

tout en prévenant de la possibilité de l'intervention: c'est la "surveillance armée".

Le traitement ici consiste dans :

1. Repos absolu au lit.
2. Glace en permanence.
3. Diète liquide sévère, voire même hydrique de préférence.

4. Morphine, à petites doses, juste suffisamment pour calmer la douleur mais non au point de stupéfier le malade et empêcher votre main de saisir l'extension de la zone douloureuse.

Si vous êtes anxieux — mais pourquoi tant vous pressez? — de voir les intestins fonctionner, gardez-vous de donner le calomel au tout autre laxatif per os — oh non! — mais sollicitez doucement le rectum à se soulager par un lavement glyceriné. N'allez pas, par un purgatif intempestif, éveiller des mouvements péristaltiques trop énergiques et empêcher du même coup le péritoine d'élever son mur isolateur de localisation et de défense. Vous avez donc institué le traitement dit médical: — surveillez ses effets d'ici 36 ou 48 heures au plus.

Si malgré ce traitement "*d'assistance à la nature*," les symptômes s'aggravent, que la douleur augmente, que le ballonnement se manifeste — de paire avec le hoquet, que la fièvre s'élève, et surtout, j'y insiste encore, que le pouls s'accélère davantage, — tous signes qui indiquent que la nature ne veut pas ou ne peut pas se défendre contre l'intoxication et la gangrène — alors ne tardez pas et conseillez immédiatement l'intervention.

3ième alternative.

Mais au lieu d'être appelé dans les premières 24 ou 36 hrs de début, vous voyez le malade après 48 heures, après le 3e jour, ou même plus tard, qu'allez vous faire?

A moins qu'il n'y ait urgence — ce que vous jugez à l'état général du malade autant qu'à son état abdominal — instituez le traitement médical dans toute sa sévérité et essayez de passer la crise pour faire "*opérer le malade à froid*."

4ième alternative.

Il ne s'agit plus d'une première attaque, mais bien d'une récurrence. Qu'il s'agisse d'une deuxième ou d'une dixième échéance — soyez convaincus que puisqu'il y a un réveil, c'est qu'il existe localement une cause à ce rappel: bride, torsion, corps étranger, nous les avons tous constatés. Alors que faire? L'expérience m'a conduit à conseiller l'intervention immédiate, aux premiers cris de l'appendicite à récurrence. Et pourquoi? — parce que s'il y a une récurrence c'est que la cause locale ramènera d'autres crises après celle-ci; — parce que l'opération au tout début de l'attaque — des 24 heures dans les cas graves, des 48 heures dans les cas simplement aigus — sauve sûrement votre malade; — parce que si nous opérons tôt, très tôt, nous sommes généralement dispensés de drainer largement, et partant "*vous*" épargnez à votre malade une éventration post-opératoire; — parce que enfin vous raccourcissez sa maladie. En moins de 15 jours dans ces cas opérés très tôt, le malade est debout, avec une paroi solide et un tube digestif qui peut déjà recevoir une alimentation généreuse et reconstituante.

Au contraire, n'a-t-il pas été opéré, qu'il n'est probablement pas encore ou tout au plus à peine debout, il lui faut suivre pour longtemps encore une diète sévère, son appendice lui reste lésé et prête à un réveil nouveau, et tout cela dans l'hypothèse que vous l'aurez fait heureusement passer au travers de cette crise: somme toute, il a couru tous les dangers de l'attaque et reste un blessé qui récidivera.

Voilà pourquoi, en vertu des raisons que je donnais: guérison radicale, guérison hâtive, guérison sans éventration, suis-je d'opinion que dans l'intérêt absolu du malade vaut-il "*mieux opérer au tout début — dans les premières 48 heures — de l'attaque aigue d'appendicite*."

La peur qu'a le malade de l'opération et l'anxiété de la famille sont des considérations avec lesquelles il faut souvent compter, et qui nous font hésiter à conseiller l'intervention dans les cas légers, où il n'y a pas urgence.

Nous terminons avec cet aphorisme de Dieulafoy, à la véracité duquel l'expérience nous a rallié:

On ne se repent jamais d'avoir opéré tôt, — on se repent souvent d'avoir opéré trop tard.

Médecine comparée

Par M. F. L. Daubigny

Directeur de l'Ecole Vétérinaire Laval à Montréal.

Examen clinique d'un malade

A.—Indications générales.

Pour instituer un traitement méthodique et rationnel, il est nécessaire de connaître exactement la nature de la maladie, car un faux diagnostic entraîne un pronostic erroné et une thérapeutique inefficace, parfois même dangereuse; c'est pourquoi le diagnostic clinique est la base de la pratique médicale.

Le tact médical, c'est-à-dire la faculté de pouvoir reconnaître avec certitude et de coordonner rapidement les signes morbides que peut présenter un organisme malade n'est pas un don de nature, l'apanage de quelques-uns; il s'acquiert, au contraire, assez rapidement avec l'expérience et surtout avec de la méthode. Il ne suffit pas de connaître théoriquement les différentes modalités des maladies pour interpréter logiquement les symptômes observés: il faut encore être aidé par des sens bien exercés, par un esprit méthodique, patient, réfléchi et par un jugement droit; l'esprit doit avoir assez de souplesse pour revenir sur une opinion erronée, si, au cours d'un traitement, on s'aperçoit que l'on fait fausse route.

En clinique, rien n'est mauvais comme les idées pré-