

A r s M e d i c a

Año VIII

Noviembre de 1932

N.º 87

La clínica vista a través de un caso clínico

Por el doctor **José M.^a Bartrina**

Catedrático de la Facultad
de Medicina de Barcelona

El perfeccionamiento que progresivamente han ido adquiriendo en patología médica y quirúrgica los medios de exploración, la multiplicidad de los mismos, y en especial el empleo de los métodos de laboratorio, ha permitido, conforme hemos presenciado todos cuantos llevamos algunos años en el ejercicio de la profesión médica, asegurar y afinar los diagnósticos en una proporción que nuestros antepasados difícilmente hubieran podido concebir. Pero según ya de tiempo se viene diciendo o presagiando con los peores augurios, este real e indiscutible progreso ha llevado aparejada una degradación del valor clínico del médico práctico, e incluso de los directores del movimiento científico actual. Es la eterna discusión acerca de la *Clínica* y el *Laboratorio* que, aunque pasada de moda, no es inútil reproducir cuando se plantea en términos que permitan, en virtud de un adecuado raciocinio, deducir enseñanzas provechosas para todos.

Al escribir este breve trabajo, como no me ha parecido fuera de lugar el salir en defensa de los fueros de la clínica, tal como yo la concibo, y el encarecer la importancia del diagnóstico clínico, a semejanza de cómo lo establecieron nuestros antepasados

y nuestros maestros, como acto preliminar, por lo menos, de la labor intelectual a que todos venimos obligados frente de un enfermo.

Claro que esta labor puede ser abreviada en buen número de casos, pero esto no es un argumento para abonar a los que no estiman en su justo valor el paciente trabajo de investigación en la cabecera del enfermo. No, no llevan razón los que por su peculiar y habitual manera de obrar parecen mirarnos con desdén y decirnos: hasta los incondicionales de los viejos moldes se ven arrastrados por la corriente del día y por los expeditos procedimientos modernos.

No, no llevan razón; y para mejor probarlo usaremos sus propios argumentos y tomaremos ejemplos en su propio campo, es decir, aquellos que más abonen su sistema.

Las fracturas pueden diagnosticarse a la perfección con la radiografía. El atento examen de una negativa de frente y de perfil, habitualmente nos suministra los mejores datos para el conocimiento de una fractura. ¿Por qué perder el tiempo, pues, usando los antiguos medios clásicos de exploración, molestos y sujetos a tantos errores? Vayamos por partes. En primer térmi-

no, niego que siempre sea más evidente el diagnóstico de fractura por el examen radiológico que por el examen clínico. Recuerdo, por ser reciente, un caso de pie forzado en el que hice el diagnóstico por el examen clínico mientras que el que hizo la radiografía y los que la examinaron no descubrieron la fractura. Yo encontré en el elisé la fractura del metatarsiano, pero la hallé porque tenía el convencimiento de que tenía que existir. Sin ir más lejos, ¿por qué se aconseja hacer una radiografía de comparación del lado sano en los traumatismos del codo? En los traumatismos extensos, en las fracturas múltiples, en los enfermos en estado de choque, en los comatosos, en las fracturas espiroideas cuyo trazo puede alcanzar una articulación vecina, ¿qué criterio se tendrá para el examen Röntgen si previamente no viene dirigido por la exploración clínica del traumático?

Convengamos, no obstante, que la mayoría de veces, para ahorrar tiempo, porque nos parezca medio más expeditivo y seguro, para no someter nuestra inteligencia al trabajo de elaborar un diagnóstico o porque nos parezca más lógico hacer esto después, comenzamos por un examen radiológico, o bien, después de una exploración somera del enfermo, confiamos la parte basal del diagnóstico a dicho examen. ¿Creéis que quien así proceda debe merecer la menor censura? ¿Es que un examen radioscópico o radiográfico no es clínico? Para mí, sí. La radiografía nada nos dice naturalmente acerca del estado general, del dolor localizado, de las complicaciones a distancia; pero en cuanto al examen local, es inútil decir que nos proporciona datos precisos. ¿Cuántas veces no hemos hecho un diagnóstico de tal o cual fractura o corregido uno desacertado, en Clínica, haciendo una medición o buscando una posición especial de los fragmentos en virtud de una

