

Suites opératoires. — 31 mars. — $T = 36,2$; — $P = 78$; deux lavements nutritifs ; piqûre de morphine.

1^{er} avril. — $T = 36,7$ — $P = 96$; quatre lavements alimentaires.

2 avril. — Malade un peu faible, langue sèche ; quatre lavements alimentaires, 50 gr. de sérum, deux selles en diarrhée.

3 avril. — Premier pansement. La mèche est remplacée par une autre mèche imbibée de naphthol camphré ; deux tasses de lait ; 100 gr. de sérum.

Le 4 avril. — Le pansement découvre l'existence d'une fistule pleurale avec écoulement de liquide intestinal.

Le 8 avril. — La plaie est irritée par l'écoulement de la fistule. On cherche à constiper la malade.

Le 10 avril. — Il y a moins de matières dans le pansement. On enlève les fils. Il y avait un petit abcès à la partie supérieure de la suture. On aperçoit le bouton de Murphy dans la plaie. Mais l'état général est assez bon, le ventre souple, la langue humide ; pansements à la vaseline.

Le 14 avril. — Crampes douloureuses dans le mollet droit, qui persistent quelques jours (probablement phlébite atténuée).

A partir du 1^{er} mai, l'écoulement des matières par la fistule diminue d'une façon notable. Le 4 mai le bouton de Murphy est expulsé par les voies naturelles.

Le 8 mai, la malade se lève pour la première fois. Les pansements sont renouvelés seulement tous les trois jours.

Le 26 mai, la malade sort de l'hôpital ; il ne persiste plus qu'un orifice très étroit, et cette petite fistule fonctionne très peu.

En juillet, la malade est revenue. Elle a pris de l'embonpoint. L'état général est excellent, mais la fistule persiste toujours.

En décembre, seulement la fistule est complètement tarie.

Avril 1899. — L'opérée semble guérie. L'intestin fonctionne normalement, sans douleurs. La plaie de la paroi est guérie depuis longtemps. La cicatrice est souple.

Juin 1899. — La malade écrit à son chirurgien ; elle n'a pas de troubles digestifs.

Septembre 1899. — La malade est revue. Elle est en parfait état, et continue à engraisser.

Examen de la pièce. — Le cæcum épaissi et augmenté de volume présente à sa face externe une surface irrégulièrement bosselée. L'infiltration néoplastique envahit la partie inférieure du côlon ascendant ; elle s'étend jusqu'à la terminaison de l'iléon. La surface péritonéale du cæcum est lisse, sans adhérences ; la colo-