

grande majorité des cas, plus avancées et plus étendues que ne pouvait le laisser croire l'analyse attentive des phénomènes cliniques.

Faut-il, oui ou non, rechercher l'appendice? L'ouverture simple de l'abcès est évidemment dans bien des cas suivie de guérison complète; il n'en est pas moins vrai que les observations ne sont pas rares où une fistule longtemps persistante a nécessité une intervention secondaire et n'a guéri qu'après résection de l'appendice. Deux fois déjà j'ai dû intervenir dans ces conditions et les appendices que j'ai ainsi extirpés présentaient des lésions qui, très certainement, n'auraient jamais guéri spontanément; c'est pour cela que, toutes les fois que je le puis, je cherche, dès ma première intervention, à enlever l'appendice, ne craignant pas de fouiller, pour le découvrir, les fausses membranes épaisses, qui le plus souvent l'entourent; je n'ai du fait de ces manœuvres jamais observé aucun accident. Que j'aie ou non réussi dans ma tentative, je m'abstiens dans ces cas toujours de lavages, je craindrais, en y ayant recours, d'inoculer le péritoine, jusque-là intact.

Il n'est que juste pourtant de faire remarquer que l'opération pratiquée en pleine crise laisse assez souvent à sa suite une éventration plus ou moins considérable de la paroi¹, mais la crainte de cet accident, auquel il est d'ailleurs plus tard facile de remédier, ne saurait à elle seule faire pencher la balance du côté de la temporisation quand même. Que l'idéal soit, ainsi qu'on l'a dit, d'attendre la disparition des phénomènes inflammatoires pour intervenir plus tard radicalement, c'est-à-dire pratiquer la résection de l'appendice pendant la période d'accalmie, je n'en disconviens pas, mais tout compte fait, et en ne considérant, bien entendu, que les appendicites enkystées, je crois que le chirurgien qui se conformera aux indications que j'ai cherché à préciser obtiendra un chiffre de succès plus élevé qu'en temporisant et en s'acharnant à aboutir à la résolution par le traitement médical.

IV. — LA RÉSECTION A FROID DE L'APPENDICE s'impose en dehors des crises. Préconisée par Treves en 1887, cette opération a depuis fait ses preuves, et si, dans certains cas, la recherche de l'organe a été difficile et quelquefois même sans résultat, il n'en est pas moins établi que, pratiquée avec toutes les précautions désirables, elle n'est que très exceptionnellement suivie d'accidents. Bull, de New-York, a publié en 1874 une statistique de 450 résections avec 8 morts, soit 1,77 pour 100 de mortalité. Roux, sur une série de 95 cas d'appendicites opérées à froid, n'a perdu qu'un seul opéré qui succomba à une embolie avec une plaie guérie par première intention; aussi a-t-il pu écrire: « C'est une opération idéale, assez facile, elle supprime l'épée de Damoclès, toute chance de récurrence et elle n'affaiblit point la paroi abdominale. »

Bull, il est vrai, a rapporté le cas d'une femme de 65 ans atteinte d'appendicite chronique avec des rechutes revenant régulièrement depuis 6 mois toutes les trois semaines. L'incision faite, il trouva l'appendice englobé dans

(¹) Nous avons revu, à l'hôpital des Enfants, 17 enfants qui avaient été opérés « à chaud », 7 seulement avaient une éventration. Par contre Tuffier pense que la hernie est la règle. Quénu l'évalue au dixième des cas. Est-ce que la statistique meilleure des enfants tient à la résistance de leur cicatrice? Est-ce que ces résultats ne seront que momentanés? Est-ce que cela tient aux incisions basses qui ont été pratiquées?

une masse si épaisse d'exsudats plastiques, qu'il préféra refermer la plaie plutôt que d'exposer la malade aux risques d'une résection. Delorme, en 1895, a, de son côté, rapporté à la Société de Chirurgie un cas où l'appendice ne put être trouvé; le malade mourut de choc en vingt-quatre heures. Ces faits malheureux prouvent évidemment que l'appendicectomie à froid perd quelquefois de la bénignité qui lui est habituelle, mais ils ne doivent pas moins être considérés comme très exceptionnels.