deformidad o de una posición anormal de un miembro? Pues bien, estos datos nos los proporciona inmediatamente la radiografía y saberlos ver en ella es tarea del médico práctico eminentemente clínica. Antes tenía que enseñarse a encontrarlos por el examen directo del enfermo; ahora, además de esto, debe enseñarse a leer, a interpretar la radiografía; y no cabe ninguna duda que, para el espíritu observador y ávido de perfeccionamiento por las lecciones de la práctica, el afinamiento del diagnóstico o las rectificaciones del mismo obtenidas por el examen de los elisés, deben considerarse como un aumento de su cultura clínica, que le permitirá obtener datos de mayor provecho por el simple examen directo de la fractura en otras ocasiones.

Lo esencial, por consiguiente, es llegar al diagnóstico exacto, quedando en lugar secundario—aunque no despreciable para la enseñanza, dicho sea de paso—el método seguido para llegar al mismo, de la propia manera que al artista no se le debe pedir el procedimiento que ha seguido para crear la obra de arte, basta que haya conseguido producirla, prescindiendo de los medios que haya empleado para lograrla.

Los tiempos cambian, y aunque yo por temperamento y por experiencia, sea de los más convencidos que, tanto en arte como en ciencia, quien se crea en la obligación de estudiar perpetuamente ganará mucho en sujetarse a los cánones de los métodos clásicos, comprendo también que debe dejarse libertad a cada uno para que proceda conforme su manera peculiar de ser, y que no hay derecho a decir que no es clínico quien haga un diagnóstico exacto y bien perfilado por el examen en primer término de algunos elisés radiográficos, no ya en casos de fracturas, en los que habitualmente la lectura es fácil, sino también en el diagnóstico de afecciones viscerales donde es a

veces difícilísima la interpretación. Tan clínico es este procedimiento, como otro cualquiera. Tanto éste como los demás, requiere una labor mental que se traduce por la interpretación acertada, es decir, que como los demás necesita valorar, comparar, necesita por consiguiente un don personal, la sagacidad y un equilibrio mental que da por resultado el valor de ponderación que se da a las cosas vistas u observadas.

Es ésta la clave del diagnóstico. Es ésta la labor principal del clínico, el recoger los datos que pueda, y dar a cada síntoma el valor que le corresponda, despreciando o rebajando la importancia de los que no le sirvan, aunque se presenten muy aparatosos. Por consiguiente en su buen criterio está el completar las pruebas que posea con los datos que le hagan falta, vengan éstos nuevamente de la observación del enfermo, de su anamnesis, del laboratorio o del departamento de rayos X.

Puesta la cuestión en este terreno, que según mi modesto criterio es en el que debe situarse, desaparece inmediatamente la aparente dualidad entre la clínica y el laboratorio, quedando éste, no diré como un complemento—lo que podría hacer suponer algo no esencial o indispensable—sino como una amplificación de aquélla.

Ahora bien, he dicho desde el comienzo de este trabajo, que quería, dentro de lo que me permitieran mis escasos méritos, salir en defensa de los fueros de la clínica, y acabamos de ver ahora que yo admito como clínicos todos los datos que pueden contribuir a esclarecer un diagnóstico, vengan de donde vinieren. ¿Qué se entenderá, pues, por falta de clínica? ¿A quién podrá tacharse de no ser buen clínico?

