

La PÉRITONITE PURULENTE GÉNÉRALISÉE d'origine appendiculaire est plus souvent méconnue, et lorsque les symptômes qui la caractérisent apparaissent brusquement, c'est souvent à l'étranglement interne que l'on pense tout d'abord. Ransohoff, Hartley, Peyrot ont publié des observations où cette confusion avait été commise et Nélaton, en 1897, a insisté sur ce point. Peut-on, comme on l'a dit, se baser sur les arguments fournis par le thermomètre pour faire le diagnostic et faut-il ne diagnostiquer l'étranglement que dans les cas où la température reste normale ou s'abaisse? On se trouvera mieux de tenir compte des renseignements fournis par la palpation et de rechercher avec soin comme indice d'appendicite la douleur de la fosse iliaque droite, qui, même en cas de péritonite généralisée, est en ce point plus marquée que partout ailleurs.

Généralement dans l'occlusion le ballonnement est irrégulier. Le toucher vaginal ou rectal provoque toujours des douleurs dans l'appendicite qu'on ne trouve pas dans l'occlusion intestinale. L'hyperesthésie cutanée localisée à la fosse iliaque droite est encore un bon signe d'appendicite.

C'est encore cette localisation de la douleur qui, en présence d'une péritonite généralisée manifeste, pourra permettre de la rapporter à sa véritable cause, et de distinguer la péritonite appendiculaire de la péritonite par perforation de l'estomac ou du duodénum (Hartmann, Walther), par rupture des voies biliaires (Faure), par rupture de salpingite purulente (Nusham, 1899). L'un de nous est intervenu deux fois dans ce cas. La seconde fois l'intégrité relative de l'appendice l'engagea à chercher du côté de la trompe; la cause du mal fut reconnue, la malade guérit. Le toucher vaginal n'avait pas indiqué la lésion. La distinction est dans ces cas toujours difficile, quelquefois même impossible, mais, toutes les fois que chez l'enfant on se trouvera en présence d'une péritonite par perforation, il faudra songer de préférence à l'appendicite, car ainsi que Leudet l'avait déjà indiqué en 1859, les perforations de l'appendice sont à elles seules beaucoup plus communes que toutes les autres perforations du tube digestif.

Nous avons vu que la PÉRITONITE SEPTIQUE APPENDICULAIRE était assez souvent méconnue à son début : c'est à une simple indigestion, à un embarras gastrique, à un début de fièvre typhoïde que l'on pense tout d'abord, et seule la palpation du ventre pourra là encore faire le diagnostic en réveillant au point précis la douleur caractéristique qui dans ces cas devra être recherchée avec d'autant plus d'attention qu'elle est souvent à peine marquée. Dans ces cas on pense à un empoisonnement.

APPENDICITE CHRONIQUE. — Le diagnostic de l'appendicite chronique est facile si on trouve dans les antécédents des crises nettes d'appendicite, mais dans les formes chroniques d'emblée l'hésitation est longue. Une discussion à la Société médicale des hôpitaux (déc. 1905) nous a apporté des éléments de diagnostic. A la Société de Chirurgie, à la suite d'une communication de Guinard (1904), de nombreuses causes d'erreurs ont été rapportées.

Dans les dyspepsies qui sont en rapport avec les altérations primitives

de l'estomac, celles qu'on voit chez les alcooliques par exemple, les troubles digestifs se reproduisent assez régulièrement d'une manière à peu près continue, tandis que la dyspepsie appendiculaire est irrégulière, intermittente (Siredey).

L'entéro-colite pourrait être prise pour l'appendicite, mais les douleurs siègent au niveau de l'ombilic, leurs irradiations sont plutôt transversales; le plus souvent elles se montrent avant les garde-robes et elles sont suivies de membranes plus ou moins abondantes. Mais il ne faut pas oublier que l'entéro-colite coexiste souvent avec l'appendicite. Dès qu'il y a des douleurs au point de Mac Burney, on doit dire appendicite.