La résection à froid de l'appendice dans les appendicites à répétition est aujourd'hui généralement admise et la seule question qui se discute, c'est de savoir si une crise appendiculaire nettement constatée est une raison suffisante pour conseiller l'intervention, ou si, pour se résoudre à cette nécessité, mieux vaut attendre que par une ou plusieurs crises nouvelles, la lésion ait manifesté nettement de sa persistance et de son incurabilité. Dans la discussion provoquée par Merklen, à la Société médicale des hôpitaux, Moizard, Rendu, Siredey, Le Gendre se sont montrés favorables à une opération précoce et tout au plus, pour la légitimer, ont-ils demandé l'apparition d'une première récurrence. Il est à remarquer, d'autre part, que la persistance dans la fosse iliaque droite, même après une seule crise, d'une tuméfaction ne tendant pas à résolution, a été considérée par Schwartz et par Quénu comme une indication suffisante de l'opération. Si l'on réfléchit après cela que les exemples ne sont pas exceptionnels de péritonites mortelles survenues dès une seconde crise et alors que la première, d'ailleurs légère, n'avait laissé après elle aucune trace appréciable, on sera porté à conclure que, dussent être ainsi réséqués des appendices qui n'auraient donné lieu à aucun nouvel accident, l'opération est cependant justifiée toutes les fois qu'une crise d'appendicite a été nettement et indiscutablement diagnostiquée.

Je crois avec Roux que, comme les amygdales, l'appendice qui a été une fois infecté ne reconquiert qu'exceptionnellement son intégrité primitive, et que les foyers mal éteints qu'il renferme constituent un perpétuel danger. Devant une semblable menace et jusqu'à ce qu'on soit arrivé à diagnostiquer cliniquement les appendicites à évolution dangereuse et celles à guérison certaine et complète, je conclus à l'intervention, même après une seule crise, et cela d'autant plus que, bénigne en tout état de cause, l'opération sera d'autant plus facile, et partant moins dangereuse que les lésions seront moins invétérées.

Traitement. — I. TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement médical de l'appendicite doit être d'une rigueur extrême pour donner des résultats. Il doit être prolongé longtemps sous peine d'observer des rechutes quelquefois plus graves que la crise primitive.

1° *L'immobilité* doit être la plus complète possible sur un lit dur. Il est bon de retirer l'oreiller.

2° *La glace* sur le ventre aide à l'immobilité du malade. Elle favorise peut-être la production des adhérences en paralysant l'intestin. Il faut appliquer une large vessie de glace qui couvre tout l'abdomen. Il est indis-

pensable d'interposer une épaisseur de flanelle pour éviter la production d'une escarre comme nous en avons vu un cas¹.

3° *La diète* est la prescription essentielle. Elle doit être absolue. Dès la première atteinte du mal il ne faut permettre aucun aliment, pas une cuiller de lait, pas même une cuiller d'eau pendant au moins 48 heures. La soif peut être trompée par la succion d'une compresse glacée.

Après deux jours de cette diète absolue, si l'amélioration est certaine, on peut tolérer quelques cuillers d'eau de Vichy ou d'Évian.

Quand l'amélioration persiste après 4 ou 5 jours, on peut permettre quelques cuillers de lait dédoublé.

4° *L'opium* est un adjuvant que nous jugeons indispensable, bien que certains chirurgiens se soient élevés contre son emploi. On peut l'administrer par pilules ou par injection.

Nous prescrivons des pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme toutes les deux ou trois heures. Pour un enfant de 4 à 5 ans, nous ne dépassons pas 5 centigrammes en vingt-quatre heures. S'il a 10 ou 12 ans, la dose que nous ne dépassons guère est de 1 centigramme par année en vingt-quatre heures (à 5 ans, 5 centigr.; à 4 ans, 4 centigr.). Pour un adulte on peut aller jusqu'à 15 centigrammes. Quand le malade vomit beaucoup, nous donnons plus volontiers la morphine en injection (1/2 centigr. chez un enfant de 5 ans, 1 centigr. chez un enfant de 10 ans).