Habrá falta de clínica, cuando haya falta de relación entre los datos aportados para establecer un diagnóstico o evidente insuficiencia de los mismos, cuando no exis-

ta aquella ponderación de valores de que antes he hablado. Por el contrario, el buen clínico procura inmediatamente relacionar los elementos de diagnóstico de diferente origen que ha logrado procurarse, mentalmente los clasifica, los ordena y procura dar a cada uno el valor que debe merecer. Sobre todo procura comparar los datos complementarios de exploración clínica con los que ha podido obtener en la cabecera del enfermo, y así es evidente, aunque a primera vista parezca paradójico, que cuando más ampliamente ha echado mano de las investigaciones de laboratorio, más se refuerzan sus datos de observador y más rápidamente llega a conocer la fisonomía de la enfermedad, toda vez que se ha aplicado a conocerla en sus más leves y variadas manifestaciones.

El cirujano lleva mucho adelantado para ser buen clínico. El médico rara vez tiene ocasión de ver las lesiones correspondientes a las enfermedades que trata. El médico, para completar su educación, para tener un conocimiento perfecto de la enfermedad, tiene que practicar o ver muchas necropsias, tiene que frecuentar las salas de operaciones. El cirujano, en su calidad de operador forzosamente tiene que ver en el acto de la intervención quirúrgica el daño de los órganos sobre los que opera, y por consiguiente, casi sin darse cuenta, se ve obligado a relacionar las lesiones halladas con los síntomas que el enfermo presentaba. Por lo tanto, tiene que establecer aquella comparación sintomática, aquella ponderación de valores de la que vengo hablando repetidamente. Esto le conduce por necesidad a perfeccionar su experiencia clínica, a dar importancia a ciertas manifestaciones morbosas cuyo valor solamente se aprecia por el conocimiento de las causas que las producen. Entonces, abiertos los ojos a la luz de la verdad, se ve el valor, la importancia

de los grandes y pequeños síntomas que la exploración y el interrogatorio nos han ido proporcionando. Yo traduzco frecuentemente este raciocinio, que a buen seguro todos alguna vez nos hemos hecho, por la siguiente frase: El enfermo siempre tiene razón", aunque a primera vista un síntoma nos parezca en ocasiones ilógico o desproporcionado. A pesar de la vulgaridad de esta frase, no acertaría de momento a encontrar otra que representara un mayor elogio de la clínica.

Como demostración de ello, como prueba de que "el enfermo siempre tiene razón" y que lo difícil a veces es dar la interpretación debida a lo que el paciente con insistencia nos dice si se le explora bien, voy a poner el siguiente ejemplo; caso práctico que con harta elocuencia vendrá a sintetizar y a demostrar todo cuanto llevamos expuesto:

Un sujeto joven es presa de dolor en la región epigástrica a las tres de la tarde. Hay estado nauseoso, se presentan vómitos y el dolor se generaliza algo por la parte derecha del vientre, haciéndose más marcado en la fosa ilíaca derecha a medida que pasa más tiempo. Es llamado el médico de cabecera; se hace éste cargo de los síntomas indicados, aprecia dolor provocado en el punto de Mac-Burney, encuentra el pulso algo acelerado y ligera temperatura febril, hace el diagnóstico de apendicitis, y cumpliendo su deber propone la intervención quirúrgica. Veo yo al enfermo a las ocho de la noche, o sea, cinco horas después de iniciado el ataque. El aspecto es bueno y el dolor espontáneo moderado. Lleva el paciente una vejiga de hielo en la parte derecha y baja del vientre. Está ésta dolorosa a la presión: el punto de Mac-Burney parece particularmente sensible. No hay criestesia, no hay timpanismo, no hay contractura muscular. No hay dolor provoca-

do manifiesto en la región sub-hepática. No hay dolor provocado por encima de la cresta ilíaca. Nada de particular por tacto rectal.

Pregunto al enfermo si ha orinado; dice que sí, con ganas frecuentes y con cierta molestia. Exploro la región renal derecha; encuentro el punto costo-lumbar de Guyon muy doloroso, tanto por lo menos como la fosa ilíaca, contrastando con la indolencia del lado opuesto. Inmediatamente se me presenta la idea de la posibilidad de tratarse de un cólico nefrítico: falta de defensa muscular, dolor en el punto de exploración renal dorso-lumbar, dolor irradiado a lo largo del uréter (parte derecha del vientre y punto de Mac-Burney) y fenómenos reflejos por parte de la vejiga: todo esto pesaba en favor del indicado diagnóstico. Tomo el pulso del enfermo: hay 90 pulsaciones por minuto y es éste de buen carácter. Mando tomar la temperatura: 38'2°.

