

gique fait reconnaître une encéphaloïde ; aujourd'hui un an et demi après l'opération, non seulement il n'y a pas trace de récurrence, mais sa santé est excellente. La malade engraisse et ne suit aucun régime.

OBSERVATION I (1).—Cancer de cæcum. Ablation de cæcum et d'un fragment du côlon ascendant. Résection de la portion terminale de l'intestin grêle. Entéro-anastémose termino-latérale par le bouton de Murphy.

Femme de quarante ans. Rien de particulier dans les antécédents.

*Histoire de la maladie.*—Il y a deux mois environ, apparition de quelques douleurs vagues, irradiées, tantôt dans la fosse iliaque droite tantôt à gauche de l'abdomen. Durant ces crises, que la malade rapporte à la fatigue, la douleur n'est pas localisée, mais diffuse. Il n'y a pas de troubles digestifs, sauf un peu de constipation.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, un médecin consulté trouve dans la fosse iliaque droite un empâtement profond. Il conseille le repos absolu. Les souffrances sont alors localisées à droite. C'est une douleur survenant brusquement, et disparaissant après quelques minutes.

Il y a quelques jours, crise rappelant un accès de coliques appendiculaires, crise d'une durée de plusieurs heures. Vomissements alimentaires abondants. Typanisme du ventre, et hyperesthésie très marquée de la paroi. Le cæcum distendu forme une saillie nettement appréciable. Douleurs extrêmement intenses ; ce sont des sensations de torsion, de déchirement, localisées dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans la région épigastrique. La crise se termine vers six heures du matin par une évacuation diarrhéique. La malade, depuis ce moment, se sent soulagée. Bien qu'elle ait un peu maigri ces derniers temps, l'état général est excellent.—Pas de fièvre.

*Examen de la malade.*—La fosse iliaque droite est sensible à la palpation. La percussion donne à ce niveau de la matité. On sent au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure un gâteau profond, dur, un peu irrégulier, large de trois travers de doigts, s'étendant vers le pubis.

La paroi abdominale n'adhère pas à la tumeur, et cette tumeur elle-même semble pouvoir être mobilisée en masse, et pouvoir être reportée en dedans. Rien d'autre dans l'abdomen. Les

---

(1) Thèse de Lardemais.