

cette proéminence. La tumeur est complètement dedans du péritoine et libre de toute adhérence à sa partie inférieure. En promenant le doigt autour, on rencontre de nombreuses adhérences avec les intestins et l'on ne peut reconnaître son point d'implantation. Il est impossible de briser ces adhérences sans risquer de faire des perforations intestinales. A la demande de l'opérateur, je pratiquai alors une ponction exploratrice, mais ne retirai aucun liquide. La masse est alors attaquée avec le bistouri par son centre, et le chirurgien, après avoir disséqué avec soin couche par couche, finit par arriver sur la tumeur elle-même, qui est énucléée assez facilement. La partie qui a offert le plus de résistance est la partie supérieure, qui était adhérente à une seconde masse que l'on a reconnue ensuite pour la rate. La tumeur enlevée était de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme.

Les autres organes sont à leur place respective et paraissent normaux.

Le Dr Mercier fait ensuite la marsupialisation du sac formé par les différentes couches entourant la tumeur, et la plaie est suturée, excepté au centre pour permettre le drainage.

L'opération a duré environ 2.30 heures et a été très bien supportée.

Aujourd'hui, il y a 16 jours que le malade a été opéré et il n'est survenu aucune complication. Le pansement a d'abord été fait le 5ème et le 9ème jour après l'opération et depuis il est fait tous les jours, et tout va à merveille. La cavité granule rapidement. Le malade se lève, a repris son appétit et son sommeil ordinaires. Intestins et vessie, tout fonctionne bien.

Le siège de cette tumeur était dans les ganglions du mésentère de l'intestin. Elle se serait développée en gagnant la partie supérieure de la cavité abdominale, aurait contracté des adhérences avec la rate qu'elle aurait ensuite attirée en bas par sa pesanteur. Il eut été dangereux de tenter de défaire toutes ces adhérences multiples et intimes avec cet organe et les intestins. Et le patient avait averti l'opérateur avant l'opération que s'il y avait du danger pour ses jours de ne pas continuer l'opération. Voilà pourquoi le chirurgien a préféré marsupialiser. La guérison sera plus longue, voilà le seul ennui.

Un examen histologique de la pièce, fait un peu à la hâte, permet de reconnaître un néoplasme de nature sarcomateuse à grosses cellules. Ce qui expliquerait facilement la rapidité dans le développement de cette tumeur.

Comme vous l'avez constaté le cas est intéressant. Nos remerciements à M. le Dr Ethier qui nous l'a adressé. Nous regrettons qu'il n'ait pu venir assister à l'opération, mais des circonstances incontrôlables l'en ont empêché.

J'ai le plaisir d'annoncer aux amis de l'Hôpital que nous avons reçu notre appareil de Rayons X, de la maison Radiguet, Paris, et qu'il sera en fonction au commencement de la prochaine semaine.

Les étudiants de l'Université Laval sont en examen clinique de ce temps-ci, et nous sommes heureux d'entendre M. le Dr Brosseau donner de ces bonnes cliniques chirurgicales d'autrefois.