Tenemos planteado el problema diagnóstico con todos los datos que en aquel momento habíamos podido obtener. Aquí comienza, pues, la labor mental de que antes hemos hecho mención, la de relacionar todos los síntomas y dar a cada uno el valor que le corresponda. ¿A cuál de ellos debíamos dar más importancia?... Decididamente dimos más importancia al síntoma temperatura y en consecuencia establecimos el diagnóstico de apendicitis.

¿Resultó acertado el diagnóstico? ¿Hicimos bien en conceder valor a la temperatura febril por encima de todos los demás síntomas?

Según veremos luego, el diagnóstico de apendicitis no resultó acertado; pero sí hicimos bien en dar importancia por encima de todo, a la fiebre. Con efecto, la inmensa mayoría de veces el cólico nefrítico tiene lugar dentro de la más absoluta apirexia. Por

lo menos en los casos asépticos esta apirexia es segura durante las primeras horas. En los cólicos nefríticos que complican una infección pielo-renal (que no tienen precisamente que ser provocados por un cálculo) se presenta fiebre desde el primer momento, pero entonces ésta es más elevada, la facies se altera, el dolor provocado es todavía más vivo; hay frecuentemente un empastamiento o una tumuración en la región renal. Además, hecho que solo tiene valor muy relativo pero que puede sumarse a los demás; tenemos observado que en el cólico nefrítico o no se presenta fenómeno abdominal alguno o bien de lo contrario hay un reflejismo peritoneal tan intenso, que la parálisis intestinal y el meteorismo llegan a simular la oclusión intestinal (llevamos vistos varios casos de errores de diagnóstico de esta índole). En resumen, se presentó a nosotros tan clara la indicación de intervenir urgentemente compartiendo en un todo el criterio del médico de cabecera, que sin querer perder tiempo practicando un examen de la sangre, sin esperar a que el enfermo orinara para examinar la orina, dispusimos su traslado a la clínica para operarlo lo antes posible.

Hecha la incisión necesaria para descubrir el apéndice, nos encontramos con señales evidentes de anteriores inflamaciones en la región cecal, a pesar de que el enfermo, preguntado expresamente a este respecto, nos dijera que nunca había tenido crisis dolorosas semejantes a la de aquel momento. El ciego se hallaba fijado por extensas adherencias y el apéndice se encontraba en posición retro-cecal. Hubo que liberar las adherencias del ciego con la pared de la fosa ilíaca para levantarlo y poder esculpir el apéndice en la misma pared del ciego a la que se hallaba pegado. Era el apéndice sumamente largo y escleroso, luego al final, en la extremidad libre del mismo, encontra-

mos un engrosamiento moniliforme, edematoso y conteniendo aparentemente una pequeña cantidad de pus. Hasta aquel momento estuvimos dudando del diagnóstico; mas al observar aquel pequeño foco de fleugosis aguda, aunque no correspondía ni de mucho a lo que habitualmente se encuentra en una apendicitis reciente, teníamos por lo menos una explicación de los síntomas clínicos. Una explicación que, a la verdad, me dejaba muy poco convencido, pero que teníamos que admitir a falta de otra mejor, aparte de que, lo atenuado de toda la sintomatología, la moderación del dolor espontáneo y del provocado, la ausencia de meteorismo y sobre todo de defensa muscular, parecía andar hasta cierto punto de acuerdo con la discreción de las lesiones. Con todo, como medida de prudencia, aunque la manera como se había podido conducir la intervención no requería drenaje, por si existiera algún foco por encima de las adherencias del apéndice, decidimos colocar dos tubos de pequeño calibre en la cavidad abdominal, en dirección ascendente, que salían por el ángulo superior de la herida.

