

jeune fille atteinte, de par les rayons X, d'un abcès gangreneux de la base, se vidant par expectoration, la pneumotomie de la base ne montra que de la séreuse généralisée et pas de cavité. Celle-ci siégeait dans le lobe supérieur, presque sous la clavicle.

M. Logeou insiste sur ce fait que, malgré l'exploration la plus attentive, le chirurgien peut passer à côté du foyer pulmonaire que révèle plus tard l'autopsie.

M. Ricard cite un fait personnel où, la radioscopie ayant montré une collection profonde l'opération montra, au contraire, un abcès siégeant immédiatement sous les côtes, dans la région scapulaire. Il y avait un deuxième abcès siégeant près du médiastin et que la radioscopie n'avait pas révélé.

M. Delbet dit que les kystes hydatiques du pommou suppurés ou non, sont le triomphe de la radiographie : il n'en est pas de même des autres collections purulentes.

D'autre part, il peut y avoir un désaccord extraordinaire entre l'abondance de l'expectoration et les dimensions de la cavité.

M. Loison communique les trois cas suivants :

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de quarante ans qui était entré à l'hôpital pour des abcès du foie. Il y en avait trois, qui furent évacués et drainés. Quelque temps après, il présenta des signes thoraciques qui firent penser à une pleurésie enkystée ; il eut même une vomique, puis il mourut. L'autopsie montra un abcès de la base.

Dans le deuxième cas, il s'agissait également d'un homme qui était porteur de plusieurs abcès du foie, lesquels furent ouverts, mais qui, à aucun moment, n'avait présenté de symptômes thoraciques. L'autopsie montra un énorme abcès de la base droite, qui était adhérente au diaphragme non perforé. Dans ces deux cas, la propagation s'était faite directement du foie au pommou par l'intermédiaire des lymphatiques.

Dans le troisième cas, au contraire, il s'agissait d'un processus embolique. Le malade présentait une matité droite allant jusqu'à l'omoplate. Les ponctions du foie étant restées négatives, M. Loison fit une résection costale et trouva la base du pommou fortement indurée et adhérente. L'autopsie montra un abcès volumineux de cette base et un foie intact. M. Loison reconnaît qu'il aurait dû ponctionner le pommou.

* * *

Lithiase biliaire et pancréatite secondaire.—Au cours de la lithiase biliaire, la bile modifiée a une action irritante sur le pancréas au travers duquel elle chemine

dans le cholédoque ; il en résulte souvent une *pancréatite scléreuse*, d'une dureté extrême, simulant volontiers le cancer et s'opposant, *par compression*, à l'écoulement de la bile : *syndrome pancréatico-biliaire*. Le traitement consiste essentiellement à rétablir la perméabilité des voies biliaires et surtout à dériver au dehors la bile irritative : la pancréatite scléreuse disparaît assez rapidement. Faute de cette opération, on risque le *drame pancréatique* simulant la péritonite par perforation, et caractérisée par la présence dans la cavité péritonéale : 1° d'amas graisseux en taches de bougies, *cystolécitonécrose* qui correspond à la transformation des cellules adipeuses en acides gras, sous l'influence des ferments pancréatiques anormalement déversés dans cette cavité péritonéale ; 2° d'hémorragies diffuses qui résultent de la digestion des parois vasculaires sous l'influence également des ferments pancréatiques. *Dieulafoy*.

* * *

Sur la rupture traumatique du canal hépatique.—(*Arch. f. klin. chirurg.*, Bd. LXXXI.)—L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de 5 ans qui fut renversée par un camion et qui eut une déchirure du canal hépatique. On établit le diagnostic sur l'existence du ballonnement du ventre, sans symptômes péritonéaux, et sur l'absence de pigments biliaires dans l'urine. On fit le drainage du canal hépatique et la guérison fut obtenue rapidement.

La cause de cette rupture réside dans un hyperallongement des voies biliaires tendues entre le sillon porte et le duodénum dans le cas de tiraillement du foie en haut, du duodénum en bas. Si le conduit biliaire est en totalité déchiré obliquement, l'ictère peut apparaître, si les fausses membranes rapidement formées ne s'opposent pas à la résorption des pigments. Caractéristique est l'amaigrissement considérable qui survient après cette perte de bile mais surtout après la résorption des sels biliaires. Dans l'observation rapportée par l'auteur, malgré la stérilité de la bile, il se produisit une péronite, fibreuse conséquence de l'action corrosive de la bile. On n'a pas encore signalé de cas de péritonite septique due à la rupture des voies biliaires. Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, seule une opération peut porter remède, aussi doit-elle être pratiquée sans retard (Hildebrand).

* * *

Rupture traumatique du canal cholédoque.—Le cas concerne un employé de chemin de fer, qui avait été comprimé entre les tampons d'un wagon au repos et