

En somme, « pour les médecins et chirurgiens de l'école interventionniste, les indications thérapeutiques dans l'appendicite sont très simples, puisque tout se réduit à une question de diagnostic.

« Le diagnostic d'appendicite implique l'opération immédiate, quelles que soient la forme et la période de la maladie » (Jalaguier).

Aux interventionnistes les temporisateurs opposent des arguments dont la valeur n'est pas moins digne de considération que celle des arguments précédents.

a) Les considérations tirées du désaccord entre la gravité des symptômes et des lésions, de la marche trompeuse de la maladie, peuvent être retournées contre ceux qui les invoquent pour justifier l'intervention précoce. S'il est vrai qu'une appendicite à marche insidieuse, aux allures bénignes en apparence, peut se terminer brusquement par une péritonite généralisée, réciproquement une appendicite à début très bruyant peut tourner court sous l'influence du traitement médical et l'intervention différée comportera moins de risques, sera faite à froid dans de meilleures conditions qu'à chaud. Donc la possibilité de la guérison fréquente sous l'influence du traitement médical est un argument sérieux contre l'intervention systématique.

b) Le diagnostic de l'appendicite au début est souvent difficile; des erreurs sont commises par les médecins les plus expérimentés; l'intervention systématique précoce peut donc avoir pour conséquence une opération inutile et comportant d'ailleurs l'aléa de toute laparotomie.

c) L'intervention à chaud n'est pas aussi inoffensive que le prétendent les interventionnistes à outrance; on n'a donc pas le droit de l'imposer et de faire courir des dangers à des malades qui peuvent guérir par des moyens purement médicaux. Ceux-ci d'ailleurs sont loin d'être inefficaces, contrairement aux assertions des interventionnistes: Curschmann a rassemblé 452 cas d'appendicite traités médicalement, sur lesquels 427 ont guéri; M. Jalaguier, sur 241 cas d'appendicites aiguës non opérées d'emblée, compte 254 guérisons et 7 morts, soit une mortalité de 3 pour 100 (*Société de chirurgie*, 24 décembre 1902).

d) Il est très rare que le traitement « idéal » de l'appendicite, c'est-à-dire l'ablation de l'appendice, dans les premières heures qui suivent le début des accidents, puisse être appliqué. Or, lorsque les premières heures se sont écoulées, l'opération devient plus dangereuse que l'expectation; elle risque de contrarier le processus de défense, d'étendre à la totalité du péritoine l'infection localisée jusque-là à la région péri-appendiculaire; elle risque d'aggraver les manifestations infectieuses gastro-intestinales ou hépatiques, en faisant échec aux efforts de l'organisme luttant pour éliminer les agents infectieux (Jalaguier).

Tels sont les arguments invoqués par les deux écoles adverses; ils ont sans doute chacun leur valeur puisque l'on a vu des interventionnistes à outrance abjurer leurs erreurs et passer dans le camp des partisans de l'expectation et que, réciproquement, des temporisateurs prudents sont devenus brusquement d'audacieux opérateurs. Il est même assez curieux d'avoir à constater que les médecins ou que, du moins, beaucoup d'entre eux comptent actuellement parmi les plus chauds défenseurs de l'intervention chirurgicale précoce et systématique, tandis que beaucoup de chirurgiens, même parmi ceux qui prenaient volontiers le bistouri dès la constatation de l'appendicite, sont devenus plus prudents et concèdent que l'on ne peut instituer un traitement systématique, qu'il faut tenir compte des indications fournies dans chaque cas en particulier par l'observation attentive. Ainsi M. Roux (de Lausanne) qui était primitivement un chaud partisan de l'intervention précoce est revenu sur ses idées radicales antérieures et conseille d'attendre pour opérer le « refroidissement » de l'appendicite (*Congrès français de chirurgie*, 1899).

