

IV

Traitement des appendicites.

MESSIEURS,

Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, les appendicites franches peuvent se diviser en trois groupes : les appendicites suraiguës, les appendicites à rechute et enfin, variété de beaucoup la plus nombreuse, les appendicites aiguës qui provoquent, non comme les premières, une péritonite presque toujours mortelle, mais la formation d'une collection purulente circonscrite. L'importance en est capitale, et nous y consacrerons une conférence séparée, nous bornant, dans cette clinique, à l'étude des deux premières formes : l'appendicite suraiguë et l'appendicite à rechute.

L'*appendicite suraiguë* est parfois précédée de prodromes, douleurs vagues et troubles digestifs trop souvent attribués à une affection hépatique; parfois encore elle survient après une ou plusieurs crises de « coliques appendiculaires » ou même d'appendicite aiguë; les accidents ont cessé pour faire place à une santé parfaite, puis une deuxième, une troisième attaque se succèdent jusqu'au jour où éclate l'appendicite suraiguë. Mais ce mode d'invasion est rare et, presque toujours, c'est su-

bitement, en pleine santé, que survient la perforation, à l'occasion d'un effort, d'un heurt, d'un écart de régime, d'une digestion difficile, ou même sans raison appréciable.

Tout à coup se produit une douleur violente dans la fosse iliaque droite, beaucoup plus rarement dans la gauche. En général, elle est fixe, en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure; puis elle s'irradie vers l'ombilic et les organes génitaux. Elle s'accompagne très vite de vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés, puis de tympanisme, de constipation et de fièvre. L'inflammation envahit le ventre; le fracas de ces symptômes est tel, que la douleur localisée dans la fosse iliaque et la tuméfaction qui s'y forme bientôt peuvent passer inaperçues. Or elles constituent les deux signes principaux sur lesquels on établit le diagnostic; aussi l'erreur était-elle de règle, il y a quelque dix ans, lorsqu'on ignorait encore la fréquence des perforations appendiculaires, et l'on prononçait souvent le mot de péritonite « idiopathique ».

Quelle conduite tenir en pareille occurrence? Certes la thérapeutique est précaire; du moins l'accord est-il unanime pour déclarer que l'opération doit être tentée, sans grand espoir d'ailleurs : Roux, de Lausanne, prétend même que ces cas ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres. Il n'en est pas moins vrai que sans intervention la mort est fatale, tandis que la laparotomie a donné quelques succès authentiques : si Berger a eu 4 décès sur 4 et Terrier et nous 1 sur 1, Jalaguier a eu 2 guérisons sur 14 cas, Nélaton et Rottier 1 sur 3 et Tuffier 2 sur 4. Nous craignons fort que

la proportion de succès accusée dans ce dernier relevé — 50 p. 100 de guérisons — appartienne à une série heureuse. Il n'en faut pas moins les retenir à l'actif de l'intervention et, dès que la péritonite est constatée, ne pas hésiter à agir et à agir vite. On ne perdra pas un instant, et l'ouverture large du foyer, le lavage du péritoine et le drainage seront immédiatement pratiqués. Si tous proclament à cette heure que la laparotomie s'impose, tous déclarent, comme corollaire, qu'elle ne saurait être efficace qu'à condition d'être précoce.

La deuxième variété d'appendicites, l'appendicite à *rechute*, n'a pas un tableau clinique toujours identique à lui-même : tantôt il s'agit de la forme d'appendicite aiguë à collection localisée; elle guérit, puis, au bout d'un temps plus ou moins long, une récidive survient; mais nous ne parlerons pas ici de ces cas à retrouver plus tard; tantôt les attaques sont moins vives, et il y aurait ce que Talamon appelle « la colique appendiculaire ». D'après cet auteur, qui a écrit sur ce sujet un livre estimé, les matières stercorales peuvent s'engager dans le processus vermiculaire et y provoquer une colique, comme le calcul qui pénètre dans l'uretère. Cette comparaison ne nous paraît pas exacte : d'après nous, il y aurait, non pas « colique », mais inflammation, véritable appendicite, et voici quelle en serait la pathogénie habituelle. Des matières fécales molles franchissent la valvule qui obturent mal le processus vermiculaire, puis durissent peu à peu, augmentent par l'adjonction de strates successives et prennent la forme de petites olives ou de noyaux de cerises signalée dans la plupart

