

Ces signes indiquent tous une toxi-infection profonde, l'impuissance de l'organisme à se défendre. Il faut, d'urgence, supprimer le foyer du mal.

Ainsi que l'a dit Roux, fort justement, au Congrès de 1900, il arrive, lorsque l'on a vu beaucoup d'appendicites, qu'on intervient parce que le malade fait mauvaise impression, tout court. Cette indication est aussi précise qu'elle est indéfinissable.

Supposons maintenant — le cas se présente encore trop fréquemment — que le malade ait été mal soigné au début, c'est-à-dire qu'on lui ait laissé prendre quelques aliments, qu'on lui ait administré un ou plusieurs purgatifs, etc....

Dans ce cas, certains phénomènes, notamment les douleurs vives, l'agitation, peuvent être dus au traitement intempestif, plutôt qu'à une péritonite, et sont encore susceptibles de s'amender sous l'influence de la diète, de l'immobilisation, etc.; c'est pourquoi, si le début de la crise remonte à peu de jours, on est autorisé à temporiser quelques heures. On persévéra dans la temporisation si une amélioration tend à se manifester.

Mais trop souvent, par suite précisément d'un traitement contrariant, le malade arrive en pleine péritonite généralisée et il faut intervenir, malgré la gravité de l'acte opératoire, à moins que l'état du malade ne semble absolument désespéré.

Nous venons de passer en revue les différentes indications de l'intervention, édictées par l'examen comparé des signes locaux et généraux. Il faut encore tenir compte de l'état antérieur du malade. L'existence reconnue d'albuminurie, de diabète, commande une grande circonspection dans la décision à prendre relativement à l'intervention, car ces maladies aggravent singulièrement le pronostic opératoire, tandis que le traitement médical, même dans des cas compliqués, peut être suivi de succès. C'est ainsi que M. Reynier (*Soc. de Chirurgie*, 17 janvier 1899) a relaté un cas d'appendicite aiguë chez une femme obèse, diabétique, ayant un pouls filiforme, des vomissements fécaloïdes et chez qui il s'abstint de toute intervention, pensant que l'opération lui serait funeste; cette malade guérit parfaitement par le traitement médical.

La grossesse ne constitue pas un obstacle à l'intervention. Le professeur Pinard (*Acad. de médecine*, 22 mars 1898) est partisan de l'intervention précoce, tant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant, car les enfants expulsés à terme meurent presque toujours très rapidement d'infection. Le pronostic opératoire n'est pas aggravé du fait de la puerpéralité.

En ce qui concerne le but de l'intervention faite à chaud, rappelons que la résection de l'appendice n'est pas le but immédiat du chirurgien. Ce but est, avant tout, d'évacuer les exsudats septiques, les collections purulentes, et d'assurer le drainage. La résection de l'appendice, la crise radicale qui est théoriquement indiquée ne peut être faite que si l'appendice est découvert facilement et peut être réséqué sans délabrements exposant à une propagation à distance de l'infection.

IV. — Traitement de l'appendicite « refroidie ».

Lorsqu'une appendicite a été refroidie par le traitement médical, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien il n'existe plus de vestiges apparents d'appendicite; la palpation de la fosse iliaque droite ne réveille aucune douleur et ne permet pas de retrouver le cordon appendiculaire enflammé. Il y a eu résolution franche, complète, sans reliquat inflammatoire.

Ou bien la région appendiculaire reste douloureuse soit à la pression, soit spontanément. On constate la persistance d'une induration; les fonctions digestives restent troublées, le teint est pâle, l'état général peu satisfaisant.

Quelle conduite tenir?

Le désaccord entre les chirurgiens au sujet de l'opportunité de l'intervention dans les cas aigus fait place à un accord parfait quand il s'agit de pratiquer l'ablation à « froid de l'appendice », même quand il n'existe plus de signes cliniques de son inflammation.

La raison majeure qui détermine à intervenir dans tous les cas est la suivante : s'il est vrai que beaucoup de sujets n'ont qu'une seule atteinte d'appendicite, un bien plus grand nombre est exposé aux rechutes; l'appendice, une fois frappé par l'infection, reste le siège de lésions plus ou moins profondes, véritables foyers de microbisme latent dont la virulence peut être réveillée par une cause souvent impossible à prévoir et à éviter (refroidissement, menstruation, affection intercurrente telle que la grippe). On peut comparer cet état à celui de l'amygdale qui, après une première atteinte d'amygdalite, est exposée à peu près fatalement à des atteintes successives; comme l'a dit M. Terrier : « l'appendice porte en ses parois la menace permanente d'accidents nouveaux ».

Un premier argument en faveur de l'intervention est donc la fréquence des récurrences de l'appendicite et l'impossibilité de prévoir ces récurrences.

Un second argument est tiré de la gravité habituelle des attaques postérieures à la première atteinte. Dès 1845 Koltz écrivait, à propos de la typhlite : « Ce n'est pas le premier accès qui tue : c'est le second ou le troisième ». Tillaux a la conviction, partagée par beaucoup d'autres, que les attaques d'appendicite foudroyante et toxique surviennent chez des sujets qui ont déjà subi une ou plusieurs attaques légères. Quelques médecins répugnent cependant à l'idée de l'opération après la première crise : Attendons la seconde ou la troisième, disent-ils, sans réfléchir que la seconde peut emporter le malade!

Donc, étant données, d'une part, l'incertitude de l'avenir des malades qui ont été atteints d'une première crise d'appendicite; d'autre part, la bénignité de l'intervention à froid, on ne peut que conseiller l'intervention, suivant l'avis formel de Sonnenburg (*Congrès de Moscou*, 1897). Celle-ci ne comporte aucun danger, à la condition qu'il n'existe pas de maladie chronique telle que diabète, mal de Bright, etc., susceptible de rendre le pronostic moins favorable. L'opération est inéluctable chez les enfants, plus particulièrement exposés aux rechutes, et aussi chez les jeunes femmes, parce que la grossesse est une cause occasionnelle assez fréquente de poussées aiguës dans un appendice déjà altéré, parce que la menstruation, avec les phénomènes congestifs qui l'accompagnent, est également une cause fréquente de rechutes.

L'intervention s'impose encore plus nettement lorsque la résolution n'a pas été complète après la première crise ou lorsque plusieurs crises se sont déjà succédées, laissant des adhérences, entraînant des douleurs presque continuelles, des troubles digestifs permanents, des accidents d'infection chronique, etc.