

et les vomissements, l'altération du faciès : moins significatifs, mais cependant importants, sont la constipation, l'oligurie, la présence d'albumine et d'urobiline dans l'urine...

Au début des premières recherches sur l'appendicite, on multiplia les formes cliniques de cette maladie. On décrivit une colique appendiculaire, une appendicite plastique, une appendicite suppurée avec abcès localisé, une appendicite avec péritonite généralisée et, pour chaque variété, on traça un tableau clinique distinct, on adopta un traitement différent.

Aujourd'hui, on est d'accord pour admettre que le nombre des formes de l'appendicite doit être réduit. On n'admet plus, notamment, l'existence de la colique appendiculaire décrite par Talamon et que cet auteur attribue au passage dans le cæcum d'un calcul formé dans l'appendice, la rapprochant ainsi des lithiases hépatique et rénale. La colique appendiculaire est considérée aujourd'hui comme une variété atténuée de l'appendicite.

Deux cas peuvent, en somme, se présenter : Tantôt le péritoine se défend, des adhérences se créent et la péritonite reste localisée, éventualité précieuse pour le malade; tantôt l'infection se généralise d'emblée au péritoine, sans qu'un travail inflammatoire puisse limiter les lésions. Ce sont là les deux grandes variétés de l'appendicite aiguë.

Nous étudierons successivement :

Le traitement prophylactique de l'appendicite; le traitement médical de l'appendicite aiguë; son traitement chirurgical; le traitement de l'appendicite refroidie et de l'appendicite à rechutes; celui de l'appendicite chronique d'emblée.

I. — Traitement prophylactique de l'appendicite.

Peut-on prévenir l'appendicite? C'est là une question que l'on pose au médecin avec une anxiété et une insistance qui s'expliquent aisément si l'on considère la fréquence plus grande de cette affection à notre époque et aussi la gravité qu'elle revêt dans nombre de cas.

Il est bien évident qu'il ne peut être question du traitement prophylactique d'une maladie que si l'on en connaît bien les causes prédisposantes et déterminantes. Est-ce le cas pour l'appendicite? Nous serions volontiers tentés de répondre à la fois affirmativement et négativement! Oui, dans un grand nombre de circonstances on peut, sinon affirmer qu'un sujet est voué à l'appendicite, tout au moins craindre qu'il n'en soit affecté un jour, car nous connaissons certaines conditions de « terrain » qui prédisposent incontestablement à cette affection et nous savons d'autre part que certaines maladies de l'intestin peuvent se compliquer d'appendicite, soit par propagation des lésions au diverticule appendiculaire, soit en diminuant la résistance de ses parois aux influences microbiennes; qu'enfin certaines affections de voisinage, telles que les salpingites peuvent se compliquer d'appendicite.

Mais il est des cas où nul ne peut prévoir l'appendicite; ce sont ceux par exemple où, par suite d'une coudure de cet organe, ses parois où la circulation est entravée, sa cavité qui est devenue close, deviennent un milieu de culture éminemment apte au développement de germes dont la virulence est exaltée par suite des conditions anatomiques et physiologiques nouvelles.

Quelles que soient les causes déterminantes, toutes agissent par le mécanisme de l'infection. L'appendicite est une infection d'origine polymicrobienne où les coli-bacilles forment habituellement le rôle principal (réserve faite pour les appendicites de la fièvre typhoïde qui peuvent être d'origine Eberthienne).

Dès que l'appendicite est devenue la maladie à l'ordre du jour et que l'on s'est appliqué

à en rechercher les causes, on n'a pas tardé à reconnaître que le terrain sur lequel elle évolue joue un rôle prédisposant fort important.

S'il n'existe vraisemblablement pas de terrains réfractaires, il est incontestable que certains « tempéraments » prédisposent à l'appendicite. Ne voit-on pas journallement dans une même famille plusieurs membres être successivement atteints d'appendicite?

