

dicite aigue peut localiser *ses symptômes à gauche* et non à droite. C'est quand l'organe très long descend plonger dans l'autre fosse iliaque. L'observation clinique que voici témoignera d'un tel cas et vous montrera avec quelle rapidité foudroyante évolue parfois cette maladie, la plus traîtresse de toutes.

Mde L. (observ. person. No 167) toujours bien portante jusque là est subitement prise le lundi matin de douleurs abdominales intenses, que calme la morphine. L'amélioration se fait dans la journée pour se transformer en aggravation durant la nuit. Nous voyons la malade le mardi matin : c'est donc à peine 30 heures du début. L'état général est très mauvais, le nez est tiré, l'expression anxieuse le vrai facies péritonial. La température à 103 degrés accompagne un pouls de 120-125. La palpation montre un ventre très tendu et rétracté, une douleur générale avec maximum à la fosse iliaque *gauche* : somme toute une péritonite généralisée. Nous mettons de côté une lésion utéro-annexielle. Vu l'âge de la malade — 54 ans — qui n'a pas eu de grossesse depuis plus de 10 ans. Comme il n'y a pas d'antécédents typhiques, ni biliaires, ni d'ulcère gastrique ou duodénal, nous nous arrêtons au diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire, probable. L'intervention est décodée et faite d'urgence avec le concours du Dr Marien. La laparotomie donne issue à une sérosité purulente qui baigne partout les anses intestinales congestionnées et couvertes; ci et là de fausses membranes fibrineuses, et enfin apparaît le corps du délit : l'appendice, très long, très rouge et congestionné, "en érection" descend obliquement dans la fosse iliaque gauche où il baigne dans un abcès. Sa tête est en gangrène et perforée. Malgré l'opération si hâtive — 36 heures à peine du début — la péritonite généralisée n'est pas enrayée et la malade meurt dans les 24 heures de septicémie suraigue.

Ceci m'amène à terminer par cette remarque : poser le diagnostic de péritonite, sans en établir la cause n'est pas même un demi diagnostic : car suivant les causes de la péritonite, varie le traitement. Vous faites le diagnostic de péritonite, par la douleur subite et en voie de généralisation, la température, le pouls; il vous reste et c'est de majeure importance à en préciser la cause. Est-ce en complication d'une crise biliaire;

Est-ce chez un dyspeptique rebelle et alors fort probablement causée par une perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal;

S'agit-il d'un typhique en convalescence, que vous l'avez prévu et savez la laparotomie de suprême urgence;

Avez-vous affaire à une malade qui a un passé génital chargé, que les annexes sont plutôt en cause;

Ou s'agit-il d'un enfant qui toussant quelque peu déjà est pris subitement d'une péritonite, qu'alors vous devez croire à une "péritonite pneumococcique", à généralisation généralement rapide et nécessitant la laparotomie d'urgence;

Peut-être au contraire votre malade a-t-il reçu un coup d'arme à feu ou de stylet, un traumatisme contondant énergique — telle une ruade de cheval — peut-être a-t-il été écrasé par une roue de voiture, et alors la péritonite qui se

déclare à sa cause précise dans une déchirure de l'intestin et vous savez que la laparotomie s'impose ici très hâtive comme la seule chance de sauver le malade;

Ou enfin rattacher-vous à un appendice malade, à cause de sa localisation au point de McBurney, la péritonite commençaute que vous êtes déjà en meilleure position pour livrer bataille.

Et maintenant que devons-nous faire?

TRAITEMENT

Bien audacieux serait celui qui voudrait indiquer une règle de traitement immuable, qui devrait s'appliquer identique à tous les cas. Nous l'avons dit et le répétons, peu de maladies se montrent sous un aspect clinique aussi variable, et partant le traitement doit varier avec les différentes moralités cliniques.

Disons de suite qu'il ne s'agit pas ici de l'appendicite sur aigue ou hypertoxique, où l'intervention hâtive et très hâtive est le seul moyen de sauver le malade, — non plus que de l'appendicite chronique où l'ablation de l'organe malade est le meilleur moyen de remédier à la répétition des crises et à l'état dyspeptique —; nous nous réservons de revenir sur ces deux aspects de la question appendiculaire dans des études cliniques ultérieures.

Voyons ce qu'il convient de faire dans ces cas d'appendicite aigue, tels que nous les rencontrons le plus fréquemment. Ces conclusions que nous vous proposons sont le résultat d'une assez longue expérience dans le traitement d'affections aiguës abdominales. Disons de suite que nous avons été loin de conseiller toujours l'opération dans les crises d'appendicite aigue. Rappelons aussi que nous avons ouvert bien des ventres où il nous a été donné de constater des appendices malades à tous les degrés et d'en trouver un grand nombre de lésés de concomitance avec des organes voisins.

Pour procéder avec clarté et précision, classons d'abord.

Disons en premier lieu qu'il s'agit d'une "première attaque" et que nous sommes, médecins ou chirurgiens, appelés "dans les premières 48 heures".

Si les douleurs ont toujours graduellement augmenté, si le pouls est à 110-120, la température jusqu'à 102 degrés, que le ballonnement se manifeste déjà avec de la défense musculaire quasi générale, nous avons toutes les raisons de craindre une péritonite déjà en généralisation, et nous sommes tous d'accord, je crois, pour recommander l'intervention le plus tôt possible; probablement même sera-t-il déjà trop tard, parce que la péritonite est généralisée.

Deuxième alternative.

Si au contraire le malade se défend bien, ce que l'on reconnaît à ce que les symptômes tapageurs du début — vomissements et épreinte abdominale — sont déjà calmés, que la douleur n'est que moyenne, la température au dessous de 100—110, le pouls, surtout le pouls, au-dessous de 100, et que la palpation révèle une défense musculaire localisée et un empatement profond, indices d'une péritonite plastique d'isolement et d'un murage épiploïque — alors vous avez toutes raisons d'instituer le traitement médical