

done à traiter trois sortes d'appendicites : l'appendicite pure et simple, sans complication, l'inflammation du processus vermiculaire accompagnée de perforation et d'abcès, et enfin l'appendicite avec péritonite généralisée.

Pour la première de ces formes les chirurgiens sont loin de s'entendre. Ceux d'Angleterre et des États-Unis pour la plupart veulent laparatomiser de suite, mais en France on est plus réservé, et le professeur Reclus nous dit que " pour la première attaque il faut se contenter des soins médicaux et que tout rentre ainsi très souvent dans l'ordre. La laparatomie n'est pas une opération bénigne quoiqu'on en dise : une faute contre l'antisepsie est vite commise et la mort peut en être la conséquence ; puis il est parfois impossible de trouver le processus vermiforme, on a souvent refermé le ventre sans avoir enlevé l'organe enflammé."

Plusieurs chirurgiens conseillent d'enlever l'appendice pendant une période d'accalmie entre deux poussées inflammatoires.

Cependant comme il n'y a aucun inconvénient réel à opérer au cours d'une crise et qu'on n'est jamais certain que celle-ci se produira de nouveau, il vaut mieux, je crois, intervenir au cours de l'attaque, et même alors ne faudra-t-il pas trop se hâter, et se guider plutôt sur la violence des symptômes pour décider l'intervention qu'on ne retardera cependant pas plus de trois ou quatre jours.

Pour les deux dernières formes il faut, on thèse générale, intervenir vite, et dès que le diagnostic de perforation est porté, ne pas craindre d'inciser immédiatement si les phénomènes de péritonite éclatent, et dans les trois ou quatre premiers jours si les accidents paraissent localisés.

Quel sera le mode d'intervention ? Il varie suivant les cas. Voyons brièvement la conduite à tenir.

L'incision directe, c'est-à-dire l'incision oblique qui commence vers la partie moyenne du ligament de Fallope, à un pouce au dessus de ce ligament, dont elle suit la direction jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, est la seule qu'il faille employer pour extirper un appendice enflammé, ou ouvrir une collection péri-cœcale. Elle me semble la meilleure de toutes. En effet, par elle, le chirurgien arrive directement sur le foyer ou l'appendice. La collection purulente est évacuée, on recherche sous les fausses membranes légèrement déplacées s'il n'existe pas un autre foyer indépendant du premier, et on dégage en même temps l'appendice. Lorsqu'on y parvient on le resèque à sa base, et on applique une ligature au catgut ou à la soie stérilisée sur le moignon béant qui reste. Si les adhérences sont cependant trop épaisses, il vaut mieux les laisser que de s'exposer à des délabrements, et la guérison n'en arrive pas moins dans la plupart des cas. Le foyer purulent est essuyé, drainé de préférence par des lanières chiffonnées de gaze iodoformée, l'incision est diminuée par quelques points, et on panse antiseptiquement.