

Bibliothèque numérique

medic@

**Maisonneuve, J.-G.. - Des opérations
applicables aux maladies de l'ovaire**

1850.

*Paris : Imprimerie de W.
Remquet et Compagnie*
Cote : 90974

MALADIES DE L'OVaire.

JUGES DU CONCOURS.

MM. ANDRAL
BÉRARD
CLOQUET
CRUVEILHIER
DENONVILLIERS
DUBOIS
LAUGIER
MOREAU
ROUX
VELPEAU

Professeurs

MM. BÉGIN
JOBERT
GIMELLE
BAFFOS
HUGUIER

Membres de l'Académie.

CONCURRENS.

MM. CHASSAIGNAC.
GOSSELIN.
JARJAVAY.
LENOIR.

MM. MAISONNEUVE.
MALGAIGNE.
NÉLATON.

MM. RICHET
ROBERT
SANSON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
**Concours pour une Chaire d'Opérations
et Appareils.**

DES OPÉRATIONS
APPLICABLES AUX
MALADIES DE L'OVaire
THÈSE

SOUTENUE EN JANVIER 1850

Par M. J.-G. MAISONNEUVE (de Nantes),

Chirurgien en chef de l'hôpital Cochin.

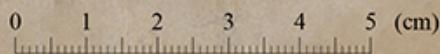
90.974

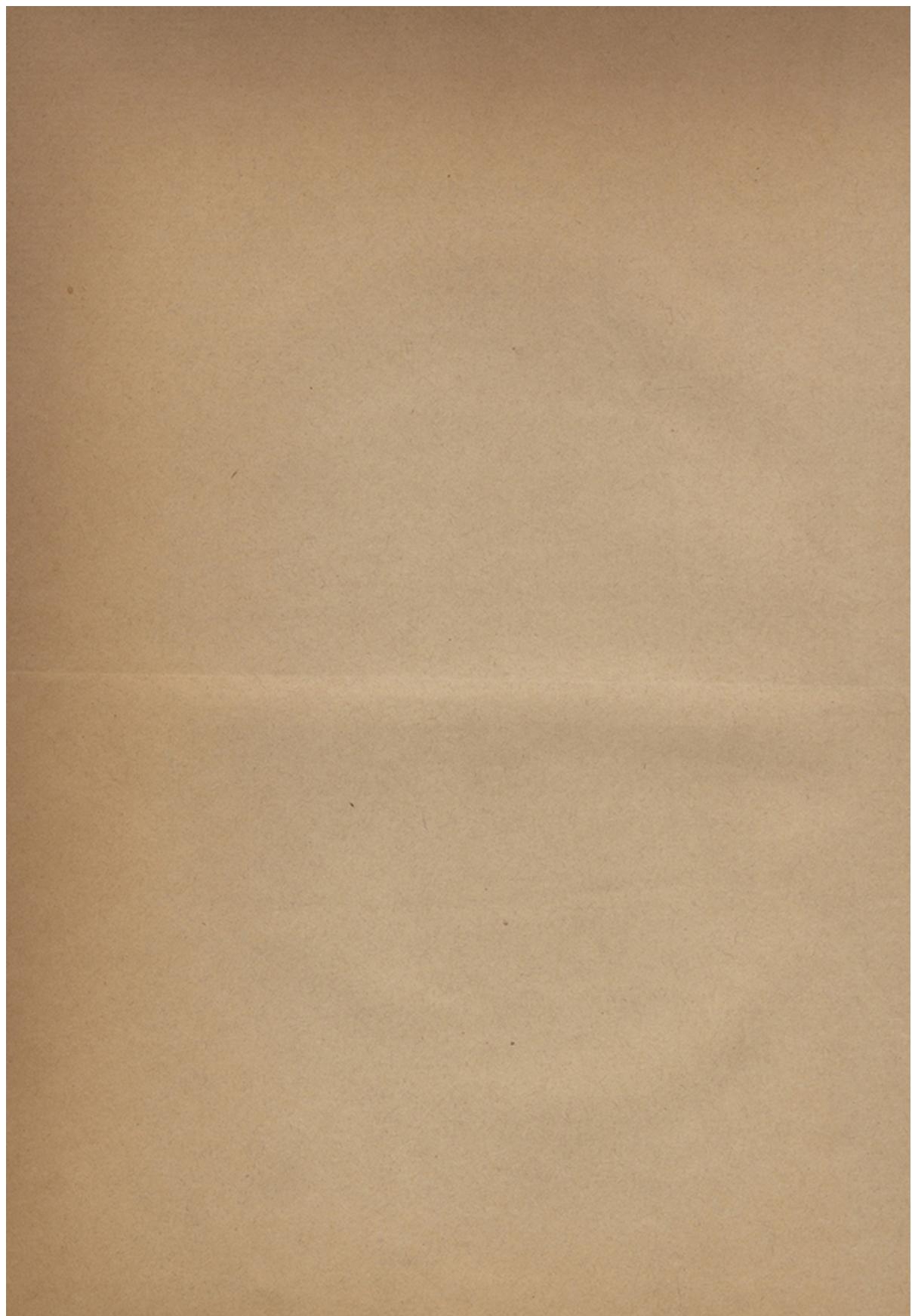


PARIS.

IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C^{ie}.

RUE GARANCIÈRE, 5, DERRIÈRE SAINT-SULPICE.





DES OPÉRATIONS
APPLICABLES
AUX MALADIES DE L'OVaire

Il paraît certain que dès la plus haute antiquité les ovaires ont été soumis à des opérations ; tant chez la femme, que chez les femelles d'un grand nombre d'animaux domestiques. Mais ces opérations n'étaient point appliquées aux maladies de ces organes. C'était toujours, au contraire, sur les ovaires sains qu'elles étaient pratiquées, et cela dans un but bien différent de celui que se propose le chirurgien.

C'est ainsi que, du temps de Galien (1), on pratiquait, dans toutes les contrées de l'Asie supérieure, la castration des truies, dans le dessein de les engrasper ; que, du temps d'Aristote (2), on extirpait les ovaires aux femelles des chameaux dont on avait l'intention de se servir dans les armées. Varron (3),

(1) *Lib. de semine*, cap. XV.

(2) *Hist. Natur.*, lib. VIII, cap. LI.

(3) *De re Rustic*, lib. II, cap. V.

Bartholin (1), Diemerbroeck (2), Plater (3), Nuck (4), Wepfer (5), Bonet (6), font encore mention de l'amputation des ovaires qui se pratiquait chez les chiennes, afin qu'elles courussent plus vite à la chasse ; sur les juments, pour qu'elles fussent plus propres à la guerre, et sur les brebis. Les Anglais ont étendu l'extirpation des ovaires jusqu'aux poissons, pour les faire devenir plus gros et plus gras. De nos jours, cette opération est journellement pratiquée encore chez les poules que l'on destine à l'engraissement.

Dans les temps anciens, on a même osé pratiquer chez des femmes une semblable opération, dans le but de satisfaire aux besoins d'infâmes goûts de luxure. C'est ainsi que, d'après Xanthus (7), Adramys, roi des Lydiens, faisait châtrer des femmes, dont il se servait en place d'eunuques. Strabon raconte qu'il existait dans l'Arabie un peuple, nommé Créophrage, qui châtrait, non-seulement les hommes, mais aussi les femmes, en leur enlevant les ovaires, à l'exemple des Égyptiens, qui étaient dans l'usage de les mutiler ainsi.

(1) *Epist. med*, cent. III, epist. 64.

