

Il est encore une autre forme d'appendicite qui nécessite sans discussion l'intervention à froid, c'est l'appendicite « résiduale ». Lorsqu'une opération à chaud a permis seulement l'évacuation d'un abcès sans ablation de l'appendice, cet organe, adhérent ou non, détermine, non plus des crises, mais une gêne constante, des troubles dyspeptiques, etc., en somme, des troubles sensiblement analogues à ceux qui ont été mentionnés plus haut. Ce serait d'ailleurs une erreur de croire que le plus souvent l'appendice a été détruit et qu'il n'en reste plus que des débris après guérison de l'abcès. M. Témoïn (de Bourges) dit avoir presque toujours retrouvé l'appendice presque entier chez plus de 40 malades réopérés.

C'est en général un mois à six semaines en moyenne après le début de la crise aiguë que l'on pratique l'ablation à froid de l'appendice. Tant que la région appendiculaire reste sensible à la pression il est prudent de s'abstenir de toute intervention. Plus on s'éloigne de cette crise et plus grandes sont les chances d'éviter toute infection du péritoine; la difficulté est d'obtenir des malades qu'ils conservent le repos au lit jusqu'au moment jugé propice pour l'opération et qu'ils observent un régime alimentaire sévère. La plupart, en effet, n'éprouvant plus aucune gêne, sont impatients de reprendre leur existence normale.

V. — Traitement de l'appendicite chronique d'emblée.

L'histoire de l'appendicite chronique d'emblée est de date toute récente. S'il est de notion classique actuellement qu'après une première crise aiguë les lésions appendiculaires peuvent ne pas rétrocéder; que l'appendice peut rester « enflammé chroniquement », avec ou sans adhérences, d'où la persistance de douleurs permanentes ou intermittentes, de troubles digestifs (dyspepsie appendiculaire), de troubles nerveux par excitation réflexe du sympathique, d'un état général précaire, et que la menace de nouvelles crises aiguës peut rester suspendue sur le patient, on ignorait que nombre de malades entrent d'emblée dans la forme chronique de l'appendicite; que les formes chroniques d'emblée peuvent durer de longues années et donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic jusqu'au jour où l'intervention provoquée par un médecin avisé met un terme à un ensemble de troubles morbides, de nature demeurée longtemps mystérieuse et considérés comme incurables.

Qui se fût avisé, il y a peu d'années encore, de rattacher à l'appendicite tout un ensemble de troubles gastriques, intestinaux, nerveux, diversement associés suivant les cas, existant parfois depuis de très longues années, sans qu'une crise aiguë nettement caractérisée ait marqué le début des accidents? Qui donc eût osé affirmer que ce dyspeptique à appétit capricieux, à vomissements faciles; que cet autre au teint cachectique, donnant l'impression du cancer; que ce constipé opiniâtre atteint de colite muco-membraneuse, que ce diarrhéique obstiné, que ce névropathe à algies multiples, que cette femme souffrant constamment du ventre au moment des règles sont autant de sujets atteints d'appendicite chronique?

La difficulté du diagnostic des appendicites frustes résulte non seulement du début insidieux, des caractères incertains, du peu d'intensité des troubles qu'elles provoquent, mais encore de ce que ceux-ci sont fréquemment associés à des symptômes plus bruyants (d'origine utéro-annexielle, par exemple) qui les masquent.

Depuis que l'attention est appelée sur les formes frustes ou anormales de l'appendicite chronique d'emblée, il ne se passe pas de jour sans qu'on publie des observations de malades atteints depuis de longues années de troubles morbides variés auxquels

l'ablation de l'appendice a mis un terme. Pour notre part, il nous a été donné d'observer un certain nombre de cas remarquables par la complexité des symptômes, par leur groupement capricieux, par la longue évolution de la maladie, et pour lesquels nous ne sommes parvenus à établir un diagnostic certain qu'après de longues et légitimes hésitations.

S'il est relativement facile aujourd'hui de faire le diagnostic, c'est grâce à l'expérience acquise par chaque médecin en particulier au prix d'erreurs commises, de tâtonnements inévitables; c'est parce qu'on sait maintenant qu'il faut toujours songer à l'appendicite dans les cas où l'on se trouve en présence des troubles gastriques et intestinaux rebelles, inexplicables.

L'histoire des maladies des voies digestives doit être entièrement révisée, si l'on veut tenir un compte exact de la part prise par l'appendicite chronique dans un grand nombre de ces maladies; telle est du moins notre conviction, étayée sur un nombre respectable d'observations personnelles.

Cette révision, commencée depuis quelques années, est due en France, pour une grande part, à M. Walther, qui dans un certain nombre de communications (Congrès de chirurgie, 17-22 octobre 1898; Société de chirurgie, mars 1899; février, mars, juillet 1900, 1^{er} mars 1904) a appelé l'attention sur l'appendicite chronique et son évolution capricieuse et a inspiré l'intéressante thèse de M. Rastouil (février 1901); elle est due encore à Brun (*Presse Médicale*, 40 mai 1897, 50 mars 1898); à M. Jalaguier (Société de chirurgie, 11 février 1900); à Delagenière (du Mans) qui a signalé en 1897, au Congrès de chirurgie, la fréquence de l'appendicite chronique comme conséquence d'annexites; à MM. Siredey (Société Médicale des Hôpitaux, 20 novembre 1905) qui, après Rastouil, a tracé un très vivant tableau des troubles morbides causés par l'appendicite chronique et dont les conclusions ont été confirmées par MM. Comby, Soupault et Jouault, etc. A l'occasion d'une communication de M. Guinard sur l'appendicite à la Société de chirurgie (janvier 1904), plusieurs membres de cette Société ont, une fois de plus, insisté sur la fréquence de l'appendicite chronique, de sa coexistence avec les affections utéro-ovariennes et sur les difficultés qui en résultent pour le diagnostic de ces associations morbides.

Dans un travail récent (*Pathogénie et traitement des névroses intestinales*, mars 1904) nous avons appelé l'attention sur la fréquence de l'appendicite chronique comme cause occasionnelle de la colite muco-membraneuse, colite que l'on considérait au contraire comme étant primitive, l'appendicite survenant à sa suite par propagation.

Quelles sont les causes de l'appendicite chronique. Ces causes sont les mêmes que celles admises pour l'appendicite aiguë; c'est-à-dire que l'on incrimine, suivant les cas, soit une infection générale à point de départ grippal, typhique, adénoïdien, etc.; soit une infection localisée à l'intestin, c'est-à-dire une entérite chronique ou bien une collection salpingée qui contracte facilement des adhérences avec l'appendice. Il est probable d'ailleurs que dans l'appendice peuvent se développer primitivement des lésions de folliculite (Brun), qui pendant longtemps ne se traduisent par aucun symptôme bruyant et ne reçoivent un coup de fouet qu'à l'occasion d'une de ces infections générales signalées plus haut. On a comparé, non sans raison, l'appendice à l'amygdale. Bland Sutton lui a donné le nom d'amygdale abdominale; comme l'amygdale, l'appendice est particulièrement apte à s'infecter en raison de sa richesse en tissu lymphoïde. Sans nul doute cette folliculite est la phase de début de toute appendicite aiguë; c'est elle qui est la cause de ces troubles digestifs, vagues, de ces douleurs légères et fugitives que l'interrogatoire permet de retrouver dans le passé de tout appendiculaire atteint d'une « grande crise »; c'est elle qui favorise l'invasion microbienne lors d'une maladie générale.

Les lésions de l'appendice sont aujourd'hui bien connues. L'organe peut être facile-