des observations. Leur contact prolongé irrite la muqueuse qui s'enflamme et sécrète plus abondamment; l'inflammation gagne la musculuse et la séreuse, et l'appendicite est constituée.

Si une perforation rapide ne vient pas interrompre le travail de prolifération, des néo-membranes se forment, et bientôt l'appendice adhère aux organes voisins; le plus souvent, il s'accole au cæcum lui-même et cette adhérence peut lui imprimer une coudure brusque qui accentue les obstacles, et s'oppose au reflux dans le cæcum des corps étrangers et des mucosités de l'appendice. En général, on trouve le vermium en arrière, remonté sur la face postérieure du cæcum; c'est sa place d'élection, mais ce n'est pas la seule; il peut aussi être en avant, en dehors, en dedans, plongé dans le petit bassin, et ces diverses localisations sont importantes, car elles expliquent comment les lésions péri-appendiculaires peuvent avoir des sièges si variés. Nous ne comptons pas, en effet, moins de cinq localisations possibles et fort différentes, pour les collections purulentes provoquées par la propagation de l'inflammation. Quoi qu'il en soit, cette appendicite est parfois « larvée »; aucun symptôme ne la révèle : elle passe inaperçue et on la constate au hasard des autopsies et des laparotomies, sans que rien, dans les antécédents du malade, en ait révélé l'existence.

D'autres fois, au contraire, elle se traduit par une série de symptômes relatés dans nombre d'observations : on note des troubles digestifs, des nausées, des vomissements même, de la pesanteur, de la gêne dans la fosse iliaque droite. Cette souffrance a un foyer à peu près

constant; on le trouve d'habitude à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et sur la ligne qui va de cette épine à l'ombilic. Or, l'anatomie enseigne que ce point correspond assez exactement à l'insertion du processus vermiculaire sur le cæcum. En cet endroit, une palpation attentive permet parfois de reconnaître l'existence d'une tumeur allongée, de la grosseur du doigt, plus ou moins mobile, douloureuse à la pression. Le diagnostic est alors vraiment facile, et on peut écarter résolument l'hypothèse d'une colique hépatique, avec laquelle naguère on confondait presque toujours ces appendicites, erreur d'autant plus explicable que l'appendicite procède aussi par crises qu'entrecourent des intervalles d'accalmie.

C'est une observation de ce genre que nous venons de recueillir dans le service: un comptable de 32 ans, dont les antécédents sont un peu douteux du côté de la tuberculose, fut pris, au mois d'août 1892, d'un premier accès; il sentit tout à coup, peut-être à l'occasion d'un refroidissement, un malaise général avec frisson erratique; puis surviennent de brusques douleurs localisées dans la fosse iliaque droite; les souffrances durent huit jours et le malade s'alite, mais il n'a ni météorisme, ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements, et la fièvre aurait été nulle. Au bout de quinze jours, toute souffrance avait disparu et son médecin se flattait d'avoir guéri cette typhlite, car tel était le diagnostic porté. Mais on était loin de compte, car cinq mois plus tard, dans le courant de janvier 1893, une crise nouvelle éclate, en tout semblable à la première: même début à la suite d'un refroidissement, mêmes malaises, mêmes

frissons erratiques, mêmes douleurs brusques dans la fosse iliaque droite avec irradiation du côté de l'S iliaque. Pas plus dans cette attaque que dans la précédente, on ne note vomissements, troubles digestifs, diarrhée, ou constipation, et les tracés thermométriques n'accusent aucune ascension de température. Sous l'influence du régime lacté, les souffrances ne tardent pas à disparaître et, pour la seconde fois, le 15 mars, la guérison semble définitive.

