Du traitement de l'appendicite

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse : revue mensuelle des Samaritains suisses : soins des malades et hygiène populaire**

Band (Jahr): **21/22 (1913)**

Heft 6

PDF erstellt am: **27.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-555833

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

tourmentera plus jamais, les deux fesses séparées par celui-ci au pourtour de l'anus ne pouvant plus frotter l'une contre l'autre. Un morceau de fine toile caoutchoutée remplace avantageusement la toile ordinaire, la surface étant plus lisse, plus fraîche et plus facile à nettoyer. Un bandagiste pourra fabriquer un petit appareil élégant avec ceinture à fermoir, etc., mais au besoin — on vient de s'en convaincre — deux ficelles et un morceau de toile quelconque suffiront au soldat pour se tirer lui-même d'affaire. Inutile d'ajouter que pour aller à selle — pas celle du cavalier — on doit dénouer le cordon n° 2 sur le ventre et le tenir de côté pendant l'opération.

Tel est le petit moyen qui m'a préservé du loup depuis des années, et je suis certain d'être utile à beaucoup en l'indiquant ici. On a élevé des statues à des inventeurs qui n'en avaient pas trouvé autant!

Un vieux marcheur.

Du traitement de l'appendicite

La société suisse de chirurgie, récemment fondée, s'est occupée dans sa première séance du traitement de l'appendicite, appelée aussi vulgairement périty-phlite.

La discussion a roulé entre autres sur les moyens à employer pour diminuer la mortalité de cette maladie. En comparant des statistiques anciennes et récentes, on voit que malgré tous les efforts de la science, soit de la médecine interne soit de la chirurgie, on n'a pas encore réussi à abaisser notablement le taux de cette mortalité.

Il est vrai toutefois que le nombre des accès est moins grand aujourd'hui qu'autrefois, grâce à l'opération pratiquée pendant les intervalles de santé, opération qui devient de plus en plus fréquente; mais la mortalité dans les accès aigus de l'affection est encore de nos jours de 7 à 8 pour cent, ce qui ne constitue guère un progrès. Les professeurs Roux, de Lausanne, et de Quervain, de Bâle, ont présenté à la société une statistique portant sur les cinq dernières années et comprenant les cas de 47 cliniques et hôpitaux suisses. Cette statistique, qui concorde avec les expériences faites dans d'autres pays, nous révèle les faits suivants:

Si l'on opère le malade dans les 24 premières heures de l'accès aigu, la mortalité est de 0,69 pour cent en moyenne; dans les 24 heures suivantes, elle monte déjà à 4,7 pour cent, pour atteindre 10,7 pour cent le troisième jour et 21 pour cent à partir du quatrième jour. Il résulte donc de ces chiffres, fondés sur plus de 5000 cas, que par l'opération pratiquée de façon systématique le premier jour, on peut guérir radicalement le malade de son affection et que l'on réduit en même temps le taux de la mortalité de l'accès aigu de 10 pour cent, soit de 7,0 à 0,7 pour cent.

Aussi les deux rapporteurs que nous venons de citer, comme tous les chirurgiens qui participèrent à la discussion, s'appuyant sur les chiffres ci-dessus, ainsi que sur leurs expériences personnelles, déclarèrent qu'*il faut faire l'opération alors que l'affection est encore localisée* à l'appendice vermiforme et à son voisinage immédiat, c'est-à-dire *le premier ou au plus tard second jour de la maladie.*

Sans doute, il ne survient pas toujours un abcès ou une péritonite, et, dans ces cas, l'opération peut parfois être pratiquée tardivement et avec succès, mais l'expérience prouve cependant que l'on ne peut se rendre vraiment maître de la maladie qu'en opérant le premier jour; le deuxième jour, la situation est déjà moins favorable, et à partir du troisième, on ne peut plus répondre de rien. La seule difficulté pour opérer au début de l'accès est de reconnaître l'affection avec certitude et suffisamment tôt. Ici, pas plus que dans les autres domaines de l'activité humaine, on ne peut éviter absolument toute erreur.

Toutefois, une statistique sur ces cas prouve que presque toujours ces diagnostics faux ont été posés alors qu'il s'agissait en réalité d'affections où l'opération est aussi, si ce n'est plus urgente que pour l'appendicite, savoir la perforation d'ulcères de l'estomac ou de l'intestin, la torsion du pédicule de tumeurs, l'occlusion intestinale et autres accidents semblables. La proposition faite par quelques chirurgiens allemands distingués de n'opérer le premier jour que les cas graves est irréalisable en pratique, car il n'existe aucun signe qui, dans le laps de temps si court réservé à l'opération au début, permette de différencier sûrement les cas légers des cas dangereux. On peut faire d'ailleurs complètement abstraction de ces dernières considérations si l'on considère que, suivant la statistique suisse dont nous avons parlé, on pourrait éviter chaque année dans notre pays 3 à 400 décès imputables à l'appendice, en pratiquant systématiquement l'opération au début. En outre, fait qui a bien sa valeur, en opérant au début, on raccourcirait sensiblement la durée du traitement et on épargnerait aux malades environ 30,000 journées de maladie.

Le vœu des chirurgiens paraît donc bien justifié, qui réclame qu'on les appelle non pas lorsqu'il y a déjà abcès ou péritonite, mais à un moment où par une intervention relativement anodine ils peuvent presque à coup sûr prévenir ces dangereuses complications et en même temps en enlevant au malade son appendice, le mettre à l'abri des récidives et le guérir définitivement.

Ambulance Vaud-Genève

Le 5 mai au soir, les comités de la Section genevoise de la Croix-Rouge (dames et messieurs) se sont réunis au local de la rue de Candolle à l'occasion du retour au pays du Dr Albert Reverdin, chef de l'ambulance Vaud-Genève. Il était accompagné du Dr Flournoy, le Dr Porte s'étant fait excuser.

Dans cette réunion toute familière autour d'une table à thé, M. Maurice Dunant, président de la section, a tout d'abord dit au Dr Reverdin combien le comité était heureux de le voir revenir sain et sauf après ce long, fatigant, mais utile travail, le remerciant, ainsi que ses collaborateurs, d'avoir fait aimer le nom de Suisse à l'étranger. Puis le Dr Reverdin a bien voulu faire une causerie claire et vivante, un exposé de cette expédition sanitaire dont la durée a été de six mois environ.

Après avoir pris contact avec les autorités grecques à Athènes, M. Reverdin établit son ambulance à Prevesa. Les pre-