

ser, la fistule s'obturait. Enfin au bout de cinq semaines, le malade quitta l'hôpital, présentant toutes les apparences d'une guérison complète. L'examen le plus attentif, la percussion la mieux soignée ne nous indiquait le moindre noyau d'induration.

Je me suis plu à relater cette observation parce qu'elle s'ajoute aux observations si peu nombreuses de pérityphlite suppurée compliquée de péritonite généralisée, traitée et guérie par laparatomie, et qu'elle tend à bien démontrer que dans ces cas si graves et parfois désespérés, la laparatomie peut sauver le patient, si le chirurgien n'intervient pas trop tard. Je crois que c'est ici surtout qu'il faut savoir choisir son moment, et ne pas hésiter dès qu'on trouve indication d'opérer.

II.—*Pérityphlite tuberculeuse suppurée et enkystée, traitée par ouverture large et drainage.*

Presqu'en même temps que je lisais les observations de Terrier (de Paris) démontrant l'existence d'appendicite tuberculeuse, j'opérais à l'hôpital Notre-Dame un autre jeune homme de 24 ans, pour un abcès de la fosse iliaque droite.

Ce malade, entré dans le service de Monsieur le docteur Desrosiers, me fut adressé par lui pour examiner son ventre, qui présentait à droite une tumeur mate, assez considérable, au niveau de l'appendice et semblant faire corps avec la paroi. Vu le siège de la maladie et l'apparence phthisique du patient, je crus de suite avoir affaire à un abcès froid d'origine cœcale ou appendiculaire. Il faut remarquer que cette tumeur existait depuis plusieurs semaines. Une ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille de Pravaz confirme une partie de mon diagnostic en me prouvant qu'en effet j'avais affaire là à une cavité purulente. J'incise alors obliquement un pouce au-dessus de l'arcade. Six centigrammes de cocaïne m'ayant donné une anesthésie locale complète, je pénètre dans la cavité purulente en sectionnant la paroi couche par couche.

Je remarquai fort bien que je sectionnai la couche musculaire, quoiqu'elle fut considérablement amincie. Je regrettai de ne pouvoir faire faire d'examen bactériologique, mais le contenu présentait toutes les apparences d'un pus tuberculeux, et étant donné les antécédents héréditaires du patient (j'opérais deux jours plus tard sa sœur, de ganglions tuberculeux du cou), je maintins mon diagnostic. Le sommet du poumon droit était d'ailleurs déjà pris.

Le traitement consécutif fut des plus simples : lavage au bichlorure et pansement à plat à la gaze iodoformée. Malheureusement si j'eus quelque amélioration, le malade n'en quitta pas moins l'hôpital sans être guéri, après sept semaines de traitement. Je crois donc avoir eu affaire à un abcès enkysté et tuberculeux du péritoine, mais je ne saurais dire s'il fut d'origine cœcale ou appendiculaire, car l'exploration de la cavité ne m'apprit pas grand'chose, vu que l'intérieur était tapissé d'anfractuosités et de néo-membranes très épaissies.