Il est évident, d'ailleurs, sans qu'il y ait lieu d'insister sur ce point, que tous les cas

ne sont pas comparables, et qu'il ne peut être question d'un traitement uniforme, alors que le malade peut être vu pour la première fois, tantôt tout à fait au début de sa maladie, tantôt à une période avancée de celle-ci; alors qu'il est déjà un habitué de l'appendicite ou bien au contraire à sa première atteinte. En d'autres termes, une seule formule ne saurait résumer toute la thérapeutique de l'appendicite. Les règles schématiques doivent s'effacer devant les indications si variables de la clinique, dans chaque cas en particulier (Walther). Il faut se défier des formules simplistes, quelque séduisantes qu'elles soient (Jalaguier).

Avant d'instituer un traitement, il faut tout d'abord être assuré que le diagnostic n'est pas douteux. Sans doute la douleur dans la fosse iliaque droite avec localisation provoquée par la pression au point dit de Mac Burney (situé sur le milieu de la ligne qui relie l'ombilic à l'épine iliaque antérieure), la défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, l'hyperesthésie cutanée, les vomissements, la fièvre, l'accélération du pouls sont des signes qui ne prêtent guère à la confusion; cependant, si l'on n'a pas assisté au début des accidents, il convient d'observer le malade de très près afin de ne pas s'exposer à une méprise dont les conséquences sont aisées à déduire.

Que de fièvres typhoïdes, de gripes, d'entérites, de coliques néphrétiques, de salpingites, etc., prises pour des appendicites par un observateur peu attentif à l'analyse minutieuse des symptômes! Il convient surtout de se rappeler que des accidents nerveux de péritonisme peuvent simuler, à s'y méprendre, la péritonite appendiculaire. Il arrive parfois que chez des hystériques éclatent brusquement des accidents qui reproduisent le tableau complet de l'appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Rien ne manque au tableau; ni le facies grippé, ni le hoquet, ni les vomissements, ni le tympanisme, ni la douleur avec ses caractères angoissants; la défense musculaire contribue à entretenir l'erreur. Il est vrai que la température reste basse, mais, comme elle s'abaisse dans la forme septique de la péritonite généralisée, son absence ne peut suffire à rectifier le diagnostic. Dans plusieurs cas, l'erreur de diagnostic a eu pour corollaire une intervention. Glantenay a relaté un cas de ce genre dans lequel la laparotomie fut pratiquée et l'appendice trouvé indemne de toute lésion. M. Rendu a rapporté un autre cas où la diffusion de la douleur à tout l'abdomen, la cyanose, le refroidissement des extrémités, les vomissements incessants et le hoquet donnaient bien l'impression d'une généralisation de la péritonite à toute la cavité péritonéale; le malade guérit après quelques injections de morphine et de sérum artificiel.

La pseudo-appendicite nerveuse serait engendrée dans un grand nombre de cas par l'ovaire ou par une névralgie du XII^e nerf intercostal; c'est le point perforant antérieur de ce nerf qui simule le point de Mac Burney.

Le diagnostic entre le péritonisme hystérique et l'appendicite est cependant possible, bien que difficile. On le fera en tenant compte de certains symptômes discordants. Les caractères du pouls ont la plus grande importance; ainsi le pouls, au lieu d'être très accéléré et filiforme comme dans la péritonite, est moins faible et surtout moins rapide; le nombre des pulsations ne dépasse pas 80 à 90 par minutes, la respiration est également moins anxieuse que dans le cas de péritonite. Les urines ne se suppriment pas, l'urination est au contraire très abondante; de plus, et ce caractère est très important, le malade, au lieu de conserver l'immobilité la plus absolue, comme le patient atteint de péritonite que la douleur cloue à la même place, le malade atteint de pseudo-péritonite est en proie à une vive agitation et remue ses membres sans précautions. Enfin, la constatation des stigmates hystériques, celle des points névralgiques vertébral et latéral achèvent de rectifier le diagnostic (Glantenay).

Concluons de ces quelques exemples qu'on ne saurait apporter trop d'attention dans l'examen du malade: les symptômes essentiels qui, réunis, laissent peu de prise à l'erreur, sont: la défense musculaire, l'accélération du pouls jointe à la fièvre, le hoquet