On évitera de palper trop souvent l'abdomen. On évitera surtout d'appliquer sur la fosse iliaque des sangsues ou même de la teinture d'iode, car si l'intervention était nécessaire, cette pratique pourrait être une source d'ennuis.

L'alimentation sera permise très tardivement, jamais avant que la fièvre ne soit tombée. C'est le point le plus difficile à faire accepter des malades ou des parents; il a cependant une très grosse importance. On tolérera d'abord une petite tasse de lait. Il est possible que le thermomètre monte de quelques dixièmes de degré, on ne s'en inquiétera pas si la fosse iliaque n'est pas plus douloureuse. L'alimentation sera toujours très légère.

Une *garde-robe* sera provoquée très tard, le 8^e ou 10^e jour. Il est bon de prescrire un suppositoire glycéринé. Le lavement ne sera employé que si ce moyen a échoué.

II. TECHNIQUE DE L'INTERVENTION POUR ABCÈS APPENDICULAIRE². — L'anesthésie générale est indispensable.

Incision de la paroi. — Marquez de l'index gauche l'épine iliaque antéro-supérieure. A un travers de doigt, en dedans, faites une incision légèrement curviligne qui, en bas, suit l'arcade crurale. Le milieu de votre incision répond à l'épine. Sa longueur est au moins de 5 travers de doigt (fig. 50).

La paroi est généralement très vasculaire.

Le muscle grand oblique apparaît, ses fibres sont parallèles à l'inci-

(¹) Nous insistons de nouveau sur la nécessité absolue de ne jamais prescrire de purgatifs.

(²) J'emprunte ce chapitre et les figures à mon livre de *Chirurgie d'urgence et pratique courante* (Masson, 1904). V. V.

sion (fig. 51). Vous le sectionnez nettement et repérez sa tranche avec des pinces qui vous servent d'écarteurs.

Les fibres musculaires horizontales du petit oblique et transverse presque confondues sont sectionnées (fig. 52). La couche est épaisse de plus de 1 centimètre. Les vaisseaux doivent être pincés surtout à la partie supé-

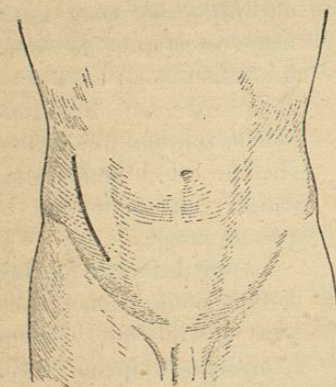


Fig. 50.
Incision de l'appendicite.

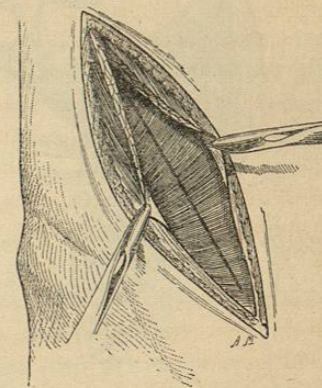


Fig. 51. — Le grand oblique est sectionné et repéré par deux pinces qui servent d'écarteurs; le petit oblique apparaît dans la profondeur.

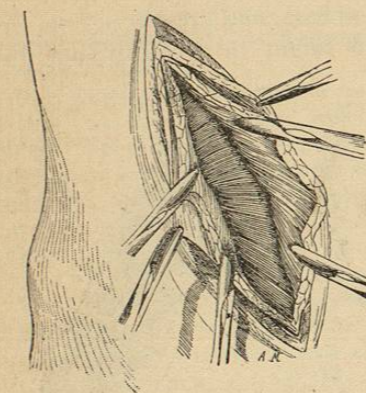


Fig. 52. — Le petit oblique a été sectionné, des vaisseaux ont été pincés, le transverse se voit au-dessous. Les deux muscles sont fusionnés en bas.

