

premier cas. Les cas d'appendicite avec 14000 leucocytes sont suppurés. La leucocytose peut donc servir à apprécier la marche de l'appendicite.

Pronostic. — Cette question est difficile à résoudre actuellement. L'incertitude tient (Ricard) à ce que la maladie est observée, tantôt par les médecins, tantôt par les chirurgiens. Ces derniers, qui n'observent que les cas graves et compliqués de phlegmon iliaque ou de péritonite, sont portés à voir les choses en noir et, par suite, à juger nécessaire une intervention rapide, tandis que les médecins qui voient la maladie au début, qui la voient souvent guérir, sont portés à s'abstenir des moyens chirurgicaux. On peut admettre, d'après les statistiques de Guttman, Leyden, Trastour, que le plus grand nombre des appendicites peuvent guérir sans intervention chirurgicale.

Traitement. — En tout cas, la maladie commence par une phase médicale; elle peut même ne pas aller plus loin. Or, dans ce cas, les indications thérapeutiques sont nettes. « Rien n'est plus dangereux que les purgatifs répétés, les lavements qui, en activant le péristaltisme intestinal, peuvent précipiter la perforation ou transformer en péritonite généralisée une péritonite primitivement localisée. Les émissions sanguines, même, affaiblissent inutilement le malade, sans enrayer le processus ulcératif. Seule, la médication opiacée, associée aux réfrigérants, est indiquée et compte de nombreux succès dans l'appendicite simple. » (Dreyfus-Brissac.) A cette phase, le médecin seul doit intervenir. Plus tard, si l'empatement douloureux et limité de la fosse iliaque persiste, l'intervention chirurgicale est discutable. Elle ne l'est plus, elle s'impose, dès que la suppuration est faite, à la période de l'abcès. L'incision doit être pratiquée; l'appendicite est passée complètement dans le domaine chirurgical. Pour M. Dieulafoy, et pour la plupart des chirurgiens, l'intervention précoce serait à conseiller dans tous les cas, car s'il est des appendicites qui, malgré leur allure bruyante, ne provoquent pas de péritonite, il en est malheureusement plus souvent qui aboutissent à la septicémie péritonéale ou au moins à l'abcès péritonéal circonscrit, sans que les symptômes de l'appendicite puissent faire présager la gravité. « Quand une appendicite commence, dit M. Dieulafoy, nul ne peut savoir quelles terribles complications peuvent surgir; le mode de début, la courbe des températures, l'entrée en scène de tel ou tel symptôme ne donnent sur l'évolution ultérieure que des renseignements insuffisants ou trompeurs. » On devra donc si l'on est appelé au début essayer dans les premières heures le traitement médical opiacé et la diète, mais se tenir toujours prêt à une intervention précoce. Il faut cependant reconnaître qu'il est des appendicites qui guérissent par le traitement médical.

Si l'on assiste à des récidives, à ce qu'on a appelé l'appendicite à rechutes, s'il persiste un appendice dur avec de la péri-appendicite, on pourra pratiquer la résection à froid de l'appendice.

La question du traitement a été très discutée récemment à l'Académie de médecine ou à la Société de chirurgie.

M. Chauvel a apporté à l'Académie une intéressante statistique relative à l'appendicite dans l'armée. Sur 171 cas, 83 ont été soumis à un traitement exclusivement médical, 88 ont entraîné une intervention; or, la mortalité a été un peu plus élevée pour les cas opérés, ce qui tient d'une part à ce qu'on n'intervient que dans les cas graves, et d'autre part aux dangers résultant de recherches

trop longues de l'appendice. L'appendicite est donc curable par un traitement médical, et l'intervention devrait être limitée aux cas avec suppuration. L'opération à froid devrait être limitée à un petit nombre de cas.

Ce traitement médical est conduit avec succès de la manière suivante à l'hôpital Béthanien de Berlin. Au moindre soupçon d'appendicite le malade est condamné au repos absolu au sens rigoureux du mot; il reste couché tant que la fosse iliaque est douloureuse. On donne de l'opium à dose variant suivant l'âge de 20 à 50 centigrammes par petits paquets. Contre la constipation on administre des lavements d'eau simple ou d'eau additionnée d'une à deux cuillerées d'huile de ricin. Pendant la crise, on met sur la fosse iliaque une vessie de glace ou des compresses chaudes. Dans les cas graves on met le malade plusieurs jours à la diète absolue.

C'est un traitement analogue que conseillent Tripier et Paviot (*Arch. gén. méd.*, juillet 1899) dans la crise appendiculaire. Cette crise, qui répond toujours à une péritonite périappendiculaire, doit être traitée comme telle par la diète absolue, le repos complet, l'immobilisation, la glace, les opiacés par le rectum ou en injection hypodermique.

