

rière de l'abdomen; la partie intérieure, le dedans, recouvre ou enveloppe tous les organes abdominaux, et les maintient chacun à leur place respective sur la paroi postérieure de l'abdomen. De sorte que s'il était possible de décoller cette membrane sans l'abîmer, on pourrait la saisir par un point, à l'ombilic, par exemple, et l'attirer entièrement à soi; tous les organes resteraient dans le ventre." Plus l'on examine les détails anatomiques, plus l'on trouve que cette description pittoresque est vraie. Or, jusqu'en ces dernières années, l'on croyait que le péritoine recouvrait seulement la partie antérieure du cæcum et de l'appendice et les appliquait sur la paroi postéro-latérale de la fosse iliaque. Fort, dans l'édition de 1887, est encore de cet avis là. Or, il est prouvé, depuis 1888, que l'appendice et le cæcum sont complètement entourés par le péritoine, et qu'en aucun point ils ne sont en contact avec le tissu adipeux de la fosse iliaque droite (Traité de méd., III, p. 473). Voilà pourquoi l'inflammation de ces organes amène si facilement celle du péritoine. Voilà pourquoi encore l'on préconise l'intervention chirurgicale hâtive, puisque l'on admet, en France, que le meilleur traitement de la péritonite, c'est la laparatomie.

Donc, à cause du péritoine, une typhlite peut devenir une pérityphlite, ce qui n'est, du moins au début, qu'une péritonite localisée sans danger extrême. Dans l'appendicite, le grand danger est la formation d'un abcès, lequel peut s'ouvrir entre les deux plis de la *tugue*, c'est-à-dire dans la cavité péritonéale. Si, auparavant, l'inflammation a déterminé une péritonite adhésive, qui limite et enkyste l'abcès, la vie du malade n'est pas en danger. Autrement, gare la péritonite généralisée qu'amène la perforation. Il est donc convenu, lorsque les frissons et la température irrégulière indique le pus, que l'on doit songer à l'intervention chirurgicale. Mais quand on n'a qu'un an de pratique, et peu d'instruments à sa disposition, on y songe à deux fois. La laparatomie est chose grave. Certes, nous y avons songé, surtout les 19 et 20 décembre; mais quelque signe favorable nous faisait toujours ajourner la consultation, et notre conduite à la fin s'est trouvée justifiée.

En lisant l'observation, l'on aura remarqué que les symptômes caractéristiques de l'appendicite y sont bien: tuméfaction, douleur, constipation et vomissements. Pas moyen de confondre avec une occlusion, à cause du point de McBurney. De plus, l'âge et les antécédents du malade, sont tout à fait classiques. Si l'on veut prêter une attention spéciale à la marche de la température, l'on restera persuadé que le malade a fait du pus, malgré que les frissons ne soient pas signalés. La température, le 18 au soir, est de 102.8° , et ne devient nominale que huit jours plus tard. Le pouls et le facies, les 18, 19 et 20, indiquent aussi une grande perturbation. Et cette aggravation survient après le mieux du 18 au matin, et malgré les selles. Nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une