

par de nombreuses hémorragies. Lorsqu'elle est possible, la méthode rapide est préférable.

VOIE FACIALE. — La voie faciale, avec résection du maxillaire supérieur, a été utilisée par Syme et Flaubert. On pratiqua d'abord la résection du maxillaire supérieur, puis, devant la déformation consécutive, on songea à employer la résection temporaire : les os, écartés pour donner une large voie, sont remis en place à la fin de l'opération. Cette résection temporaire du maxillaire peut être partielle ou totale.

Le point intéressant est de déterminer les indications de chacune de ces voies et leurs avantages respectifs.

La voie nasale ne donne qu'un jour limité, elle permet d'aborder non pas le pédicule, ce qui est cependant le point essentiel, mais seulement les prolongements; elle ne saurait être employée que dans les cas de polypes insérés très en avant.

La voie buccale donne déjà un accès plus large que la voie nasale, elle est indiquée dans les polypes à insertion basilaire et avec un lobe pharyngien unique et petit. Son principal avantage est le peu de difformité consécutive, et d'autre part, on peut laisser la brèche longtemps ouverte, pour surveiller le pédicule et le soumettre, si besoin est, à des cautérisations successives. La voie faciale donne un large accès, mais la résection maxillaire s'accompagne d'une hémorragie grave, et, d'autre part, le sujet reste plus ou moins défiguré.

Arrivé sur le polype, le chirurgien possède plusieurs moyens pour le détruire. La curette tranchante est commode pour enlever rapidement, et par morceaux, la tumeur. Il se produit toujours une hémorragie notable, parfois très abondante, et la condition du succès est d'aller vite, de laisser saigner et d'attaquer le pédicule, sans perdre de temps à des tentatives d'hémostase, qui du reste seraient infructueuses. La seule précaution à prendre, c'est de mettre le malade dans la position de Rose; certains chirurgiens pratiquent la trachéotomie préalable. Le pédicule enlevé, on pratique un tamponnement, et dès que l'hémorragie diminue, on attaque au thermocautère la base d'implantation et on la détruit aussi complètement que possible. Malgré ces précautions, les récidives sont fréquentes, mais elles le seront d'autant moins qu'on pratiquera des opérations plus précoces et plus larges.

V

APPENDICITE

PAR

FÉLIX BRUN

Professeur agrégé,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

VICTOR VEAU¹

Ancien interne, méd. d'or,
Prosecteur à la Faculté.

Il semble que l'importance de l'appendicite soit de plus en plus grande dans la pathologie abdominale : la typhlite lui a définitivement fait place, le plus grand nombre des péritonites est reconnu d'origine appendiculaire, enfin l'inflammation chronique du vermis est la cause d'un grand nombre d'états douloureux et dyspeptiques qui jusqu'alors étaient mal classés. La fréquence de l'appendicite chez l'enfant justifie l'importance que lui ont accordée les directeurs de ce traité.

Historique. — *L'appendicite est née en France* (Kelly, *Soc. chir.*, 1905), avec les observations de Mestivier (1759), Joubert-Lamotte (1766), Jadelot (1808), Wegeler (1812), Loyer-Villermay (1824). — Mélier publie en 1827 dans le *Jour. gén. de méd.*, un mémoire qui reste comme un modèle d'observation clinique : l'anatomie pathologique y est minutieusement étudiée, la possibilité du traitement chirurgical nettement pressentie et indiquée.

En Allemagne, sous l'influence des travaux de Alberts (1858), naît une réaction en faveur de la typhlite qui est bientôt victorieuse. Petrequin, Dupuytren, Grisolle ne mentionnent que les inflammations du cæcum.

Vers 1880, on commence à entrevoir l'importance de l'appendice (Biermer, 1879; With, Matterstock, 1880), mais le travail capital est celui de Talamon (1882) qui formule clairement la théorie du vase clos.

En 1886 commence la phase chirurgicale. En Amérique, Reginal Fitz opère à chaud, Mac Burney (1889) crée le mot d'appendicite. En Angleterre (1888), Treves enlève à froid un appendice après deux crises. En France, la première résection à chaud fut faite par Reclus (*Soc. chir.*, juillet 1890) et la première ablation à froid fut pratiquée par Schwartz (*Soc. chir.*, 18 mars 1891), la deuxième, par Routier (17 juin 1891). Les travaux de Talamon, de Roux (de Lausanne) et de ses élèves, de Sonnenburg, font bien connaître l'affection qui prend bientôt une place prépondérante dans la pathologie de l'abdomen. Letulle, Pilliet en décrivent les lésions histologiques. Dieulafoy insiste sur les formes toxiques, Walther, Siredey en montrent les formes chroniques. — Pendant tout ce temps, les chirurgiens discutent sans pouvoir s'entendre sur les indications opératoires. L'appendicite est constamment à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, tous ses membres y prennent la parole. Les congrès, la Société médicale

⁽¹⁾ L'article de M. Brun, dans la 1^{re} édition de ce traité, a fait époque dans l'histoire de l'appendicite (1897) : il contribua beaucoup à faire connaître cette affection alors mal décrite. — La disparition de cet homme éminent sera vivement ressentie par le lecteur, car personne ne connaissait mieux que M. Brun toutes les modalités de l'appendicite. La rédaction de ce chapitre fut sa dernière préoccupation : nous y avons travaillé sur son lit de mort.

