

très faible, on pourra pratiquer des injections hypodermiques de caféine ou d'éther, ou associer la caféine au sérum :

Eau.....	300 grammes.
Chlorure de sodium.....	2 <sup>gr</sup> ,50
Citrate ou benzoate de caféine.....	0 <sup>gr</sup> ,75
	(Marfan.)

Appliquer sur le ventre de larges compresses chaudes, envelopper l'enfant d'ouate et de boules chaudes et donner deux ou quatre fois dans les vingt-quatre heures un grand bain à 38 degrés centigrades; s'il y a menace de collapsus, on sinapisera le bain dans la dernière minute.

Quand les accidents toxi-infectieux auront cédé, on reprendra l'alimentation, mais avec une prudence extrême : eau d'orge, eau de riz, képhir n° 2, eau panée, farines cuites à l'eau, puis bouillon de poulet dégraissé, lait coupé.

Assez souvent, la diarrhée persiste dans ces cas après la disparition des accidents cholériformes. M. Marfan conseille alors de donner, cinq ou six fois en vingt-quatre heures, avant les repas, une cuillerée à café de la potion suivante :

Julep gommeux.....	80 grammes.
Teinture de colombo.....	5 —
— de cachou.....	10 —
Sous-nitrate de bismuth.....	2 —
Benzo-naphtol.....	1 gramme.

On peut encore avoir recours à la poudre suivante :

Salicylate de bismuth.....	} aa 0 <sup>gr</sup> ,30
Phosphate tribasique de chaux.....	
Benzo-naphtol.....	0 <sup>gr</sup> ,15

Pour un paquet n° 20. — Trois ou quatre dans les vingt-quatre heures.

Le tannigène est indiqué aussi dans ces cas, à la dose de 25 centigrammes, deux à quatre fois par jour, suivant l'âge, dans un peu d'eau ou de lait.

Si, après les premiers accidents cholériformes du début, la fièvre s'allume, c'est qu'on est en présence d'une complication : otite, broncho-pneumonie, etc., ou bien d'une colite folliculaire, s'accompagnant d'accidents typhoïdes. Les complications exigeront leur traitement habituel; quant à l'entéro-colite, elle sera traitée par de grands lavages boriqués, ou mieux faits avec une solution d'hypo-sulfite de soude à 5 pour 1000, par de grands bains frais ou tièdes et par les médications appropriées à l'état typhoïde qui l'accompagne :

pendant ce temps on mettra l'enfant à une diète mitigée (képhir coupé, eau panée, etc.).

3° ENTÉRO-COLITE AIGÜE OU ENTÉRITE FOLLICULAIRE. — Dans la période infectieuse, caractérisée par des accidents fébriles intenses, le traitement est le même que dans les formes précédentes : diète hydrique, purgatifs, lavages de l'estomac et de l'intestin, applications chaudes sur le ventre, enveloppements ouatés des extrémités, bains tièdes ou froids suivant les cas, limonade chlorhydrique. Dans les cas où les selles restent muqueuses ou deviennent purulentes, on aura recours aux lavements d'ipéca (3 grammes en infusion dans 250 grammes d'eau), à des lavements de nitrate d'argent (5 centigrammes pour 100 grammes d'eau). La reprise de l'alimentation devra ici encore être surveillée très rigoureusement.

Les rechutes sont fréquentes dans cette variété d'entérite aiguë : elles se produisent fatalement si l'on reprend l'alimentation trop tôt ou si l'on nourrit l'enfant trop vite; il faut surveiller avec le plus grand soin les garde-robes des enfants et user fréquemment de laxatifs concurremment aux lavages d'intestin, car la constipation est opiniâtre dans cette forme et elle est le plus souvent la cause des rechutes.

Le lait et les œufs sont souvent mal tolérés dans ces cas, on devra rester longtemps sans en faire usage; on nourrira l'enfant de féculents, de képhir et de viande, surtout crue et pulpée, de viande cuite moulignée. Éviter la suralimentation chez les enfants qui sont généralement gloutons.