M. Tillaux, peu partisan de l'intervention à la période aiguë pendant la première attaque, l'est au contraire de l'intervention à froid si la guérison n'est pas complète. M. Dieulafoy est partisan décidé de l'intervention hâtive. La mortalité ne serait que de 11,1 pour 100, et pourrait être réduite par des interventions plus précoces. Au contraire le soi-disant traitement médical qui ne serait qu'un leurre donnerait une mortalité de 50 pour 100. M. Poirier a résumé à la Société de chirurgie (26 avril 1899) les opinions assez divergentes de ses collègues. Les uns, représentés par MM. Poirier, Routier, Potherat, Lejars, Quénu, Nimier, Pozzi, Berger, Segond, Michaux, Gérard Marchant, Hartmann, Picqué, Peyrot, sont partisans d'une intervention hâtive. M. Tuffier, se ralliant à cette opinion, n'est interventionniste cependant qu'au début. D'autres sont plus partisans de la temporisation et de l'opération à froid, et parmi eux on compte MM. Brun, Ricard, Broca, Jalaguier, Walther, Schwartz, Guinard. M. Reclus est d'avis d'opérer toujours et d'opérer à chaud. L'abstention n'est possible que si le malade peut être surveillé de très près.

A la Société médicale des hôpitaux, M. Florand (17 mars 1899) a combattu l'assertion de M. Dieulafoy qui avait soutenu qu'on ne devait plus mourir d'appendicite. Il a rapporté des cas où le diagnostic fut fait de bonne heure, où on en vint à une intervention hâtive, et où pourtant le malade est mort. M. Florand, tout en se déclarant partisan de l'intervention, ne la croit pas indiquée dans tous les cas. Il la rejette lorsqu'il s'agit d'un enfant ayant eu une maladie infectieuse, et surtout l'influenza et ayant eu ou non de l'entérocolite. Il admet l'intervention si, même dans une crise légère, il persiste des signes douloureux.

Le traitement de l'appendicite a suscité encore une autre question. Peut-on opérer alors qu'il existe déjà des signes manifestes de péritonite diffuse? Roux (de Lausanne) avait dit que ces cas « ressortissaient moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres ». Siron dans un travail récent (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1898) s'est déclaré partisan de l'intervention précoce dans ces cas. Malheureusement il est difficile de fixer le moment où le péritoine commence à s'infecter. On devra surtout veiller attentivement au météorisme, et à l'état du pouls, qui sont les deux plus grands symptômes et ont plus d'importance que la température, les vomissements et les douleurs.

On avait conseillé, dans les cas où on opère à chaud, de traiter la collection purulente comme un abcès, c'est-à-dire de se contenter d'ouvrir et de drainer, sans s'occuper de l'appendice. Il y a en effet, d'une part, intérêt à faire l'opération la plus rapide et la plus simple possible pour diminuer le shock, et, d'autre part, intérêt à ne pas rompre des adhérences déjà faites. Cependant, il n'est pas sans inconvénient de laisser l'appendice. Cet appendice peut donner lieu à une fistule muqueuse difficile à guérir, comme nous en avons mentionné un cas; et de plus on a vu ainsi le retour d'accidents obligeant à une nouvelle intervention. Dans deux cas de ce genre observés par Homans⁽¹⁾ la mort a été la conséquence, et dans l'un on trouva à la seconde intervention l'appendice gangrené et perforé.

On voit donc combien est encore complexe cette question du traitement de l'appendicite si l'on veut adopter une ligne de conduite éclectique qui est seule en rapport avec la clinique. A part les cas d'appendicite perforante suraiguë, formes foudroyantes où l'opération devrait être faite dans toutes les premières heures, formes dont on peut encore mourir malgré les progrès de notre thérapeutique, on peut dans la plupart des cas s'en tenir d'abord à un traitement médical, en surveillant étroitement le malade et se tenant toujours prêt à intervenir.

CHAPITRE IV

LES ULCÉRATIONS INTESTINALES

L'intestin peut être lésé au cours des maladies les plus différentes, et des ulcérations sont susceptibles de s'y former à la faveur des causes les plus variées. Ces pertes de substances, si elles diffèrent par leur étiologie, présentent des caractères généraux souvent presque identiques. Elles peuvent exister à titre de lésions primordiales, pathognomiques; elles sont alors spécifiques d'une affection déterminée; mais dans d'autres cas elles n'existent qu'à titre de complications possibles, transitoires et secondaires.