Après avoir passé trois ans auprès de ce maître vénéré, j'ai été pleinement converti à ses idées. Je me suis efforcé ici de reproduire son enseignement. J'ai ajouté à la 1^{re} édition quelques détails nouveaux; mais j'en ai respecté la lettre et l'esprit, car tout ce qui a été écrit en 1897 est resté vrai. V. V.

des hôpitaux, l'Académie s'en préoccupe aussi. Peut-être jamais maladie ne fut autant discutée.

De nombreux articles, monographies mettent au point la question. En Amérique, celle de Mac Burney (1898); en Angleterre, celle de Treves (1899); en Russie, celle de Rostortzev (1902); en Allemagne, celles de Rotter (1896), Schlange (1905); en France, celles de Broca, Legueu, Galliard, Monod et Vanverts, Guinard. Le travail de M. Jalaguiet, dans la 2^e édition du *Traité de chirurgie*, reste un modèle qu'on ne peut surpasser.

Étiologie. — **AGE.** — L'appendicite, très commune dans le jeune âge, acquiert son maximum de fréquence de 5 à 15 ans (Matterstock, Mlle Gordon, Bamberger et Fitz). Seul le relevé d'Einhorn aboutit à une conclusion inverse. L'appendicite s'observerait de préférence à partir de 60 ans. Une telle affirmation est trop clairement en contradiction avec les faits pour qu'il soit nécessaire de la discuter.

L'appendicite est rare dans les deux premières années de la vie, et, à titre de curiosité, nous nous bornerons à signaler quelques faits d'appendicite précoce. Summers a évacué un abcès et réséqué l'appendice avec succès chez un enfant de 22 mois. Témoïn (1902) a guéri un enfant de 8 mois qui avait une appendicite dans une hernie étranglée du cæcum. Jackson (1904) parle même d'un enfant qui serait mort d'appendicite 40 heures après sa naissance. Les cas de Fenger, de Blummer (1902) concernaient des enfants de 7 semaines. Il est curieux de constater que ces appendicites chez les jeunes enfants sont souvent des appendicites herniaires.

SEXE. — L'appendicite est plus fréquemment observée chez l'homme que chez la femme. Chez l'adulte, des statistiques nombreuses oscillent autour de 80 pour 100. Chez l'enfant la prédominance des garçons est un peu moindre; on ne peut que constater cette prédilection assez marquée sans qu'il soit possible d'en indiquer la raison; aucune différence de structure de l'organe ne paraît de nature à l'expliquer.

CONSTIPATION. — **RÉGIME ALIMENTAIRE.** — **RACE.** — On a coutume de considérer la constipation comme une cause prédisposante habituelle de l'appendicite. Si l'on en croit les relevés de Fitz, son rôle ne serait rien moins que démontré, la diarrhée serait même fréquente dans les antécédents des appendiculaires. Du reste, la constipation et la diarrhée ne sont, dans la plupart de ces cas, que les effets d'un trouble fonctionnel de l'intestin qui se rattache à ces états mal définis (atonie intestinale, colite membraneuse, colite muqueuse). L'appendicite s'observe souvent chez des enfants gros mangeurs, à fonctionnement intestinal irrégulier.

Quelle part convient-il de faire, dans la genèse des accidents appendiculaires, au régime alimentaire? Il ne semble pas qu'il soit possible de formuler à ce sujet une opinion précise. D'après Mlle Gordon, une alimentation indigeste, trop abondante, surtout végétale, paraîtrait jouer un grand rôle. L'appendicite serait fréquente dans certaines contrées comme la Sibérie orientale, l'Angleterre et surtout l'Écosse, où le pain d'avoine constitue l'alimentation ordinaire.

