

Bien qu'on ne retrouvait pas dans le passé de cette dame, ni symptômes de lithiasc biliaire, ni coliques hépatiques, la localisation de la douleur évoqua dans l'esprit de notre collègue l'idée de cholécystite. Il prescrivit des applications calmantes et l'opium.

Le lendemain, la douleur s'était diffusée et avait augmenté d'intensité, la fièvre était plus forte.

Quand nous examinâmes la malade, le surlendemain, 23 septembre, le tableau clinique avait évolué; le ventre était distendu, la localisation initiale de la douleur semblait s'être déplacée et on constatait actuellement une douleur très vive avec défense musculaire à la région de l'appendice. Nous portons alors le diagnostic d'appendicite aiguë et, l'état de la malade empirant d'heure en heure, nous conseillons l'opération et nous demandons qu'elle soit pratiquée le jour même.

Notre décision trouve d'abord peu d'écho dans la famille, on redoute l'âge avancé de la patiente, on redoute aussi "l'opération à chaud", car on est imbu dans cette famille de certaines idées diamétralement opposées à celles que je ne cesse de préconiser. Néanmoins on finit par se rendre à nos bonnes raisons et on fait appeler M. Segond. Lui aussi porte le diagnostic d'appendicite aiguë; comme nous il considère que l'opération est urgente et il la pratique à onze heures du soir.

Avant l'anesthésie, l'intensité de la douleur et l'étendue de la défense musculaire n'avaient pas permis de préciser certains détails; mais aussitôt la malade endormie et la paroi abdominale relâchée, M. Segond perçoit d'une part un empâtement au niveau de l'appendice et d'autre part une tumeur dans la région de la vésicule biliaire. En conséquence, il a soin de faire remonter un peu haut son incision iliaque, et il constate qu'il existe en réalité deux lésions: appendicite et cholécystite. Une trainée d'exsudats agglutinaient entre eux la vésicule, le côlon, le cæcum et l'appendice. La vésicule était abaissée et formait une tumeur violacée et distendue; elle contenait un liquide louche et bilieux ainsi que bon nombre de calculs. La cholécystostomie fut pratiquée. L'appendice, à type remontant, était adhérent, volumineux et turgescant. On en fit l'ablation; il ne contenait pas de calcul stercoral.

L'opération fut suivie d'une détente complète et les suites opératoires furent des plus simples, pas de fièvre, pas de vomis-