## II. — ENTÉRITES AIGÜES DE L'ADULTE.

Chez l'adulte, l'entérite aiguë peut survenir au cours d'une santé parfaite, mais le plus souvent elle éclate chez les sujets dont les voies digestives et surtout l'estomac sont altérés dans leur structure ou leur fonctionnement; c'est donc en faisant suivre aux dyspeptiques un traitement approprié qu'on évitera chez eux le développement de l'entérite. Plus que tout autre sujet, le dyspeptique devra éviter les écarts de régime, l'usage des aliments indigestes ou avariés, l'abus des boissons glacées et des fruits, surtout pendant l'été; il devra aussi redouter le contact des malades atteints d'entérite aiguë, cette affection étant contagieuse.

Le traitement curatif variera suivant l'intensité du mal et les indications pourront être différentes suivant les cas; mais, ici comme chez l'enfant, l'idée directrice du traitement sera la suppression du foyer infectieux gastro-intestinal. Nous allons, du reste,

passer en revue les diverses indications que le médecin pourra être appelé à remplir dans les diverses formes que peuvent revêtir les entérites chez l'adulte.

1° GASTRO-ENTÉRITE AIGÜE SIMPLE. — Dans les formes légères de gastro-entérite, celles qui succèdent, par exemple, à un écart de régime ou à l'absorption d'aliments indigestes, la première indication sera de débarrasser l'estomac si la nature ne s'est pas chargée de ce soin par un vomissement. On provoquera un vomissement au moyen d'ipéca ou en titillant la lueite; on pourrait encore pratiquer un lavage de l'estomac. Dans les cas où les vomissements seraient incessants, le lavage de l'estomac est absolument indiqué; le plus souvent, ils cessent après le premier lavage. Le malade est souvent tourmenté par de violentes coliques: il sera bon de recouvrir l'abdomen de serviettes chaudes ou de compresses trempées dans l'eau chaude et recouvertes de taffetas chiffon, ou de cataplasmes. Pour débarrasser l'intestin, on administrera un grand lavement simple ou huileux, et, pour apaiser la soif intense du malade, on lui fera prendre par petites gorgées une infusion légère de thé ou une limonade fraîche; mais le malade ne devra prendre aucune alimentation, ni bouillon, ni lait.

Le lendemain, on administrera, le matin, une purgation saline (eau de Sedlitz, limonade purgative), et, le jour de cette purgation, le malade ne devra prendre encore que du thé léger. Le soir, on commencera à donner des poudres absorbantes, comme du salicylate de bismuth, à la dose de 4 grammes dans les vingt-quatre heures, ou une potion ainsi composée :

Sous-nitrate de bismuth.....	} aa 4 grammes.
Diascordium.....	
Julep gommeux.....	125 —

Par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Dans ces cas légers, la diarrhée s'arrête au bout de vingt-quatre heures. On reprend alors peu à peu l'alimentation en commençant par des aliments liquides, un peu de lait ou du bouillon dégraissé, des potages, des œufs, puis, le lendemain, on permettra du poisson maigre (merlan, etc.), et le malade reprendra, les jours suivants, son alimentation habituelle.

2° DIARRHÉE ESTIVALE. — Cette forme se distingue de la précédente par son étiologie (épidémicité, usage de fruits verts ou de boissons glacées ou d'eau impure) et par sa durée; elle peut devenir

très grave, surtout chez les sujets âgés ou affaiblis, si elle n'est pas soignée énergiquement dès le début.

