

Le traitement de la dysenterie chronique consiste surtout dans l'observation prolongée d'un régime sévère (lait, viande crue, œufs), dans l'emploi des lavements de tanin, de nitrate d'argent, d'eau oxygénée diluée, d'hypochlorite de soude.

Les purgatifs seront administrés à intervalles éloignés; c'est dans la dysenterie chronique que l'on pourra prescrire avec avantage les pilules de Segond. Les eaux de Vichy conviennent plutôt à la diarrhée chronique des pays chauds qu'à la dysenterie chronique.

Le traitement des complications ne peut nous arrêter. L'abcès hépatique sera incisé dès qu'il sera reconnu; les arthrites dysentériques ont été parfois l'objet d'une intervention chirurgicale.

#### APPENDICITE

« Tant que l'appendicite s'est appelée typhlite, tant qu'on a cru que les lésions siègeaient dans le cæcum, le traitement est resté presque exclusivement médical. Et il ne pouvait en être autrement. On ne pouvait évidemment songer à inciser le gros intestin. Le chirurgien n'intervenait que la main forcée pour ainsi dire, quand le pus collecté, après des ravages internes plus ou moins étendus, venait poindre sous la peau en quelque partie de la paroi abdominale, c'est-à-dire le plus souvent trop tard pour sauver le malade. » (Talamon.)

Dès 1827, cependant, Mélier avait prévu l'intervention chirurgicale. « S'il était possible, disait-il, d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération. On arrivera peut-être à ce résultat. »

On sait qu'aujourd'hui les prévisions de Mélier se sont réalisées, à tel point que pour beaucoup de chirurgiens, dès que le diagnostic n'est plus douteux, l'intervention chirurgicale s'impose dans tous les cas. Le chirurgien américain Kean a déclaré « qu'en présence d'une appendicite la première indication pour un médecin est d'appeler un chirurgien », et le professeur Dieulafoy estime, quoique médecin, qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite!

Il s'en faut cependant que l'accord soit parfait au sujet de la conduite à tenir dans l'appendicite et le traitement médical, considéré comme inefficace par beaucoup, comme dangereux même parce que, atténuant certains symptômes, il peut donner l'illusion d'une guérison prochaine, alors qu'en réalité les lésions progressent sourdement, ce traitement, disons-nous, tend à reprendre la place légitime qui lui revient dans le traitement de l'appendicite, en ce sens qu'il permet d'attendre avec sécurité le moment opportun pour une intervention.

Actuellement les chirurgiens se répartissent en deux camps : les uns sont interventionnistes à outrance; les autres sont volontiers temporisateurs; ils reconnaissent que le traitement médical peut suffire dans des cas où l'intervention précoce exposerait le malade à certains dangers et leur intervention est subordonnée à des indications déterminées.

Les premiers estiment que l'intervention doit être immédiate, sans délais, avec la même urgence que pour une hernie étranglée ou une perforation de l'intestin. Ils s'appuient sur les arguments suivants :

a) *Impossibilité de faire le diagnostic exact de la nature et de l'étendue des lésions*, en raison du désaccord fréquent entre les symptômes et ces lésions, désaccord

reconnu par tous les cliniciens. On ne peut, proclament-ils, faire le départ entre l'inflammation de l'appendice et les accidents péritonéaux qui suivent sa perforation. La clinique ne permet pas en effet de distinguer dans l'appendicite deux périodes bien distinctes : l'une uniquement appendiculaire, l'autre péritonitique suivant la rupture de l'appendice. La péritonite, localisée ou généralisée, peut exister sans que l'appendice soit perforé. « Symptômes appendiculaires et symptômes péritonéaux sont pour ainsi dire fusionnés et subintrants; les douleurs, les vomissements alimentaires et bilieux, la défense musculaire, l'état de la fièvre et du pouls, la constipation et le tympanisme abdominal, tous ces signes peuvent exister avec ou sans participation du péritoine; on guette l'entrée en scène de la péritonite alors qu'elle est déjà en pleine évolution, on attend alors qu'il faudrait agir et, sur la foi d'assertions erronées, le malade succombe faute d'avoir été opéré » (Dieulafoy).

Ce qui est incontestable, c'est qu'il n'y a rien de plus individuel que la réaction du péritoine; tantôt des accidents à grand fracas (nausées, vomissements, tympanisme, arrêt complet des matières, fièvre vive, accélération très marquée du pouls) font craindre une infection grave, alors que ces accidents vont tourner court; tantôt au contraire une réaction péritonéale, à peine appréciable, cache des lésions extrêmement graves, une infection qui va entraîner la mort à bref délai; ainsi la péritonite septique diffuse peut débiter par des symptômes peu bruyants, simulant parfois une simple indigestion, donnant lieu seulement à quelques vomissements et à un peu de diarrhée fétide, sans ballonnement ni tension de la paroi abdominale, sans élévation de température; il est vrai que, dans ce cas, il y a une discordance frappante entre la température et le pouls qui peut s'élever à 150-150.

b) *Second argument de même ordre que le premier : marche trompeuse de la maladie.* S'il est vrai que certaines appendicites qui débiter à grand fracas, avec des symptômes très alarmants, peuvent tourner court, il est non moins vrai que des « accalmies traitresses », suivant l'expression de M. Dieulafoy, peuvent en imposer au médecin et lui masquer la gravité de l'état réel du malade. La brusque détente des symptômes bruyants et douloureux, la défervescence même ne sont pas toujours en rapport avec une amélioration réelle; les accalmies coïncident même parfois avec la formation de lésions redoutables : gangrène, péritonite diffuse. Lorsque, malgré une amélioration apparente caractérisée par la disparition ou l'atténuation très marquée des douleurs, la cessation des vomissements, la chute de la fièvre, persistent certains phénomènes, tels que le tympanisme, un certain degré de défense musculaire, l'urobilinurie et l'albuminurie, l'accélération du pouls surtout, il faut se garder de porter un pronostic favorable. Le désaccord entre le pouls et la température est d'une importance capitale et milite en faveur de l'intervention immédiate.

c) *Aggravation des lésions par l'expectation.* — L'attente, disent les partisans de l'intervention précoce, expose le chirurgien à voir se produire des lésions comme la péritonite diffuse ou une infection générale et des lésions à distance (hépatiques par exemple) contre lesquelles il sera désarmé, tandis que l'intervention précoce permet le plus souvent d'opérer en présence de lésions réduites, pour ainsi dire, au minimum.

d) *L'intervention précoce est presque aussi bénigne que l'intervention à froid; en tout cas elle permet de sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr.*

Cette intervention est bénigne surtout quand elle est pratiquée dès le début, ce qui doit être la règle; d'ailleurs les temporisateurs n'ont pas le droit d'invoquer la supériorité de leurs statistiques, puisqu'ils ne tiennent pas compte de tous les malades qui ont succombé avant que leur appendicite se soit refroidie. Sans doute on est conduit ainsi à opérer à chaud des malades qui auraient pu guérir sans intervention, mais par contre on sauve des malades chez qui la temporisation aurait amené l'aggravation des lésions, la formation d'abcès à distance, une toxi-infection mortelle.