(2) *Anat*, lib. I, cap. XXIII.

(3) *Ob.* lib. I.

(4)

(5) *Hist. Cicut aquat* cap. XIII.

(6) *Part. Caesar*, tract. III, pag. 106.

(7) *Lydior, histor.* lib. II.

Mais si ces faits divers prouvent que les anciens ne craignaient pas de pénétrer jusqu'aux ovaires, ils n'établissent point que, dans les temps reculés, on ait osé attaquer par l'opération les affections de ces organes.

Il faut arriver jusqu'aux derniers siècles pour voir surgir d'une manière positive les opérations destinées à combattre les maladies de l'ovaire, et ce n'est pas sans quelque tristesse que l'on remarque avec quelle timidité l'art a accueilli ces opérations destinées à soulager de cruelles souffrances, tandis que la luxure des princes débauchés, ou les appétits raffinés des gourmets de toutes les époques, ont été si hardis dans leurs entreprises.

Les premières opérations, appliquées avec connaissance de cause aux maladies de l'ovaire, ne remontent guères qu'au XVII^e siècle, encore n'est-il question à cette époque que de l'ablation de l'ovaire hernié.

Mais quelques années plus tard, lorsque les recherches patientes et habiles des anatomo-pathologues du XVIII^e siècle vinrent jeter une si vive lumière sur la nature et le siège de toutes les maladies, on vit apparaître une série de méthodes et de procédés opératoires spécialement applicables aux maladies de l'ovaire. Nous verrons même qu'à cet égard les travaux des chirurgiens modernes n'on

ajouté que bien peu aux découvertes de cette époque.

Les opérations applicables aux maladies de l'ovaire sont nombreuses et variées, ainsi que les maladies mêmes auxquelles elles sont destinées à porter remède. Nous les rangerons, pour la facilité de l'exposition, en cinq classes principales :

- 1° *Opérations applicables aux hernies de l'ovaire ;*
- 2° *Opérations applicables aux kystes hydropiques de cet organe ;*
- 3° *Opérations applicables aux tumeurs solides ;*
- 4° *Opérations applicables aux kystes fœtaux ;*
- 5° *Opérations applicables aux collections purulentes.*

Je ne me dissimule pas que cette division toute artificielle a l'inconvénient de ne pas embrasser d'une manière exacte toutes les maladies de l'ovaire, et d'exposer à quelques répétitions, puisque certaines opérations s'appliquent à la fois à plusieurs des catégories que nous avons formées; mais d'abord, toutes les maladies de l'ovaire ne se prêtent pas à des opérations, et, d'autre part, en s'appliquant à chaque catégorie de maladies, les opérations elles-mêmes, bien que portant le même nom, prennent des nuances telles, que l'on peut sans inconvénient

en faire une description spéciale. Somme toute, c'est encore celle qui m'a paru le mieux répondre au but essentiellement pratique de la question, tout en restant dans l'esprit d'un exposé de médecine opératoire.

PREMIÈRE PARTIE.

DES OPÉRATIONS APPLICABLES AUX HERNIES DE L'OVaire.

Les auteurs anciens ne contiennent rien sur les opérations applicables aux hernies de l'ovaire. Ces maladies, cependant, n'avaient pas entièrement échappé à leur observation. On lit en effet, dans Soranus d'Éphèse, l'indication d'une hernie où l'ovaire s'était présenté au-devant de l'intestin. Mais c'est seulement au XVII^e siècle que Bessières, chirurgien de Paris, donna une observation détaillée de cette affection. Dans le siècle suivant, la science s'enrichit de quelques faits nouveaux que M. Denœux, en l'année 1817, réunit pour la plupart dans un travail intéressant et auxquels il en a joint un observé par lui-même.

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, et récemment, dans un article remarquable inséré dans le Dictionnaire de Médecine en trente volumes, M. Velpeau a pu tracer l'histoire complète de cette affection, en classer les espèces et les varié-

tés, et enfin déduire les indications opératoires qu'elles présentent.

Ces hernies, que M. Velpeau désigne sous le nom d'*ovariancies*, ont été observées à la région inguinale — crurale — ischiatique — ombilicale — ventrale — vaginale. On en a rencontré de congénitales et d'accidentelles. Elles ont été observées à l'état simple et à l'état d'étranglement; enfin, l'ovaire lui-même a été trouvé, dans ces hernies, sain ou affecté de dégénérescences diverses.

Je n'ai point à tracer ici l'histoire complète de ces affections; il me suffira de les avoir indiquées pour faire comprendre en quoi consistent les diverses opérations qui leur sont applicables.

Ces opérations sont : 1^o la réduction; 2^o l'extirpation. Nous parlerons accessoirement de l'application des bandages ou appareils destinés à contenir l'ovaire réduit, ou à protéger l'ovaire irréductible.

ARTICLE I^o. — Réduction de l'ovaire hernié.

Cette opération consiste à replacer dans l'abdomen l'ovaire hernié. Elle comprend deux méthodes : 1^o réduction par des manœuvres exercées à travers les téguments intacts; 2^o réduction par des manœuvres exercées sur l'ovaire à nu.

... et enfin malgrés une sollicitation très forte
de l'ovaire, l'ovaire obtenu, tout entier, si...
... il est malgrés une sollicitation très forte...
... et enfin malgrés une sollicitation très forte

§ I. RÉDUCTION DE L'OVaire HERNIÉ
PAR DES MANOEUVRES EXERCÉES A TRAVERS LES
TÉGUMENS INTACTS.

Il est extrêmement rare que l'ovaire, sorti de la cavité abdominale par l'une des ouvertures herniaires, puisse être réduit à l'aide de manœuvres exercées à travers les tégumens intacts. Cela tient à des circonstances dont il est facile de se rendre compte.

Lors en effet qu'un organe se fraye un passage anormal à travers un orifice herniaire, on voit survenir dans les parties malades plusieurs modifications qui tendent à maintenir cet organe au dehors. Les principales de ces modifications sont : 1^o le resserrement de l'orifice herniaire, lequel dilaté par l'effort ou l'impulsion qui a produit la hernie, revient peu à peu sur lui-même, quand l'organe hernié cesse de le distendre ; 2^o la tuméfaction de l'organe hernié, tuméfaction qui résulte soit du défaut de pression suffisante exercée sur le corps de l'organe lui-même, soit de la gêne que le tiraillement ou la compression exercés au niveau de l'orifice, apporte à sa circulation propre, soit enfin de quelque travail morbide inflammatoire ou autre dont il peut être le siège ; 3^o la formation d'adhérences entre l'organe hernié et les parties voisines.

Pour lever ces obstacles sans intéresser les tégumens, le chirurgien possède divers ordres de moyens. Les uns, tels que les réfrigérans, stypti-

ques, antiphlogistiques, etc., agissent en diminuant le volume de l'organe hernié, en faisant cesser sa tension, en lui rendant sa souplesse; d'autres, tels que la compression, agissent à la fois et sur l'organe hernié, dont elle diminue le volume, et sur l'orifice herniaire qu'elle dilate.

Or, ces divers moyens, si utiles dans les hernies intestinales et épiploïques, n'ont dans les hernies de l'ovaire qu'une bien faible puissance. Cela tient à deux circonstances principales : 1^o à la structure de cet organe, qui, parenchymateux à l'intérieur et revêtu à l'extérieur d'une coque fibreuse résistante, ne se prête ni à l'expansion, ni au retrait dont sont susceptibles les organes tubulaires ou spongieux; 2^o à la sensibilité exquise dont il jouit et qui rend extrêmement pénibles et même dangereuses les pressions mécaniques exercées sur son tissu.