Con todo esto, estábamos pensando qué significación cabía dar en este caso al dolor a la exploración en la región costo-lumbar, como asimismo a lo que tantas veces hemos dicho en lecciones y conferencias, que, cuando en una operación por apendicitis aguda no se encuentran en el apéndice lesiones suficientes, hay que ir a buscar el foco de inflamación en otra parte; pensábamos sobre todo en las colecciones sépticas que partiendo de la vesícula biliar o del estómago, siguen el espacio parieto-cólico y se coleccionan en la fosa ilíaca derecha, no perdiendo de vista que ciertas úlceras del duodeno se revelan como primer síntoma por la perforación; estábamos, decía, en esta reflexiones, cuando, al movilizar al en-

fermo vimos salir líquido ligeramente turbio por los tubos de drenaje... No vacilamos un momento más: practicamos una laparotomía media en la región epigástrica y descubrimos una úlcera del duodeno perforada. Para llegar a ella tuvimos que practicar una incisión transversal a derecha, y una vez bien expuesta pudimos darnos perfecta explicación de los síntomas clínicos. La levedad de los mismos, sobre todo la falta de defensa muscular, eran debidos a dos causas; primera, la perforación era muy pequeña y sólo había escapado muy poca cantidad de líquido por la misma, y segunda, el ángulo duodenal superior se hallaba muy retraído hacia arriba y a derecha, de manera que la gran cavidad abdominal se hallaba defendida de la irrupción súbita del contenido gástrico; por otra parte, la mencionada retracción ponía el pequeño orificio de la úlcera en contacto con la fosa lumbar y provocaba sin duda alguna aquella zona, aquel punto de máximo dolor a la exploración que nos hizo pensar un momento en un cólico nefrítico por ser bien diferente del dolor lumbar de la apendicitis retro-cecal.

La conducta a seguir no daba lugar a dudas. Se suturó la perforación en sentido transversal para no estrechar el duodeno fijándose luego una gruesa franja del epiploon por encima. El no haber quedado estrechez del duodeno nos dispensó de practicar la gastro-enterostomía, y la exigüidad del derrame peritoneal de colocar un tubo de drenaje en el Douglas. El secado de la serosa casi no requirió tiempo operatorio especial y el drenaje por la incisión de la apendicectomía nos pareció suficiente para drenar la parte declive del peritoneo. La operación terminó con la sutura de la pared dejando en la parte alta de la incisión epigástrica un drenaje con tubo y con gasa.

El curso postoperatorio fué francamente

favorable desde el primer momento, no habiéndose tenido que registrar más que un brote de bronceopneumonía el séptimo día, que fué rápidamente dominado con los cardiotónicos y la autohemoterapia. El enfermo salió de la clínica con las correspondientes instrucciones, curado del episodio que estuvo a punto de costarle la vida.

El caso que acabamos de exponer se presta a reflexión y a varios comentarios. Recogeremos sólo aquellos que sirvan a nuestra tesis, dado el propósito de este trabajo.

En primer término, decíamos anteriormente que la principal, la esencial labor del clínico, consiste en dar el apropiado valor a los síntomas y que sin este obligado discernimiento, sin este raciocinio indispensable no hay clínica. En nuestro caso se ve bien claramente la verdad y la importancia de esta afirmación ya a partir del momento en que empieza a plantearse el problema diagnóstico. Dada la ausencia de contracción muscular, de timpanismo y casi de dolor abdominal el síntoma que parecía tener más importancia era el dolor en el punto costo-lumbar, y no obstante, por las razones que anteriormente hemos expuesto, pusimos en primer término de la catalogación sintomática la temperatura febril. Este dato nos llevó a hacer el diagnóstico de apendicitis: según hemos visto este diagnóstico resultó desacertado, o por lo menos incompleto, pero como demostración de que las leyes generales de la clínica deben gobernar siempre en nuestras decisiones, aquel síntoma nos encaminó por la senda del buen diagnóstico, y del tratamiento apropiado. Sin darle importancia, el enfermo habría sucumbido. Nosotros le concedimos tanta, que hubiera venido un examen de la sangre o de la orina a ponerse en contradicción con el mismo, y no obstante, nosotros no hubiéramos variado de manera de pensar. Este solo hecho demuestra el valor

enorme del buen criterio clínico, pone de relieve la importancia de la clínica, en cuya defensa si la necesitara, nos proponíamos argumentar.