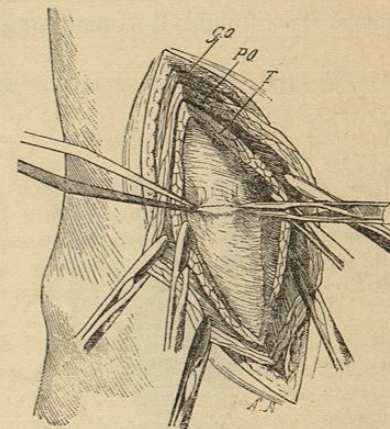


Fig. 53. — Tous les muscles ont été incisés, le fascia transversalis a été effondré, le péritoine est pincé, le bistouri va le sectionner.

rieure de l'incision. — Isolez bien le plan fibreux sous-jacent (fascia transversalis) et sectionnez-le au bistouri.

L'ouverture de l'abcès est un temps souvent délicat. Quand le pus est collecté derrière la paroi, on ne court aucun danger, mais il arrive souvent que le pus s'est accumulé derrière le cæcum; c'est l'intestin qui se présente souvent, le péritoine a disparu par adhérence inflammatoire. Si on n'est pas prudent on peut se trouver dans la cavité cæcale croyant tomber dans l'abcès.

Il faut inciser très prudemment, en se portant sur la partie inférieure. Dès que l'abcès est ouvert, agrandissez l'orifice jusqu'à la limite de l'incision.

Nous conseillons l'ablation de l'appendice, car en le recherchant on ouvre souvent des abcès, soit en bas vers le bassin, soit en haut sur le foie ou en dedans au milieu des anses intestinales. La crainte de rompre des adhérences en le cherchant est bien chimérique. Poirier soutient que cette recherche est absolument sans danger, elle a toujours de gros avantages.

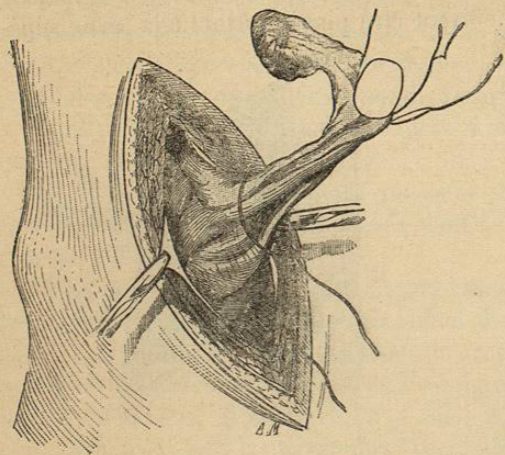


Fig. 54. — Ablation de l'appendice dans une opération à chaud. Ligature en masse de l'appendice à sa base.

Avant de mettre les doigts dans la plaie, regardez bien, il est possible que le vermis se présente lui-même. Si vous ne le voyez pas, recherchez-le (voir plus bas : ablation à froid de l'appendice). Quand vous l'aurez trouvé, amenez-le hors de la plaie par des tractions très douces, il est fragile, il ne faudrait pas le rompre.

A sa base, tout près du cæcum, passez un catgut (n° 2 ou 5) que vous

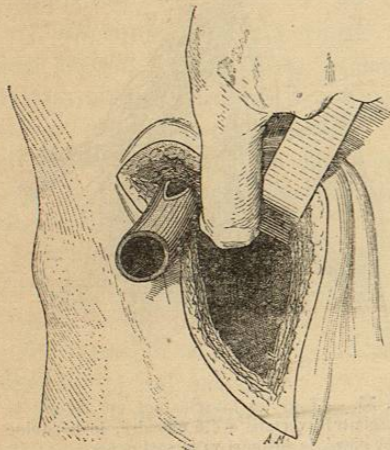


Fig. 55.

Fig. 55. — Drainage de la région sous-hépatique; l'index gauche soulève la paroi, le drain est poussé le plus loin possible du côté du foie.

