

13. Va assez bien ; plus de coliques ; est allé plusieurs fois à la selle ; la hernie est encore un peu douloureuse. On parvient à la réduire par le taxis. A mangé de bon appétit.

16. Continue d'aller de mieux en mieux.

19. Part pour Vincennes avec sa hernie réduite et maintenue par un bon bandage.

Obs. CCCLXVI. — *Hernie inguinale droite étranglée. Réduction par le taxis après trente-six heures d'étranglement. Guérison des accidents.* — Ballendorf (Théodore), vingt-deux ans, cordonnier, entré le 28 octobre 1874 pour une hernie inguinale droite dont l'étranglement remonterait à trente-six heures. Cette hernie a débuté au mois de septembre 1853. Il la maintenait réduite au moyen d'un bandage. Il y a trois jours il sortit sans bandage, et après quelques heures de marche la hernie se montra tout à coup, se prolongea jusque dans le scrotum et occasionna des douleurs assez vives pour obliger le malade à rentrer chez lui et à se mettre au lit.

Les douleurs s'accroissent, les coliques devinrent intolérables, et des vomissements de mucosités et de matières bilieuses apparurent. Le malade dit avoir vomi quarante-deux fois. Il était très-altéré et buvait de la tisane de houblon froide, mais à peine l'avait-il avalée qu'il la vomissait et rendait en outre des matières porracées. La constipation était absolue. Le malade est resté dans cet état pendant trente-six heures et s'est fait ensuite transporter à l'hôpital. Au moment de son entrée, on trouve une hernie du volume d'un œuf de poule, dure, tendue, douloureuse à la pression.

Tentative de taxis ; comme on sent que des gaz fuient sous la main, on espère que la réduction sera possible. Afin de la faciliter on prescrit un bain et, après plusieurs tentatives de taxis, le malade étant placé la tête en bas sur un plan incliné, on arrive à la réduction.

Immédiatement, les douleurs diminuent d'intensité et le malade éprouve un bien-être manifeste.

29 octobre. — Depuis hier, ni vomissements ni coliques.

Langue chargée et blanchâtre, un peu rouge à la pointe. Soif bien moins vive. A pris un potage hier et ne l'a pas vomi. P = 84. On purge légèrement le malade avec de l'huile de ricin.

31. Va aussi bien que possible ; aucun accident nouveau. Appétit revenu. Selles régulières.

Reste dans le service pour avoir un bandage, qui lui est apporté le 18 novembre.

21 novembre. — Depuis deux jours se sert de son bandage, qu'il est forcé d'enlever de temps à autre, jusqu'à ce que l'habitude ait rendu la pression supportable. Comme il ne peut pas encore travailler, on l'envoie à Vincennes.

Obs. CCCLXVII. — *Hernie inguinale gauche. Taxis. Réduction.* — Dumas (Victor), soixante ans, amené le 9 août 1875. Était entré depuis quelque temps dans le service de M. Hillairet pour un eczéma. Cet homme avait depuis quarante ans une hernie inguinale gauche qui ne le gênait nullement et n'avait jamais occasionné d'accidents. Le 8 août, sans cause connue, le malade fut pris de vomissements bilieux répétés et de fièvre ; la hernie n'était pas rentrée depuis le matin. Elle était dure, tendue, très-douloureuse, contenait de l'intestin et de l'épiploon. La tumeur avait le volume d'un œuf de dinde. Elle se prolongeait jusque dans le scrotum du côté correspondant. Il fut transporté dans la salle Saint-Augustin et, après une tentative de taxis qui dura dix minutes à peu près, la hernie fut réduite.

Obs. CCCLXVIII. — *Hernie inguinale droite étranglée. Kélotomie. Emphysème sous-cutané du scrotum et de la verge. Mort.* — Gaudy, employé des pompes funèbres, quarante-quatre ans, entré le 12 février 1874.

Au moment de son entrée, les téguments de la face présentent une teinte subictérique très-nette.

Il y a environ quinze ans, il sentit, au niveau de l'aîne droite, une petite tumeur du volume d'une noisette, apparue à la suite d'efforts prolongés pour porter un lourd fardeau. Il ne fit rien pour la faire disparaître, et elle augmenta graduellement jusqu'à devenir grosse comme un marron. C'est alors qu'il mit un bandage. Cet état persista pendant treize ans.