On devra, dans ces cas, instituer encore tout d'abord la diète hydrique, prescrire des lavages d'estomac et des inhalations d'oxygène s'il y a des vomissements, des lavages d'intestin trois fois dans les vingt-quatre heures, administrer un purgatif le plus vite possible, en donnant la préférence au calomel, à la dose de 50 à 60 centigrammes, seul ou associé à 1 centigramme d'opium brut pour éviter les coliques qu'il pourrait provoquer. Le même jour, on prescrira une limonade lactique à la dose de 15 grammes par litre, avec vingt gouttes de laudanum de Sydenham ou une cuillerée à café d'élixir parégorique, s'il y a des coliques :

Acide lactique.....	15 grammes.
Sirop de coings.....	90 —
Eau distillée.....	q. s. pour 1 litre.

On fera prendre des boissons abondantes, thé léger, grog léger, citronnade, et si l'acide lactique, au bout de vingt-quatre heures, se montrait inefficace ou était mal supporté, on aurait recours aux poudres absorbantes. Le malade devra rester à la diète tant que dureront la fièvre et la diarrhée. La reprise de l'alimentation se fera ici encore d'une façon prudente: lait, œufs, potages, poissons maigres, viandes blanches. Si la diarrhée passait à l'état chronique après la chute de la fièvre, on pourrait avantageusement donner des lavements d'amidon laudanisés, et avoir recours aux antiseptiques intestinaux associés aux absorbants: benzo-naphtol ou salol associé au salicylate de bismuth.

Benzo-naphtol.....	0 <sup>gr</sup> ,50
Salicylate de bismuth.....	1 gramme.

Pour un cachet. — En prendre quatre dans les vingt-quatre heures.

3° ENTÉRITE CHOLÉRIFORME OU CHOLÉRA NOSTRAS. — Le traitement ici est identique à celui du choléra asiatique; il faudra encore avoir recours à la diète hydrique, faire prendre, s'il n'y a pas de vomissements, du thé ou du café froid, du champagne, administrer du calomel à doses filées, faire prendre de l'acide lactique, et pratiquer des lavages de l'intestin plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Contre les phénomènes généraux, on aura recours aux bains chauds, aux enveloppements ouatés, avec piqûres de caféine ou d'éther, aux injections sous-cutanées ou mieux intra-veineuses de sérum artificiel, et, si la maladie a une heureuse issue, on reprendra l'alimentation d'une façon très prudente, car on doit toujours

craindre les rechutes. Si la diarrhée a des tendances à passer à l'état chronique, on aura recours à la médication précédemment décrite.

4° ENTÉRITE DYSENTÉRIFORME. — Elle revêt le masque de la dysentérie et doit être traitée de la même façon. Le traitement devra être rigoureusement observé dès le début, car cette affection est fréquemment mortelle, surtout dans la seconde enfance et chez les vieillards. Il faudra, dès le début des accidents, proscrire toute alimentation et mettre le malade à la diète hydrique; on administrera un purgatif, de préférence du calomel, on recouvrira le ventre de compresses chaudes qu'on renouvellera toutes les deux heures.

Les lavages intestinaux devront être employés largement ici. On a recommandé d'ajouter à l'eau de ces lavages des solutions antiseptiques ou astringentes, telles que sublimé ou acide phénique, iodoforme, naphthaline, acide borique; toutes ces substances me paraissent inutiles ou dangereuses, et nous nous contenterons de la décoction de guimauve ou de lin, à laquelle on peut ajouter quelques gouttes de laudanum de Sydenham. On peut pourtant, quand les selles sont purulentes, employer des lavages au permanganate de potasse à un millième; ils nous ont donné de bons résultats dans plusieurs cas.

Si l'entérite dysentérioriforme menace de devenir chronique, on aura recours à l'ipéca, soit administré par la bouche, suivant la méthode brésilienne, soit donné en lavement, à la dose de 3 grammes infusés dans 250 grammes d'eau; on peut encore, dans ces cas, pour modifier les évacuations alvines, faire prendre plusieurs jours de suite de 4 à 6 grammes de sulfate de soude le matin; les lavements de nitrate d'argent (25 à 50 centigrammes pour 200 grammes d'eau) pourront aussi être utilisés dans ces cas.

