

colite muco-membraneuse précèdent habituellement l'appendicite. Les différentes « inflammations » de l'intestin déterminent par différents mécanismes la diminution de résistance de l'appendice et favorisent son invasion par les microbes saprophytes de l'intestin. D'ailleurs les entérites, la constipation, la colite muco-membraneuse peuvent elles-mêmes être liées à l'arthritisme, ce qui nous ramène à notre point de départ.

Cependant cette notion si importante de l'influence du terrain ne doit pas faire perdre de vue celle des causes acquises et notamment de l'alimentation. La plupart des médecins ont constaté que les gros mangeurs de viande (tous ne sont pas arthritiques!) sont fréquemment atteints d'appendicite. C'est ainsi que cette affection est beaucoup plus répandue dans le Nord de la France, dans la Belgique, dans les pays Anglo-Saxons où l'on mange beaucoup de viande que dans le Midi où les végétaux constituent la majeure partie de l'alimentation. Dans les pays où l'alimentation est presque exclusivement végétale, comme la Chine et le Japon, l'appendicite est presque inconnue. L'alimentation carnée introduit dans l'organisme des toxines et favorise les fermentations intestinales.

On a incriminé les *parasites intestinaux* (Metchnikoff). Cette cause doit intervenir rarement, car les parasites ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans l'appendicite; mais il est vraisemblable que dans quelques cas ils peuvent être suspectés de favoriser l'infection appendiculaire.

Il est une catégorie de cas où l'appendicite éclate sans que l'on puisse invoquer l'influence héréditaire, familiale; sans qu'il existe de causes cliniques appréciables. Les interventions chirurgicales ont permis de découvrir la cause de ces appendicites inexplicables. Chez certains sujets l'appendice présente une *longueur anormale* qui favorise les courbures de cet organe, son enroulement autour de son méso, etc., d'où formation d'une cavité close, rétention des liquides intestinaux, formation de calculs stercoraux, exaltation de la virulence des agents infectieux, etc. Parfois c'est une *anomalie congénitale de situation* de l'appendice qui constitue la cause prédisposante, par exemple la situation de l'appendice couché et replié dans la fossette rétro-cæcale.

Nous sommes conduits incidemment à traiter les questions si controversées de la « cavité close » et des corps étrangers appendiculaires. En ce qui concerne ceux-ci bornons-nous à rappeler que la théorie de M. Talamon, d'après laquelle l'appendicite est due à l'introduction d'un corps étranger dans la cavité de l'appendice, est fautive. Il serait matériellement impossible aux scybales du cæcum de pénétrer dans l'appendice qui mesure tout au plus cinq millimètres de diamètre; d'ailleurs les calculs appendiculaires ont une forme allongée, cylindrique; ils ont une disposition stratifiée qui est la preuve de leur formation sur place. C'est tout à fait exceptionnellement que l'on trouve dans l'appendice des corps étrangers venus du dehors: noyaux de cerise, pépins de raisin, etc.

Quant à la théorie de la cavité close, elle ne peut s'appliquer à tous les cas. On sait qu'elle s'appuie sur les recherches expérimentales de Klecki qui montrent la pullulation et l'exaltation de la virulence des microbes contenus dans une anse intestinale étranglée expérimentalement et transformée en cavité close au moyen d'anneaux de caoutchouc; sur les travaux de Josué et Roger qui, après avoir lié aseptiquement l'appendice chez le lapin, en ménageant les vaisseaux, ont trouvé, au bout de quelque temps cet appendice rempli de pus. Le professeur Dieulafoy a appliqué ces données expérimentales à la pathogénie de l'appendicite. Que l'appendice soit transformé en cavité close par suite de la tuméfaction de ses parois enflammées ou par un processus oblitérant chronique, ou bien encore par suite de courbure, de flexion, d'une adhérence les microbes qui l'habitent ont leur virulence exaltée et peuvent déterminer la suppuration, la gangrène. Toutefois cette pathogénie ne peut être généralisée; Roux, Brun, Jalaguier, etc., ont souvent trouvé l'appendice perméable.

Les maladies des organes voisins peuvent provoquer l'infection appendiculaire par

propagation. Il n'est pas rare d'observer l'appendicite à la suite d'une *salpingite* du côté droit.

Les arthritiques étant particulièrement voués à l'appendicite on cherchera à combattre chez eux la prédisposition à cette maladie en prescrivant une *alimentation restreinte et à prédominance végétarienne*, la *vie au grand air*, les *exercices physiques*. Chez tous les sujets gros mangeurs, arthritiques ou non, on rationnera la viande, on supprimera le gibier, les épices, etc.

Au cours des maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la grippe, la *désinfection de l'intestin par les purgatifs salins*, le *calomel*, les *lavages* constitue la seule mesure préventive à prendre.

La constipation chronique se retrouve dans les antécédents de nombre de malades atteints d'appendicite. Il importe donc de la combattre dès qu'elle a tendance à se manifester, principalement à l'aide des ressources de l'hygiène et du régime, des *laxatifs doux*, des *lavements*, des *traitements thermaux* (Châtel-Guyon par exemple).

D'autre part, les entérites, les infections intestinales chroniques constituent une cause prédisposante indéniable. L'estomac n'est jamais indemne en pareil cas; il existe toujours une gastrite avec altération du chimisme, fermentations anormales. Ici encore l'institution d'un régime excluant la viande, composé presque exclusivement de féculents en bouillies, purées, gâteaux etc., est particulièrement indiquée (on sait, d'après des travaux expérimentaux récents confirmant l'expérience clinique que les féculents diminuent les fermentations intestinales). D'autre part les *lavages de l'intestin*, le *sulfate de soude* à petites doses (5 à 4 grammes) répétées journalièrement contribuent à modifier l'état de l'intestin. L'*acide chlorhydrique* paraît, dans certains cas, combattre avec efficacité les fermentations.

II. — Traitement médical de l'appendicite aiguë.

Si l'intervention précoce, pratiquée dès les premières heures, est habituellement bénigne, il n'en est pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas le traitement médical, institué également dès le début des accidents, permet de conjurer les accidents menaçants de la période d'invasion, de « refroidir » l'appendicite et de préparer le malade à subir ultérieurement, dans des conditions absolues de sécurité la cure radicale de son appendice. Le chirurgien Roux (de Lausanne) auquel on ne saurait contester une certaine compétence dans la question de l'appendicite n'a recours qu'exceptionnellement à l'intervention précoce. Contrairement à l'opinion de certains médecins, le traitement médical de l'appendicite existe et fait ses preuves chaque jour. La seule indication pour le médecin, n'est donc pas d'appeler un chirurgien, comme l'a déclaré le chirurgien américain Kean!

Les résultats du traitement médical ne sont indiscutables que chez les malades traités dès le début, c'est-à-dire dès les premières heures qui suivent l'apparition des douleurs, des vomissements, etc., chez ceux qui ont échappé aux purgations ou autres médications intempestives. Nous supposons donc