

V

Traitement de l'appendicite aiguë.

MESSIEURS,

J'ai hâte d'en arriver au point principal du débat : la conduite à tenir dans les appendicites à collections purulentes localisées. On connaît leur évolution clinique : après quelques prodromes, quelques crises de « colique appendiculaire » ou, le plus souvent, tout à coup éclate, dans la fosse iliaque droite, une douleur aiguë qui s'accompagne de vomissements, de météorisme et de fièvre. Cet état alarmant dure cinq ou six jours ; mais des adhérences opposent une barrière aux matières septiques qui s'amassent en un ou plusieurs abcès de volume variable ; la péritonite est enkystée, et c'est la forme que l'on désigne dans nos classiques sous le nom d'« abcès de la fosse iliaque ». Mais, tandis que les cliniciens ne les reconnaissaient naguère que lorsque la fluctuation était franche, nous les « flairons » dès les premiers jours.

Quelle méthode à suivre, lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces appendicites ? Dès le début, on instituera le traitement médical, dont les purgatifs doivent être absolument proscrits ; au contraire, on s'adressera à l'opium et, toutes les heures ou toutes les deux heures,

on administrera 1 centigramme d'extrait thébaïque jusqu'à concurrence de 10 centigrammes pour un enfant de 12 ans et de 20 pour un adulte ; on appliquera de la glace sur le ventre, et le malade, tenu à une diète sévère, devra rester immobile dans le décubitus dorsal. C'est entendu, et, ici, tout le monde est d'accord. Mais que faut-il faire lorsque le chirurgien constate l'existence d'une tuméfaction, qui siège sur un point quelconque d'une demi-circonférence dont l'épine iliaque antérieure et supérieure est le centre ? Faut-il, comme plusieurs d'entre nous le professent et le pratiquent, inciser le foyer dès qu'on le trouve, ou vaut-il mieux s'abstenir comme le conseillent, avec la plupart des médecins, mes amis Berger et Jalaguier, du moins lorsque l'état général s'amende, lorsque la fièvre tombe et lorsque la tumeur tend à rétrocéder ?

A l'appui de leur thèse, nos collègues citent nombre de cas où la guérison est survenue malgré cette abstention systématique. C'est exact, et j'en ai observé justement un avec Brissaud, Monod et Jalaguier : la fosse iliaque était soulevée par un empâtement des plus nets ; mais l'amélioration subite qu'éprouva le petit malade fit suspendre l'intervention ; la tuméfaction s'affaissa peu à peu et, à cette heure, près de deux ans depuis cette crise, la guérison se maintient. Autre fait : Je fus appelé, il y a un an, auprès d'un jeune homme atteint d'appendicite évidente ; le foyer, plus gros que le poing, remontait jusque dans le flanc droit ; un outillage insuffisant me fit seul différer l'opération : or, dès le lendemain, la fièvre tombait, les vomissements et le météorisme disparaissaient, une selle abondante dégageait le patient, et la

tuméfaction était moindre. Au bout de quinze jours, la guérison était assurée et, depuis onze mois, elle ne s'est pas démentie. Trois de mes collègues de la Société de chirurgie m'ont communiqué l'histoire inédite de leur appendicite personnelle qui s'est ainsi résorbée sans incision, et, cette semaine même, un de mes malades m'en fournissait un cas nouveau.

Les observations de guérisons authentiques sont donc nombreuses et, pour ma part, j'accepte leur réalité et j'en tiens un très grand compte. J'y vois que le pronostic de cette forme d'appendicite n'a pas l'extrême gravité que nous lui supposons il y a trois ou quatre ans; des succès trop nombreux ont été notés par des médecins trop compétents sur des malades suivis depuis trop longtemps, pour ne pas en inférer que l'incision du foyer n'est pas aussi nécessaire que nous le proclamions, à la suite de Roux, de Lausanne. Mais je ne saurais aller au delà, et, cette constatation une fois bien établie, je n'en persiste pas moins dans la thérapeutique que je préconisais dans mon premier mémoire, avec la plupart de mes collègues de la Société de chirurgie : comme autrefois, je demeure partisan de l'intervention.

Pour moi, en effet, dès que la tuméfaction s'accuse, dès que le plastron caractéristique apparaît dans la fosse iliaque, j'affirme l'existence d'une collection purulente soumise à l'incision et l'évacuation, règles thérapeutiques de toutes les collections purulentes de l'économie. Je sais bien que plusieurs médecins ont de la tendance à nier la présence du pus dans ce foyer, en s'appuyant justement sur sa disparition spontanée. Mais cette rétrocession, possible et même fréquente, n'est pas une

preuve péremptoire de l'absence du pus; d'autres collections purulentes se résorbent ainsi dans le ventre, et tous les gynécologues savent que des pelvi-péritonites consécutives aux accouchements, des salpingites séropurulentes peuvent disparaître sans incisions et sans drainage, ne réclamant parfois d'autre traitement que le repos et le lit.

