

pageant vers l'épaule droite. Crises presque syncopales, vomissements bilieux, amaigrissement notable, nausées, renvois, éructations, poussées diarrhéiques après les crises, pas d'ictère.

A l'examen clinique grosse vésicule, sensible et perceptible, région coeco-appendiculaire, douloureuse à la palpation.

A l'examen radioscopique (Docteur Albert Comtois de Montreal) :

Estomac—Morphologie.—Hypoatonique, situé à gauche de la ligne médiane. Pôle inférieur à trois travers de doigts au dessous de la ligne bi-iliaque. Pylore légèrement à droite de la ligne médiane, entre la troisième et quatrième lombaire. Contours de l'estomac régulier. Chambre à air volumineuse, l'hémi-diaphragme gauche n'est cependant pas surélevé.

Fonctions—Pas de résidu après la troisième heure. Pas d'hypersécrétion décelable. La tête du repas est rendue au tiers du transverse. L'illion est à peu près vide et séparable du coecum. L'évacuation du premier repas a été rapide. Celle de la seconde bouillie est dans la limite du normal. Le péristaltisme presque nul dans la position verticale est au contraire très actif et de plus irrégulier dans le décubitus horizontal. Il se manifeste surtout dans la région de l'antrum pylorique.

Le duodénum est rarement visible en position verticale, étant situé sous le foie, sensible à la palpation; en position horizontale il apparaît de volume plutôt considérable, triangulaire de forme avec une dépression sur son côté externe, dépression due à la compression d'un organe extérieur probablement la vésicule distendue.

Le coecum est immobile, ptosé, très sensible à la pression. L'angle hépatique est aussi ptosé, il a la forme d'un canon de fusil, et il ne semble pourtant pas exister d'adhérence étendue entre la première partie du transverse et l'ascendant, les deux étant séparables à la palpation profonde.

L'appendice n'est pas visible.

Intervention—Anesthésie générale à l'éther (appareil d'Ombredane). Docteur Baulac. Opérateur, Docteur Achpise. Aide, Docteur Beaudry, Soeur Lucila.

Incision en baionnette de Kehr. Hémotase de la paroi. La vésicule grosse et turgescente apparaît immédiatement après l'ouverture du péritoine. Pas de calcul. Adhérence entre le bas fond de la vésicule et la face latérale du duodénum. Libération. Cholécystectomie faite dans les conditions normales en partant du bas fond vers le cystique.

Drainage au contact du cystique.

Exploration de la fosse iliaque droite. Appendice invisible. Prolongement de l'incision le long du grand droit. La main plongée dans le bassin sort l'appendice adhérent, long et très gros. Appendicectomie laborieuse, à cause d'adhérence. Pas d'enfouissement.