Segunda, y para abreviar, última consideración. Hemos dicho anteriormente, aunque la frase parezca chabacana, que, "el enfermo siempre tiene razón". No nos referimos, por supuesto, al hecho de que presentara primero dolor epigástrico, pues sabemos que éste se presenta al principio de muchas apendicitis; nos referimos a que tenía razón en responder al acto exploratorio con un máximo de dolor al nivel del punto costo-lumbar. El tenía toda la razón, aunque nosotros no supimos dar la interpretación debida a este síntoma: lección a recordar para el porvenir, pues de esta manera se forma la experiencia clínica.

Pero se me dirá; hay muchas apendicitis en las que se presenta el dolor lumbar provocado. Todos sabemos que la exploración completa de una apendicitis comprende: la palpación clásica en la fosa ilíaca para los apéndices en posición ilíaca o ileo-abdominal, el tacto rectal para los apéndices en posición pélvica, la exploración del hipocondrio derecho para los ciegos en posición fetal o subhepática y la exploración de la región lumbar para las apendicitis retrocecales. Precisamente un gran maestro de la clínica a la par que eminente hombre de laboratorio, el malogrado profesor LECÈNE, insistía no hace mucho tiempo en la exploración de la región lumbar y en especial por encima de la cresta ilíaca en su parte media para diagnosticar las apendicitis retro-cecales y operarlas por la vía últimamente indicada. Sí, todo esto es cierto; pero hablamos aquí no teóricamente, sino como clínicos, frente a nuestro caso, y hemos dicho que en clínica todo es cuestión de valores, de gradación, de matices. Con

efecto, nunca hemos visto una apendicitis que a las cinco horas presentase un dolor lumbar tan exquisito, tan en desproporción con el dolor provocado en todos los demás puntos del abdomen y sobre todo tan alto. No se trataba de una zona dolorosa al nivel del triángulo de Petit o del cuadrilátero de Gründfeld, sino del punto costo-lumbar, del vértice del ángulo entre la masa sacro-lumbar y el borde de la última costilla, punto descrito por GUYON, en el que no cabe la mano ni varios dedos de la misma, sino un solo dedo; el dedo medio de la mano que explora.

Pero ¿puede tener importancia clínica este síntoma? ¿La tuvo en el caso presente? Sí la tuvo, conforme se verá.

No es la primera vez que salvamos la vida de un enfermo diagnosticando una perforación de un úlcus duodenal en el curso de una intervención por supuesta apendicitis, pero fuera de este caso la operación se hacía ya con tal recelo y los síntomas de perforación resultaban tan evidentes al abrir el vientre, que la conducta a seguir aparecía bien marcada ya desde el primer momento; en cambio, en este caso, según hemos visto, las cosas no se presentaron así, terminándose la operación con una sola y vaga sospecha: la pregunta incontestada de, ¿a qué podía ser debido el dolor exquisito en la región costo-lumbar?

Pero se dirá: esta sola duda o deorientación no podía legitimar por ella misma el abrir el abdomen en la región epigástrica y explorar el estómago y duodeno. Conformes: pero fué suficiente para aconsejarnos la colocación de dos tubos de drenaje, en virtud de los cuales, conforme anteriormente hemos visto, fué posible hacer el diagnóstico y llevar a cabo la intervención adecuada y a la que el enfermo debe la vida.