Nous savons aussi que ces collections peuvent s'enkyster et rester un long temps dans le petit bassin sans provoquer d'ascension thermique : pas un de nous qui n'ait enlevé des annexes distendues par du pus, depuis des semaines et des mois, au milieu de l'apyrexie la plus complète. Nous avons publié l'observation d'une malade chez qui un de nos collègues des hôpitaux ne pouvait croire à une pelvi-péritonite à cause de l'absence totale de la fièvre; or, le petit bassin contenait plus de 600 grammes de pus. De même pour les suppurations appendiculaires. Je n'ai, d'ailleurs, qu'à vous rappeler l'observation de notre comptable : les médecins qui l'ont soigné au cours de ses trois crises, ont tous noté l'apyrexie; la feuille de température du service de M. Moutard-Martin nous a été communiquée, et la température n'a jamais dépassé 37°,5; cependant, nous avons découvert une vaste collection purulente dans la fosse iliaque. Même remarque chez notre dernier opéré, jeune homme de 19 ans : les accidents dataient de quinze jours et se bornaient à une douleur vive à la pression et à une tuméfaction des plus nettes; il n'y avait eu ni vomissements ni fièvre; nous incisons la fosse iliaque, et, au milieu d'une volumineuse collection purulente, nous trouvons un noyau durci de matières fécales et la moitié inférieure de l'appendice

détachée de la supérieure comme par le tranchant d'un bistouri. Ici, la perforation intestinale était flagrante, et vous voyez combien ont été légers les phénomènes objectifs et subjectifs.

L'absence ou la chute de la température et la rétrocession du foyer ne suffisent donc pas pour révoquer en doute l'existence du pus. Mais ce qui nous permet d'en affirmer la présence, c'est le fait, sur lequel nous ne saurions trop insister, qu'on l'a trouvé toutes les fois qu'on a incisé la tuméfaction de la fosse iliaque. Sonnenburg, Roux de Lausanne, nous-même, qui ouvrons systématiquement les appendicites dès que nous constatons un foyer, nous avons toujours rencontré l'abcès; toujours au milieu des fausses membranes, en un point variable autour du processus vermiculaire, se montrait une collection purulente, petite ou grande, unique ou multiple, mais jamais, quel que soit le moment de l'intervention, rapide ou retardé, l'abcès n'a fait défaut. Or nos observations se montent à plus de vingt, et l'on sait combien plus nombreuses sont celles de Roux, de Lausanne.

Et il ne faudrait pas prétendre que nos cas fussent exceptionnellement graves. Qu'on relève les observations des interventionnistes, elles ne se distinguent en aucun point de celles de nos collègues Jalaguier et Berger, abstentionnistes éventuels, qui s'en remettent souvent au simple traitement médical. Rappelons ici une de mes observations les plus typiques : Un jeune homme est pris, à la chasse, soudainement, d'une appendicite aiguë; on me mande en province, au cinquième jour; la fièvre est vive, les vomissements sont fréquents, la constipa-

tion est opiniâtre, la douleur intense et la fosse iliaque empâtée; j'arrive le lendemain, mais déjà la température est normale, la douleur spontanée a cédé, une selle abondante a dégagé le ventre, il n'y a plus de météorisme, l'appétit est revenu, la tumeur est, dit-on, moins volumineuse; je la sens pourtant dans la fosse iliaque et douloureuse encore à la pression. Certainement nos collègues se seraient abstenus et plusieurs, sur ces signes, auraient nié l'existence du pus. J'incise et je trouve un abcès gros comme un œuf de poule, que je vide et que je draine. La guérison a été rapide.

Il y a donc du pus dans ces appendicites accompagnées d'empâtement de la fosse iliaque. Mais pourquoi, objectera-t-on, inciser la collection puisqu'elle peut se résorber toute seule? Pourquoi ne pas faire bénéficier le malade de l'économie d'une opération? A cela je réponds que les guérisons médicales ne sont peut-être pas aussi durables qu'on l'espère : une longue série d'observations ne permet-elle pas déjà de porter un jugement sur leur valeur et sur leur durée? Et presque tous les malades que nous opérons, que, de l'avis de tous, nous devons opérer pour une appendicite, ne racontent-ils pas que six mois, un an, deux ans auparavant, ils ont eu une crise semblable traitée par le repos, la diète, les purgatifs ou l'opium, les sangsues ou la glace? Ils ont été guéris, non pas une fois, mais deux, trois, quatre, sept fois, comme dans un cas que nous avons eu sous les yeux, seize comme dans une observation publiée. Ils n'en arrivent pas moins à réclamer une intervention chirurgicale.