Fig. 56. — Drainage définitif. Le 1^{er} tube (en haut) draine la région sous-hépatique. Le 2^e est derrière la paroi. Le 3^e est au contact du moignon appendiculaire. Le 4^e (en bas descend très bas) dans le cul-de-sac de Douglas. Les drains occupent la totalité de la plaie, il n'y a pas de sutures.

serrez lentement et modérément. Les tissus sont friables et se laissent facilement couper (fig. 54). Sectionnez l'appendice en aval du fil et regardez si rien ne saigne; coupez le fil. Vous pouvez toucher le moignon appendiculaire

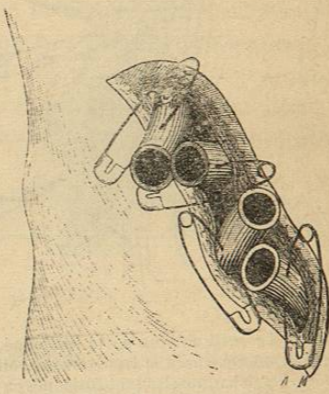


Fig. 56.

avec la pointe du thermo, mais il est bien inutile de chercher à invaginer le fil de ligature.

Le drainage est le point essentiel. Choisissez quatre gros drains bien perforés d'un diamètre de 10 à 15 millimètres.

1^o Soulevez l'angle supérieur de la plaie et glissez votre drain aussi haut que vous pouvez, il est très possible que vous ouvriez alors une nouvelle collection sous-hépatique (fig. 55).

2^o Soulevez de même l'angle inférieur, glissez votre drain jusque dans le petit bassin. Vous devez toujours penser à ces collections intrapelviennes et les redouter. Étant situées dans un point déclive, elles se drainent mal et sont souvent une cause de mort. Ce drain inférieur est le plus important.

3^o Portez-vous dans la fosse iliaque, là où vous avez enlevé votre appendice, mettez un drain au niveau du moignon; celui-là sera moins long que les précédents.

4^o Placez un dernier drain, si vous pouvez, sous la paroi ou au milieu des anses intestinales là où vous avez trouvé une cavité (fig. 56).

Ne faites aucune suture: la plaie n'est pas trop grande pour assurer le drainage. D'ailleurs elle est occupée en totalité par les tubes de caoutchouc. Les points que vous mettriez aux angles peuvent faire beaucoup de mal; ils ne peuvent pas faire de bien, car ce ne sont pas les 2 centimètres que vous gagnerez qui supprimeront l'éventration et réduiront la durée de la cicatrisation. — Pansement humide à l'eau oxygénée.

Soins consécutifs. — Le lendemain et le surlendemain changez le pansement sans toucher au drain.

Trois jours après il faut enlever les drains et les replacer exactement dans leur situation. Ce premier pansement profond est très délicat. L'un après l'autre chaque drain est retiré et lavé vivement puis remplacé; il est tout à fait capital que le drain pénètre aussi profondément. Obtenez de votre malade, à ce moment, qu'il ne fasse aucun effort, car les anses en se mobilisant peuvent masquer le canal du drain ou même faire hernie à travers la plaie. Chez les enfants nous donnons volontiers une bouffée de chloroforme. Il faut nettoyer le drain ainsi tous les 3 ou 4 jours, mais dès le 6^e jour le canal des drains est mieux formé, le pansement est moins délicat.

Vers le 10^e ou 15^e jour il est probable que le drain antérieur (le 4^e) et peut-être le drain iliaque (le 3^e) ne pourront être remplacés qu'avec beaucoup de peine, car leur cavité s'est en partie comblée; mais ne raccourcissez pas les drains supérieur (sous-hépatiques) ou inférieur (pelvien). Si la suppuration est moins abondante, vous diminuez le calibre des tubes, mais vous les laisserez aussi longs.

Peu à peu vous pouvez les raccourcir, mais il faut qu'ils soient éliminés d'eux-mêmes, comme chassés de la profondeur vers la superficie.

Pendant toute cette période vous devez craindre les abcès qui proviennent d'un mauvais drainage. Surveillez la température. Si le thermomètre monte à 38^o,5 le soir pendant trois jours consécutifs, quelle que soit la température du matin, vous pouvez être certain qu'il y a une collection. Endormez votre malade. Cherchez le foyer au milieu des anses agglutinées; refaites un bon drainage.