Une erreur fréquente est de considérer ces malades comme de simples névropathes. On ne tient pas compte de leurs plaintes; au bout de quelque temps on cesse de les examiner. Or, si l'hydrothérapie, qu'on leur conseille habituellement, n'est pas dangereuse, il n'en est pas de même du massage et de l'électrisation, dont l'effet sur l'intestin peut être nuisible (Siredey). Des observations de Walther, Picqué sont particulièrement intéressantes, car elles montrent que l'ablation de l'appendice peut faire disparaître un véritable état vésanique.

On pense souvent à la néphroptose, car la tuméfaction rappelle grossièrement celle du rein mobile. Pour Edebohls, dans 60 pour 100 des cas il y a association des deux maladies et le rein mobile n'attirerait l'attention que lorsqu'il s'accompagnerait d'appendicite chronique. Mais dans la néphroptose les douleurs sont continues et n'ont pas un maximum au point de Mac Burney.

L'appendicite chronique est quelquefois prise pour une péritonite tuberculeuse, et souvent quand les lésions sont localisées à la région ilio-cæcale les symptômes sont identiques. Si l'examen attentif du siège précis de la douleur, des caractères de la tuméfaction ne lève pas les doutes, il faut faire une laparotomie exploratrice.

Le cancer primitif de l'appendice rappelle en tous points l'appendicite chronique, et l'erreur de diagnostic est fatale. — Kelly (1900) sur 610 appendices trouva 4 fois un épithélioma tubulé. Moris (1899), Gooffe (1901) observèrent cette lésion. Letulle (th. Giscard, 1900) dans un cas pensa que le cancer était venu compliquer l'appendicite chronique. Lejars (1905) reconnut la lésion au cours de l'opération par la dureté de l'appendice. Ce cancer s'observerait à un âge peu avancé (un cas à 12 ans), la généralisation serait rapide.

Pronostic. — Nous ne saurions trop protester contre l'affirmation de Dieulafoy : « On ne meurt pas d'appendicite... On ne doit pas mourir d'appendicite. » Sans doute l'intervention chirurgicale peut souvent atténuer la gravité du mal. L'appendicite n'en reste pas moins une maladie redoutable dont le pronostic doit toujours être réservé. Malgré tout ce qui a été écrit on ne saurait rien affirmer de précis au sujet de la gravité générale de l'appendicite, les documents qui pourraient servir à l'établir étant absolument contradictoires. A consulter certaines statistiques médicales, on serait

porté à la considérer comme extrêmement bénigne; les chirurgiens sont plus pessimistes¹.

Comme l'a écrit autrefois Berger, les chirurgiens ne voient que les cas graves et ne peuvent fournir de renseignements précis sur le nombre relatif des appendicites bénignes et des appendicites graves; inversement les médecins ont à soigner surtout les appendicites légères ou de moyenne intensité qui se terminent en effet souvent par la guérison, et leurs relevés pèchent certainement par l'omission des péritonites généralisées, si habituellement mortelles. De plus, comme le fait remarquer Reclus, un malade est souvent soigné pour plusieurs crises d'appendicite avant qu'une dernière attaque ne cause sa mort.

Il importe de faire remarquer que ces statistiques globales ne peuvent servir d'arguments contre telle ou telle méthode thérapeutique; car elles renferment des cas pour lesquels l'opérateur est appelé très tard et ne peut prendre la responsabilité de la mort d'un malade qu'il n'a pas soigné.

Il nous semble que le nombre des malades conduits mourants à l'hôpital tend à être moins considérable. Nous attribuons ce fait à ce que les médecins connaissent mieux le début de l'appendicite et savent mieux le soigner.