Il y a quinze mois, cette hernie ressortit et glissa par dessous le bandage, qui était peu serré. Il ressentit alors des coliques violentes, eut des vomissements, et garda le lit pendant quatre jours. La hernie, qui était tout d'abord douloureuse et très-dure, se ramollit, diminua de volume et rentra facilement.

Il y a trois jours, ce malade sentit tout à coup la hernie passer par dessous le bandage. Il fut pris aussitôt de coliques très-fortes, de vomissements ; la rétention des matières fécales survint en même temps. Il resta deux jours chez lui, mais, comme son état s'aggravait, il se décida à entrer à l'hôpital. A son entrée on constate que la hernie siège au niveau de l'aîne droite, et suit la direction du canal inguinal ; elle est située au-dessus de l'épine du pubis et s'étend vers le scrotum sans y pénétrer. On essaye en vain de faire rentrer la tumeur en s'aidant des cataplasmes, des bains, du chloroforme et en mettant le malade dans une position déclive. C'est alors que l'opération est résolue et acceptée par le malade, qui n'a pas pris de nourriture depuis quatre jours.

Les téguments sont incisés transversalement. Le sac herniaire apparaît, au niveau de l'anneau inguinal. Il semble que ce soit une hernie directe. L'épiploon compris dans la partie étranglée paraît contus ; il est noirâtre et entoure complètement l'anse intestinale étranglée et tordue sur

elle-même; on incise le sac, qui contient une petite quantité de sang. L'orifice est dilaté; l'intestin rentre facilement, et l'épiploon est ensuite réduit.

14 février. Une heure après l'opération, le malade est allé abondamment à la garde-robe. Il paraît très-abattu; la peau est sèche. P = 120 mou, dépressible. Boissons stimulantes, lait, bouillon à petites doses.

16. Quelques heures de repos dans la nuit d'hier. Ce matin, il souffre beaucoup dans le serotum, qui est excessivement tuméfié, et du volume d'une tête de fœtus. L'œdème s'est étendu à la verge. La peau est tendue, lisse, douloureuse et présente une coloration assez foncée par places. On constate la présence de gaz dans la plaie. On pratique le débridement en prolongeant la plaie du scrotum sur lequel on fait quelques mouchetures.

La langue est chargée et blanche. P = 120. L'appétit est nul et le malade ne peut dormir.

17. Le malade a succombé dans la nuit.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. CCCLXIX. — *Hernie crurale gauche étranglée. Taxis. Réduction incomplète. Persistance des accidents pendant deux jours. Guérison.* — (Catherine), cinquante et un ans, journalière, entre le 22 mai 1874.

Elle a depuis vingt-huit ans une hernie crurale consécutive, dit-elle, aux efforts qu'elle a faits pour faciliter un accouchement très-laborieux. Pendant longtemps elle n'a point porté de bandage; il y a un an et demi seulement qu'on en a appliqué un, mais, comme ce bandage était très-étroit, la hernie glissait facilement au-dessous.

Hier, vers huit heures du soir, à la suite d'un effort, la hernie a augmenté brusquement de volume et la malade a été en même temps prise de vives douleurs dans l'aîne. Elle a des vomissements accompagnés de fortes coliques; les douleurs s'irradient vers la région lombaire. Au début, elle a presque perdu connaissance. Un médecin a en partie réduit la hernie, en ville, mais voyant que les accidents persistaient, il a fait porter la malade à Saint-Louis. A son entrée, nous trouvons une hernie crurale étranglée du volume d'une pomme d'api siégeant du côté gauche.

Soif vive. Elle souffre beaucoup du ventre, les vomissements sont venus fécaloïdes. P = 120. Le taxis restant sans effet nous prescrivons un bain et de la glace sur le ventre.

24 mai. — Les vomissements continuent, mais ils sont moins fréquents. La hernie est moins douloureuse et les coliques ont un peu diminué. La fièvre est moindre. P = 104.

25. La malade n'a rendu hier que de la bile; elle n'a pas vomé depuis hier après-midi. P = 85. La hernie est réduite par le taxis le lendemain, tous les accidents disparaissent.

27. A pu prendre des bouillons et manger un œuf sans vomir.

3 juin. La malade va bien; les douleurs du ventre ont complètement cessé; la digestion se fait bien.

5 juin. Elle sort munie d'un bon bandage.

Obs. CCCLXX. — *Hernie crurale étranglée depuis soixante heures (kyste situé en avant du sac herniaire). Kelotomie. Guérison.* — Piat (Marie), soixante et onze ans, sans profession, entre le 28 avril 1875. Cette malade porte du côté gauche, depuis l'âge de vingt ans, une hernie crurale. Jamais cette hernie n'a été contenue par un bandage; jamais elle n'a produit aucun accident.

