, quitte à reprendre le bistouri si les accidents continuent ou réapparaissent après avoir rétrogradé pendant quelque temps. La pratique de Brun est assurément plus satisfaisante pour l'esprit : je crains qu'elle ne le soit moins pour la statistique des succès opératoires.

Je dis donc : allons au plus pressé, qui est, dans l'espèce, d'ouvrir l'abcès périappendiculaire. Si l'appendice se voit ou se sent, enlevons-le ; mais s'il est nécessaire pour l'avoir, de fouiller, de dilacérer, d'arracher, etc., je crois qu'il est imprudent de s'engager dans ces recherches. Ma formule est celle-ci : il vaut mieux faire *toujours* une opération bénigne, quitte à observer de temps en temps une récurrence, que de faire *toujours* une opération grave pour éviter une récurrence qui ne se produit pas le plus souvent.

Tout ce qui précède s'applique aux suppurations accessibles d'emblée. Parfois on traverse d'abord un tissu cellulaire propéritonéal œdémateux ; puis la cavité péritonéale apparaît avec les anses intestinales libres, recouvrant un abcès profond. C'est pour ces cas-là que Quénu (1) a proposé de se borner à mettre une mèche de gaze dans le ventre et d'attendre que le pus se fasse jour spontanément par cette sorte de cheminée d'appel. Il a obtenu ainsi de beaux succès. Je ne crois pas qu'il ait été beaucoup suivi dans cette pratique.

Il faut trouver le pus : c'est la raison d'être de l'intervention. L'important, lorsqu'on a dû ouvrir la cavité péritonéale, pour pénétrer jusqu'à la poche, c'est de bourrer énergiquement le trajet avec de la gaze, de façon à distendre ses parois et à les appliquer contre les parois voisines, ce qui interrompt toute communication avec la grande cavité et facilite les adhérences ultérieures. On laisse ce tamponnement trois ou quatre jours, à moins que le pansement ne soit trop souillé dès le début : dans ce dernier cas on peut, au bout de quarante-huit heures changer les pièces superficielles, ouate et gaze, sans toucher au tamponnement et au drainage.

Quand on a laissé l'appendice en place, on observe parfois une

(1) Quénu, *Soc. de chir.*, 1895.

fistule qui persiste longtemps. J'ai cité un malade qui en avait une depuis onze ans. Ces fistules guérissent d'ordinaire spontanément au bout d'un temps variable. Mais quand elles nécessitent une opération ultérieure, ce n'est plus un danger véritable pour le malade qui est revenu à un état de santé parfait et qui est à même de supporter une intervention aseptique.

En résumé, quand on sent un gâteau, si les accidents durent depuis plus de quatre jours, on peut être assuré qu'il y a du pus, et l'on incisera au centre même de la tuméfaction. Si l'appendice est facilement accessible, on l'enlève : s'il est perdu dans la paroi de l'abcès et malaisé à découvrir, on le laisse, quitte à faire la prosphysectomie ultérieurement s'il donne lieu à des accidents. Enfin, si pour arriver à l'abcès on a dû traverser la grande cavité péritonéale en dehors des adhérences protectrices, tous les efforts tendront à protéger cette cavité contre la contamination par le pus.

3° *Crise appendiculaire à son début.* — C'est là qu'il faut faire appel à toute la sagacité du clinicien. Si dans les deux éventualités précédentes il n'y a pas d'hésitation possible, il n'en est pas de même lorsqu'on voit le malade au début d'une crise qui n'a pas la marche suraiguë caractéristique.

« Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite », dit Dieulafoy. Rien n'est moins exact. Cette formule, faut-il le dire encore, ne s'applique qu'aux infections suraiguës généralisées du péritoine et aux abcès collectés d'origine appendiculaire. Mais pour le début d'une crise subaiguë, soulignons-le bien, *il y a un traitement médical important* à mettre en œuvre : il y a surtout à bien connaître ce qu'il est dangereux de prescrire.

Pour le détail, il est de toute nécessité de se reporter à la page 266 de ce volume où j'ai insisté sur les méfaits des purgatifs et des vomitifs en pareil cas. On ne saurait trop faire pénétrer ces notions dans la pratique. Nous voyons encore journellement des malades nous arriver après avoir été purgés violemment plusieurs fois de suite et même après avoir pris un vomitif. C'est la médication la plus détestable : il est vrai que c'est souvent le malade ou son entourage qui est coupable. Ces contractions répétées et violentes de l'intestin ne peuvent que faciliter une perforation intestinale imminente ou empêcher la formation des adhérences et la limitation de l'infection.

