

poumons et le cœur sont sains. Pas de troubles digestif marqués, mais il y a de la constipation.

En somme, il s'agit d'une affection du cæcum ayant évolué lentement, sans fièvre, sans grand fracas, à l'exception seule d'une crise. La tumeur n'est pas très adhérente. La malade a un peu maigri.

On porte le diagnostic d'appendicite, mais avec des réserves, la pensée d'un néoplasme du cæcum devant être éveillée en raison de la marche un peu spéciale de l'affection et de la mobilité relative de la tumeur. Cette particularité est très importante au point de vue du diagnostic différentiel. Il en est de même dans les affections de l'estomac. Une tumeur diffuse adhérente, immobile, est une tumeur inflammatoire. Si au contraire la tumeur est limitée, plus mobilisable, c'est probablement un néoplasme.

*Opération* à l'hôpital Péan, le 31 mars 1898.—Anesthésie chloroformique.

Incision de Roux, comme pour une appendicite.

On tombe immédiatement sur le cæcum infiltré, bosselé irrégulièrement. C'est un néoplasme qui paraît assez limité. La tumeur est mobile, peu adhérente ; la résection est indiquée.

Section de l'iléon entre deux pinces munies de caoutchouc. Libération du cæcum ; on pince et on sectionne successivement les appendices épiploïques, et les brides qui rattachaient la tumeur à son méso. Le côlon est sectionné entre deux pinces coprostatiques et la masse enlevée d'une seule pièce.

On procède alors à la réunion par l'implantation latérale, et, pour gagner du temps, on se sert du bouton Murphy.

On veut fermer la section du côlon par un fil de catgut passé en cordon de bourse, mais l'affrontement n'est pas parfait, et pour bien enterrer la muqueuse il faut pratiquer par dessus trois étages de sutures.

Une boutonnière, placée sur le côté interne du côlon, reçoit la partie femelle du bouton de Murphy. La pièce mâle est enchâssée dans l'extrémité terminale de l'iléon et serrée par un fil en cordon de bourse. Articulation des deux pièces du bouton et par-dessus surjet circulaire séro-séreux exécuté avec du catgut.

Ligature des nombreux appendices épiploïques sectionnés. Fermeture de la brèche taillée dans le méso péritonéal. Suture de la paroi.

Une mèche de gaze iodoformée introduite profondément juste derrière le côlon est laissée en place pour assurer le drainage et l'écoulement des liquides s'il y a lieu.