mètres cubes d'éther ont été faites ici et là, au cours de l'intervention.

Après la dernière suture, on répète l'injection rectale au carbonate d'ammoniaque, on entoure la malade de bouillottes et elle est reportée dans son lit. La chambre a été bien ventilée au préalable, la température maintenue à 70° Fah., les bouillottes renouvelées, sous la surveillance immédiate de deux infirmières.

On dépose, à toutes les heures, cinq gouttes d'adrénaline sur la langue. Le chef du service, vu l'état très satisfaisant de la malade, ordonne la tranquillité la plus absolue autour d'elle, et suggère de ne pas faire d'hypodermoclyse à moins qu'un changement dans l'état général l'indique d'une manière formelle. Ceci se passe vers huit heures du soir. Le lendemain, à 10 heures a. m., le Dr Brennan se déclare satisfait de l'état de l'opérée. Il fait continuer l'adrénaline et prescrit "*per os*" 3 grains de carbonate d'ammoniaque à toutes les deux heures, et des lavements nutritifs. S'il y a nausées, champagne et glace.

J'ai revu l'opérée plusieurs fois, chacun des cinq jours qui ont suivi cette redoutable opération. Son état excellent surprenait tout le monde. C'-tait en tous points une laparatomie "à relevailles physiologiques." Je n'ai pas eu de nouvelles depuis mon départ de l'hôpital.

Remarques. — Cette intéressante opération si prestement menée à bien et précédée d'un diagnostic hérissé de tant de difficultés, comporte bien des enseignements, et met en relief des points d'un grand intérêt.

1° Notons d'abord les difficultés et les nombreuses sources d'erreur quand il s'agit de diagnostiquer l'appendicite chez la femme. Le Dr Mercier a insisté sur ce point. Il faut procéder par exclusion et pouvoir éliminer tous les autres diagnostics possibles. De plus, l'association à l'appendicite de troubles d'origine utéro-ovarienne (appendicites larvées) donne lieu souvent à un tableau clinique d'une interprétation très difficile.