Depuis le 25 avril au matin la malade n'a pas eu de selles. Les vomissements ont commencé le même jour à dix heures du soir; en même temps sont apparues des douleurs, ayant leur maximum d'intensité au niveau de la hernie crurale. Plusieurs tentatives de taxis ont été faites en ville sans résultat. Cette malade entre à l'hôpital le 28 avril à huit heures du matin.

Les vomissements sont devenus fécaloïdes; la respiration est un peu accélérée; pouls petit; face grippée.

Au devant de l'anneau crural on rencontre une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, rénitente, manifestement fluctuante, très-douloureuse au toucher. Bains, glace au devant de la hernie.

A dix heures du matin une nouvelle tentative de taxis est faite sans plus de succès, la malade étant placée la tête en bas. On reconnaît que l'obstacle à la réduction est dû en partie à la présence d'un kyste situé en avant du sac herniaire. Il s'agit dès lors d'ouvrir le kyste et d'enlever l'obstacle à la réduction. Dans ce but, on pratique une incision elliptique, à concavité supérieure. La peau et le tissu cellulaire sont sectionnés couche par couche, et on arrive sur le kyste.

On l'incise; il s'en écoule une quantité de sérosité, qui peut être évaluée à 60 grammes environ; on ne trouve pas d'intestin dans ce sac. (Il s'agit en effet d'un kyste développé dans le tissu cellulaire, en dehors et en avant du sac herniaire.)

Au-dessous de ce kyste, on rencontre un second sac d'apparence rougeâtre que l'on incise, et duquel il ne s'écoule aucun liquide. Dans son intérieur, on trouve une anse intestinale complète, longue de 5 à 6 centimètres, sans épiploon, et tordue sur elle-même.

Cette anse est gonflée, noirâtre, et présente quelques ecchymoses, qui paraissent dues aux tentatives répétées de taxis. On attire l'intestin étranglé au niveau du collet; il n'est pas ulcéré.

On débride notamment sur le bord externe du ligament de Gimbernat, et l'intestin rentre facilement.

Une fois la réduction de l'anse obtenue, on pénètre dans un canal de

3 à 4 centimètres de longueur, qui semble formé par les parois du canal crural, et qui paraît également avoir augmenté la constriction.

La plaie est suturée avec des fils métalliques dans sa partie externe; elle reste ouverte dans sa partie interne. On y place une mèche de charpie et un petit tube à drainage; le tout est maintenu par un bandage approprié.

28 avril soir. Les vomissements fécaloïdes ont cessé; un lavement purgatif a déterminé une selle. Cependant la malade a encore le faciès rouge et animé.

29 matin. Selles dans la journée; la malade peut prendre quelques aliments froids. On enlève les sutures faites à la plaie, à cause d'un léger engorgement phlegmoneux qui s'est manifesté au pourtour.

Glace sur le ventre; cataplasmes sur la plaie; aliments froids.

TA { matin 37°6
soir 38°

30. L'engorgement phlegmoneux a augmenté; la rougeur s'étend au côté externe, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure.

T { matin 37°6
soir 38°4

1^{er} mai. — État général assez bon; la plaie suppure beaucoup.

T { matin 38°8
soir 38°6

2. Il s'est formé une fusée purulente du côté externe, ce qui oblige à pratiquer une contre-ouverture en ce point, et à passer un drain par le côté externe de la plaie. La suppuration est abondante. La malade a très-bon appétit.

T { matin 37°2
soir 37°4

3. Amélioration très-sensible. Selles; le ventre n'est plus douloureux. La suppuration diminue. T. 36°8.

8. On retire le drain; plus de suppuration de ce côté; la cicatrisation se fait régulièrement et rapidement. La malade sort le 17 mai complètement guérie.

OBS. CCCLXXI. — *Hernie crurale droite étranglée depuis quarante-huit heures. Point de sphacèle. Création d'un anus artificiel (opération faite par M. Ledentu). Mort. Autopsie.* — Misy (Madeleine), cinquante-cinq ans, dévideuse, entre le 21 avril 1875. A du côté droit une hernie crurale,

dont elle fait remonter l'origine à trois ans. Jamais cette hernie, qui avait habituellement le volume d'une petite noix, n'a été contenue par un bandage.