Il est des cas, cependant, où la réduction de l'ovaire hernié peut être tentée avec succès; tel était celui d'*ovarioncie* ischiatique rapporté par Camper; tel était aussi le cas d'*ovarioncie* inguinale, dont Lallement nous a transmis l'histoire. Cette réductibilité suppose ou bien que l'ouverture herniaire a conservé des dimensions considérables, comme cela s'observe dans les hernies volumineuses dont le sac contient à la fois l'ovaire, des anses intestinales et de l'épiploon ou d'autres organes; comme cela peut exciter encore quand la hernie est de date récente et que l'orifice n'a point eu le temps de se resserrer; ou bien, ainsi qu'on l'observe dans l'enfance, quand l'ovaire est encore mou et peu développé. Mais,

ainsi que le fait remarquer M^r Velpeau, ces circonstances sont rares, et la hernie de l'ovaire peut en général être considérée comme irréductible.

Du reste, dans le cas où la réduction semblera devoir être tentée, le chirurgien pourra mettre en usage les trois méthodes généralement usités pour la réduction des hernies; savoir : le taxis simple, le taxis prolongé, enfin la compression permanente à l'aide de bandages appropriés.

1^o Taxis simple.— Le taxis simple, employé par Camper et Lallement, est le seul qui ait jusqu'à présent donné des résultats utiles. Appliqué à l'ovaire, le taxis diffère de la même opération appliquée à l'intestin ou à l'épiploon en ce qu'au lieu d'exercer avec les doigts des pressions destinées à réduire le volume de l'organe, on se contente de le pousser vers l'ouverture herniaire et d'exercer sur lui une douce pression pour l'engager dans l'orifice et le lui faire franchir. Toute pression latérale serait inutile, et toute pression directe un peu forte aurait l'inconvénient d'être douloureuse et de donner lieu à des accidens nerveux ou inflammatoires qui ne seraient pas sans danger.

2^o Taxis prolongé.— Le taxis prolongé, comme l'a conseillé M^r Amussat, pour la réduction des hernies intestinale ou épiploïque, n'a point, que je saache, été employé pour la réduction de l'ovaire. Cependant on conçoit qu'en appliquant avec modération il pourrait, si la hernie est récente, si l'orifice herniaire ne paraît pas considérablement rétréci,

surtout en y joignant l'emploi des moyens anesthésiques, pourrait, dis-je, permettre de dilater graduellement l'ouverture herniaire au point de rendre la réduction possible sans trop fatiguer l'organe délicat dont nous parlons.

3° Compression permanente au moyen d'un bandage approprié. — Ce que nous venons de dire du taxis prolongé peut s'appliquer aussi à la compression douce, mais continue, exercée au moyen de bandages à ressorts ou autres. Je ne connais pas d'exemple de hernie ovarique réduite de cette manière dans le cas où les téguments restent intacts. Mais en voyant le résultat heureux obtenu par Lassus au moyen de cette méthode appliquée sur l'ovaire préalablement mis à nu, après le débridement et alors que le taxis ordinaire n'avait point réussi, on comprend qu'il peut se rencontrer des cas où cette méthode, employée avec précaution, obtiendra du succès.

Ces diverses manœuvres, exercées même avec toutes les précautions convenables, ne trouvent guères leur application dans le cas où l'ovaire hernié est le siège de quelque travail inflammatoire, soit par l'effet de contusions, soit par le fait d'un étranglement. Dans ces circonstances, en effet, outre une augmentation légère de volume qui suffit à rendre la réduction à peu près impossible, il a acquis une sensibilité telle que toute pression un peu prolongée est tout à fait intolérable. Il faudrait donc, dans ces cas, ou bien faire préalablement cesser ces

accidens au moyen d'un traitement anti-phlogistique approprié, ou bien, si les accidens sont pressans, procéder à l'opération de la kélotomie.

Elles ne sont point applicables non plus dans les cas où l'ovaire hernié est le siège de quelque dégénérescence. La réduction en effet, outre les difficultés spéciales qu'elle pourrait présenter, aurait encore l'inconvénient de repousser dans le ventre un organe malade, qui plus tard, devenant compromettant pour la vie, serait beaucoup moins accessible à nos moyens chirurgicaux.

§ II. RÉDUCTION DE L'OVaire HERNIÉ AU MOYEN DE MANŒUVRES EXERCÉES SUR L'ORGANE A NU.

Cette opération peut avoir lieu dans deux circonstances bien distinctes. 1° Lorsque l'ovaire a été mis à nu accidentellement par suite d'une lésion traumatique; 2° Lorsque l'ovaire hernié est mis à découvert par le chirurgien dans le but de faire cesser des accidens auxquels cette hernie donne lieu.

1° Réduction de l'ovaire accidentellement mis à nu.— Il peut arriver, ainsi que Murat en a réuni plusieurs exemples, que dans une plaie de la paroi abdominale, l'ovaire sorte ainsi que d'autres organes. Nul doute alors que dans ces cas, si l'ovaire est sain, le chirurgien ne doive le replacer dans l'abdomen. Cette opération est simple et n'offre dans sa manœuvre rien de particulier. La même conduite doit être

tenue quand, au milieu d'une opération chirurgicale pratiquée dans un tout autre but, l'ovaire vient sortir entre les lèvres de la plaie. C'est ainsi que se conduisit avec un plein succès le chirurgien dont parle Ruysch, qui, en ouvrant un abcès à la partie inférieure de l'hypogastre, pénétra dans la cavité abdominale et donna issue à l'un des ovaires. La réduction fut opérée facilement et n'eut aucune suite fâcheuse. C'est ainsi que se conduisirent Stein et Lauverjat dans des accidens analogues survenus pendant une opération césarienne.

2° Réduction de l'ovaire artificiellement mis à découvert. — On trouve dans les auteurs du siècle dernier plusieurs observations d'opérations pratiquées dans le but de mettre à découvert des ovaires herniés mais parfaitement sains du reste, et cela tout simplement parce que les tumeurs formées par la présence de ces organes déterminaient de la gène dans certains mouvements. (Voir l'observation de Pott.) Cette opération n'est plus acceptable, bien moins encore l'extirpation, à laquelle dans ces cas les chirurgiens n'avaient pas craint d'avoir recours. Ce ne peut donc être que dans le cas d'étranglement ou de maladie de ces organes que le chirurgien est autorisé à les mettre à découvert. L'opération ne diffère en rien alors de la kélotomie ordinaire, et ne doit point nous occuper ici; mais lorsqu'après l'incision des enveloppes herniaires l'ovaire est mis à nu et qu'aucune altération organique ne s'oppose à ce qu'on en fasse la réduction,

plusieurs modes opératoires se présentent pour arriver à ce but.

Ce sont : 1^o La réduction immédiate; 2^o La réduction graduée au moyen d'une compression méthodique.