A dire vrai, dans les différentes parties de cet ouvrage, la description sera faite séparément de toutes les ulcérations intestinales; mais, à la suite du chapitre que nous avons consacré aux entérites, il nous a paru utile de tracer en un tableau rapide, comme dans une sorte de schéma, la description de ces lésions de l'intestin. D'ailleurs, outre l'intérêt qui peut résulter de leur étude anatomique comparée, il est évident que toute une symptomatologie naît avec l'ulcération, d'où qu'elle vienne; de même, il est toute une série d'accidents que les ulcérations intestinales entraînent à leur suite, et qu'il n'est pas inutile de décrire dans un même chapitre.

Il ne peut être question de faire l'histoire de lésions secondaires, dont le point de départ varie, mais il est curieux de faire remarquer qu'il y a, en somme, bien peu de temps que les ulcérations ont été constatées.

La première observation où il est fait mention d'une perte de substance de

⁽¹⁾ Boston Med. and Surg. Journ., 2 fév. 1899.

l'intestin date de 1612. Elle se trouve dans le livre de Jacobus Fontanus. Le fils de cet auteur était mort de dysenterie(?) et l'autopsie faite par Bontamper a démontré l'existence de plus de 200 ulcérations intestinales accompagnées d'abcès. Morgagni les reconnaît. Malgré tout, les véritables descriptions étiologiques et anatomo-pathologiques datent du commencement de ce siècle. Il faut cependant faire remarquer que, en 1715, Conrad de Brunn avait décrit une ulcération manifestement tuberculeuse.

Nous diviserons ainsi qu'il suit l'étude étiologique et anatomo-pathologique des ulcérations de l'intestin⁽¹⁾.

Anatomie pathologique. — A. **Ulcérations inflammatoires.** — Dans les entérites aiguës et chroniques, et plus particulièrement dans ces dernières, il existe des pertes de substance sur la muqueuse intestinale. Ce sont tantôt des éraflures superficielles de l'épithélium, dites *érosions catarrhales*, tantôt des ulcérations qui s'accroissent et gagnent en profondeur. Parmi ces dernières, quelques-unes ont pour origine les follicules lymphatiques abcédés, ce sont les *ulcérations folliculaires*; d'autres dépendent d'un processus destructif de la muqueuse proprement dite, ce sont les ulcérations muqueuses.

Ulcération muqueuse, érosive. — C'est d'abord seulement une érosion arrondie, lenticulaire; peu à peu, elle gagne en surface et en profondeur, les ulcérations se touchent bientôt, et la forme primitivement circulaire disparaît pour céder la place à une perte de substance irrégulièrement dentelée, déchiquetée. La muqueuse environnante apparaît en quelque sorte minée, et permet l'introduction facile d'un stilet jusqu'au fond de l'ulcération. Parfois des prolongements de muqueuse s'avancent jusque dans l'intérieur de la perte de substance.

Ulcérations folliculaires. — Elles siègent souvent dans le côlon. Lorsqu'elles sont très rapprochées, la muqueuse semble percée comme un crible: les follicules se mortifient à leur centre, qui devient opaque, jaunâtre, caséux; d'où naît une ulcération cratériforme, à bords escarpés, profonds et élevés. Si les ulcérations empiètent les unes sur les autres, il peut se produire de larges pertes de substance, de forme irrégulière, et la muqueuse qui limite ces trous semble décollée sur une plus grande étendue.

Lorsque ces ulcérations siègent surtout dans le rectum et l'S iliaque, elles affectent de grandes ressemblances avec les lésions de la dysenterie.

Nous savons⁽²⁾ qu'il existe des ulcérations décrites par Treitz, et rapportées à l'*urémie*. Elles siègent de préférence dans le gros intestin, très rarement à la

⁽¹⁾ Nous laissons tout à fait de côté l'ulcère simple du duodénum qui a été décrit précédemment.

a. Ulcérations inflammatoires.	Entérites aiguës et chroniques.
b. Ulcérations spécifiques.	Fièvre typhoïde, dysenterie, charbon, tuberculose, syphilis.
c. Ulcérations par vice de circulation.	Embolies. } Endocardite ulcéreuse. et } Infection purulente. thromboses. } Artérielle } Veines mésentériques. veineuse. } raïques.
d. Ulcérations développées aux dépens d'un néoplasme	Cancer de l'intestin, leucémie, pseudo-leucémie, lymphadénome.
e. Ulcérations dans la dégénérescence amyloïde de l'intestin.	
f. Ulcérations toxiques.	Arsenic, sublimé, tartre stibié, alcoolisme.

⁽²⁾ Voir Étiologie de l'entérite chronique.