Pendant tout le temps que durera la période aiguë, on laissera le malade à la diète hydrique, puis on lui prescrira de l'eau de riz, de l'eau albumineuse, puis du képhir; la viande crue trouvera ensuite son indication; c'est le premier aliment solide qu'on permettra; il faudra, si l'on veut que l'affection ne passe pas à l'état chronique, reprendre l'alimentation avec la plus grande circonspection.

E. THIERCELIN.

## APPENDICITE

Le problème que soulève la question du traitement de l'*appendicite* est un de ceux qui ont, dans ces temps derniers, soulevé les plus vives controverses. Successivement, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie ont consacré de nombreuses séances à cet important sujet, et, si l'accord ne paraît pas encore fait sur tous les points, du moins le débat s'est circonscrit. Dès maintenant, on reconnaît à peu près universellement que la seule thérapeutique rationnelle de l'appendicite, quelles qu'en soient la forme clinique ou la variété anatomique, est l'ablation, *en temps utile*, de l'organe lésé. Toute la discussion git uniquement sur la détermination de ce moment utile où l'opération présentera pour le malade le maximum de chances de succès, en lui faisant courir le minimum de dangers. Sous l'impulsion de la vigoureuse campagne entreprise par M. Dieulafoy, l'intervention précoce systématique a rallié de nombreux partisans. Mais cette formule n'a pas prévalu auprès de tous les chirurgiens: parmi eux, quelques-uns, tout en reconnaissant la nécessité finale de l'opération, ne l'entreprennent qu'en temps opportun, instituent avec rigueur le traitement médical dont ils continuent à admettre la valeur dans la période pré-opératoire. Examinons en détail et discutons ces divers points.

**Indications opératoires.** — Il est hors de doute que les formes les plus variées d'appendicite peuvent guérir par le seul traitement médical. Que vaut cette guérison? Est-elle définitive? Met-elle à l'abri de la récurrence ou en atténue-t-elle la gravité? Nombreux sont les auteurs qui ont essayé de répondre, statistiques en main, à ces questions. En fait, il est impossible de donner des certitudes, même avec des chiffres et des observations. M. Talamon, qui a fait de l'appendicite une étude très spéciale, arrive à cette conclusion que la gravité des récurrences est en raison inverse de la gravité et du nombre des crises antérieures. Or le médecin qui accepterait ce principe s'exposerait à de singulières désillusions. Dans un cas de M. Le Gendre, la perforation ne survint qu'à la dix-septième crise et, malgré l'intervention, se termina par la mort. Il serait aisé de multiplier ces exemples. D'autre part, on professe généralement que toute appendicite terminée par suppuration ne récidive plus. Et cependant il serait facile de citer des faits où la simple incision de l'abcès, préconisée par certains chirurgiens comme suffisante dans

ces cas, n'a pas mis à l'abri d'une rechute, et où il a été nécessaire de rechercher et d'enlever secondairement l'appendicite pour mettre un terme aux accidents. Il suffit de lire, pour s'en convaincre, les comptes rendus de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie et de la Société médicale des hôpitaux.

A notre avis, ces aphorismes, qui ne sont que des approximations de la vérité, sont dangereux au point de vue thérapeutique. Le praticien est toujours porté à généraliser l'opinion du maître qui parle suivant son tempérament. En réalité, tout malade ayant eu une appendicite, même guérie, conserve dans sa fosse iliaque une menace perpétuelle pour sa vie, menace que seule atténue, dans une certaine mesure, une longue période de temps (plusieurs années) écoulée depuis la première crise.

Ceci revient à dire que l'indication opératoire est formelle, même après une seule crise, si légère qu'elle ait été. *Tout appendice qui a été enflammé, ne fût-ce qu'une fois, doit être enlevé.* Sur ce point, les chirurgiens sont à peu près unanimes et, parmi les médecins, le nombre de ceux qui se rangent à cet avis s'accroît tous les jours. Les accoucheurs eux-mêmes professent que toute appendicite reconnue pendant la grossesse commande l'intervention (Pinard).