Je rappelle donc que la seule médication à recommander est celle qui immobilisera le plus rapidement et le plus complètement les anses intestinales. L'opium (et de préférence les injections sous-cutanées de morphine) et la glace en permanence sur l'abdomen sont les meilleurs moyens d'arriver à ce résultat. — Pas de purgatifs — pas de vésicatoires — pas de sangsues (1).

(1) Il est de toute nécessité de se reporter à la page 296 où je traite des moyens

Cela dit sur le traitement médical au début de l'attaque, y a-t-il un symptôme qui permette de se prononcer sur l'heure et le moment où il faut prendre le bistouri. Théoriquement cela est difficile, sinon impossible à énoncer. Cependant, dans la pratique, on doit pouvoir, pour chaque cas particulier, arriver à un jugement salutaire si on ne perd pas de vue les principes qui suivent.

D'abord, toute crise d'appendicite, même de l'apparence la plus innocente, peut exiger une intervention immédiate, sur l'heure, et sans remise. On se tiendra prêt à une opération toutes les fois qu'on donnera des soins à un malade dans ces conditions. Deux aides doivent être prévenus et se tenir à la discrétion du chirurgien, à son premier appel. J'en dirai autant de la préparation du local et des instruments. Que de fois, n'ai-je pas vu des malades qui semblaient *pouvoir attendre* être pris brusquement d'accidents graves à marche suraiguë ; le chirurgien, surpris, n'a plus alors le temps d'agir au moment voulu, et le résultat de l'intervention est désastreux, alors que quelques heures plus tôt il eût été favorable. Ne suffit-il pas en effet que l'abcès se fasse spontanément jour dans la grande cavité péritonéale pour que les symptômes de l'infection suraiguë apparaissent. Il est vrai que, dans d'autres circonstances, la collection s'ouvre dans le cæcum et le malade évacue par l'anus une quantité plus ou moins considérable de pus. Cette dernière terminaison est relativement favorable : c'est un mode de guérison spontanée bien connu des abcès de la fosse iliaque ; mais nous rentrons alors dans les faits de la seconde catégorie.

Souvent, au lieu d'évoluer vers la suppuration, l'infection reste atténuée et limitée autour de l'appendice et on voit en quelques jours les accidents s'amender : la douleur disparaît peu à peu, les selles peuvent alors être facilitées par les grands lavements d'eau boricuée chaude répétés une fois par vingt-quatre heures et destinés à évacuer le contenu du côlon sans provoquer les contractions intestinales.

En résumé, quand on assiste au début d'une crise appendiculaire il faut tout faire pour éviter une opération *immédiate*. Pour cela on a la glace intus et extra et les injections de morphine. Au premier signe d'infection généralisée ou de collection péritonéale on prendra le bistouri. Et si, par bonheur, tout rentre dans l'ordre, il reste à recommander au malade de se faire *opérer à froid*.

4° *Appendicite en dehors des crises.* — Un malade a guéri sans opération d'une première crise d'appendicite : faut-il l'opérer dès que les accidents aigus ont cessé ? Les Américains n'hésitent pas et conseillent formellement l'intervention à froid dès qu'il y a eu notoirement une première crise d'appendicite. Le fait est que tout individu qui a été atteint une fois vit sous la menace d'une crise nouvelle

qu'on a pour favoriser la limitation des infections péritonéales et la formation des adhérences.

dont le pronostic n'est pas du tout lié à celui de la première attaque. En pratique, c'est à peine si la question se pose. On n'arrive pas à persuader à un malade qui vient de guérir sans opération qu'il faut lui ouvrir le ventre pour éviter une récurrence toujours problématique. Si pourtant on a une autorité suffisante, il n'y a vraiment que des avantages à agir ainsi. Je veux bien dire, avec Trèves, que, lorsque les crises sont fréquentes et augmentent d'intensité en laissant après elles un état dolent de la fosse iliaque, il faut absolument intervenir dans une période de calme. Mais c'est alors vraiment trop facile, et l'indication est des plus nettes. Ce qui est délicat, c'est de se prononcer avant que les attaques se soient ainsi multipliées, alors qu'il ne reste dans l'intervalle, aucun symptôme du côté du ventre, alors que le malade semble absolument revenu à son état normal.