Après une course de trois heures, le 18 avril dernier, la malade a ressenti une vive douleur dans l'aîne droite, cependant aucun phénomène alarmant ne s'est manifesté avant le 19 avril au soir. A ce moment, sans qu'elle se soit aperçue que sa tumeur augmentât de volume, sans que celle-ci soit devenue plus douloureuse, la malade a été prise de vomissements alimentaires d'abord, puis bientôt porracés. La douleur ne s'est manifestée que quelques heures plus tard; elle avait son maximum d'intensité au niveau de l'anneau crural, et s'irradiait dans tout l'abdomen.

Le 20, un médecin de la ville constate que la hernie est étranglée, et fait successivement trois tentatives infructueuses de taxis. Un purgatif administré a été vomi peu de temps après, et n'a déterminé aucune selle. Pendant la journée du 20, la malade a eu des vomissements de couleur verdâtre, sans selles.

Cette malade, habituellement constipée, n'allait à la garde-robe que tous les deux ou trois jours; elle fait remonter sa dernière garde-robe à huit jours. Elle est amenée à l'hôpital le 21 avril à cinq heures du soir. Le faciès est assez bon; pas de cyanose; les yeux sont légèrement excavés; la langue sèche; pas de refroidissement des extrémités. P = 60, petit, dépressible, intermittent. TA. 37°8, R = 32. Intermittences dans les battements cardiaques; rien au poumon. Vomissements bilieux, non fécaloïdes. Le ventre est ballonné, douloureux. Dans l'aîne droite existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, située au-dessous du ligament de Fallope, parallèle au pli de l'aîne, remontant assez loin en dehors. Elle est légèrement rougeâtre, dure, douloureuse.

Le taxis est tenté sans résultat.

Bain de trois quarts d'heure; application de glace sur la tumeur. A neuf heures du soir, M. le docteur Ledentu fait une nouvelle tentative de taxis, et voyant qu'elle est inutile, il procède immédiatement au débridement. La malade, à cause de l'état du cœur, n'a pas été endormie.

La peau est incisée couche par couche parallèlement à la gaine des vaisseaux fémoraux, sur une longueur de 8 centimètres environ, et l'on arrive jusque sur le sac, qui est bosselé, tendu, violacé.

L'incision du sac est faite sur la sonde cannelée, et il s'écoule une assez grande quantité de liquide couleur café au lait, qui répand une odeur fortement fécaloïde. Ce liquide enlevé, on remarque dans le sac quelques appendices graisseux, et une anse intestinale très-petite, incomplète, fortement serrée à l'entrée du canal crural.

Cette anse présente une couleur noirâtre; elle est sphacélée. En un point gros comme une tête d'épingle, la sonde pénètre dans l'intes-

tin. En présence de cette perforation, M. Ledentu n'hésite pas à agrandir le pertuis et à créer un anus contre nature.

Une anse de fil est passée dans un petit lobule graisseux attenant à l'intestin et fixée à l'abdomen à l'aide de collodion.

Une sonde n° 22 est introduite dans l'intestin, mais ne peut franchir le collet du sac. Deux débridements sont faits en arrière à l'aide du bistouri boutonné, et permettent d'enfoncer la sonde à 8 ou 10 centimètres dans le bout supérieur de l'intestin. Elle est fixée à l'aide d'un fil à la paroi abdominale.

Le chirurgien suture l'anse intestinale à la paroi abdominale au-dessus et au-dessous, afin de prévenir l'issue des matières dans la cavité péritonéale.

Prescription : rhum, 60 gram.; acétate d'ammoniaque, 4 gram. Frictions chaudes sur les membres inférieurs.

21 avril, neuf heures du soir. — P=52, petit, intermittent, difficile à trouver. T. 37° 1. R=30.

La malade continue à vomir; il ne s'écoule aucun liquide par la sonde.
22, matin. — P. = 56. — T. 36° 0. R. = 28.

Douleurs moins vives, cependant toujours des coliques. Vomissements fécaloïdes. Langue sèche. Pouls plus régulier, plus ample. Les liquides qui s'écoulent par la sonde mouillent à peine les linges. La plaie a bon aspect.

22, soir. — P. = 64. T. 36° 8. R. = 24.

Vomissements fécaloïdes. Tous les aliments sont rejetés. Crampes dans les mains et dans les mollets. Langue jaunâtre, de la couleur des matières vomies.

La plaie est sèche; il ne s'écoule par la sonde que des quantités insignifiantes de liquides. Pas de selles.

