

Pratiquée d'une façon précoce l'opération est radicale; elle permet d'enrayer un premier degré de péritonite diffuse, de prévenir la perforation et la gangrène.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le pronostic, au début, ne peut être porté d'une façon certaine, car il n'existe pas, dans près d'un quart des cas, de parallélisme entre les symptômes et les lésions. C'est là l'un des plus sérieux arguments des interventionnistes systématiques.

Quels sont maintenant les résultats de l'intervention précoce et la ligne de conduite le plus généralement adoptée à l'heure actuelle. En ce qui concerne les résultats, ceux-ci peuvent être considérés comme fort satisfaisants, car sur 80 cas relevés par Mahar, cet auteur ne note que 4 décès (dont aucun d'ailleurs ne peut être attribué à l'acte opératoire); sauf dans le premier cas opéré à la sixième heure, les trois autres avaient été opérés de la trente-neuvième à la quarante-huitième heure.

Le Dr Témoïn (de Bourges), sur 55 interventions pratiquées dans les 48 premières heures, n'a pas eu un seul décès.

Le professeur Wheir évalue de 5 à 5 pour 100 la mortalité après opération précoce.

Malgré la perspective fort consolante d'arriver à guérir 96 à 98 pour 100 des appendicites aiguës par l'intervention précoce, celle-ci n'est pas systématiquement pratiquée à l'heure actuelle; les chirurgiens sont toujours divisés en deux camps et les abstentionnistes paraissent même être les plus nombreux. D'ailleurs trop souvent encore (9/10 des cas) le chirurgien n'est appelé qu'au bout de 24 à 36 heures, alors que déjà l'opération peut présenter certains aléas.

On opère de toutes façons si les signes du début dénotent dans leur ensemble la gravité de l'attaque, ces signes sont: l'élévation de température au-dessus de 39°; le pouls rapide à 120 et au-dessus; faible, intermittent; on opère si le faciès présente rapidement une altération marquée, s'il existe de l'abatement, etc.... Ces symptômes indiquent en général l'appendicite gangréneuse.

Par contre, si l'état général ne paraît pas inquiétant, les partisans de l'intervention « raisonnée » restent dans l'expectative. *A fortiori*, si, au bout de 24 heures environ, la température tend à baisser, les autres symptômes ne présentant d'ailleurs pas d'exacerbation.

*b) Le médecin est appelé à une époque plus ou moins éloignée du début, au plus tôt après les 48 premières heures.*

A ce moment il ne peut plus être question d'intervention systématique. Les résultats opératoires sont d'une façon générale moins satisfaisants que ceux de l'expectation et il n'y a lieu d'intervenir qu'en présence de certaines indications qu'il y a lieu de préciser. Disons de suite que la statistique générale des opérations faites à chaud donne une mortalité d'environ 15 pour 100, tandis que la mortalité est d'environ 8 pour 100 avec la temporisation et l'intervention pratiquée au moment opportun (Statistique de Mahar, basée sur près de 2000 observations).

Il ne faut pas perdre de vue que la grande majorité des appendicites ont une tendance normale vers la guérison. « Presque toutes, dit Roux, surtout quand les médecins ne font pas ce qu'il faut pour aggraver la situation. » Il résulte des statistiques, que sur 100 cas d'appendicite aiguë, vus après le deuxième

jour et convenablement traités, 85 au moins tendront vers la guérison, soit par résolution spontanée, soit par formation d'un abcès limité.

S'il est exact qu'au début il est impossible de prévoir quelle sera l'évolution de l'appendicite (c'est là le principal argument des interventionnistes de parti pris), il n'en est plus de même à partir des deux premiers jours. L'examen attentif du malade permet de déterminer nettement la situation du malade et de décider si l'on doit attendre ou opérer.

Ou bien une amélioration totale et évidente se produit, — et alors on peut attendre, — ou bien l'appendicite reste stationnaire ou s'aggrave; dans ce dernier cas, on est conduit à intervenir.

Supposons d'abord qu'un traitement médical convenable a été appliqué dès le début. Il est indispensable de distinguer les cas qui ont été traités d'une façon rationnelle de ceux dont le traitement a été défectueux, car dans cette dernière occurrence l'allure clinique de la maladie se trouve modifiée:

1° Hypothèse la plus favorable: les symptômes locaux et généraux sont en voie de régression; il existe une tumeur qui affirme par sa présence la localisation, la défense locale, la tumeur étant d'ailleurs limitée et peu douloureuse. Il y a les plus grandes chances pour que l'amélioration continue à s'affirmer; il est absolument indiqué de persévérer dans le traitement médical.

2° Si, malgré l'existence d'un plastron net, limité, existent une température élevée, un pouls rapide, une leucocytose élevée (12 à 10 000, Curschmann), des douleurs spontanées vives et fréquentes, l'arrêt des gaz, etc., il faut se tenir prêt à intervenir, tout en prolongeant encore le traitement médical pendant 24 à 36 heures environ, s'il n'y a pas d'agitation, pas d'altération très marquée des traits, pas d'odeur mauvaise de l'haleine, s'il y a concordance du pouls et de la température (Quénu). On interviendra au bout de ce temps si aucune amélioration n'est survenue.

3° L'intervention est inéluctable s'il existe des signes nets de formation d'abcès, c'est-à-dire si le plastron devient le siège de douleurs vives, lancinantes, et s'il perd en même temps sa netteté pour devenir diffus, empâté, si la douleur à la pression s'étend, si le malade a des frissons à plusieurs reprises.

4° L'intervention est non moins indiquée si les signes de localisation manquent et s'il y a en même temps persistance des phénomènes généraux et péritonéaux.

Qu'il y ait ou non des signes de localisation, une intervention est indiquée, à tout moment, si l'on constate l'un des signes suivants:

- Température atteignant ou dépassant 40 degrés, sans rémission marquée;
- Pouls au-dessus de 120, petit, serré ou mou, filant, irrégulier ou instable;
- Dissociation du pouls et de la température;
- Vomissements répétés;
- Altération rapide du faciès;
- Douleurs très vives, généralisées, tant spontanées que provoquées;
- Sécheresse de la langue;
- Diarrhée profuse, — anurie; —
- Signes de complications à distance (ictère, etc.);
- Augmentation progressive de la leucocytose.