L'abus de la viande et l'usage des viandes crues sont considérés, au contraire, par Lucas-Championnière comme une des conditions de la diffusion

et de la fréquence de la maladie. Cet auteur est revenu à l'Académie (1904) sur l'influence de l'alimentation carnée montrant qu'aux Philippines l'appendicite était presque inconnue pendant la domination espagnole. Elle est fréquente depuis que les Américains ont développé l'usage de la viande. — En réalité toute alimentation qui surmène l'intestin prédispose à l'appendicite en favorisant l'infection. L'ingestion en excès d'aliments mal tolérés par l'intestin (choux, gibier, fruits crus) est souvent la cause occasionnelle de l'appendicite. L'ingestion de fraises, de boissons glacées serait particulièrement dangereuse pour Jalaguiet.

L'influence de la *race* semble plus considérable puisque l'appendicite est à peu près inconnue chez les Chinois et les Arabes.

HÉRÉDITÉ. — L'hérédité a été signalée par Roux (de Lausanne), Dieulafoy, comme jouant un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite. Faisans a cité à la Société médicale des hôpitaux plusieurs observations très démonstratives de ces appendicites familiales. Brun en a rapporté à la Société de chirurgie un exemple très caractéristique. Routier, Jalaguiet, Quénu, Tuffier, ont cité des cas où plusieurs membres d'une même famille avaient été atteints d'appendicite ou étaient morts d'accidents péritonéaux imputés à une lésion de l'appendice. Faut-il chercher l'explication de cette influence dans la transmission d'une malformation héréditaire de l'appendice (Talamon), dans la prédisposition des membres d'une même famille à l'infection (Poncet), dans le fait qu'ils sont soumis les uns et les autres aux mêmes habitudes alimentaires et hygiéniques (Lucas-Championnière)? En l'absence d'arguments suffisamment démonstratifs, il est prudent de ne pas conclure, mais il importe de retenir le fait dont la connaissance pourra quelquefois influencer sur une détermination opératoire.

DISPOSITIONS ANATOMIQUES SPÉCIALES DU VERMIS. — On ne saurait rien affirmer au sujet du rôle que joue, dans la genèse de l'appendicite, la présence ou l'absence de la valvule de Gerlach. Nous en dirons autant de la longueur exagérée de l'appendice qui a été également incriminée, mais qui est bien loin d'être la règle. Nous serions plus disposés à considérer comme une cause prédisposante efficace les torsions, coudures, flexuosités et entortillements de l'appendice qui sont fréquents chez l'enfant (fig. 1). Les coudures et flexions appendiculaires sont, à vrai dire, plus souvent les causes d'appendicites récidivantes, et Treves (1895) a publié la relation d'un fait très démonstratif à cet égard. Chez un malade qui avait souffert déjà de récidives fréquentes, il trouva une coudure à angle droit de l'appendice; il le libéra de ses adhérences, le redressa et le fixa en position normale: la récidive ne se reproduisit pas⁽¹⁾.

(1) Il est bien évident que c'est là une règle de conduite qui ne saurait être conseillée actuellement.



Fig. 1.

L'appendice, comme tous les organes de l'abdomen, peut se tordre. Il s'ensuit des désordres anatomiques qui peuvent donner lieu à une véritable appendicite (Routier).

TRAUMATISME. — Quelquefois l'appendicite survient après un accident : Marsch a cité le cas d'un enfant de 7 ans qui mourut de pérityphlite à la suite d'un coup de pied sur l'abdomen. Mlle Gordon rapporte l'observation d'un garçon de 8 ans qui reçut d'un autre enfant un coup de pied dans le ventre; le soir même éclataient les symptômes d'une appendicite grave et l'enfant succombait trois jours plus tard à une péritonite généralisée. Brun a observé deux cas où les accidents étaient apparus nettement après un traumatisme (coup de pied dans la fosse iliaque droite); il a, chez ces deux enfants, trouvé l'appendice sectionné en son milieu et divisé en deux moitiés qui n'étaient plus reliées l'une à l'autre que par une mince languette de tissu sain.

Nous pensons que le traumatisme peut agir de deux façons différentes : — Sur un appendice déjà enflammé il peut créer immédiatement une rupture et une péritonite (Schott Muller, Neumann, 1901). — Sur un appendice sain il peut provoquer de petites érosions, une petite hémorragie avec formation d'adhérences; celles-ci seront le point de départ d'une appendicite qui peut se manifester longtemps après l'accident. C'est dans ce sens qu'il faut interpréter les observations de Nimier (1899), de Sonnenburg (1901), de Erdheim (1902). Nous ne croyons pas que le traumatisme puisse engendrer une appendicite franche aiguë chez un sujet sain. Ces faits ont une grande importance au point de vue légal pour les responsabilités.