Ce qu'on peut affirmer sans crainte d'être contredit, c'est en somme la gravité excessive de la péritonite appendiculaire généralisée, purulente ou septique, la bénignité relative au contraire de l'appendicite simple ou compliquée de péritonite enkystée; il resterait à connaître la fréquence relative de chacune de ces formes, il est impossible d'être affirmatif sur une question aussi délicate. Nous serions portés à croire que le nombre des appendicites graves d'emblée serait d'environ 5 pour 100, c'est la statistique de la mortalité pour les cas que Jalaguier a soignés dès le début. Il importe de ne pas perdre de vue que c'est dans l'enfance que l'on observe le plus souvent les formes suraiguës et aiguës. Ce qui montre bien, d'autre part, que le pronostic de l'appendicite ne saurait être en tous les cas trop réservé, c'est l'impossibilité où l'on se trouve le plus souvent, en présence d'un cas déterminé, de préciser d'une façon certaine son évolution ultérieure. L'appendicite enkystée la mieux caractérisée, celle qui semble le plus normalement marcher vers la résolution, peut rapidement entraîner la mort par péritonite généralisée, hépatite toxique, embolie pulmonaire. Ce sont des complications rares, il est vrai, mais elles peuvent se produire sans qu'aucun signe spécial soit de nature à les faire prévoir.

⁽¹⁾ Gutmann, relevant tous les cas de péritonite traités à l'hôpital Moabit de 1879 à 1890, en compte 96 avec 5 seulement terminés par la mort, et encore, parmi ces 5 cas mortels, il y avait des cas de tuberculose et de cancer. — Fürbringer en 4 ans a traité 120 cas de péritonite; il a eu 78 pour 100 de guérisons, 12 pour 100 d'améliorations et 10 pour 100 de morts. — D'après Renvers, sur 2000 cas observés en 6 ans dans l'armée allemande, la guérison aurait été obtenue sans opération dans 95 pour 100 des cas. — Galliard, réunissant les statistiques publiées par Gutmann, Hollander, Fürbringer, Fowler, Baring, Revilliod, Curschmann et Renvers, arrive à la proportion de 95,21 pour 100 de guérisons.

Cette appréciation si favorable répond mal à ce que nous voyons dans les services de chirurgie. Dans la thèse de Mlle Gordon, qui contient les observations recueillies à l'hôpital Trousseau dans le service de Lannelongue suppléé par Broca, nous trouvons, sur 77 cas, 52 guérisons et 25 morts; sur 45 cas que Brun a observés à l'hôpital des Enfants en 1895 et 1896, il a eu 52 guérisons et 15 morts. La discussion de 1902 à la Société de Chirurgie a fourni des chiffres intéressants. La mortalité globale pour Villar est de 22 pour 100, pour Poirier 19 pour 100, pour Broca 12 pour 100, pour Routier 7 pour 100, pour Jalaguier 5 pour 100. Depuis 1897 jusqu'en juillet 1905 nous avons vu à l'hôpital des Enfants 195 appendicites, 15 sont morts.

Sans extension au péritoine général, la péritonite enkystée peut par elle-même, dans sa forme isidieuse, aboutir à la mort par cachexie lente, et c'est alors que l'on voit se produire les complications viscérales telles que la pyléphlébite, les abcès du foie ou de la rate.

Il n'est pas jusqu'à l'appendicite simple qui ne laisse après elle l'incertitude la plus inquiétante. Nous en savons la récurrence fréquente: dans 15 pour 100 des cas d'après Fitz, dans 25 pour 100 d'après Kraft, dans 22 pour 100 d'après Richardson, et non seulement nous sommes incapables de distinguer les cas dans lesquels la récurrence a des chances de se produire, mais nous ne pouvons également prévoir, dans le cas où la récurrence se produira, si la seconde crise sera bénigne comme la première ou si elle n'évoluera pas dans le sens de la péritonite généralisée. Comme l'a écrit Roux, « le professionnel de l'appendicite garde dans son tissu adénoïde, dans les cicatrices résiduelles péri-appendiculaires ou pariétales, tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle péritonite à l'occasion de toutes les hyperémies physiologiques, indigestions, refroidissements, menstruation, etc. ». Une semblable menace, qui n'est que trop réelle, ne plaide guère en faveur de la bénignité de l'appendicite; elle constitue l'argument le plus puissant en faveur de la résection appendiculaire.