Donc, pour nous, — et sauf à modifier notre opinion par la lecture de statistiques bien faites, sur des malades

nombreux, observés de longues années, — la réponse ne saurait être douteuse : Puisque dans les appendicites véritables, où une tuméfaction nette soulève la fosse iliaque, le traitement médical ne donne qu'une guérison souvent précaire, puisque la récurrence est toujours à craindre, puisque le pus collecté peut se résorber sans doute, mais d'une manière incomplète, puisque, au milieu des néomembranes persistent des foyers mal éteints que rallume le moindre écart de régime, le plus léger traumatisme, un simple refroidissement, puisque le patient est toujours sous le coup d'une rechute, pourquoi ne pas en finir une bonne fois ? Certes, je comprendrais l'abstention si l'opération était dangereuse, mais elle ne l'est aucunement, et je n'ai pas le souvenir d'une observation, d'une seule, où la terminaison fatale soit survenue de son fait. A la suite des opérations d'appendicites, on ne meurt que dans les cas graves, justement ceux où la question d'intervention ne se pose pour personne; elle est résolue à l'avance dans le sens de l'affirmative, et commandée à la fois par l'état général et par l'état local.

S'il en est ainsi, si l'opération n'a aucune gravité, si elle donne plus de garantie de guérison définitive, pourquoi la repousser ? D'autant que l'abstention n'expose pas seulement à une série de récurrences; il y a des dangers plus redoutables, et Schmidt a soumis à la Société de chirurgie des observations bien démonstratives : une appendicite éclate; les accidents s'apaisent et l'on s'abstient; puis ils reprennent tout à coup, et la mort en est la conséquence. Nul ne prévoit ce que deviendra le foyer purulent; le plus souvent, dit-on, il se résorbe,

mais il peut s'ouvrir dans le péritoine, fuser sous la veine cave, le hile du foie, pénétrer dans la plèvre et provoquer des accidents mortels. Rappelez-vous l'histoire de ce garçon dont parle Brissaud : il est pris d'appendicite; il en guérit; trois rechutes survinrent dans l'espace d'un an et demi; pendant les intervalles il n'existait plus aucun signe alarmant, ni constipation, ni douleur, ni empâtement de la fosse iliaque, rien, sauf un « état d'insécurité abdominale »; le pauvre enfant craignait toujours une récurrence; elle survint, et, en quelques heures, il fut emporté par une péritonite suraiguë.

Nous intervenons donc, et par l'incision oblique de Roux, de Lausanne, 8 centimètres au-dessus, 8 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque. Mais on modifiera cette incision selon le point où proémine le foyer, car si elle répond aux exigences de la grande majorité des faits, si elle permet d'ouvrir les collections purulentes qui se forment en avant, en arrière et en dehors du cæcum, il peut y avoir des cas exceptionnels, et Gerster a montré que les abcès péri-appendiculaires ne sont pas toujours adhérents, en avant et en dehors, au péritoine pariétal. L'adhérence peut se faire en un autre point qu'il faut connaître, car il y a grand intérêt à aborder la collection purulente au niveau de cette adhérence; on entre alors dans le foyer sans ouvrir la grande cavité séreuse et sans risquer de l'inoculer. Rappelez-vous ce que dit Gerster : « Il est stupide de courir un pareil danger lorsqu'on peut se

contenter d'inciser un abcès déjà séparé, par les néomembranes, des anses intestinales voisines. »

Vous connaissez les cinq types d'abcès péri-appendiculaires que Gerster a décrits. Dans le premier, la collection est « ilio-inguinale » ; elle bombe dans la fosse iliaque, au-dessous du ligament de Fallope; ici, pas de discussion possible, et l'incision oblique est vraiment le procédé de choix. Dans le deuxième, l'abcès péri-typhlique est « antérieur » ; il peut se combiner avec la forme précédente, mais parfois la fosse iliaque est parfaitement libre, et la collection purulente vient saillir plus haut et plus en dedans vers l'ombilic. L'incision, alors, sera reportée plus haut que de coutume, sur la tuméfaction elle-même. Dans le troisième, la collection est « postérieure » ; elle se développe en arrière, au-dessus de la crête iliaque, tout près de la région rénale; l'incision parallèle à la crête ouvrira facilement le foyer; cette incision n'est, en définitive, que la moitié supérieure — un peu agrandie — de l'incision classique. Dans le quatrième type, l'abcès est dit « rectal » ; l'appendice, au lieu de se recourber en avant du cæcum, ou en arrière de lui, ou sur le côté externe, plonge dans le petit bassin, et l'abcès que provoque sa perforation se collecte près du rectum. Enfin, dans le cinquième, la collection est « mésocœliaque » ; l'abcès s'amasse en dedans et en haut, au milieu même des anses intestinales, et ne présente, en aucun point, d'adhérences avec la paroi abdominale; il est limité par l'agglutination de quelques anses entre elles. On atteint alors la collection purulente par une incision sur le bord externe du muscle droit; on sépare