1^o Réduction immédiate. — Après l'incision des enveloppes herniaires et le débridement de l'orifice, si l'ovaire est reconnu sain, ou du moins dans des conditions telles que la réduction soit jugée convenable, et si de plus il est libre de toute adhérence, la réduction immédiate offre aucune difficulté sérieuse; on l'exécute au moyen d'une pression douce exercée avec les doigts sur l'organe lui-même. Au contraire, si l'ovaire a contracté des adhésions avec les parties voisines, la réduction immédiate ne peut être faite qu'à la condition de réduire en même temps le sac auquel l'organe est adhérent, ou bien de disséquer avec soin ces adhésions. Je ne sache pas que le premier procédé ait été mis à exécution. Quant au second, il a quelques inconvénients; d'abord il est difficile, et par conséquent expose à blesser l'organe qu'on veut conserver, puis il est d'une exécution longue, ce qui peut être la cause d'accidens inflammatoires graves. Aussi Lassus conseille-t-il, dans les cas de ce genre, de laisser l'ovaire en place après avoir opéré le débridement, et d'exercer ensuite sur lui une compression méthodique pour le faire rentrer doucement dans l'abdomen.

2^o Réduction lente au moyen d'une compression

méthodique. — C'est à Lassus que l'on doit l'idée de cette méthode.

Observation I.

Hernie de l'ovaire.

Une petite fille âgée de quatre à cinq ans avait une tumeur douloureuse, circonscrite, rénitrante dans l'anneau inguinal droit. Les téguments s'enflammèrent, et il se forma un abcès cutané. Lorsqu'il fut ouvert, nous vîmes l'ovaire hors l'anneau : il était plus gros qu'il ne l'est à cet âge, sans doute à cause de l'étranglement qu'il avait souffert dans son passage. L'ulcère fut recouvert de charpie sèche ; les parties s'affaissèrent par la suppuration, et, à l'aide d'une douce pression exercée par l'appareil pendant une quinzaine de jours, la tumeur disparut peu à peu, et cette petite fille fut parfaitement guérie. (Lassus, t. II, p. 101.)

Comme exécution, cette manœuvre opératoire ne présente rien de bien difficile ; une fois le débridement opéré, si l'ovaire ne semble pas pouvoir être réduit facilement, soit à cause de son volume, soit à cause des adhérences qu'il a contractées, on le place immédiatement au devant de l'orifice herniaire, puis, après la chute des accidens inflammatoires, on le fait rentrer graduellement dans la cavité abdominale à l'aide d'une pression douce et continue exercée au moyen de bandages appropriés.

Si cette manœuvre, dit M. Velpeau, ne réussissait pas à réduire complètement l'organe hernié, au moins le forcerait-elle à se maintenir dans l'anneau de manière à faire obstacle à l'issue des intestins.

ART. II. — Extirpation de l'ovaire hernié.

Quatre méthodes principales ont été conseillées pour l'extirpation de l'ovaire hernié ; 1^e la ligature

simple; 2^e la ligature avec excision; 3^e l'excision simple; 4^e l'arrachement par torsion.

§ I. LIGATURE SIMPLE.

Observation II.

Hernie de l'ovaire non étranglée. (Lassus, t. II, p. 99.) *Extirpation, ligature, puis excision. Guérison.*

Une fille âgée de seize à dix-huit ans avait d'un seul côté une hernie de l'ovaire. On se mépris sur la nature de cette maladie, et l'on crut que c'était une glande ou tumeur lymphatique. Elle causait depuis longtemps des douleurs assez vives, et l'on conseilla, pour en détruire la cause, d'inciser d'abord les tégumens, de mettre la tumeur à découvert et d'en étrangler la base avec une ligature, afin d'en opérer la chute. La ligature appliquée, les douleurs devinrent si insupportables pendant la journée, qu'on fut obligé d'exciser la tumeur au niveau de l'anneau inguinal, afin de les calmer. Un examen attentif de la partie que l'on venait de retrancher prouva que c'était l'ovaire lui-même qui avait passé par l'anneau inguinal. Cette jeune fille fut guérie en fort peu de temps.

La ligature simple a l'avantage de prévenir efficacement l'hémorragie; mais, ainsi qu'on le voit par cette observation elle expose à des douleurs vives et de plus elle a l'inconvénient de laisser dans la plaie, pendant un temps qui doit varier de huit à vingt jours, un corps qui s'enflamme, se sphacèle, entretient par sa présence et sa putréfaction une inflammation dangereuse, et enfin empêche le chirurgien de rapprocher les lèvres de la solution de continuité. C'est donc une mauvaise opération.

§ II. LIGATURE AVEC EXCISION.

Observation III.

Double hernie de l'ovaire non étranglée; extirpation, guérison (Pott, sect. 5, *Traité des hernies.*)

Une femme d'environ vingt-trois ans, avait dans l'un et dans l'autre côté de l'aine une tumeur irréductible, inégale, doulou-

reuse, un peu mobile, sans inflammation des téguments, formée par le déplacement des deux ovaires. On ne connaît point d'abord la nature de cette double tumeur : on la prit pour une hernie ordinaire non étranglée, et l'on employa tous les moyens possibles de la réduire. Cette femme éprouvait un peu de gêne lorsque ces tumeurs étaient comprimées dans les divers mouvements du corps. Elle voulut en être délivrée. La peau et le tissu cellulaire incisés, on trouva un sac herniaire qui contenait l'ovaire. On fit la ligature de ce corps et on l'excisa. La même opération fut faite de l'autre côté. Après cette excision des deux ovaires, cette femme a joui d'une bonne santé, mais elle est devenue maigre, plus robuste, plus charnue ; son sein, qui était très gros, s'est affaissé, et l'évacuation menstruelle ne s'est plus faite.

On voit par cette observation, ainsi que par la précédente, que l'excision combinée avec la ligature en masse du pédicule de l'ovaire hernié a tous les avantages de la ligature, savoir de s'opposer à l'hémorragie, sans en avoir les inconvénients; et comme d'une autre part elle est d'une exécution facile, elle mérite à tous égards d'être conservée dans la pratique.

§ III. EXCISION SIMPLE.

L'excision simple ne peut être pratiquée qu'à la condition de faire consécutivement la ligature ou la torsion des artères ovariennes. Un peu plus minutieuse que la ligature en masse combinée avec l'excision, elle a sur elle l'avantage de ne point laisser dans la plaie un moignon qui s'enflamme et doit tomber, et de permettre, par conséquent, une réunion plus facile de la plaie faite aux tégumens.

§ IV. ARRACHEMENT PAR TORSION.

Cette méthode employée par les vétérinaires et

les châtreurs d'animaux, a été employée par moi dans un cas d'extirpation d'ovaire affecté de tumeur enkystée. Voici le procédé que j'ai mis en usage : Ayant saisi entre les branches d'une forte pince à anneau le pédicule de l'ovaire, j'ai tordu ce pédicule en faisant rouler l'ovaire plusieurs fois sur son axe, jusqu'à ce que le pédicule se soit rompu; de cette manière, aucun écoulement de sang n'a eu lieu, bien que les artères ovariennes eussent acquis un volume considérable. Simple et facile dans son exécution, ce procédé l'emporte sur la ligature en masse, même accompagné de l'excision, en ce qu'il ne laisse pas de moignon ni de corps étranger dans la plaie, il est même préférable à l'excision simple suivi de ligature ou de torsion des artères ovariennes, à cause de la facilité de son exécution.

Ces divers procédés d'extirpation supposent tous une opération préliminaire : la mise à découvert de l'ovaire hernié. Ils ne trouvent leur application que lorsqu'une affection grave de l'organe rend inutile, impossible ou dangereuse sa conservation. Le temps n'est plus où le chirurgien puisse se permettre d'extirper un ovaire sain, ainsi que nous voyons que le faisaient si légèrement les opérateurs des siècles passés.

ART. III. — De l'application des bandages ou appareils destinés à contenir ou à protéger les ovaires herniés.