La résection à froid de l'appendice n'est elle-même pas exempte de tout danger, la mortalité est d'environ 1 pour 100.

Indication opératoire. — Dans son importante communication du mois de mars 1896 à l'Académie de médecine, Dieulafoy a fait, au sujet du traitement de l'appendicite, une déclaration de principes des plus catégoriques. « Il n'existe pas, a-t-il dit, de traitement médical de l'appendicite; le traitement médical n'est bon qu'à faire perdre un temps précieux; le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel, il est le seul qui mette à l'abri des accidents immédiats et des accidents éloignés; il est le seul qui prévienne les rechutes et leurs conséquences. » Poirier, en 1902, disait à la Société de chirurgie: « Sous toutes ses formes, à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible. » Bien qu'en matière d'appendicite je sois un partisan convaincu de l'intervention et de l'intervention rapide, je ne crois pas cependant qu'on puisse résumer toute la discussion relative au traitement de cette affection en une formule aussi concise (Brun)¹.

I. — Il est des cas où l'indication est formelle et l'hésitation impardonnable, c'est lorsqu'il existe une PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE, l'intervention chirurgicale s'impose et le traitement médical ne peut être que secondaire.

Je ne saurais m'arrêter longuement sur les indications opératoires dans les péritonites appendiculaires généralisées. Je me bornerai à faire remarquer que c'est dans les cas seulement où l'intervention sera précoce qu'elle pourra être suivie de succès. Je crois avec la plupart des chirurgiens que, dans ces cas, la seule chance de salut réside dans une laparotomie médiane

⁽¹⁾ Je transcris presque intégralement ce chapitre que M. Brun écrivait en 1896. Ce qu'il a vu depuis l'a affermi dans sa manière d'agir, les discussions n'ont pas modifié ses idées. Pendant les 5 années que j'ai passées auprès de lui il m'a pleinement convaincu. Sa règle de conduite sera la mienne. — V. V.

suivie du lavage et de la toilette aussi complète que possible de la cavité péritonéale.

L'intervention, il faut bien l'avouer, n'est que rarement efficace : elle ne l'est jamais, je crois, lorsqu'on se trouve aux prises avec cette forme spéciale d'appendicite qui, dès son début, s'accompagne de péritonite septique. La mort est dans ces cas si inexorablement fatale que l'utilité de l'intervention pourrait être sérieusement mise en doute s'il ne fallait compter avec une erreur possible de diagnostic; j'en ai eu récemment un exemple. Chez une fillette qui présentait tous les signes de la septicémie péritonéale (teint plombé, pouls ultra-rapide, température peu élevée, souplesse du ventre), j'ai trouvé, non enkysté, du reste, un pus lactescent, très différent du bouillon sale que je m'attendais à rencontrer. La résection de l'appendice gangrené et le drainage du péritoine m'ont permis d'obtenir une guérison dans un cas, qui, cliniquement, et après analyse attentive, m'avait paru désespéré.

II. — S'agit-il, au contraire, d'une APPENDICITE SIMPLE, d'une crise appendiculaire dont la durée est éphémère et sur la nature de laquelle il est tout à fait exceptionnel que l'on puisse se méprendre, c'est au *traitement médical* qu'il faut avoir recours sans hésitation, et l'extirpation de l'appendice ne devra être discutée que la crise terminée, à titre préventif.