On comprend, dans ces conditions, l'importance d'un diagnostic exact. Par ces temps d'obsession appendicitaire, on a enlevé des appendices qui n'étaient pas en cause, et nous-même avons publié un exemple remarquable d'une erreur de ce genre. Sans vouloir ici aborder cette question de diagnostic, à propos du traitement, disons cependant que la triade symptomatique du professeur Dieulafoy : douleur au point de Mac Burney, défense musculaire, hyperesthésie cutanée, permet d'affirmer, avec certitude, l'existence de l'appendicite.

Le praticien a donc pour premier devoir d'établir son diagnostic sur des bases indiscutables, et pour second — nous parlons, bien entendu, des cas où l'intervention n'aurait pas été faite au cours des accidents aigus — d'avertir son malade (ou l'entourage) des dangers qui le menacent, même après une seule crise, et cela afin que l'intéressé, comme on l'a dit très justement, ait aussi sa part de responsabilité dans la décision à intervenir.

Donc jusqu'ici l'accord est possible, et il l'est d'autant plus aisément que presque tout le monde convient que la résection de l'appendice à froid est une opération sans gravité : nombreux sont les chirurgiens qui ont des séries vierges de décès.

*Moment de l'intervention.* — Mais c'est précisément la sécurité de cette opération à froid (Roux, de Lausanne), opposée à l'aléa de

l'intervention à chaud, qui divise l'opinion médico-chirurgicale sur le choix du moment où il faut intervenir. Les uns soutiennent que toute appendicite reconnue commande l'opération immédiate, les autres estiment qu'il est préférable, dans l'immense majorité des cas, d'instituer un traitement médical rigoureux qui permettra d'attendre avec sécurité la régression des symptômes et, consécutivement, d'opérer avec le maximum des garanties de succès. Examinons les arguments des interventionnistes radicaux et ceux des temporisateurs.

a) Les radicaux (Dieulafoy) disent : Dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, *aucun signe* ne permet, en présence d'une appendicite, d'en prévoir l'évolution. Aboutira-t-elle au sphacèle et à la perforation? Sera-t-elle le point de départ d'une de ces péritonites septiques dont la guérison est au-dessus des ressources de la chirurgie? Ou bien l'appendice lésé s'entourera-t-il de ces adhérences protectrices, de ce *plastron iliaque* dont la formation est saluée par certains comme un indice de bénignité? Dans le doute, est-on autorisé en s'abstenant à laisser ses malades en proie à cette toxoinfection dont on connaît les redoutables effets? D'autre part, si vous temporez, quel sera le criterium de l'opportunité de l'intervention? Est-ce la marche de la température? le pouls? le facies? l'aggravation des douleurs? la rigidité et le ballonnement du ventre? les vomissements? Mais on a vu des appendicites mortelles avec une température voisine de la normale, un ventre souple, un facies excellent, peu de douleurs, pas de vomissements, plus rarement un pouls au-dessous de 100 pulsations; on a vu, après un début à grand tapage, les symptômes s'amender et au cours d'une accalmie traitresse (Dieulafoy) la perforation se produire. Que peut, dans ces conditions, le traitement médical, puisque, au « premier signal douloureux qui nous révèle l'entrée en scène de l'appendicite, le mal est déjà fait..., la toxoinfection a commencé ses ravages et nul ne sait où ils s'arrêteront » (Dieulafoy)?

Donc ne vous attardez pas au traitement médical qui ne peut rien et faites opérer en temps voulu vos malades, pour les empêcher plus sûrement de mourir, c'est-à-dire toujours aussitôt que la maladie est reconnue avec certitude.

