

D'autre part, au cours de l'appendicectomie, le chirurgien doit s'efforcer d'améliorer l'état dans lequel il trouve le cæcum : dilaté, boursoufflé, mou et friable. Selon la technique adoptée dans le service de notre Maître, M. le Prof. Delbet, nous avons l'habitude de pratiquer la cæcorraphie dans tous les cas d'appendicite chronique.

Après l'ablation de l'appendice nous pratiquons l'enfouissement du moignon et du méso appendiculaire, le dernier non enfoui peut donner secondairement des adhérences. Au fil de soie et à l'aiguille de couturière nous commençons ensuite un surjet juste à l'endroit où les trois bandelettes du cæcum aboutissent au point d'implantation de l'appendice. Le surjet est fait à points non passés, prenant la bandelette de la face antérieure et celle de la face postéro-externe. Quand le cæcum est très dilaté et ces deux points d'appui sont trop éloignés, nous hésitons pas à prendre la paroi cæcale par un point intermédiaire aux 2 bandelettes et non perforant. Le surjet est arrêté selon la distention du cæcum. Dans les cas les plus graves il est poussé si loin que possible.

En résumé, l'appendicite chronique peut s'accompagner des complications qui constituent le syndrome inflammatoire ou mécanique. La radioscopie, après examen clinique préalable, permet de poser le diagnostic, elle doit donc être toujours pratiquée avant l'ablation du vermis. Par la séparation de l'accolement du côlon ascendant au transverse, surtout par l'ablation de l'épiploon malade, le chirurgien arrive à combattre les complications d'ordre inflammatoire. La cæcorraphie, dans l'état de nos connaissances actuelles, est la seule technique opératoire courante qui permet de parer aux accidents d'ordre mécanique.