L'hérédité est la cause essentielle de l'appendicite familiale. Celle-ci s'observe dans les familles où règnent la goutte, le diabète, l'obésité, la gravelle, la lithiase biliaire, etc., en un mot dans celles qui sont entachées d'arthritisme. On pourra nous objecter que les frontières de l'arthritisme sont bien vagues et que si l'on est d'accord sur l'existence de cette diathèse, il est malaisé de la définir et de la délimiter. Serrant la question de plus près, MM. Gilbert et Lereboullet (*Presse médicale*, 27 avril 1904) incriminent la « diathèse d'auto-infection » dont les signes révélateurs sont le plus souvent ceux qui traduisent l'existence de la cholémie simple familiale. (Voir Delion, *Thèse de Paris*, 1904.) L'infection chronique des voies digestives est indépendante pour ainsi dire du genre de vie du sujet et des contaminations auxquelles il a pu s'exposer; elle est essentiellement héréditaire; Gilbert et Lereboullet vont même jusqu'à dire que lorsqu'un membre d'une famille a été atteint d'appendicite, il est certain que plusieurs autres, tout en n'accusant aucun symptôme du côté de leur fosse iliaque, ont d'ores et déjà leur appendice chroniquement affecté.

Chez les sujets voués à la diathèse d'auto-infection on relève des antécédents de dyspepsie, notamment de dyspepsie hyperpeptique, d'entérite muco-membraneuse et surtout d'affections biliaires : lithiase, angiocholécystite, etc., plus souvent on note seulement les signes de la cholémie simple familiale. MM. Gilbert et Lereboullet admettent même que la plupart des troubles nerveux de l'appendicite chronique, que le teint mât et jaunâtre des malades, que l'hypertrophie fréquente du foie et de la rate, que l'urobilinurie, etc., sont non pas des conséquences de l'appendicite, mais des symptômes de la seule cholémie (conclusion qui paraîtra sans doute excessive). Retenons que chez nombre de sujets il existe, de par l'hérédité, une infection des voies digestives qui prédispose à l'appendicite.

M. le professeur Gaucher (*Soc. de Dermatologie*, 11 avril 1904) a, de son côté, émis l'hypothèse que dans nombre de cas l'appendicite évolue sur un terrain syphilitique (syphilis acquise ou héréditaire). L'appendicite serait une affection parasymphilitique, la lésion du tissu lymphoïde de l'appendice étant un reliquat ou une conséquence indirecte de l'infection vénérienne. En dépit de la statistique de M. Gaucher (21 hérédo-symphilitiques sur 52 malades âgés de moins de 50 ans et atteints d'appendicite), il est permis de contester le bien fondé de la théorie de M. Gaucher auquel on a objecté justement que la clientèle qui lui a fourni les éléments de sa statistique était composée pour la très grande majorité de syphilitiques (Le Cerf, sur l'origine syphilitique de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 24 mai 1904).

Passons maintenant en revue les différentes causes générales et locales déterminantes :

Par sa richesse en tissu lymphoïde l'appendice est comparable à l'amygdale (on l'a dénommé : amygdale cæcale) et, comme cet organe, est particulièrement sensible aux infections. Il n'est donc pas étonnant que les différentes maladies infectieuses puissent déterminer des localisations appendiculaires, et parmi elles, celles qui frappent plus particulièrement les voies digestives. Aussi observe-t-on fréquemment l'appendicite au cours ou à la suite de la *fièvre typhoïde*, de la *grippe*, de la *rougeole*. Certains médecins frappés de la fréquence des appendicites à la suite des épidémies de grippe ont même cru pouvoir considérer l'appendicite comme étant une conséquence exclusive de la grippe, opinion manifestement exagérée. Ajoutons que l'on a incriminé l'*adénoïdite*.

Si l'appendicite succède assez fréquemment à une maladie infectieuse, plus souvent elle est la conséquence d'une affection intestinale. Les *entérites*, la *constipation*, l'*entéro-*