Quant à la gravité de l'opération systématiquement précoce, les faits sont encore trop peu nombreux pour l'apprécier définitivement, mais ils le sont assez pour rassurer ceux qu'effrayerait une formule aussi radicale. Le succès peut être considéré comme certain lorsqu'on opère dans les premières heures qui suivent le début des accidents. Ceux qui ont pu intervenir dans ces conditions (Tuffier, Routier, Chaput, Hartmann, Peyrot, Segond, etc.) ont été frappés de la

simplicité de l'opération et se sont félicités de leur décision devant les lésions que déjà, au bout de quelques heures, ils rencontraient.

b) A cette argumentation, les temporisateurs répondent : L'ablation de l'appendice dans les premières heures du début des accidents est, en effet, peut-être le traitement « idéal » de l'appendicite, mais, en fait, il est rarement appliqué. Déjà, lorsque les premières heures se sont écoulées, l'opération devient plus dangereuse et fait courir au malade un risque plus grand que l'expectation, celui d'étendre à la totalité du péritoine l'infection jusque-là localisée à la région péri-appendiculaire. Comme le dit M. Dieulafoy, à ce moment le mal est fait, mais aussi la défense organisée. C'est à l'organisation de cette défense que coopère le traitement médical. Il facilite la formation des adhérences, diminue l'afflux sanguin, s'oppose à la résorption des toxines, relève les forces du malade et lui permet de surmonter cette sorte d'inhibition générale, cet état de choc (Treves) qui accompagne la crise d'appendicite aiguë. D'autre part, l'exacte surveillance du malade est moins illusoire que ne le pense M. Dieulafoy. S'il est délicat de suivre l'évolution de l'appendicite, il n'est pas impossible de se mettre à l'abri des surprises que préparent ces fausses accalmies dont il faut rendre grâce à l'éminent professeur de nous avoir signalé les dangers. Il existe, en effet, *toujours* dans ces cas une *discordance* entre un des symptômes et les autres symptômes, la lecture des observations suffit à s'en convaincre. C'est tantôt la dissociation du pouls et de la température (pouls, 110; température, 37 degrés), si bien mise en lumière par M. Jalaguier; tantôt une disproportion entre les phénomènes généraux (facies grippé, pouls petit, température élevée) et l'état local de l'abdomen (souple et indolore); tantôt encore un facies bon, peu de douleurs, pas de vomissements et un pouls rapide; tantôt enfin l'aggravation progressive de la douleur appendiculaire, la persistance des vomissements et de la suppression des gaz, avec un pouls normal et une température peu élevée. Ces modifications de l'aspect clinique habituel ne trompent guère le chirurgien temporisateur et suffisent à le transformer à bon escient en un interventionniste déterminé. Mais le plus souvent il a la satisfaction d'assister à la guérison de son malade et il la rend alors définitive, à l'heure qu'il a choisie, avec la certitude d'avoir réduit au minimum les dangers de l'intervention. C'est en suivant cette conduite que MM. Brun, Jalaguier, A. Broca ont vu s'abaisser le pourcentage général de la mortalité des appendicites.

Cette discussion ne vise pas les cas où la péritonite est déclarée et où il y a une collection purulente évidente. Tous les chirurgiens sont alors résolument interventionnistes. Et néanmoins on a pu entendre, au dernier Congrès français de chirurgie, Roux (de Lau-

sanne), dont on connaît l'expérience en la matière, affirmer la nécessité de retarder de quelques heures la laparotomie, pour permettre précisément au malade de se relever du choc abdominal où il est plongé et d'augmenter ainsi ses chances de guérison.

**Traitement médical.** — En principe donc, le traitement médical le plus rigoureux doit être institué dès que l'appendicite est reconnue, et cela *dans tous les cas*, car il prépare le traitement chirurgical, en assure l'efficacité et quelquefois suffit à lui seul à amener la guérison. On sait, d'après ce qui précède, ce qu'il faut entendre par cette guérison, *qui constitue l'indication opératoire idéale*.

