

Voilà ce qu'il faut faire tout au début de l'appendicite; il est non moins important de rappeler ce qu'il ne faut pas faire.

Il est essentiel de n'administrer ni purgatifs ni lavements; n'est-il pas évident qu'en suscitant les contractions de l'intestin, on peut rompre dans le péritoine le contenu de l'appendice, et, pour le moins, empêcher la formation des adhérences qui localisent la péritonite? Cependant, un chirurgien français, et non des moindres, n'hésite pas à recommander de purger les malades...

Il est important également de s'abstenir d'appliquer sur le ventre des pommades plus ou moins mercurielles et belladonnées, des sangsues, des vésicatoires; ces moyens sont tous inutiles, presque tous nuisibles. D'ailleurs, il convient de laisser nette la région cutanée correspondant à l'appendice, pour le cas où l'intervention précoce deviendrait nécessaire.

Le traitement qui vient d'être indiqué a été appliqué dans toute sa rigueur, dès les premières heures; que convient-il de faire par la suite?

L'alimentation doit être minutieusement réglée: pendant les deux premiers jours la diète doit être absolue; les jours suivants on autorise l'ingestion d'eau (eau d'Évian, par exemple), d'un peu de thé, de grog: un demi-litre, puis 1 litre de liquide par jour; par doses fractionnées. Habituellement la fièvre tombe le troisième ou le quatrième jour et l'on peut alors autoriser le lait, par petites tasses de 120 grammes prises toutes les trois ou quatre heures environ pendant deux ou trois jours, puis toutes les deux heures ou toutes les heures et demie: dans l'intervalle des prises de lait on peut faire prendre de la décoction de riz (2 cuillerées à soupe de riz à faire bouillir dans 1 litre d'eau, jusqu'à réduction à un demi-litre); cette décoction de céréales a une certaine valeur alimentaire. Si la fièvre persiste au delà de trois ou quatre jours, il est indiqué de prolonger la diète hydrique, parfois pendant huit ou dix jours.

Ce n'est qu'après la chute définitive de la température et le retour du pouls à un état voisin de la normale qu'au lait, dont la quantité a été portée successivement d'un demi-litre à 2 litres, on ajoute peu à peu des potages au lait avec tapioca, semoule, vermicelle; puis des bouillies plus épaisses, aux diverses farines, des panades, de la purée de pommes de terre, des nouilles, des macaronis, finalement des jaunes d'œufs. La viande, le poisson resteront interdits.

Quant à la glace, son application doit être prolongée le plus longtemps possible, tant qu'il existe de l'empâtement et de la sensibilité provoquée ou spontanée, au lieu d'élection, pendant une huitaine de jours au moins. Cette application prolongée ne présente aucun inconvénient sérieux.

Pendant les premiers jours, le malade n'expulse ni gaz ni matières. La distension de l'intestin par les gaz est particulièrement pénible; souvent l'introduction prudente dans le rectum d'une canule de gros calibre permet l'expulsion de ces gaz et soulage les malades. L'émission spontanée des gaz qui se produit en général du troisième au cinquième jour est un signe de bon augure et précède habituellement de près une selle naturelle. Néanmoins, il est indispensable d'exonérer l'intestin de son contenu, ce que l'on peut faire sans danger, au bout de trois ou quatre jours, dans les cas moyens. Rien ne vaut à cet égard le lavement d'huile d'olives (200 à 500 grammes d'huile tiédie au bain-marie) administré à l'aide d'une poire ou d'une seringue à laquelle on adapte la canule simple à entéroclyse.

Deux ou trois jours plus tard on peut administrer l'huile de ricin qui est le purgatif de choix, dont on peut régler à volonté l'effet, suivant la dose. Deux à trois cuillerées à café suffisent en général; la constipation étant la règle pendant toute la durée de la maladie on alternera l'emploi de l'huile de ricin avec celui des lavements d'huile pure que nous préférons actuellement aux grands lavages fait avec le bock, dans ce cas particulier.

En ce qui concerne la durée du séjour au lit, on ne peut fixer un délai invariable, ce délai étant subordonné à la gravité de l'attaque d'appendicite et par suite à la durée de la résolution qui est elle-même variable; en tous cas, un mois de séjour au lit nous paraît être le délai minimum; d'ailleurs le malade gardera le lit jusqu'au moment de l'intervention « à froid ».

Après l'enlèvement de la glace, l'immobilisation sera moins rigoureuse et moins pénible, surtout pour les enfants. On pourra les asseoir, les installer commodément avec une petite tablette supportant des jouets, des livres.

Tel est le traitement médical de l'appendicite aiguë. *Ce traitement, institué dès le début, c'est-à-dire dès les premières heures, chez un malade n'ayant encore subi aucune médication ni aucune atteinte antérieure d'appendicite, est suffisant dans la pluralité des cas.* Sous son influence l'appendicite se refroidit, le plus souvent très rapidement, c'est-à-dire que la fièvre tombe, le pouls revient à la normale, les douleurs abdominales cessent et le plastron inflammatoire se localise de plus en plus. Il n'y a donc pas lieu, lorsque les choses se passent ainsi, et c'est une règle qui comporte fort peu d'exceptions, de proposer une intervention précoce, présentant toujours des aléas que ne comporte jamais l'opération faite à froid.

III. — Indications de l'intervention chirurgicale dans les appendicites aiguës.

Deux cas peuvent se présenter: ou bien le médecin est mandé dès le début de l'appendicite (depuis la première heure jusqu'à la quarante-huitième) ou bien plusieurs jours se sont déjà écoulés avant qu'on n'ait fait appel à ses soins.

a) Le médecin est appelé dès le début.

L'opération précoce, si l'on veut la tenter dans les premières 24 heures, sera en générale, facile; parce que, dans les premières 24 heures, malgré des lésions parfois très graves de la muqueuse, l'appendice est libre d'adhérences; parce que les lésions de voisinage, à part un peu de liquide séro-fibrineux ou très rarement purulent, se bornent à un peu de rougeur des anses voisines et de l'épiploon; parce que les lésions graves comme la gangrène complète, la perforation, la péritonite purulente sont rares. La perforation qui existe en moyenne dans 20 pour 100 des cas d'appendicite aiguë se produit rarement avant la vingt-quatrième heure; elle est surtout fréquente entre 24 à 48 heures.

De 24 à 36 heures, l'appendice est encore libre, en tous cas facile à réséquer. La gangrène, la perforation sont plus fréquentes, mais sont tout à fait récentes. Quant au travail d'enkystement du foyer, il n'est pas encore assez avancé pour qu'on ait à le respecter (Mahar, *Thèse de Paris*, 27 avril 1904).

De 36 à 48 heures dans la moitié des cas, la défense locale s'est établie et l'intervention ne pourra que la contrarier; mais, dans l'autre moitié l'appendice est libre et il existe une péritonite plus ou moins généralisée.