On doit alors se proposer d'immobiliser l'intestin afin de favoriser la formation des adhérences. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue de ne prescrire ni purgatifs ni lavements, quel que soit le degré de constipation, leur emploi intempestif n'étant que trop souvent la cause de la perforation de l'appendice ou de l'extension de la péritonite primitivement enkystée. Le danger des purgatifs semble reconnu aujourd'hui par tous ceux qui ont eu à soigner beaucoup d'appendicites (Moizard, Le Gendre, Routier, Jalaguier, etc.).

Pour favoriser le développement des adhérences protectrices et limiter autant que possible le foyer infectieux, ce qu'il faut avant tout chercher à obtenir, c'est l'immobilisation absolue de l'intestin. On y arrive en soumettant les malades à une immobilité complète, à une diète sévère, et en leur faisant prendre de l'opium à doses proportionnées à leur âge. L'utilité de la diète se fait d'autant plus rigoureusement sentir que les vomissements sont plus fréquents.

L'effet de cette médication rigoureusement appliquée est souvent très rapide et son efficacité se traduit par un abaissement de la température et du pouls, par la diminution ou la suppression complète des vomissements, par l'atténuation de la douleur locale. Elle sera dans ce cas continuée avec la même sévérité jusqu'à disparition complète de la fièvre et de la sensibilité; c'est seulement alors et quelquefois après 8 ou 10 jours que l'on pourra sans danger provoquer une évacuation du tube intestinal et revenir à l'alimentation.

III. — Restent les cas les plus nombreux d'APPENDICITE AVEC PÉRI-APPENDICITE ENKYSTÉE au sujet desquels, malgré des discussions multiples et des concessions réciproques, l'accord est loin d'être fait entre médecins et chirurgiens. S'appuyant sur ce fait indéniable que la guérison spontanée est

fréquente et la terminaison fatale relativement exceptionnelle, les médecins préconisent contre elles le traitement médical, l'expectation. Les statistiques semblent, à première vue, leur donner raison et hypnotisés par elles ils oublient volontiers les observations trop nombreuses de malades atteints de pérityphlite localisée marchant normalement vers la résolution qui, brusquement, ont succombé à une péritonite généralisée par rupture de la poche; ils oublient aussi que l'appendicite enkystée à foyer primitivement unique peut, quand elle se prolonge, se compliquer de foyers secondaires difficiles à reconnaître et dont la présence a été trop souvent la cause d'insuccès lors d'interventions trop tardives; ils oublient encore que l'appendicite enkystée subaiguë, sans bruit, insidieusement aboutit trop souvent à des lésions cœcales secondaires qui se traduisent, en cas de survie, par l'établissement d'un anus contre nature ou de fistules pyo-stercorales difficiles à guérir quand elles n'entraînent pas la mort par pyléphlébite et par suppuration du foie.

C'est la crainte de ces différentes complications et la conviction absolue que, dans la majeure partie des cas où elles se sont montrées, une intervention rapide eût permis de les éviter, qui m'ont rendu de plus en plus circonspect au sujet du traitement médical de l'appendicite enkystée. J'y ai recours cependant et j'en ai bien souvent vérifié la valeur, mais je ne m'y attarde jamais très longtemps.

Voici en peu de mots comment j'ai coutume de procéder. Quand je vois un malade chez lequel le diagnostic d'appendicite enkystée me paraît non pas probable mais certain, si les accidents n'offrent en eux-mêmes aucun caractère menaçant, j'essaie du traitement médical. Si après 24 heures je constate une amélioration, si légère soit-elle (diminution de la douleur, abaissement de la température, meilleure tenue du pouls), je continue à temporiser¹; mais si la température n'a subi aucun changement, si la douleur reste très vive, si le pouls demeure fréquent, et, à plus forte raison, si une aggravation est survenue, je ne prolonge pas davantage ma tentative de traitement médical, je procède à l'opération. Dans les cas douteux où la rémission n'est pas franche, il faut intervenir. Une semblable manière de faire a peut-être l'inconvénient de soumettre quelquefois à l'opération des malades qui auraient pu guérir spontanément; j'ai la ferme conviction qu'elle a plus souvent encore l'avantage de parer à des désastres. Ce qu'il faut savoir, du reste, c'est que dans les cas où elle s'adresse à une pérityphlite nettement enkystée, à une appendicite à tumeur, l'intervention chirurgicale est le plus souvent favorable. Je n'ai pour ma part jamais vu survenir d'accident en pareil cas et j'ai pourtant, comme je le dirai plus loin, l'habitude de rechercher longuement l'appendice et de l'enlever presque toujours.