L'illusion devait être de peu de durée, car, même avant la fin du mois, dès le 26 mars, le malade rentre à la Pitié pour une troisième crise, calquée sur le type des deux précédentes. Au bout de quelques jours, comme le patient se croyait encore sous le coup d'une attaque nouvelle, comme d'ailleurs la fosse iliaque droite était soulevée par une tuméfaction des plus nettes, M. Moutard-Martin nous le confie et, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, je trouve une masse indurée du volume d'une mandarine, profondément située en arrière du cæcum. Cette tumeur est douloureuse et si les souffrances spontanées, fixes dans le flanc droit ou irradiées vers la cuisse, sont rares, les douleurs provoquées par la pression sont vives. Aussi, sans hésiter dans notre diagnostic, nous concluons à l'existence d'une appendicite à rechute, et nous intervenons malgré l'absence de phénomènes alarmants.

L'incision classique est pratiquée et nous arrivons sur le cæcum, dont la face antérieure est libre, sans adhérences avec la séreuse pariétale; je protège les anses intestinales libres avec une compresse aseptique et je me porte en dehors, décollant peu à peu, et avec de

grandes précautions, le bord externe et la face postérieure du cæcum de ses adhérences avec le péritoine; j'atteins enfin l'appendice et, en le séparant des néo-membranes qui l'enveloppent en arrière, je vois le pus suinter de la fosse iliaque et je finis par ouvrir une collection purulente située derrière le cæcum, sous le feuillet péritonéal qui a triplé de volume. Il s'agissait donc d'un abcès péritiphlitique postérieur, la variété la plus commune des suppurations appendiculaires. Le processus, bien dégagé, fut lié et suturé; l'abcès vidé et désinfecté et sa poche drainée. Les suites de l'intervention furent des plus simples et la guérison est totale, quoique obtenue lentement.

Vous avez vu la pièce: l'organe, du volume et un peu de la forme d'une olive, formait, grâce à un rétrécissement situé près de son insertion au cæcum, une cavité kystique ne communiquant plus avec l'intestin; point de corps étrangers dans cette poche, pas de concrétions stercorales ou de pépins de fruits, mais un mucus jaunâtre et peu abondant; la séreuse et la musculuse étaient très épaissies; la muqueuse était plutôt atrophiée, mais en aucun point nous n'y avons constaté de trace d'ulcération ou de perte de substance; la perforation habituelle manquait ici. J'ai le regret d'ajouter que l'examen bactériologique n'a pas été fait, et j'ignore s'il existait des coli-bacilles en migration dans les parois. Dans cet exemple, on voit un abcès s'amasser autour de l'appendice sans que cet organe soit perforé; les microbes pathogènes ont traversé les tuniques intestinales pour aller inoculer le péritoine.

Si j'insiste sur cette observation, c'est qu'elle me

paraît pleine d'enseignements. Elle montre d'abord le peu de concordance entre la bénignité des symptômes observés au cours des attaques, et la gravité des lésions révélées par l'ouverture du ventre. Comme signe d'appendicite, il n'y avait eu que la brusque douleur de la fosse iliaque; les troubles digestifs, les vomissements, la constipation, puis le météorisme, tous les symptômes de réaction péritonéale, la fièvre même avaient fait défaut; or, en dépit de cette apyrexie, une volumineuse collection purulente s'était amassée dans la fosse iliaque. Nous trouvons là une confirmation nouvelle de nos anciennes assertions: toutes les fois que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable de la fosse iliaque, le pus y est déjà collecté. Ce fait est trop important pour que je n'y revienne pas dans une autre conférence, à propos de la troisième forme des appendicites.

