

Monsieur St-Jacques relève quelques particularités d'intérêt essentiellement pratique, dans la communication de monsieur Marien.

Tout d'abord le passé biliaire négatif de la malade. Cela n'a pas lieu de surprendre les habitués de la pathologie hépatique. L'évolution de la lithiase biliaire est des plus erratique. Il cite l'observation de cette malade Mde P. 44 ans, auprès de laquelle il est appelé en consultation pour une crise de douleurs abdominales intenses. Début subit 3 jours auparavant. Temp. à 105° ; pouls 110. Antécédents absolument négatifs. L'opération révèle une vésicule énormément distendue par un liquide sero-purulent et enchantonné dans le canal cystique un calcul unique, dont le circonférence atteint 11 centimètres. Et pourtant la malade n'avait jamais souffert de son foie. Mort dans les 36 heures d'asystolie et congestion pulmonaire.

Mde L. 33 ans, n'a jamais souffert jusqu'à il y a cinq semaines. Pas d'ictère, selles colorées. "Température normale." La laparatomie permet d'évacuer d'abord par ponctions 600 cc. d'un liquide purulent puis à l'ouverture de la vésicule 187 calculs.—Convalescence rapide et guérison complète

Cette apyrexie, même avec un liquide purulent n'est pas rare non plus. Telle encore Mde C. 45 ans. première attaque il y a deux mois, deuxième il y a quinze jours. Depuis huit jours que la malade est sous observation, la température est normale. Et cependant l'opération fait trouver une vésicule contenant entre 40 à 50 cc. de pus et un gros calcul unique enchantonné dans le canal cystique. Il faut faire la cystitotomie pour l'extraire. Guérison rapide.

Pour ce qui est des dimensions que peut atteindre la vésicule elles sont énormes parfois. Mde L. avait 600 c.c. de pus dans sa vésicule, ce qui n'est pas autant que le malade de M. Marien. Terrier ne rapporte-t-il pas le cas d'une malade, de la vésicule de laquelle il retira 24 litres d'un liquide brunâtre. Le cas d'Ermann, rapporté aux Archives de Vorchow, est classique, où il fut trouvé entre 30 à 40 litres de liquide.

Presque toujours dans ces vésicules fort distendues on trouve des calculs. Aussi la malade de Monsieur Marien était porteur de calculs dans sa vésicule ;—Mde L. avec ses 600 c.c. de liquide avait collectionné 187 calculs ;—Mde G. une autre malade, avec 200 c.c. de liquide séreux portait 38 calculs. Il semble en effet que ces calculs agissent à titre de corps étrangers et que les glandes de la paroi vésiculaire se trouvent par là stimulées à sécréter. Pour peu que le canal cystique soit obstrué il ne semble pas y avoir de raison que le processus s'arrête de lui-même.

En regard de la grosse vésicule,—le Dr. St-Jacques présente cette vésicule toute atrophiée, dure et à parois

épaissies d'une malade, Mde M. 40 ans, souffrante depuis un an et qui portait un calcul de moyenne grosseur, fixé dans son canal cystique qu'il fallut ouvrir. La vésicule ne contenait qu'environ 5 à 8 c.c. de pus épais, mais pas de calcul.

M. St-Jacques présente un rein complètement sectionné par une déchirure.

M. St-Jacques présente les deux fragments d'un rein qu'il a enlevés le jour même. Voici l'observation clinique. Le jeune E. P., 17 ans, tombe d'une hauteur de deux étages et se contusionne le côté droit. Douleurs vives, rien autre. C'était le samedi. Le lundi, les douleurs augmentent et le malade est vu, dans la soirée, par le Dr Cléroux, qui constate de la température pour la première fois. Le Dr St-Jacques voit le malade le lendemain. L'état général et local s'est aggravé. Temps, 101° Douleurs abdominales généralisées, ballonnement et défense musculaire ; le tout plus marqué à droite. La région lombaire est particulièrement sensible. Les intestins ont fonctionné et les urines ont toujours été normales. Le diagnostic de lésion rénale et peut-être hépatique est porté, et l'intervention chirurgicale jugée d'urgence. Les constatations anatomiques allaient être intéressantes.

La laparatomie en région colique droite montre une inondation péritonale par un sang veineux, abondant et fluide. En réclinant le côlon, il est trouvé une déchirure étendue de son mésentère, du haut jusqu'à la base de l'appendice implantée sur la face postérieure du cœcum. Le péritoine postérieur a éclaté ailleurs sous une masse rémittente qu'il recouvre. Une incision perpendiculaire en T permet d'atteindre par en arrière la loge rénale, où l'opérateur trouve un amas considérable de sang coagulé sous lequel il découvre un rein gros, rougeâtre et transversalement déchiré jusqu'au hile. Pas de traces de sécrétion urinaire. Des pincées sur le pédicule mâché, et les deux segments du rein sont enlevés. L'uretère avait été arraché lors du traumatisme.

L'ablation du rein était de nécessité ici, vu l'étendue des lésions. D'ailleurs, l'expérience a appris comme il est dangereux de laisser en place des fragments considérables d'un rein privé de sa circulation. La nécrose qui s'en suit est fatale et la résorption de ces tissus en dégénérescence est très toxique.

M. Bourgeois, qui opérait conjointement avec M. St-Jacques, fait remarquer que la sécrétion urinaire s'est trouvée suspendue du fait de la déchirure et de l'obstruction des vaisseaux sanguins. Et quand même se serait-elle faite sur place.—que l'urine vésicale n'en aurait rien témoigné vu que l'uretère était arraché.

—o—

M. O.-F. Mercier, souffrant, s'était excusé, sa communication est reportée à une autre séance.

M. Valin demande que sa communication soit aussi reportée à une prochaine séance.

A 11.15 h. la séance est levée.

FRANÇOIS DE MARTIGNY,