Les bases de ce traitement ont été établies par M. Jalaguier avec la plus grande précision. Il se résume dans les trois points suivants : *immobilité complète, glace en permanence sur le ventre et diète absolue*.

L'immobilité au lit est la première règle; mais elle ne suffit pas à assurer l'immobilité de l'intestin. Il faut éviter d'introduire quoi que ce soit dans le tube digestif, même du lait. Si la soif est trop vive, à peine tolérera-t-on une ou deux cuillerées à café d'eau de Vichy toutes les deux heures. Le mieux est de ne rien donner du tout et de se contenter de faire laver fréquemment la bouche à l'eau de Vichy.

Dans le même ordre d'idées, on s'abstiendra rigoureusement de tout purgatif ou lavement. Quelques médecins, chaque jour plus rares, n'ont pas encore renoncé à cette détestable pratique et, récemment, on a pu voir l'un d'eux la préconiser encore à la tribune de l'Académie de médecine. Or le praticien doit être dûment averti — et cela se déduit aisément des considérations qui précèdent — qu'il s'expose, par un purgatif inopportun, à entraîner la perforation, et, si elle est déjà faite, à favoriser « la fuite des liquides intestinaux » et la dissémination dans tout le péritoine des matières septiques épanchées autour de l'appendice.

Donc, quels que soient les phénomènes d'obstruction — et ils sont pour ainsi dire la règle dans l'attaque d'appendicite — on doit s'abstenir, comme du reste dans l'occlusion vraie, mais avec encore plus de rigueur, de tout purgatif et de tout lavement. Le lavement électrique doit être surtout écarté; et c'est pourquoi il importe de faire un diagnostic exact.

L'immobilité de l'intestin est encore obtenue par l'administration de l'opium<sup>1</sup>. On le prescrit sous forme d'extrait thébaïque en pilules

1. M. Talamon est opposé à l'opium qu'il accuse, en paralysant la tonicité nerveuse et l'activité cellulaire, de laisser le champ libre à l'invasion microbienne et dès

de 1 centigramme toutes les deux heures, et l'on peut aller jusqu'à 15 ou 20 centigrammes chez l'adulte, 5 centigrammes chez l'enfant de cinq ans, 10 centigrammes à dix ans (Jalaguier). Pour notre part nous préférons presque toujours l'injection de morphine, qui peut être répétée à la dose de 1 centigramme toutes les cinq ou six heures et qui nous paraît mieux immobiliser le malade et son intestin. Nous proscrivons toutes les associations avec l'atropine (toujours), la strychnine, la caféine, etc., sauf le cas où la péritonite est déclarée. Il peut alors être indiqué d'utiliser les propriétés stimulantes de l'un de ces alcaloïdes.

La glace est appliquée en permanence au moyen de vessies couvrant non seulement la région appendiculaire, mais tout l'abdomen. Ainsi l'on combat le péritonisme et l'on prévient ou l'on retarde l'infection de la séreuse.

A ces moyens il convient d'ajouter les injections de sérum artificiel (150 à 200 grammes et plus matin et soir) (Jalaguier). On calme ainsi la soif des malades, on relève leurs forces et l'on favorise l'élimination de ces redoutables toxines élaborées au niveau de la cavité appendiculaire. Ces injections sont obligatoires dans tous les cas où la péritonite est déclarée, *avant* et *après* l'intervention : on peut donner jusqu'à 1500 et 2000 grammes de sérum par vingt-quatre heures par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse.

Nous repoussons les émissions sanguines locales (sangsues) recommandées par M. Talamon. Elles peuvent soulager le malade, mais ne suffisent point à le guérir et elles présentent le danger de compromettre le succès de l'intervention chirurgicale. Les mêmes raisons s'opposent avec plus de force à l'emploi de vésicatoires, de pommades, etc.

