

cholite ni la cholécystite, lesquelles d'ailleurs évoluent plus rapidement, ne peuvent créer un déplacement semblable. La pleurésie sus-diaphragmatique nous donnerait des troubles respiratoires qui n'ont jamais existé chez le malade. Nous avons déjà éliminé le cancer à cause de la fièvre, de l'hypertrophie de la rate : nous pouvons le rejeter de nouveau devant cet élargissement considérable de la matité qui demanderait un cancer massif énorme. Le kyste hydatique peut donner une déformation semblable ; mais dans le cas actuel, il faudrait que le kyste fut devenu suppuré : c'est là un accident subit dont la rapidité est bien connue des chirurgiens, qui s'accompagne d'intoxication grave, d'urticaire, et qui ne saurait s'appliquer à notre malade.

Ainsi, à quelque point de vue que nous nous plaçons : celui de la cause, celui des symptômes, celui de l'évolution de la maladie, nous sommes amenés constamment à une conclusion qui s'impose cliniquement : ce malade, à la suite d'une dysenterie grave, a fait une infection au foie qui a déterminé secondairement la formation d'une collection purulente, d'un abcès.

C'est là, vous le comprenez aisément, un cas un peu spécial. Nous n'avons pas souvent l'occasion, au Canada, d'en rencontrer de semblables. L'abcès de cause traumatique, l'abcès chirurgical, se rencontre quelquefois ; l'abcès médical est rare. C'est pourquoi j'ai tenu à l'analyser en détail avec vous.

Le traitement d'une suppuration, vous vous en rendez compte, ne peut être que chirurgical. La seule chance possible de guérison, c'est d'évacuer le pus. Le malade pourra ensuite réparer la lésion, si elle n'est pas trop considérable. Nous allons donc le transférer dans le service de chirurgie, où il devra subir un second examen avant que l'opération ne soit décidée définitivement. Quant au malade lui-même, il est prêt à tout pour guérir ; c'est un ancien soldat, il sait ce que c'est que de s'exposer au danger.

29 novembre.—Vous allez voir opérer demain, messieurs, le malade que je vous ai présenté lundi. L'examen chirurgical a révélé que la rénitence est surtout marquée à la partie inférieure et postérieure du thorax. Une ponction faite à ce niveau, avec une aiguille courte, a ramené du liquide hémorragique. Ce liquide, évidemment, vient de la plèvre ; il indique le voisinage du foyer d'inflammation ; ou encore un commencement de propagation à travers le diaphragme ; mais il ne saurait nous faire changer notre diagnostic en face de l'observation que nous connaissons. La gêne respiratoire, la toux, chez notre malade, sont à peine marquées ; elles relèvent uniquement du refoulement du diaphragme ; la pleurésie diaphragmatique est autrement bruyante par sa dyspnée et sa douleur.

OPÉRATION

(Dr O.-F. Mercier, hôpital Notre-Dame)

30 novembre.—Le chirurgien fait son incision le long de la 8e côte, en arrière. La côte réséquée, il incise le périoste sous-jacent et les deux feuillets de la plèvre. Cette dernière renferme très peu de liquide. Les trois couches—périoste et feuillets pleuraux—sont suturés en surjet pour isoler la cavité pleurale. Puis le chirurgien perfore le diaphragme. Un flot de pus gris-verdâtre, mêlé de grumeaux, inonde la table d'opération : c'est un pus non infecté sans odeur, sans gaz ; il s'en écoule plus de deux litres (1). Lavage de la cavité. Drainage avec un gros tube. Pansement à la gaze iodiformée et au coton absorbant.

Le drainage, favorisé par le décubitus dorsal, se fait très bien. L'écoulement est très abondant les premiers jours. Le surlendemain de l'opération, la bile apparaît dans le pansement. Deux jours plus tard, élimination d'une certaine quantité de bile visqueuse et de pus épais venant vraisemblablement de la vésicule. Puis l'écoulement diminue peu à peu et la convalescence suit une marche ininterrompue.

10 janvier.—Voici, messieurs, le cas d'abcès périhépatique que vous avez vu opérer avant les vacances. La plaie est cicatrisée ; le malade n'éprouve plus de douleur au côté droit ; la ligne de matité hépatique est redevenue normale ; les fonctions hépatiques se font bien, le poumon sus-jacent est absolument sain. Il s'agissait, vous vous en êtes rendu compte à l'opération, d'une collection purulente périhépatique localisée, entre le diaphragme et la foie. Aussi la guérison complète est-elle assurée. Cet homme n'a plus sa figure souffrante, il reprend graduellement son teint, ses forces et son poids ; l'appétit est bon. Dans quelques jours, il pourra quitter l'hôpital et compléter sa convalescence à domicile. Après l'odyssée pathologique qu'il vient de subir, il aura bien gagné sa guérison. On peut la résumer, cette odyssée en trois étapes importantes : 1902, infection dysentérique ; 1904, infection biliaire ; 1907, infection du péritoine sus hépatique et périhépatite suppurée. Si l'infection a évolué aussi lentement, c'est qu'elle a suivi vraisemblablement les voies lymphatiques. Elle aurait abouti à la mort sans la résistance organique du sujet et, disons le, sans l'intervention chirurgicale.

(1) Nous aurions aimé à en faire faire l'analyse bactériologique. Malheureusement les circonstances nous l'ont pas permis. Il en fut de même pour le cas de pachyméningite que nous avons rapporté dernièrement. Le docteur Lafleur, du Montréal General Hospital, nous a fourni à ce propos des renseignements intéressants. Il a observé dans son service un cas analogue où l'examen des foyers hémorragiques révéla la présence de méningocoques en quantité considérable. Le chef du laboratoire, le Dr Duval, pendant un séjour à l'hôpital de Boston, en a observé plusieurs cas semblables, qui étaient venus mourir dans les salles pendant une épidémie de méningite cérébro-spinale. Le méningoque de Weichselbaum pourrait donc, dans certains cas, déterminer une pachyméningite hémorragique.