RESUM

L'autor descriu un cas clínic en el que, com succeïa moltes vegades, hi havia coexistència d'una apendicitis crònica i d'un ulcus duodenal, i amb aquesta història clínica no figuraven fenòmens que fessin sospitar l'existència de cap de les dues afeccions esmentades. La primera manifestació morbosa és un dolor sobtat que comença en el hipogàstri i es localitza en la fossa ilíaca dreta. Més tard el dolor, sobretot el dolor de l'exploració és molt accentuat a la regió lumbar dreta. Aquesta dada, junt amb haver presentat el malalt una lleugera disúria, fan dubtar del diagnòstic. No obstant, l'existència de temperatura febril decideix a l'autor a operar amb el diagnòstic de l'apendicitis. Hom practica l'apendicectomia i l'apèndix presenta lesions ben manifestes però no del tipus que s'acostumen a trobar a l'apendicitis aguda. En conseqüència es posen dos tubs de drenatge seguint l'espai pariéto-còlic dret. Quan l'operat és remou el líquid retingut a la part alta surt pels indicats tubs. Hom tractava d'una perforació duodenal de molt reduïdes dimensions que no havia tingut temps de donar els símptomes de l'abdomen agut. L'autor escull aquest cas per a demostrar la importància que sempre deu tenir el bon sentit clínic, siguin els que vulguin els mitjans d'investigació complementària o de laboratori de que disposem; i així com una obra d'art resulta d'una perfecta ponderació de valors, de línia, de matis, de color, d'equilibri de les masses, així també la perfecta actuació del metge resulta de la ponderació afiligranada dels símptomes i dades de laboratori, fent-se una bona Clínica quan s'estableix la deguda labor intel·lectual per a assolir aquella ponderació; i faltará el sentit clínic quan aquella relació proporcional no s'estableix, siguin les que siguin les dades aportades d'investigació directa o de laboratori.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas clinique dans lequel, comme il arrive assez souvent, il avait coexistence d'une appendicite chronique et d'un ulcus duodenale. Dans l'histoire clinique il n'y avait rien qui faisait penser à l'existence de ces conditions. La première manifestation morbide est une douleur subite commençant dans l'hypogast-

re et localisée dans la fosse iliaque droite. Plus tard, cette douleur, surtout pendant l'exploration, est très accentuée dans la région lombaire droite. Cette donnée, et le fait que le malade présente une légère dysurie, fait douteuse la diagnose. Néanmoins, l'existence de température fébrile fait que l'auteur se décide à opérer pour appendicite. Pratiquée l'appendicectomie, l'appendix présente des lésions très manifestes, mais elles ne sont pas celles de l'appendicite aigue. En conséquence, deux tubes de drainage sont placés, suivant l'espace pariéto-cholec. Quand l'opéré se remue, le liquide retenu dans la partie haute sort par ces tubes. Il s'agit d'une perforation duodenale de dimensions très réduites, qui n'a pas eu le temps de donner les symptômes de abdomen aigu. L'auteur prend ce cas pour démontrer l'importance qui doit tenir toujours le bon sens clinique, en plus des autres moyens d'investigation complémentaire ou de laboratoire auxquels nous pouvons recourir. Et ainsi comme une oeuvre d'art se doit à la pondération parfaite des valeurs, lignes, nuances, couleurs, et à l'équilibre des masses, l'actuation parfaite du médecin est le résultat de la pondération des symptômes et des données du laboratoire. On fait une bonne labour clinique quand les travaux intellectuels nécessaires pour arriver à l'équilibre, sont établis; et n'importe quelles données d'investigation directe ou de laboratoire ont été apportées, si on n'arrive pas à établir cette relation proportionnelle, il y manque le sens clinique.

SUMMARY

The author describes a case in which, as often occurs, chronic appendicitis and a duodenal ulcer coexisted, the clinical history giving no cause to believe in the existence of either. The first clinical manifestation of these conditions was a sharp pain which began in the hypogastric region and became localized in the right iliacal fossa. Later the pain, especially during exploration, became very accentuated in the right lumbar region. These data, together with the fact that the patient had slight dysuria, made the diagnosis somewhat doubtful. However, taking into account the febrile temperature, the author decides to operate for appendicitis. An appendicectomy is carried out, and the appendix presents very manifest lesions, but