III. INTERVENTION POUR PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Quand le diagnostic d'appendicite est certain, comme il arrive presque toujours chez l'enfant, nous commençons par faire l'incision iliaque comme il est dit plus haut.

Mais, pour peu que le diagnostic soit hésitant, il faut faire d'emblée une large laparotomie médiane sous-ombilicale.

Presque toujours l'incision iliaque est insuffisante et, quand nous avons constaté qu'il n'y a pas de collection, mais une péritonite généralisée, nous faisons une contre-ouverture médiane, et même une ouverture dans la fosse iliaque gauche. La recherche de l'appendice est sans danger dans ces grands épanchements. Il se trouve généralement sans difficulté. On doit le réséquer comme il est dit plus haut. Après avoir évacué le mieux possible le liquide péritonéal, on peut faire un lavage à l'eau bouillie ou mieux à l'eau oxygénée dédoublée. Le drainage doit être établi avec le plus grand soin; il faut placer de gros tubes dans toutes les directions. On ne manquera pas, par les deux incisions, de bien drainer le cul-de-sac de Douglas. Le pansement sera fait comme il est dit plus haut. Les injections de sérum à haute dose ont une très grande importance dans le traitement consécutif.

IV. ABLATION A FROID DE L'APPENDICE. — Une opération à froid ne doit être entreprise que longtemps après la crise; ce n'est qu'à cette condition que l'ablation de l'appendice est facile et sans danger. Nous avons pour règle absolue de n'opérer que 5 semaines après que la température est définitivement tombée et que l'empâtement a disparu. Si on intervient trop tôt on trouve avec peine un appendice adhérent; souvent on ouvre des abcès. L'opération est difficile et très dangereuse.

Il est bon de mettre le malade sur un plan incliné. La découverte du cæcum est plus facile et on n'est pas gêné par les anses intestinales.

L'incision peut se faire en deux points: sur la gaine des muscles grands droits (Jalaguier); dans la fosse iliaque (Mac Burney) sur la ligne représentée figure 30. C'est celle que nous employons toujours chez l'enfant. On lui reproche de favoriser l'éventration. Nous n'en avons jamais observé.

« Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'ombilic, je fais une incision de 8 à 10 centimètres, parallèle au bord externe du muscle droit. Le tiers supérieur est au-dessus de la ligne ilio-abdominale » (Jalaguier).

On arrive sur la paroi antérieure de la gaine du grand droit, large de 3 travers de doigt chez l'adulte. On reconnaît son bord externe; on peut se guider sur les petits vaisseaux et nerfs qui traversent la paroi au niveau de ce bord. Il vaut mieux inciser trop en dedans qu'en dehors de la gaine, car on trouverait une paroi mince où il serait plus difficile de reconstituer les plans. On incise franchement l'aponévrose d'un bout à l'autre de la plaie, on décolle la lèvre externe de l'incision jusqu'au niveau du bord externe du muscle, on libère ce bord et on le récline en dedans à l'aide d'un écarteur Guibé (fig. 58)¹. On voit alors le feuillet postérieur de la gaine, sur lequel rampent horizontalement les vaisseaux et nerfs qui vont aborder le grand droit; on incise ce feuillet à 1 centimètre du bord. Il faut éviter de descendre trop bas, l'artère épigastrique est à proximité de l'angle inférieur. Le péritoine, accolé à la face profonde de la gaine, est généralement ouvert avec elle.

(¹) Toutes ces figures sont empruntées au livre de Guibé: *Chirurgie du tube digestif*.

Cette incision a l'avantage de permettre une meilleure reconstitution de la paroi, elle a l'inconvénient de conduire moins directement sur l'appendice.