Telle est la seule thérapeutique rationnelle à mettre en œuvre dans tous les cas d'appendicite, quelles qu'en soient la forme, la variété ou l'intensité. C'est aussi, comme le dit M. Jalaguier, un traitement d'épreuve sur l'efficacité duquel on est généralement fixé en quelques heures. La marche progressive des symptômes exige l'intervention chirurgicale, pour le succès de laquelle, ainsi que nous l'avons dit, il n'y a pas eu de temps perdu. Leur régression, et leur régression

lors de favoriser plutôt que d'enrayer la péritonite; même dans les formes bénignes, l'opium, en ajoutant aux symptômes la constipation, augmente le tympanisme. Pour ces raisons, il préfère l'injection de morphine qui, d'après lui, n'aurait pas ces inconvénients.

Ces critiques de l'action des opiacés dans l'appendicite sont en contradiction avec les faits. Au surplus le but principal de la médication est de modérer le péristaltisme. Or la physiologie et la clinique démontrent que ce résultat est réellement atteint par l'opium. En fait, l'immobilisation de l'intestin est le seul moyen de circonscrire l'infection. Les reproches de M. Talamon ne nous paraissent donc pas fondés.

vraie, sans cette discordance symptomatique qui est le signe constant des accalmies trompeuses, permet d'attendre le moment favorable pour enlever l'appendice à froid.

C'est en effet ainsi que, dans l'immense majorité des cas, la maladie évolue. Mais, le premier danger écarté, il ne faut pas se départir d'un traitement rigoureux. La glace sera continuée jusqu'au moment où toute sensibilité à la pression aura définitivement disparu de la fosse iliaque droite : huit, dix, quelquefois quinze jours et plus sont nécessaires pour aboutir à ce résultat. L'opium, dont la dose aura pu être diminuée, ne sera suspendu que quarante-huit heures au moins après le retour à la normale du pouls et de la température : température, 36°,8; pouls, 70.

Quant à la diète, on ne se relâchera de sa rigueur que très lentement et seulement après que la défervescence aura été obtenue; ce précepte vise également la diminution du nombre des pulsations au-dessous de 90. La question la plus délicate est celle du purgatif. En général, il convient d'attendre : 1° que le malade ait déjà rendu des gaz spontanément, ce qui arrive presque toujours du troisième au cinquième jour; 2° que quarante-huit heures se soient écoulées depuis la fin de la crise, marquée comme il a été dit par le retour à la normale du pouls et de la température. Le purgatif de choix est l'huile de ricin, à la dose de 15 à 20 grammes, administrée dans de la bière ou du jus d'orange. Deux heures après, il est favorable de donner un lavement de 300 grammes avec 30 grammes de glycérine et 60 grammes d'huile d'amandes douces. Ce purgatif peut être répété tous les cinq ou six jours : entre temps, l'évacuation régulière sera obtenue par un lavement ou un suppositoire glycéro-glycériné.

L'alimentation est en général reprise vers le dixième jour. Le lait, donné en quantité lentement croissante, en fait d'abord tous les frais. Puis on y ajoute un ou deux œufs, plus tard des purées de légumes secs (haricots, lentilles) passées avec soin au tamis fin. On attendra le quinzième jour pour ajouter à ce régime un peu de viande fraîche très cuite et soigneusement pulpée, quelques panades, de la compote de pommes.

Il est très favorable que le malade reste à ce régime et garde le lit jusqu'à l'opération. Celle-ci est généralement fixée quarante ou cinquante jours après la crise. S'il n'y a eu qu'une attaque bénigne ou même violente et très courte, sans *plastron*, quatre semaines d'attente peuvent suffire. Quant à la convalescence de l'intervention, elle est de trois semaines en chiffres ronds.

On le voit donc, c'est une maladie longue, pour le traitement de laquelle le médecin doit faire provision de fermeté et le malade de patience, si l'on veut de part et d'autre aboutir à la guérison.