doucement, et sans rupture, deux anses accolées; dès que, par un pertuis presque invisible, sourd une petite quantité de pus, on l'éponge avec soin, en protégeant de toute inoculation les anses voisines et la séreuse péritonéale; puis, lorsque la collection est presque tarie, on agrandit l'orifice, on assèche la cavité, on la désinfecte, on la draine avec une mèche iodoformée qui sort du ventre par un trajet aussi direct que possible, par un des angles de la plaie abdominale, en ce point laissée sans suture.

Ces variétés existent ou même coexistent, et nous avons déjà observé tous ces types, dont les plus fréquents sont les variétés ilio-inguinales et postérieures. Mais lorsqu'on sera arrivé sur le foyer par l'incision classique ou par cette incision modifiée, ou même par l'incision verticale de Max Schuller, parallèle au bord externe du muscle droit, quelle conduite tenir à l'égard de l'appendice, perforé ou non? Le mieux sera de le réséquer s'il est accessible, et que les parois en soient assez résistantes pour être oblitérées par une ligature ou par des points de suture. Son extirpation donne une sécurité plus grande et les craintes de récidives sont moins fondées. Donc, toutes les fois que, après ouverture du foyer, on pourra dégager l'appendice sans décollements étendus, on le coupera à sa base, ne gardant de son cylindre que juste ce qu'il faut de paroi pour obturer l'orifice.

Mais dans les cas où l'appendice est perdu dans les néomembranes, il faut se garder de recherches trop prolongées qui pourraient rompre des adhérences protectrices, ouvrir la séreuse et permettre l'inoculation du péritoine. Tous les auteurs s'accordent pour proscrire ces

décollements étendus. Bouilly, Quénu, Schwartz en ont montré le danger au cours de la dernière discussion de la Société de chirurgie et Monod rappelait que Roux, de Lausanne, à l'autorité duquel nous nous en référons toujours pour ce qui a trait à l'appendicite, n'avait excisé le processus vermiculaire que 12 fois sur 42 interventions. Cette année, sur 5 ouvertures de collections de la fosse iliaque, 12 fois seulement nous avons pu isoler l'appendice et le réséquer. Mais qu'on se rassure, la guérison, une guérison durable et légitime, ne survient pas moins dans les cas où l'on doit se borner à l'incision du foyer, à sa désinfection et à son drainage.

Je ferai cependant une remarque : je ne voudrais pas que, de propos délibéré, on se contentât d'ouvrir la collection purulente sans se préoccuper de l'appendice. Je demande qu'on le recherche, prudemment, avec des précautions infinies, ne décollant les adhérences que lorsqu'on est sûr de ne pas inoculer le péritoine; je le demande d'abord parce qu'il vaut mieux enlever l'appendice que de le laisser; je le demande surtout, parce que les abcès sont parfois multiples, qu'ils se développent sur le pourtour du processus vermiculaire et que, en cherchant ce processus, on ouvre parfois des collections indépendantes du premier foyer. Dans ma première intervention pour appendicite, j'incisai un foyer antérieur sans rechercher le vermium; au bout de huit jours, crises nouvelles provoquées par une collection postérieure que j'avais méconnue lors de mon incision primitive; depuis, il m'est arrivé deux fois de pénétrer dans des collections de ce genre, que j'aurais négligées si je n'avais cherché à dégager l'appendice.

J'en ai fini avec ces longs développements sur le traitement de l'appendicite à collection localisée, et je puis résumer ma conférence par une courte phrase : Pour moi, dès que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable dans la fosse iliaque droite, j'incise pour guérir le mal présent, pour éviter les récidives probables et pour conjurer les complications redoutables possibles. Mais, pour généraliser plus encore, et viser à la fois mes deux conférences, je dirai : Je conseille l'intervention dans les trois formes d'appendicites, appendicites purulentes généralisées, appendicites à rechutes et, enfin, appendicites à collections localisées.