Recherche de l'appendice. — Il faut commencer par regarder si l'appendice ne se présente pas spontanément. Pour le rechercher, il ne faut pas saisir au hasard ce qui vient, mais, au contraire, refouler avec des mèches de gaze l'intestin qui tend à s'extérioriser, il faut aller saisir l'anse intestinale adhérente à la fosse iliaque: c'est le cæcum; en se guidant sur ses bandes on arrivera sur l'appendice implanté au-dessous de l'abouchement de l'intestin grêle.

Libération de l'appendice. — Si on a opéré assez tard après la crise,

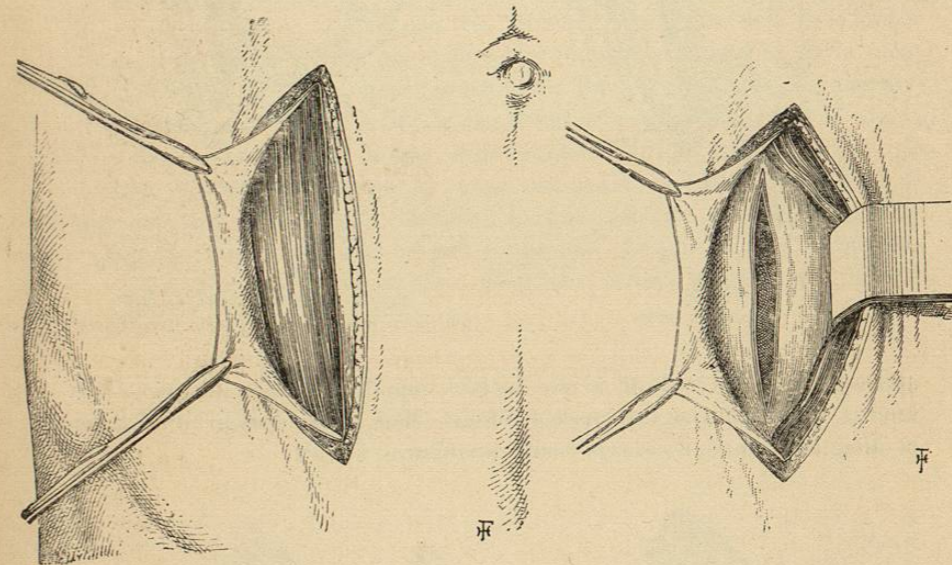


Fig. 57. — Incision de Jalaguier. Le feuillet antérieur de la gaine du droit est sectionné, le muscle apparaît.

Fig. 58. — Le muscle a été récliné en dedans.

l'appendice non adhérent s'extériorise très facilement, mais quelquefois, même dans ces cas, le méso est très court et on a de la peine pour amener l'appendice hors du ventre; par des tractions continues et progressives on y arrivera toujours. Si l'appendice était adhérent, on le décollerait lentement, prudemment, sans force, en voyant ce qu'on fait, et si on ouvre un abcès résiduel on l'asséchera aussitôt. Quelquefois l'appendice est si adhérent qu'il est bon d'en faire une dénudation rétrograde, après avoir sectionné l'insertion de l'appendice sur le cæcum.

Hémostase et section de l'appendice. — En tirant sur l'appendice le méso se tend; on le lie à sa base là où il est le plus étroit, c'est-à-dire près du cæcum, au niveau de l'insertion de l'appendice. Cette ligature se fera avec du catgut n° 2. — Section du méso en aval de la ligature. — Ce fil de ligature est repéré et ne sera coupé qu'à la fin de l'opération, quand on se sera rendu compte qu'il n'y a pas d'hémorragie.

Ligature de l'appendice à sa base, tout près de son insertion cæcale, avec du catgut n° 2. Section de l'appendice au thermocautère à 5 millimètres du lien. Destruction avec le thermo du petit moignon de muqueuse. La lumière

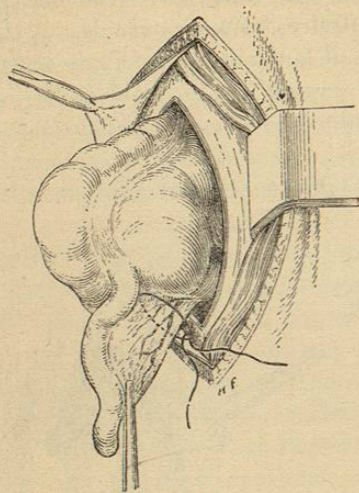


Fig. 39.
Ligature du méso.