Une deuxième remarque, celle-là absolument capitale: il faut se méfier des prétendues guérisons obtenues par le traitement médical. J'y insisterai aussi plus tard, mais l'argument n'en est pas moins valable pour les appendicites à rechute. Le processus vermiculaire enflammé provoque des accidents dont on ne peut mesurer la gravité; ne vaut-il pas mieux prévenir ce danger, toujours imminent, par une opération à froid et dont la mortalité est vraiment réduite à zéro? Quénu, l'année dernière, dressait devant la Société de chirurgie une rapide statistique où il relevait, presque au hasard, 42 interventions sans le moindre accident, et, depuis, le nombre s'en est beaucoup accru tant en France qu'à l'étranger; je pourrais, de mon seul chef, citer quatre cas nouveaux. Aussi cette opinion ne rencontre-t-elle plus guère d'op-

posants et tous nos collègues paraissent la partager. Ils admettent avec nous que l'intervention s'impose si, à la suite d'une ou plusieurs crises, persistent des signes locaux, tumeur appréciable dans la fosse iliaque, douleur spontanée ou à la pression, et troubles dyspeptiques.

Quel moment choisir pour l'opération? L'intervalle de deux accès, pendant une période d'accalmie, répond-on communément. Je le veux bien et la pratique est alors moins dangereuse. Le pus est résorbé, et l'ouverture intempestive d'un abcès ne risque pas d'inoculer le péritoine; on décortique doucement l'appendice, on le dépouille de ses adhérences, on l'isole, on le résèque et nous avons vu les résultats parfaits que donne cette opération à tous les chirurgiens aseptiques. Mais faut-il, de toute nécessité, ne pas intervenir au cours d'une crise? Pour ma part, telle n'est pas mon opinion: Si l'attaque est modérée, sans retentissement péritonéal appréciable, sans phénomènes généraux, sans fièvre, on peut attendre avant d'agir que ce faible orage soit dissipé; mais si la crise est de quelque gravité, comme on ignore les désordres qu'elle peut produire, j'ouvre la fosse iliaque, quitte à drainer simplement l'abcès sans réséquer l'appendice, lorsque, au cours de cette manœuvre, je crains d'inoculer le péritoine.

Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire. Dans les cas d'appendicite à rechute, il faut recourir à l'incision classique, l'incision parallèle à l'arcade de Fallope; elle permet, le plus souvent, d'arriver droit sur le foyer et de manœuvrer fort à l'aise; mais elle a surtout l'im-

mense avantage d'être contenue dans la limite des adhérences; le processus est, pour ainsi dire, séparé par des néo-membranes de la grande séreuse qui se trouve ainsi protégée contre toute inoculation possible du fait de l'intervention. Or, pour nous servir d'une expression de Gerster, il serait « stupide » d'ouvrir le péritoine lorsqu'on peut rester en dehors, et réséquer l'appendice sans courir aucun danger. L'incision sur la ligne médiane, que personne ne défend plus à cette heure, laisse vraiment trop loin de la fosse iliaque; dans un cas, et pour atteindre le processus vermiculaire, Chaput dut ajouter à la section de la ligne blanche une incision parallèle à l'arcade de Fallope.

Cette incision classique, la meilleure pour les appendicites à rechute et, nous le verrons bientôt, pour les appendicites à collection purulente circonscrite, n'est plus suffisante lorsqu'il s'agit de péritonites suraiguës consécutives à la perforation du processus vermiculaire. On ouvrira bien la fosse iliaque droite par le procédé ordinaire, on évacuera le pus qui s'y est accumulé, on suturera l'appendice perforé, on drainera la région; mais il faudra poursuivre dans tout le ventre les exsudats inflammatoires et ajouter la laparotomie médiane, qui permettra le lavage à l'eau bouillie de la cavité péritonéale. Tel est le mode opératoire le plus habituel: vous pourrez le modifier à votre gré; ce qui est essentiel, c'est d'intervenir.