Lorsque l'ovaire hernié ne présente aucune des

altérations qui exigent son extirpation, lorsque, libre de tout étranglement, il n'exige point qu'on le mette à découvert pour en opérer la réduction; lorsqu'enfin, bien que sain et libre d'étranglement, il se soustrait à tous nos moyens de réduction à travers les tégumens, le chirurgien peut encore venir en aide au malade pour pallier les inconvénients auxquels expose la présence de cet organe dans un lieu qu'il ne devrait pas occuper.

En effet, qu'il soit placé à l'ombilic, à l'anneau crural, inguinal, dans la région ischiatique, il est exposé à des froissements, des tiraillements douloureux qui fatiguent le malade et peuvent même déterminer à la longue une altération dangereuse de son tissu délicat.

Dans ce cas, on peut le soutenir, le protéger, ainsi qu'on le fait pour le testicule arrêté à l'anneau, au moyen de bandages herniaires à pelotes creuses, à ressorts doux et diversement configurés, suivant la région qu'il occupe et la saillie qu'il forme.

Observation IV,

M. le professeur Deneux raconte qu'une tumeur formée par la hernie de l'ovaire avait été prise pour une entéro-épiploïe; elle fut mise à découvert, et quand on reconnut l'ovaire, l'état où il se trouvait obligea de l'emporter avec le bistouri. La malade guérit.

Observation V.

Observation d'une hernie de l'ovaire droit étranglée; opération; Guérison; par M. Heloux. (Gaz. médicale, 1845, p. 507.)

Madame C., âgée de cinquante ans, et mère de plusieurs enfants, et encore bien réglée, fit appeler, le 24 juillet 1841, M. He-

boux, alors chirurgien-major de l'escadre du Brésil, à Rio-Janeiro. Depuis plusieurs années, cette dame avait, du côté droit, uné hernie qu'elle n'avait maintenue qu'irrégulièrement avec un bandage. Elle n'y avait jamais éprouvé jusque-là que des accidents de peu d'importance et passagers, lorsque, le 22 juillet, elle devint en proie à tous les symptômes de la hernie étranglée, M. Heboux la trouva le faciès crispé, la peau sèche, le pouls très petit et fréquent, la langue blanchâtre et humide. Abdomen très volumineux, tympanisé, partout très douloureux à la moindre pression. Vomissements fréquens de matières muqueuses et quelquefois bilieuses. L'excrétion stercorale existait à peine : la veilles cépendant, il y avait eu une légère évacuation alvine à la suite de plusieurs lavemens purgatifs.

Une tumeur ovoïde, de la grosseur du poing, existait dans le pli de l'aine du côté droit, au-dessus du ligament de *fallope*, et dirigée dans le sens du pli inguinal. La tumeur, sans changement de couleur à la peau, n'était pas rendue douloureuse par la pression. M. Heboux essaya de la repousser au-devant, et parvint en effet à la réduire de moitié; mais il lui fut impossible de la faire rentrer en totalité, et la pression, portée à ce point, déterminait de la douleur. Peu d'instans après avoir cessé le taxis, la hernie revint à son premier volume.

Les saignées générales et locales, les ventouses sèches, les purgatifs ou layemens, le calomel, les bains ayant été employés déjà sans succès, l'opération parut la seule ressource à tenter. Cependant elle ne put être pratiquée que le 28 au matin. Après avoir divisé les té gumens dans l'étendue de 12 centimètres, selon le grand diamètre de la tumeur, on arriva peu à peu sur le sac, qui fut aussi ouvert. Il était très épais, de 5 ou 4 millimètres dans quelques points. De l'incision faite au sac sortirent plusieurs hectogrammes de sérosité. « Au moyen de la sonde cannelée, dit l'auteur, introduite par cette petite ouverture, j'incisai le sac largement en haut et en bas, et alors, au fond de la plaie, je reconnus l'ovaire engagé dans l'anneau interne et étranglé; il formait une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; sa couleur était d'un rouge très foncé tirant sur le violet. A l'aide d'un bistouri boutonné, je débridai l'anneau interne dans deux endroits: mais quand je voulus opérer la réduction, je reconnus une adhérence en haut et en dedans; je détruisis cette dernière avec l'ongle, et après quoi je réduisis facilement l'ovaire. » Comme le sac était très épais, M. Heboux se détermina à en retrancher deux lambeaux, puis il fit le pansement des plaies qui suppuraient.

A peine une heure était-elle écoulée que les douleurs se faisaient moins sentir, le pouls était meilleur, les vomissements

avaient disparu; lorsqu'on reporta la malade à son lit, elle eut une évacuation alyine abondante qui la soulagea beaucoup.

Le 28 et le 29 juillet, le bien se soutenait.

Le 30 et le 31, il y eut deux accès de fièvre intermittente que l'on combattit avantageusement par le sulfate de quinine uni à l'opium.

Au bout de quarante jours, la guérison était complète.

DEUXIÈME PARTIE.

DES OPÉRATIONS APPLICABLES AUX KYSTES HYDROPIQUES DE L'OVaire.

§ I. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

1^o Coup d'œil historique. — Complètement inconnue des anciens, qui la confondaient avec l'ascite et les diverses tumeurs abdominales, l'hydropisie euthystée de l'ovaire n'a véritablement fixé l'attention des chirurgiens que depuis les beaux travaux des anatomo-pathologistes du siècle dernier; mais aussitôt que les autopsies cadi-vériques eurent révélé la nature spéciale de cette hydropisie, nous voyons apparaître une série non interrompue de travaux importans sur cette affection, nous voyons surtout le génie inventif des opérateurs s'exercer à la recherche de procédés nouveaux pour en obtenir la guérison.

La simple ponction appliquée depuis la plus haute antiquité à toutes les hydropisies abdominales sans distinction parut insuffisante, et déjà, dit M. Velpeau, Schlenker en 1722, Williers en 1731, agitaient la question d'ouvrir le ventre pour inciser le kyste ou même en faire l'extirpation. Un peu plus tard, en 1736, Ledran faisait une incision au kyste

entretenait l'ouverture au moyen de mèches et guérisait son malade. Dix ans plus tard, en 1746, il répétait son opération avec le même succès. A cette époque, l'Académie de chirurgie, saisie de la question, la discutait dans son sein et vulgarisait, en l'approuvant, cette opération nouvelle. Bien plus, un de ses membres (Morand) conseillait formellement l'extirpation comme une chose utile : La chirurgie moderne, dit-il, est capable de grandes entreprises, on ne saurait lui ouvrir trop de voies pour guérir.

En 1775, Callisen exécute le premier la ponction par le vagin et guérit sa malade.

Les principales méthodes étaient créées, mais de nombreuses et importantes additions restaient à faire dans la manière de procéder; mais leur valeur relative était encore loin d'être reconnue. C'est à combler ces lacunes que se sont surtout appliqués les chirurgiens de nos jours : dès 1824, M. Récamier, comprenant le danger de l'épanchement du liquide enkysté dans la cavité péritonéale, conseillait de solliciter l'adhérence préalable du kyste avec la paroi de l'abdomen. Pour arriver à ce but, il appliquait sur les téguments une pâte caustique dont il répétait l'application deux ou trois fois, suivant l'épaisseur des tissus à traverser. Plus tard, M. Bégin conseillait d'inciser la paroi du ventre, de laisser la tumeur s'engager dans la plaie, de panser à plat pendant quelques jours afin de laisser les adhérences se produire, d'inciser ensuite ou ponctionner la tumeur.