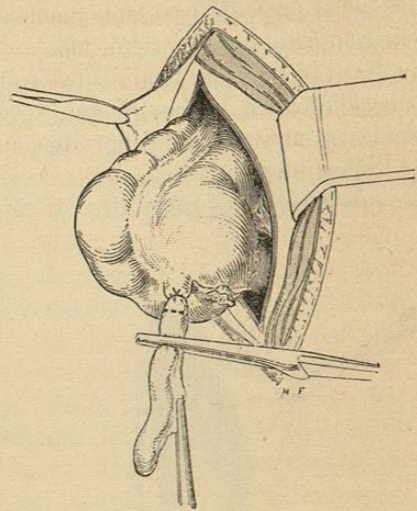


Fig. 40. — Ligature de l'appendice
qui sera sectionné au niveau du trait pointillé.

appendiculaire est réduite à une surface cupulliforme de quelques millimètres, qu'on peut se dispenser d'enfourir. Mais il est d'usage d'invaginer ce moignon comme il est représenté aux figures 41, 42.

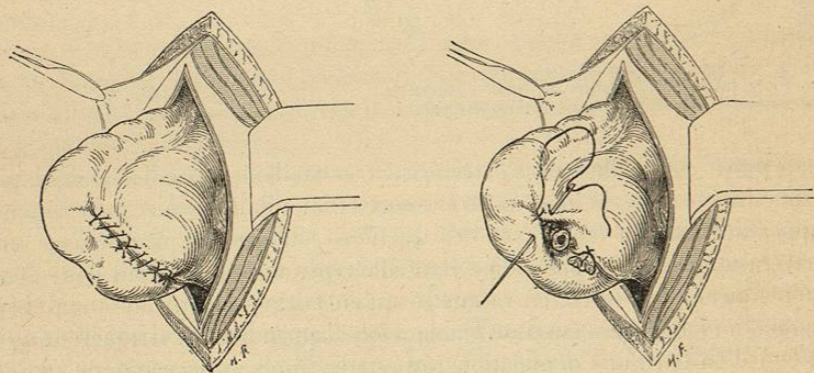


Fig. 41 et 42. — Enfouissement du moignon appendiculaire.

Le drainage est peut-être superflu quand on a opéré dans un milieu très aseptique. Mais il ne présente aucun inconvénient, à condition de retirer le tube après 36 ou 48 heures. Il a le gros avantage de parer aux accidents possibles. Nous l'employons dans presque tous les cas.

Fermeture de la paroi. — Suture du feuillet profond de la gaine unie au péritoine par un surjet avec un catgut n° 3. Le bord externe du droit est appliqué sur cette suture et maintenu par deux ou trois points (fig. 43). Suture de la paroi antérieure de la gaine. Suture de la peau.

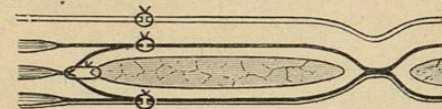


Fig. 43. — Schéma de la suture en 4 plans après incision de la gaine des droits.

A la suite de ces interventions, il se forme quelquefois dans la paroi des collections purulentes à virulence très atténuée, qu'on ne doit pas traiter comme un vrai abcès, sous peine de compromettre la résistance de la cicatrice. Voici comment les choses se passent : Du 3^e au 7^e jour, le thermomètre atteint un soir 38° à 38°,5. On défait le pansement, l'œdème de la paroi indique la présence de pus. Il ne faut pas débrider largement toute la cicatrice et mettre des drains, ce serait une faute; il faut se contenter de faire un trou à la sonde cannelée, le pus s'écoule en abondance. On applique un pansement sec, un peu compressif. Le pus ne se reforme pas. La cicatrisation n'est pas retardée d'un jour. Nous n'avons jamais observé de hernie.