Un autre point qu'il importe de bien mettre en évidence, car il est de nature à justifier l'intervention, c'est que, quelque précoce que soit l'opération, toujours on tombe sur du pus. Roux, Reclus ont depuis longtemps insisté sur ce point et j'ai moi-même bien souvent constaté et fait constater à ceux qui m'assistaient que les lésions que l'on rencontre sont, dans la très

(¹) L'étude hématologique peut, dans ces cas, être d'un précieux secours (voyez page 458).

grande majorité des cas, plus avancées et plus étendues que ne pouvait le laisser croire l'analyse attentive des phénomènes cliniques.

Faut-il, oui ou non, rechercher l'appendice? L'ouverture simple de l'abcès est évidemment dans bien des cas suivie de guérison complète; il n'en est pas moins vrai que les observations ne sont pas rares où une fistule longtemps persistante a nécessité une intervention secondaire et n'a guéri qu'après résection de l'appendice. Deux fois déjà j'ai dû intervenir dans ces conditions et les appendices que j'ai ainsi extirpés présentaient des lésions qui, très certainement, n'auraient jamais guéri spontanément; c'est pour cela que, toutes les fois que je le puis, je cherche, dès ma première intervention, à enlever l'appendice, ne craignant pas de fouiller, pour le découvrir, les fausses membranes épaisses, qui le plus souvent l'entourent; je n'ai du fait de ces manœuvres jamais observé aucun accident. Que j'aie ou non réussi dans ma tentative, je m'abstiens dans ces cas toujours de lavages, je craindrais, en y ayant recours, d'inoculer le péritoine, jusque-là intact.

Il n'est que juste pourtant de faire remarquer que l'opération pratiquée en pleine crise laisse assez souvent à sa suite une éventration plus ou moins considérable de la paroi¹, mais la crainte de cet accident, auquel il est d'ailleurs plus tard facile de remédier, ne saurait à elle seule faire pencher la balance du côté de la temporisation quand même. Que l'idéal soit, ainsi qu'on l'a dit, d'attendre la disparition des phénomènes inflammatoires pour intervenir plus tard radicalement, c'est-à-dire pratiquer la résection de l'appendice pendant la période d'accalmie, je n'en disconviens pas, mais tout compte fait, et en ne considérant, bien entendu, que les appendicites enkystées, je crois que le chirurgien qui se conformera aux indications que j'ai cherché à préciser obtiendra un chiffre de succès plus élevé qu'en temporisant et en s'acharnant à aboutir à la résolution par le traitement médical.

IV. — La RÉSECTION A FROID DE L'APPENDICE s'impose en dehors des crises. Préconisée par Treves en 1887, cette opération a depuis fait ses preuves, et si, dans certains cas, la recherche de l'organe a été difficile et quelquefois même sans résultat, il n'en est pas moins établi que, pratiquée avec toutes les précautions désirables, elle n'est que très exceptionnellement suivie d'accidents. Bull, de New-York, a publié en 1874 une statistique de 450 résections avec 8 morts, soit 1,77 pour 100 de mortalité. Roux, sur une série de 95 cas d'appendicites opérées à froid, n'a perdu qu'un seul opéré qui succomba à une embolie avec une plaie guérie par première intention; aussi a-t-il pu écrire: « C'est une opération idéale, assez facile, elle supprime l'épée de Damoclès, toute chance de récurrence et elle n'affaiblit point la paroi abdominale. »