23, matin. — P. = 64. T. 36° 4. R. = 24.

Même état. Vomissements. Pas de selles; il ne s'écoule rien ni par la plaie, ni par la sonde.

Soir. — Il s'est écoulé par la sonde une assez grande quantité de matières jaunâtres. La malade a pris quelques lavements de bouillon. A bu un peu de vin et de rhum.

Les vomissements moins fréquents sont alimentaires et n'ont pas l'odeur fécaloïde. Les coliques sont moins vives; la voix plus forte.

Suppositoire au chloral. Lavements de bouillon : boissons glacées.

24, matin. — P. = 64. T. 37° 6.

Les vomissements sont redevenus fécaloïdes. Coliques vives. Écoulement abondant de matières fécales par la sonde et par la plaie.

24, soir. — Les vomissements fécaloïdes ont cessé. P. = 64. T. 37° 4.

25, matin. P. = 66. T. 35° 2.

La malade rend toujours des matières fécales en grande quantité par la plaie. La face est vultueuse, la langue sèche, fendillée. Pouls lent, très-difficile à saisir.

Les vomissements sont continuels. Refroidissement des extrémités.

25, soir. — T. 37° 4.

26, matin. — Il n'est plus possible de compter, ni [même de sentir le pouls dans les radiales. Refroidissement considérable des membres. Yeux excavés. Faciès rouge. Pas de hoquet, parole entrecoupée.

26, soir. — T. 36°.

27, matin. — T. 35° 1. Algidité croissante; le ventre n'est plus ballonné. Vomissements fécaloïdes. Faciès congestionné; pas de cyanose. Pouls imperceptible; hoquet.

27, soir. — T. 36° 8.

28, matin. — T. 37° 2. Même état. Yeux caves. Les matières continuent à s'écouler en grande abondance par le tube et surtout par la plaie. Pas de selles depuis le débridement.

L'aspect de la plaie est très-beau, sans traces d'empâtement phlegmoneux.

28, soir. — T. 37° 2.

La malade succombe le 29 avril à six heures du matin.

Autopsie faite trente-quatre heures après la mort. Pas de pus ni dans la plaie, ni dans le tissu cellulaire voisin. L'intestin, attiré au dehors à l'aide d'un fil qui le fixe à la paroi abdominale, ne résiste nullement, ce qui montre qu'il ne s'est formé aucune adhérence avec les parois du sac.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on remarque que la partie de l'intestin grêle située au-dessus de l'étranglement est distendue, rouge, violacée, remplie de liquide. Le bout inférieur, au contraire, est revenu sur lui-même et de coloration moins foncée.

La couleur du péritoine est normale, excepté au pourtour de l'anneau crural où il est injecté, sans présenter aucune adhérence avec la paroi intestinale. Au même niveau, on trouve environ 60 à 80 grammes de pus crémeux, libre dans la cavité péritonéale, mais collecté autour de l'anneau. Maintenu par les anses intestinales fortement distendues, il a de la tendance à fuser le long de l'intestin. Pas de matières fécales dans le péritoine.

Quand on attire l'intestin en dedans, on l'y amène facilement, et on constate que la sonde est bien dans le bout supérieur. La ligne de section par laquelle la perforation a été agrandie est perpendiculaire à l'axe de l'intestin et le comprend dans toute sa circonférence, excepté dans le point où il adhère au mésentère. De sorte que les deux bouts sont littéralement accolés, comme deux canons de fusil, sans éperon intermédiaire. Le mésentère correspondant est brunâtre, épaissi, gorgé de sang.

L'intestin, ouvert par son bord libre, montre que la muqueuse est tuméfiée, rouge, se laissant facilement déchirer avec des pinces. Pas d'ulcérations. Cependant au niveau de l'ouverture artificielle, pratiquée à l'intestin, en un point qui correspond probablement à la perforation, on remarque que toutes les tuniques de l'intestin sont sphacélées dans l'étendue de 1 centimètre carré environ, ce qui donne à la circonférence du bout supérieur un aspect déchiqueté. Rien de notable dans les autres organes, sinon un peu de congestion pulmonaire aux deux bases.

OBS. CCCLXXII. — *Hernie ombilicale étranglée.* — *Kélotomie.* — *Érysipèle.* — *Mort le 8^e jour.* Lefèvre (Françoise), soixante ans, robuste et bien constituée, entre le 25 février 1874 pour une hernie ombilicale étranglée. La hernie, apparue il y a cinq ans, provoquait constamment une sorte de tiraillement dans l'abdomen.