Byron Robinson incrimine la *contraction du muscle psoas* pour expliquer les appendicites qui surviennent après les efforts violents pour soulever un fardeau (Fabre), après la danse, après les exercices de gymnastique (Solkmann), après les marches forcées, après l'abus de la bicyclette. D'après Jalaguier, cette influence rendrait compte de la fréquence de l'appendicite chez l'homme. — L'influence de la contraction du psoas nous semble difficile à expliquer anatomiquement. La rareté du psoitis appendiculaire, des hématomes du psoas sans appendicite (Virchow) en sont des preuves. On conçoit mal comment la contraction du psoas puisse agir sur l'appendice. D'ailleurs, les faits publiés à ce sujet ne sont ni assez bien établis, ni assez nombreux pour entraîner la conviction.

CORPS ÉTRANGERS. COPROLITHES. — Il est fréquent de rencontrer dans les appendices malades ou dans les abcès péri-appendiculaires des corps étrangers dont il est important de fixer la valeur pathogénique. Talamon, sur un total de 760 cas d'appendicites, a noté 450 fois la présence de corps étrangers dans l'appendice même ou dans le pus de l'abcès qui l'entourait : c'est une proportion de 60 pour 100 qui lui paraît encore au-dessous de la réalité, beaucoup de corps étrangers ayant pu, suppose-t-il, repasser de l'appendice dans le cæcum en forçant la valvule de Gerlach. Sans insister pour l'instant sur ce point qui paraît des plus contestables, il importe de bien remarquer que les corps étrangers trouvés dans le canal appendiculaire sont de nature très différente.

Les uns sont des *corps étrangers véritables*. — Introduits accidentellement dans l'appendice, ils semblent bien agir en traumatisant et en infectant ses parois : tels sont les épingles, les arêtes de poissons, les poils de brosses, les pépins de fruits, etc.; leur présence est loin d'être commune. Matterstock, sur 69 cas, ne les a rencontrés que 12 fois, Krafft 4 fois sur 40 cas. Nous avons trouvé deux fois une épingle dans l'appendice.

Les autres sont des *concrétions stercorales*. — Par leur forme, leur coloration, leur consistance, elles simulent souvent des noyaux de fruits (noyaux de cerises, de prunes, de dattes) et il n'est pas douteux qu'à un examen superficiel la confusion n'ait été souvent commise. Rochaz les a étudiés minutieusement. Dans 65 cas provenant de la pratique de Roux (de Lausanne) et il a rencontré 41 fois un calcul unique, 22 fois plusieurs calculs à savoir : 6 fois 3 calculs, 7 fois 2 calculs, 1 fois 4 calculs. Coulloume-Labarthe (*Th.*, Paris, 1901) estime qu'on les rencontre 12,5 fois sur 100. Le volume des coprolithes appendiculaires varie. On en trouve de la grosseur d'une noisette (Sonnenburg, Volz), d'une amande, d'un noyau de cerise, d'un pois. Contrairement à l'opinion de Talamon à ce sujet, leur forme est rarement arrondie; plus souvent ils sont ovoïdes, allongés, semblables à un noyau de datte ou d'olive et leur forme paraît bien en rapport avec celle du canal appendiculaire qui les contient. De coloration généralement brunâtre, ils sont quelquefois plus clairs à leur centre; une coupe perpendiculaire à leur surface met en évidence une disposition en couches concentriques qui paraît indiquer une croissance lente, par appositions successives.

La composition chimique des calculs de l'appendice se rapproche beaucoup de celle des matières fécales. Volz, Einhorn, Eichhorst, Pelet en ont publié des analyses qui ne présentent entre elles que peu de différence. On y trouve : une matière organique, soluble en grande partie dans l'éther et d'une couleur jaunâtre, des sels calcaires et surtout du phosphate de chaux, un peu de magnésie et de carbonate de chaux, des traces de chlorures et de sulfates. Il importe, d'après Ribbert, de faire une distinction entre les petits et les gros calculs; les premiers seuls consistent essentiellement en matières fécales, les autres n'en contiennent qu'au centre, tandis que leur enveloppe est formée de mucus englobant une quantité plus ou moins grande de leucocytes. Ce que l'on peut conclure de leur forme habituelle, de leur disposition en couches concentriques, du volume qu'ils peuvent acquérir, c'est, contrairement à l'opinion formulée par Talamon qui les fait provenir tout formés du cæcum, que leur formation se fait dans la cavité appendiculaire même (Maurin, Rochaz). Convient-il pour cela de parler de lithiase appendiculaire comparable à la lithiase biliaire et tributaire comme elle de la diathèse arthritique (Dieulafoy), nous ne le croyons pas, et conformément à l'opinion formulée par Mathieu, nous sommes plus disposés à admettre que leur développement résulte de l'apposition successive autour d'un noyau stercoral desséché de substances minérales dont la production doit être rapportée aux modifications sécrétoires de la muqueuse appendiculaire enflammée. La formation et l'accroissement des concrétions