Bull, il est vrai, a rapporté le cas d'une femme de 65 ans atteinte d'appendicite chronique avec des rechutes revenant régulièrement depuis 6 mois toutes les trois semaines. L'incision faite, il trouva l'appendice englobé dans

(¹) Nous avons revu, à l'hôpital des Enfants, 17 enfants qui avaient été opérés « à chaud », 7 seulement avaient une éventration. Par contre Tuffier pense que la hernie est la règle. Quénu l'évalue au dixième des cas. Est-ce que la statistique meilleure des enfants tient à la résistance de leur cicatrice? Est-ce que ces résultats ne seront que momentanés? Est-ce que cela tient aux incisions basses qui ont été pratiquées?

une masse si épaisse d'exsudats plastiques, qu'il préféra refermer la plaie plutôt que d'exposer la malade aux risques d'une résection. Delorme, en 1895, a, de son côté, rapporté à la Société de Chirurgie un cas où l'appendice ne put être trouvé; le malade mourut de choc en vingt-quatre heures. Ces faits malheureux prouvent évidemment que l'appendicectomie à froid perd quelquefois de la bénignité qui lui est habituelle, mais ils ne doivent pas moins être considérés comme très exceptionnels.

La résection à froid de l'appendice dans les appendicites à répétition est aujourd'hui généralement admise et la seule question qui se discute, c'est de savoir si une crise appendiculaire nettement constatée est une raison suffisante pour conseiller l'intervention, ou si, pour se résoudre à cette nécessité, mieux vaut attendre que par une ou plusieurs crises nouvelles, la lésion ait manifesté nettement de sa persistance et de son incurabilité. Dans la discussion provoquée par Merklen, à la Société médicale des hôpitaux, Moizard, Rendu, Siredey, Le Gendre se sont montrés favorables à une opération précoce et tout au plus, pour la légitimer, ont-ils demandé l'apparition d'une première récurrence. Il est à remarquer, d'autre part, que la persistance dans la fosse iliaque droite, même après une seule crise, d'une tuméfaction ne tendant pas à résolution, a été considérée par Schwartz et par Quénu comme une indication suffisante de l'opération. Si l'on réfléchit après cela que les exemples ne sont pas exceptionnels de péritonites mortelles survenues dès une seconde crise et alors que la première, d'ailleurs légère, n'avait laissé après elle aucune trace appréciable, on sera porté à conclure que, fussent-elles ainsi réséquées des appendices qui n'auraient donné lieu à aucun nouvel accident, l'opération est cependant justifiée toutes les fois qu'une crise d'appendicite a été nettement et indiscutablement diagnostiquée.

Je crois avec Roux que, comme les amygdales, l'appendice qui a été une fois infecté ne reconquiert qu'exceptionnellement son intégrité primitive, et que les foyers mal éteints qu'il renferme constituent un perpétuel danger. Devant une semblable menace et jusqu'à ce qu'on soit arrivé à diagnostiquer cliniquement les appendicites à évolution dangereuse et celles à guérison certaine et complète, je conclus à l'intervention, même après une seule crise, et cela d'autant plus que, bénigne en tout état de cause, l'opération sera d'autant plus facile, et partant moins dangereuse que les lésions seront moins invétérées.

Traitement. — I. TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement médical de l'appendicite doit être d'une rigueur extrême pour donner des résultats. Il doit être prolongé longtemps sous peine d'observer des rechutes quelquefois plus graves que la crise primitive.

1° *L'immobilité* doit être la plus complète possible sur un lit dur. Il est bon de retirer l'oreiller.

2° *La glace* sur le ventre aide à l'immobilité du malade. Elle favorise peut-être la production des adhérences en paralysant l'intestin. Il faut appliquer une large vessie de glace qui couvre tout l'abdomen. Il est indis-