Plus récemment, M. Trousseau proposait dans le même but l'acupuncture. En 1841, M. Rambaud

présentait à l'Académie des Sciences un instrument destiné à produire le même résultat. En 1840, M. Récamier imaginait divers instrumens pour faciliter la ponction vaginale. Mais les travaux les plus importans ont été entrepris dans le but d'éclaircir la grande question de l'extirpation des tumeurs ovariques.

C'est en Angleterre surtout et en Amérique que cette question a été et est encore le plus vivement débattue, tandis qu'en France c'est à peine si cette opération a été de nos jours tentée deux ou trois fois. Nous signalerons principalement le Mémoire de M. Lizars (Arch. 1825, II, 437), de Bluff (Expérience, 1838, I, 353), l'excellent article (*ovaire*) de M. Velpeau, dans le *Dictionnaire de Médecine*, 1840, de Tavignot (Expérience, 1840, 5 et 6), de Chéreau, *Journal des Connaiss. méd. chir.* 1844, la thèse de M. Cazeaux en 1844, de Churchill (Arch. 1844, V, 500), de Jeafferson et Philipp (Arch. 1846, X, 216).

2^e Anatomie pathologique. — Les kystes hydropiques ou fibro-séreux de l'ovaire présentent de nombreuses variétés dans leur volume, leur forme, leur structure et la nature des liquides qu'ils contiennent. On les voit tantôt rester inaperçus au milieu de la cavité pelvienne, d'autres fois distendre d'une manière étrange les parois abdominales; on en a vu qui contenaient jusqu'à 60 litres de liquide. Les uns, libres et flottans, ne tiennent à l'utérus que par un pédicule étroit; d'autres, au contraire, contractent des adhérences intimes avec les différens viscères. Quelquefois inégaux et bosselés,

ils ont d'autres fois une forme régulière et globuleuse. On voit par fois à leur surface ramper des vaisseaux artériels et veineux considérables. Delpech dit en avoir trouvé de la grosseur du doigt. Leurs parois, quelquefois minces et transparentes comme dans le cas observé par Bright (*Guy's hospital Reports*, 1835 avril), sont le plus souvent opaques et résistantes, d'un aspect fibreux, rarement dartoïque; on les a vues atteindre une épaisseur de plusieurs centimètres, renfermer des plaques cartilagineuses ou osseuses, être même le siège de dégénérescences squirrheuses, ainsi que l'a fait remarquer Ledrau.

Leur intérieur représente tantôt une poche uniculaire, d'autres fois est divisé par des cloisons en deux, trois ou un plus grand nombre de compartiments isolés ou solidaires; d'autres fois encore plusieurs kystes distincts par leur forme et la qualité de leur produit se trouvent renfermés sous la même enveloppe; enfin, mais bien rarement, ils renferment de véritables hydatides.

La qualité du liquide est extrêmement variable : ce peut être une eau claire et limpide, de la sérosité citrine, un liquide de couleur café ou chocolat, ou lactescent, ou puriforme. Dans d'autres cas, il ressemble à de la colle, du miel, de la lie de vin, du suif, de la graisse, du fromage pourri, de l'huile; en un mot, on peut y rencontrer les productions les plus bizarres. Des gaz même ont pu s'y développer et faire croire à une communication de la tumeur avec l'intestin (Dehaen, *Ratio medendi*, II, 239). En

fin, on trouve quelquefois dans leur intérieur des matières crétacées ou une véritable pierre.^{O. 192191}

Marche et terminaisons. — L'évolution des kystes fibro-séreux de l'ovaire offre des variétés individuelles extrêmement nombreuses, et ces variétés n'ont le plus souvent aucun rapport avec leur forme, leur nature et leur structure intérieure. On en a vu parcourir leurs périodes avec une lenteur extrême, se développer dès la jeunesse et laisser vivre les malades jusqu'à un âge avancé sans produire d'accidens graves. D'autres fois, ils se développent avec une rapidité effrayante, et, dans un an ou dix-huit mois, ils entraînent des désordres mortels. On peut dire cependant qu'en général l'évolution de ces kystes est plus rapide chez les jeunes gens, plus lente chez les vieillards ; mais, et ceci est d'une grande importance pour le pronostic, il est excessivement rare que l'évolution se modifie d'une manière notable dans son cours, c'est-à-dire que, si dès le début la marche de la tumeur est rapide, elle conservera cette rapidité et deviendra promptement mortelle ; si, au contraire, elle ne progresse que lentement à son origine, on aura peu à craindre de la voir prendre tout à coup une accélération funeste.

Abandonnés à eux-mêmes les kystes ovariques exposent à des accidens nombreux. 1° En acquérant un volume excessif; ils peuvent empêcher les mouvements respiratoires et faire périr le malade par une véritable asphyxie lente; ces faits ne sont pas rares; 2° ils peuvent donner lieu à une péritonite mortelle, tantôt en épanchant dans l'abdomen

le liquide souvent irritant qu'ils renferment, tantôt en devenant le siège d'un travail inflammatoire; 3° ils peuvent, en s'ouvrant dans quelques viscères, troubler des fonctions importantes; 4° ils peuvent, en s'ouvrant à l'extérieur, devenir le siège d'une suppuration abondante qui fait périr le malade d'infection putride ou d'épuisement; 5° sans amener la mort, ils constituent, s'ils acquièrent un développement considérable, une infirmité des plus pénibles.

D'un autre côté, l'on a vu dans un cas cité par Boyer, le kyste disparaître sans laisser de traces. Ce fait est extrêmement rare. On a vu le kyste se rompre dans l'abdomen et le liquide être résorbé sans accident; on a vu plus souvent le kyste contracter des adhérences avec quelques viscères, s'ouvrir dans la cavité de cet organe et se vider ainsi d'une manière définitive.

Mais ces cas ne constituent que des exceptions et l'on peut dire qu'en général les kystes ovariques constituent une affection des plus graves. On a cherché à établir la vie moyenne des malades qui en sont atteints, et le résultat des calculs a varié de trois à sept ans.

Les opérations applicables aux kystes séro-fibreux de l'ovaire peuvent se ranger en trois grandes méthodes : la ponction, — l'incision, — l'extirpation.

CHAPITRE I. — Ponction.

Sous le nom générique de ponctions, nous comprenons plusieurs opérations distinctes qui se ressemblent par le moyen mécanique dont on se sert

pour pénétrer dans la tumeur, mais qui présentent des différences capitales, non-seulement dans le lieu de leur application, mais encore dans le but que le chirurgien se propose dans leur emploi. Cette dernière considération présente même sous le point de vue pratique une telle importance que nous croyons devoir baser sur elle une des principales divisions des procédés opératoires que nous désignerons sous le nom de ponction simple ou palliative et de ponction prolongée ou curative. Quel que soit, du reste, le but auquel on veuille atteindre, trois voies principales ont été proposées pour ponctionner les kystes de l'ovaire; la paroi abdominale antérieure, le vagin et le rectum; de là trois méthodes de ponctions, la ponction abdominale, vaginale et rectale.

§ I^{er}. OVAROCENTHÈSE ABDOMINALE SIMPLE.

La paracenthèse abdominale est connue depuis la plus haute antiquité; Hippocrate conseillait de la pratiquer près de l'ombilic. Du temps de Celse on cautérisait avant d'ouvrir le ventre afin que la plaie se fermât moins aisément et qu'elle donnât plus longtemps passage aux eaux amassées. Le procédé de ponction consistait à percer l'abdomen à l'aide d'un instrument étroit, aigu et tranchant des deux côtés. On lui substituait ensuite une canule pour faciliter l'écoulement des eaux.