Pour avoir tous les éléments du problème, il faut savoir quelle est la gravité de ces résections de l'appendice à froid. Dans la statistique récente de Legueu, on voit que William Bull n'a rassemblé que 8 cas de mort. Kümmel n'a eu qu'un décès sur 51 cas; Trèves 1 décès sur 18 cas et Damage, dans une étude portant sur 181 cas, ne note qu'un décès.

Comme on le voit, la bénignité n'est pas aussi absolue que le disent Kummel, Senn, Challiol (1), etc., mais Berger, Quénu, Reclus, etc., me semblent en avoir beaucoup exagéré la gravité. Je n'ai jamais vu le moindre insuccès dans nos opérations avec Peyrot. Que ce ne soit pas une intervention simple et facile, j'appuie à cet égard tout ce que nous ont dit Berger, Ed. Schwartz, Quénu, Gérard Marchant. Mais si l'opération est souvent malaisée il n'est pas moins vrai qu'elle est — sauf rares exceptions — d'une innocuité parfaite.

D'ailleurs, l'accord n'est pas loin de se faire sur ce point. L'opération à froid est bénigne et très efficace, mais elle est souvent malaisée. On a, au début de l'intervention, de la peine à se reconnaître, à s'orienter autour du cæcum, et la recherche de l'appendice est des plus laborieuses quand l'organe est perdu dans une gangue épaisse d'adhérences, dans un magma fibro-graisseux informe. On est exposé, dans ces manœuvres, à déchirer le cæcum ou l'iléon, ou à mettre à jour un petit abcès péri-appendiculaire. Si des incidents de ce genre paraissent imminents, il serait sage, à l'exemple de Quénu et de Poncet (thèse de Challiol) de laisser l'appendice en place et de refermer le ventre. En somme ce sera l'exception, et comme l'opération a pour but, uniquement, la résection de l'appendice, on ne s'arrêtera que devant des obstacles par trop dangereux.

Souvent les choses vont sans encombre et l'on est tenté de

(1) CHALLIOL, thèse de Lyon, 1894.

croire à une erreur de diagnostic, tant l'appendice paraît peu malade : il est seulement un peu plus rigide que normalement, avec quelques arborisations vasculaires et une adhérence légère de son sommet à un organe voisin. On l'enlèvera néanmoins et on aura la surprise de voir les accidents à répétition ne pas se reproduire.

Il n'y a aucun doute possible : il faut faire l'opération, la prophysectomie, quand le malade a eu plusieurs crises plus ou moins violentes. Mais après une première crise légère on peut encore s'abstenir. Je ne conseille résolument la prophysectomie à froid qu'après la seconde crise.

Je sais bien que c'est un peu arbitraire, mais c'est pourtant la conduite qui me paraît la plus raisonnable. Après une première poussée, les malades guéris répugnent à une intervention; après une seconde crise, vous pouvez imposer votre autorité, d'autant plus qu'à la fin de la première atteinte, vous aurez eu le soin de dire que si l'attaque se renouvelait, l'opération serait indispensable.

J'ai dit que la prophysectomie, en dehors des crises, était d'une innocuité absolue. On lui a reproché d'exposer à l'éventration. Il est certain que c'est là un accident très fâcheux qu'on observe assez fréquemment à la suite des laparotomies pour appendicite. Ces éventrations se montrent surtout lorsqu'on a été obligé de drainer largement et de laisser la ou les plaies béantes. On peut d'ailleurs parer à cet inconvénient, bien minime en comparaison des dangers courus d'abord par le malade, en faisant porter une ceinture à pelote; on peut aussi ultérieurement faire une suture soignée en affrontant minutieusement les plans similaires. Quand on a opéré à froid, on ne draine pas, et on peut dès l'abord soigner sa suture, rapprocher les muscles, unir les aponévroses, ou même user du procédé conseillé par Jalaguiet : dans ces conditions-là, l'éventration consécutive devient une exception telle qu'on peut n'en pas tenir plus de compte que lorsqu'il s'agit de faire une hystérectomie abdominale, une ablation d'annexes, etc.

II. — OCCLUSION INTESTINALE.

« L'occlusion intestinale est caractérisée par l'ensemble des symptômes qui succèdent à un arrêt du cours des matières intestinales (1). » Cette définition classique ne répond pas à la clinique, puisque nous venons de voir, à propos de l'appendicite et de toutes les infections péritonéales graves, que ces affections s'accompagnent souvent des signes de l'occlusion de l'intestin. — Partant de ce principe, on se décidera résolument à supprimer ici ce qu'on décrit sous le nom de *pseudo-étranglement*.

(1) JALAGUIET, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 436.