

coup, sans cause déterminante, elle est prise de douleurs intenses à tout le côté droit, depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque. Pas de passé biliaire, pas de passé urinaire, pas de passé intestinal. L'examen démontre une défense musculaire de tout le côté droit, avec maximum douloureux à la moitié supérieure. La palpation bimanuelle lombo-costale décelé le ballonnement rénal, dont a parlé Guyon. Le thermomètre allait nous aider à préciser le diagnostic: *pus de température*. Il ne pouvait donc s'agir ni d'une cholécystite, ni d'une appendicite, ni d'une pyonéphrose aigue, puisque toutes trois eussent été accompagnées de fièvre. Le diagnostic d'*hydronéphrose aigue* s'imposait. Les douleurs se calmèrent sous l'effet de la morphine, et la crise se termina par une polyurie abondante. L'examen ultérieur permit de constater un rein franchement mobile, qui a été maintenu silencieux depuis lors par une ceinture appropriée, sauf une fois, alors que la malade se sentant très bien depuis longtemps avait cru pouvoir s'en dispenser.

Quant à la pyonéphrose aigue, elle est, dans la grande majorité des cas, de nature ou calculuse ou tuberculeuse. Généralement le passé du malade est chargé; vous l'aurez déjà traité pour de la douleur lombaire plus marquée à droite, pour de la pollakiurie et de la pyurie, il urine plus souvent que de coutume et pisse une urine brouillée, où la liqueur de potasse vous a décelé à l'oeil les globules en suspension si caractéristiques du pus; peut-être aussi aura-t-il passé du sang, et tout probablement son teint est-il celui d'un infecté et son état général mauvais. Tout à coup il fait une crise aigue avec douleurs dans tout le côté droit de l'abdomen. Le thermomètre indique une forte température, due à la rétention et la résorption des produits septiques. La palpation pourra vous révéler une masse lombo-costale.

Si la tumeur renittente fait défaut, et que la palpation très soignée de la fosse lombaire ne vous y fait pas localiser un maximum de douleur, passez une main sous les lombes et avec l'autre placée dans l'espace costo-iliaque, recherchez par une pression douce le rein soupçonné.

Au besoin, faites pivoter le malade sur le côté gauche, presque à plat ventre, — position d'Israël — afin de relâcher les muscles antérieurs, amener en avant le paquet intestinal et déloger le rein que vous soupçonnez.

Mais le malade peut n'avoir aucun passé pathologique et la palpation être tout à fait négative. Le malade est en crise douloureuse dans tout son côté droit. Les muscles abdominaux sont tendus, il a des nausées, son pouls est fuyant, et vous pensez avec raison à une appendicite aigue, ou peut-être à un calcul rénal en voie de descente urétérale. Comment préciser le diagnostic? afin d'établir une thérapeutique qui soit à la fois calmante et curative.

Il est un symptôme dont la présence va trancher le diagnostic. Interrogez — et n'y manquez pas — *le thermomètre*. S'il est muet, vous êtes en droit d'accuser un calcul urétéral. Qu'avec cela le malade fasse peu ou pas d'urine, que cette urine soit teintée de sang hématurique, soyez affirmatif. Du même coup, vous pouvez rassurer le

malade et son entourage, maîtriser la douleur et instituer le traitement nettement indiqué.

Salpingo-ovarite aigue.

Nous ne saurions terminer cette revue des affections aiguës qui peuvent faire croire à une appendicite sans rappeler, même brièvement, les salpingo-ovarites.

Si nous dressions en tableau les caractéristiques de chacune de ces deux affections, nous dirions:

A.—Que dans la salpingite aigue il y a un passé d'infection gonococcique ou puerpérale, couche ou fausse couche suivie de complication, — qui peuvent faire ou font totalement défaut chez une appendicéaire.

B.—Que la douleur de l'appendicite aigue commence généralement au voisinage de l'ombilic, pour se cantonner graduellement au point de McBurney, tandis que dans la salpingite elle débute bas située et se localise aux fosses iliaques, juste au-dessus du ligament de Poupert.

C.—Que la douleur salpingienne est généralement bilatérale, tandis que la douleur appendicéaire est à droite.

D.—Que la défense musculaire est plus marquée dans l'appendicite aigue.

E.—Que les vomissements accompagnent volontiers l'appendicite aigue, pour n'être que très rares dans la salpingite.

F.—Qu'enfin l'examen bimanuel vagino-abdominal déterminant de la douleur à la mobilisation de l'utérus, indique un Douglàs sensible et des annexes déjà gros et douloureux, tandis que ces signes font défaut dans l'appendicite, à moins des cas exceptionnels où l'appendice très long plonge dans le bassin.

Mais malgré un examen minutieux il est des cas où le diagnostic différentiel est impossible. Second vient d'insister sur ces difficultés de diagnostic dans ce qu'il appelle dans les cas chroniques le "flirt appendiculo-ovarien", et que nous dirions volontiers dans les cas aigus, "l'étreinte appendiculo-ovarienne".

Sans compter qu'il n'est pas rare que les deux organes soient simultanément malades. Jugez plutôt.

M^{me} W. D. (observ. person. No 1231) est amenée à l'Hôtel-Dieu souffrante depuis plusieurs semaines. Un accouchement il y a 2 mois fut suivi de fièvre puerpérale. Dès ce moment elle commença à souffrir du ventre. La douleur, d'abord dans tout le bas ventre, s'est localisée à droite et à son arrivée la malade, pâle, et amaigrie, est en profonde cachexie. La température de 99 à 101 degrés et le pouls est au-delà de 100. La jambe droite est fléchie et fixée, signe de psöite et la palpation révèle une masse emplissant la fosse iliaque, mais plutôt haut située. La laparotomie fait constater de l'épiploïte, et des adhérences dures et vieilles, au milieu desquelles est prise la tête de l'appendice. Au dessous de cette première masse en existe une seconde plus molle, fortement adhérente aux vaisseaux iliaques. C'est l'ovaire qui est transformé en une poche séro-purulente — l'abcès ovarien — et à côté se tord la trompe malade.

Enfin, messieurs, il ne faut pas oublier que l'appen-