C'est en 1550 que Canone imagina le trocart reproduit plus tard par Sanctorius, en 1614. Très imparfait d'abord puisqu'il consistait seulement en une canule munie d'une pointe aiguë. Cet instru-

ment subit peu-à-peu de notables améliorations et devint bientôt d'un usage général, non-seulement pour la paracenthèse, mais encore pour la plupart des ponctions évacuatrices.

Il n'est pas douteux que la paracenthèse ait été souvent appliquée par les anciens aux kystes de l'ovaire; mais ce n'est vraiment qu'à dater de la première moitié du XVIII^e siècle, époque où la distinction des diverses sortes d'hydropisie abdominale a été nettement établie, que cette opération peut réellement être considérée comme faisant partie des moyens applicables aux maladies qui nous occupent.

1^o *Détermination du lieu où la ponction doit être pratiquée.* — Ainsi que le fait remarquer M. Velpeau (1), c'est presque toujours le point correspondant à la partie moyenne de la face antérieure de la tumeur que l'on a choisi pour pratiquer la ponction abdominale. Si la tumeur n'est pas fluctuante dans toute son étendue, il faut, ainsi que le conseille Bright (2), s'assurer par le palper et la percussion du point le plus fluctuant et choisir ce point de préférence. Le même auteur recommande aussi de rechercher s'il n'y a pas des points du kyste adhérents à la paroi abdominale, et, si cette circonstance existe, de pratiquer la ponction à ce niveau.

Il va sans dire que si l'exploration d'un organe quelconque faisait reconnaître la présence d'une

(1) *Dict. de méd.*

(2) *Arch. 1838. 3. §27. Bright.*

anse d'intestin, d'une artère dans un des points de la surface antérieure de la tumeur, il faudrait se tenir éloigné de cette région.

Quand le lieu où la ponction doit être faite a été déterminé, l'opérateur peut, avant de procéder à la ponction, employer certaines opérations préliminaires pour en assurer la réussite. Toutes ces opérations préliminaires ont été proposées dans le but de déterminer l'adhérence du kyste à la paroi abdominale, afin de prévenir les accidens redoutables qui surviennent quelquefois par le fait de l'épanchement dans la cavité péritonéale d'une partie du liquide enkysté.

On en connaît quatre principales :

1^o *La cautérisation.* — Nous avons vu que cette méthode était déjà connue du temps de Celse et qu'avant de pratiquer la paracenthèse quelques chirurgiens de son temps appliquaient le cautère actuel sur les téguments avant d'y enfoncez la lancette. On retrouve cette manière de procéder dans la plupart des auteurs anciens. De nos jours M. Récamier a reproduit cette méthode en la régularisant; il conseille quand on a déterminé le point où la tumeur doit être ouverte, d'appliquer sur la peau une traînée de potasse caustique ou de caustique de Vienne pour cautériser d'abord la peau et le tissu cellulaire, de faire ensuite une seconde puis une troisième application, jusqu'à ce que l'on arrive au kyste.

Appliqué à divers kystes de l'abdomen, ce procédé

a donné plusieurs fois de beaux résultats à M. Récamier; cependant il ne réussit pas toujours.

2° *Incision de la paroi abdominale.* — Cette méthode comprend deux procédés bien distincts : 1° le procédé de Graves ; 2° le procédé de M. Bégin.

1° *Procédé de Graves.* — Il consiste à inciser avec le bistouri et couche par couche tous les tissus jusqu'au péritoine exclusivement, de panser ensuite la plaie avec de la charpie sèche pour y déterminer une inflammation. M. Graves espérait ainsi déterminer un travail inflammatoire modéré qui se propageant à la face interne de la séreuse déterminerait l'adhérence du kyste.

2° *Procédé de M. Bégin.* — Ce procédé, beaucoup plus efficace, consiste à inciser comme dans le cas précédent, les parois abdominales, mais en divisant le péritoine, de manière à faire une plaie pénétrante entre les lèvres de laquelle la tumeur vient s'engager. Ainsi exposé à l'air, le péritoine viscéral s'enflamme dans la partie correspondante à la plaie, et grâce à la pression que le kyste exerce sur les parois abdominales, cette inflammation donne lieu promptement à la formation d'adhérences solides entre les deux feuillets de la séreuse.

3° *Acupuncture.* — C'est M. Trousseau qui le premier eut l'idée d'employer cette méthode opératoire pour déterminer l'adhérence du kyste avec la paroi abdominale.

Le procédé consiste à introduire successivement plusieurs longues épingles très déliées à travers la

paroi du ventre et jusque dans la tumeur en ayant soin de maintenir une compression exacte. Ces corps étrangers ne doivent rester en place que dix ou douze heures au plus; mais on réitère leur application trois ou quatre fois dans l'espace de huit jours et à des places différentes.

4° *Suture.* — En 1843, je donnais des soins à une dame affectée d'une énorme hydropisie enkystée de l'ovaire. J'eus l'idée de passer avec une longue aiguille courbe à travers les tégumens et la paroi du kyste, un fil simple que je fis ressortir un pouce et demi plus loin. Mon intention était de maintenir le kyste fixé contre la paroi abdominale et de l'y faire adhérer. Je ne puis dire si le but fut atteint, car après cette opération le kyste se vida lentement dans le péritoine et le liquide qu'il contenait fut résorbé sans accident. Le fil fut retiré le quinzième jour. La malade parut guérie et le fut en effet pendant environ trois mois; mais le kyste se remplit de nouveau et la malade succomba à une seconde opération, pratiquée cette fois par le vagin.

Je rapprocherai de cette méthode le procédé proposé par M. Rambaud en 1841, et qui consiste à ponctionner le kyste à l'aide d'un instrument qui, tout en permettant l'évacuation du kyste, maintient celui-ci fixé contre la paroi abdominale et y détermine des adhérences.

Si maintenant nous cherchons à apprécier la valeur de ces quatre méthodes, nous voyons que l'acupuncture, la suture simple, ou la pression directe exercée par l'instrument de M. Rambaud n'ont point

été expérimentées un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible d'établir leur valeur absolue. Je ferai cependant remarquer que la suture, telle que je l'ai pratiquée, que l'acupuncture telle que l'a pratiquée M. Trousseau, présentent des dangers réels en ce qu'elles exposent à l'épanchement du liquide enkysté dans la cavité péritonéale. Or si, dans quelques cas rares, cet épanchement n'offre aucune gravité, dans d'autres cas beaucoup plus fréquens, il détermine une inflammation violente du péritoine, à laquelle les malades ne tardent pas à succomber.

Restent donc les deux autres méthodes : cautérisation et incision des parois abdominales. La première, ainsi que nous l'avons déjà dit, a donné de véritables succès, mais elle compte aussi des revers. Elle est d'une application difficile et longue, elle expose à détruire la paroi du kyste si elle est trop forte, ou à manquer son but si on l'applique avec trop de ménagement. Elle convient mieux dans les cas où le chirurgien se propose d'ouvrir largement le kyste que dans ceux où il veut employer seulement la ponction.

Quant à l'incision des parois abdominales. Des deux procédés qu'elle comprend, celui de Graves doit être le plus souvent insuffisant. Celui de M. Bégin est bien plus sûr dans ses résultats, et si, par une compression méthodique, on empêche le kyste de glisser sur les parois abdominales pendant les vingt-quatre ou trente heures nécessaires à la formation des adhérences, il y a lieu d'espérer que les choses se passeront sans accident. C'est

donc à ce procédé que j'accorderai la préférence.