Trois mois après le début, la malade eut des douleurs intestinales et des vomissements qui cessèrent spontanément au bout de quelques jours. Cette hernie, dit la malade, sortait et rentrait seule sans accident. Plusieurs fois, elle a provoqué des douleurs avec coliques et vomissements, mais tous ces symptômes disparaissaient d'eux-mêmes.

20 février. Quatre jours avant son entrée, elle ressent un malaise inaccoutumé, vomissements et frissons, sans cause connue.

21. Même état, la malade ne peut faire rentrer la hernie.

22 et 23. Les vomissements augmentent, pas d'appétit, plusieurs frissons dans le jour, surtout le soir; soif ardente. 12 sangsues à l'ombilic.

24. La malade est amenée à l'hôpital; on avait pratiqué le taxis sans résultat. A ce moment, elle présente les phénomènes suivants :

Vomissements bilieux et fécaloïdes, pouls fréquent, peau sèche et chaude.

Au niveau de l'ombilic existe une tumeur volumineuse, formée par une masse diffuse, enflammée. L'inflammation s'étend à toute la paroi abdominale. La consistance de la tumeur annonce la présence d'une grande portion d'épiploon au milieu duquel il est impossible de distinguer l'intestin; pas de sensations d'emphysème annonçant une perforation de l'intestin. La cicatrice ombilicale est au-dessous de la tumeur et comme repoussée par elle. Le taxis, fait avec une grande prudence, ne permet pas de réduire. L'opération seule offre quelques chances de succès. Malgré les dangers qu'elle présente, elle est pratiquée à dix heures du soir, le jour même de son entrée.

Incision verticale de la peau s'arrêtant à la hauteur de l'ombilic. Au-dessous et en haut, on trouve une couche grasseuse normale, très-épaisse; plus bas, en suivant l'incision, la peau est amincie de même que la couche grasseuse adossée au sac herniaire. Le sac est très-distendu; il est mince et transparent.

A l'angle inférieur de la plaie, on voit l'épiploon à travers le sac, qui est ouvert là où il était le plus transparent. La plus grande partie de l'épiploon a gardé ses caractères normaux, excepté à la partie supérieure où il est sphacélé. Dans le milieu de ce paquet épiploïque, on trouve une anse intestinale sortie complètement par la partie supérieure de l'anneau ombilical. Sa couleur est violacée, mais elle ne présente pas de traces de gangrène.

Le doigt, introduit dans l'anneau, montre que celui-ci est très-étroit. La pression qu'il exerce à ce niveau suffit à le dilater assez pour permettre la réduction de l'intestin hernié; mais comme il existait un peu de pus à la surface de l'anse, on la nettoie avec précaution. La partie sphacélée de l'épiploon a été laissée au dehors.

Le ventre est suturé de la manière suivante : Une longue épingle est passée très-profondément au-dessous de la couche musculaire, le plus près possible de l'orifice intrapéritonéal, puis au-dessus une autre épingle moins forte, de manière à éviter autant que possible la pénétration des liquides dans l'abdomen. La partie d'épiploon gangrenée est laissée au dehors de la suture.

25. Pas de frissons, pas de vomissements. La malade a pu prendre un peu de bouillon : pas de garderobes. Glace.

27. Pas de selles. P.=96. 15 gr. d'huile de ricin sont administrés sans résultat. On répète la dose.

28. Premières selles. Sulf. quin. 0,50. Rhum.

1^{er} mars. — La malade a pu manger, mais elle a vomi le soir. P.=108. Pas de selles.

2. On enlève une partie de l'épiploon sphacélé. Perchlorure de fer sur la plaie. P.=100. Calomel 0^{gr},02 en 6 paquets.

4. Face grippée. P.=100. On ôte les épingles. Selles abondantes. Érysipèle ayant pris naissance autour de la plaie. Le lendemain l'érysipèle quitte la paroi abdominale et réparaît sur la jambe gauche.

Compresses d'éther et de térébenthine. La jambe droite est envahie en même temps. Selles diarrhéiques. P.=144.

6. Délire hier. Marasme. Le matin, à la visite, extrémités froides. Coma. Pouls insaisissable. Mort.

Autopsie. L'anse d'intestin avait presque sa couleur normale. Il y avait à l'anneau un bouchon formé par l'épiploon. Au dehors il était sphacélé, mais à partir de l'orifice interne, il était normal. Pas de péritonite.