

le malade souffrait du côté droit, mais ces douleurs étant peu fortes, il ne songea pas à attirer l'attention du médecin traitant sur ce point.

Sorti de l'hôpital, J. L. B. reprit son travail, très gêné par une ankylose du genou. Souvent, quand il avait fait des efforts, il ressentait dans le côté droit des douleurs vagues qui dans la nuit le réveillaient et l'empêchaient de se coucher sur ce côté.

Au mois de septembre 1892, un an après l'accident, le malade se présente à notre bureau de consultation ; depuis deux semaines les douleurs du côté sont plus fortes, frissons le soir, toux quinteuse, sèche, sueurs, perte d'appétit, amaigrissement.

A l'examen du thorax on constate une voussure de la paroi à la base droite et une immobilisation relative des côtes dans la région.

La percussion dénote une matité s'étendant en arrière de la base du poumon jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, et en avant jusqu'à un travers de doigt de la ligne du mamelon. Pas de diminution des vibrations thoraciques à la palpation. A l'auscultation, l'absence de vibrations très marquée au centre du foyer ; des frottements s'entendent au niveau de la partie supérieure de l'épanchement ; pas de pectoriloquie aphone.

Le foie n'est pas déplacé. Sommets du poumon sains. Température 38°5.

Thoracentèse le 7 septembre, à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy ; le pus très épais s'écoule difficilement, et on ne peut retirer guère plus d'une demi-pinte de liquide purulent d'odeur gangréneuse.

Le 14 septembre, avec l'aide du Dr Jeannotte, nous pratiquons une incision dans le 7^e espace intercostal, en arrière, qui donne issue à une demi-pinte de pus épais et fétide.

Un gros drain est passé dans l'ouverture, et la cavité est lavée à l'acide phénique à 2 0/0. Les lavages sont répétés deux fois par jour : amélioration notable, disparition des sueurs. Voyant que ces lavages n'entraînaient qu'une très faible quantité de pus, nous fîmes des injections d'huile iodoformée, qui, grâce à leur consistance, pouvaient se mélanger avec le pus et favoriser sa sortie par le tube. Ce dernier étant tombé, l'orifice fistuleux se rétrécit ; nous essayâmes de le dilater avec la laminaria et de remettre le tube, ce qui ne fut pas sans difficulté, les deux orifices externe et interne n'étant pas parallèles. L'écoulement qui, dans ses premiers jours, se fit assez bien, finit par devenir insuffisant et en quelques jours nous perdîmes tout le bénéfice de nos interventions. Nous résolûmes alors d'intervenir d'une façon plus radicale. Le 25 novembre, avec l'assistance des docteurs Jeannotte, Letellier et Fortier, nous pratiquons l'opération suivante :

Le champ opératoire recouvert depuis deux jours de compresses au sublimé est lavé à l'acide carbolique fort, le trajet fistuleux est désinfecté et cureté.