

lèvres de l'ouverture, puis, avec votre doigt pour guide, vous élargissez en haut et en bas. L'abcès est ouvert et donne issue à un pus fétide, brunâtre, sanieux. Ici commencent les divergences d'opinions : les uns sont des interventionnistes à outrance et veulent franchir tous les obstacles pour trouver l'appendice ; s'il était toujours situé au même endroit le travail serait plus facile ; parfois il est latéro-cœcal et se montre au fond de la collection purulente ; plus souvent il est rétro-cœcal, remonte derrière le cœcum et est accolé, adhérent à sa paroi postérieure ; ailleurs il est sous-cœcal, descend vers le bassin en croisant le symphyse sacro-iliaque ; quelquefois il est en dedans de l'ampoule cœcale derrière la terminaison de l'iléon caché au milieu des anses grêles qui limitent le foyer. Comment peut-on localiser l'appendice et le poursuivre en des endroits si variés sans exposer les malades aux plus graves dangers ? A cette méthode, je préfère la suivante : laissez-vous guider par la masse indurée profonde qui vous dirige. Ordinairement, c'est en dehors et en arrière du cœcum que vous trouverez le foyer purulent qu'il faut ouvrir largement. Cette localisation n'est pas invariable ; quelquefois, le foyer est situé très haut en arrière du côlon voisin de la face inférieure du foie ; souvent c'est en bas, vers le bassin ou en dedans vers le promontoire, que vous sentez une induration, une masse empâtée. Si après avoir ouvert l'abcès, lavé la cavité, vous n'avez pas trouvé l'appendice, vous explorez délicatement avec le doigt le sinus et les cloisons pour chercher avec prudence l'appendice que vous enlevez s'il est là tout près, et facile à extraire ; si vous ne trouvez rien n'allez pas, par des manœuvres trop rudes, compliquer le résultat de votre opération en détruisant des adhérences salutaires. Contentez-vous d'assécher la cavité, de mettre en place un bon drainage et votre but principal est atteint ; vous avez sauvé votre malade d'une septicémie et facilité la guérison commencée par la nature. Cette manière de voir n'est pas partagée par tous les chirurgiens américains et canadiens, mais en suivant cette ligne de conduite, vous serez en compagnie de Koch, de Berlin ; de Lepars et de Payrot, en France ; et d'un grand nombre d'autres qui ont publié plusieurs succès à la suite de ces interventions modérées. Nous n'avons parlé que du traitement des variétés d'abcès appendiculaires à foyers limités, car, dans la péritonite infectieuse généralisée, la situation est bien différente et une plus large intervention s'impose.