Je dirai toutefois que toutes ces opérations préliminaires n'ont d'intérêt réel que dans le cas où la ponction doit être employée comme moyen curatif. Car s'il s'agit seulement d'une ponction palliative, toutes ces opérations préliminaires deviennent inutiles.

§ I. CHOIX DES INSTRUMENS.

Nous avons fait connaître le point de la paroi abdominale où la ponction doit être pratiquée. Nous avons indiqué les opérations préliminaires auxquelles il peut être utile de recourir. Voyons maintenant les instrumens dont on peut faire usage pour exécuter l'opération. La lancette simple, le perforateur à feuilles de myrte ne sont plus actuellement usités. Il en est de même des canules libres que l'on introduisait ensuite, au risque de ne plus rencontrer l'ouverture du kyste. C'est aux trocarts que l'on donne généralement la préférence. Si le kyste paraît uniloculaire, si le liquide est tenu et limpide, le trocart simple employé dans la paracenthèse pour le cas d'ascite peut, à la rigueur, suffire. Mais comme ce diagnostic est loin d'être toujours possible, il est plus prudent de se servir d'un instrument à l'aide duquel le chirurgien pourra parer aux éventualités diverses de l'opération. On choisira donc un trocart plus volumineux (de cinq millimètres environ de diamètre, d'une longueur d'environ quinze ou vingt centimètres, et plutôt courbe que droit). Cet instrument a sur le trocart ordinaire l'avantage de per-

mettre plus facilement la sortie du liquide, parfois gélatineux et gluant, que contient le kyste, d'exposer moins à ce que, dans son mouvement de retrait, le kyste ne vienne à l'abandonner; enfin de permettre, par sa longueur, de ponctionner les différentes loges que l'on rencontre si fréquemment dans ces tumeurs.

Les chirurgiens anglais se servent de préférence de trocarts à pointe aplatie et tranchante, à l'aide desquels il est plus facile de diviser les cloisons intérieures des kystes.

Lorsque tout est prêt pour l'opération; que le chirurgien est éclairé autant que possible sur la nature de la tumeur, sur sa position; que la vessie a été vidée, le chirurgien dispose ses aides, fait coucher le malade sur le bord du lit, puis, armé de son trocart, il l'enfonce dans le point désigné à l'avance, en ayant soin de le faire pénétrer profondément dans la direction présumée du centre de la tumeur.

Écoulement du liquide. — Quand la ponction est exécutée, le chirurgien retire le trocart de la canule, et laisse écouler le liquide en prenant les précautions d'usage.

Les anciens redoutaient beaucoup, dans la paracenthèse, l'évacuation trop rapide du liquide, et conseillaient de procéder en plusieurs temps; mais cette manière d'agir n'est plus en usage. Nous avons dans la compression régulière et méthodique, divers moyens d'éviter les accidens lypothimiques qui résultent parfois d'une déplétion trop prompte.

Aussi les chirurgiens actuels ne craignent pas de vider immédiatement le kyste. Quand ce kyste est uniloculaire, que le liquide contenu n'offre pas une viscosité trop considérable, rien ne s'oppose à cette évacuation. Le chirurgien n'a plus qu'à prendre les précautions convenables pour qu'elle évacuation ait lieu sans accident. Or, il y a dans cette circonstance deux accidens principaux à redouter. 1^o La syncope quelquefois mortelle qui peut résulter d'une déplétion trop brusque de la tumeur. 2^o L'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale qui survient lorsque le kyste, en se rétractant, vient à abandonner la canule. 3^o L'introduction de l'air.

1^o Syncope. — Ce n'est guères que dans le cas de kyste très volumineux qu'on a cet accident à craindre; aussi, dans ces cas faut-il redoubler de précautions. Le principal moyen que nous possérons est la compression méthodique du ventre, non pas seulement après l'évacuation du kyste, mais encore pendant l'écoulement du liquide. Monro (1) avait imaginé, dans ce but, un bandage fait avec de la toile forte, doublée de flanelle fine et garnie de courroies ou de boucles, au moyen desquelles il pouvait serrer par degrés, à mesure que les eaux s'écoulaient. Nous nous servons plus volontiers des mains de plusieurs aides intelligens qui, groupés autour de la malade, exercent une pression sinon plus régulière, du moins mieux dirigée.

(1) *Dictionnaire des Sciences Médecinales*, art. *Paracenthèse*.

2^o Échappement de la canule. — On évitera cet accident en se servant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, d'un trocart long et courbe. Mais surtout en maintenant la canule avec soin, et en dirigeant habilement la compression de l'abdomen.

3^o Introduction de l'air. — Une compression méthodique suffit le plus souvent à prévenir cet accident. Cependant rien n'empêcherait, pour plus de sûreté, d'adapter à la canule du trocart certains mécanismes destinés à empêcher l'introduction de l'air, tout en permettant l'écoulement continu du liquide. C'est ainsi que la peau de baudruche mouillée, employée par M. Reybard dans l'opération de l'empyème, a été employée aussi dans le cas d'ovarocenthèse.

Telle est la manière de diriger l'évacuation du kyste, quand rien ne s'oppose à l'écoulement du liquide.

Mais il est des circonstances où cette partie de l'opération présente des difficultés sérieuses. Si ces difficultés résultent de la présence de flocons gélatineux fibrineux, des pressions sagement dirigées et l'aspiration avec une forte seringue peuvent en venir à bout; si elles résultent de la disposition uniloculaire de la tumeur, il est encore quelquefois possible de les surmonter en replaçant le trocart dans la canule, et en déchirant avec la pointe de cet instrument les cloisons qui s'opposent à l'écoulement du liquide, mais aussi, dans bien des circonstances, cette manœuvre elle-même est insuffisante, et la ponction manque tout-à-fait son but.

La même chose peut arriver encore quand la ma-

tière enkystée présente une viscosité trop considérable.

Dans ces divers cas, il vaut mieux renoncer promptement à l'opération, que de fatiguer inutilement les malades, à moins qu'on ne veuille procéder à l'application d'une autre méthode, l'incision, l'exirération, etc.

Quant le kyste est complètement vidé, la conduite du chirurgien varie suivant qu'il se propose d'obtenir seulement une cure palliative, ou bien qu'il a pour but de tenter la cure radicale.

1^o Cure palliative. — Sans cesser un instant de faire exercer une compression méthodique sur l'abdomen, et après avoir évacué jusqu'aux dernières gouttes du liquide, le chirurgien retire la canule, puis il remplace la compression qu'exercent les aides, par un bandage approprié.

Le bandage de Monro trouve ici une application utile. M. Récamier se sert seulement d'une large serviette pliée en deux ou trois, et d'un coussin épais de balle d'avoine ou de plumes. On place ce coussin sur le milieu du ventre, puis on le maintient avec la serviette disposée en bandage de corps, le tout est convenablement assujetti en haut au moyen de bretelles, en bas par des sous-cuisses, et fixé latéralement par de fortes épingles.

2^o Cure radicale. — Les observations de cure radicale obtenue par la ponction des kystes de l'ovaire, ne sont pas très rares. Quelquefois la ponction seule a suffi sans autre précaution ultérieure, ainsi

qu'il résulte de l'observation de Duverney et de celle de M. D'Héré; mais le plus souvent il a fallu une nouvelle intervention de l'art pour arriver à ce résultat tant désiré. Nous n'indiquerons ici que la compression, les autres se rapportant à l'ovarocenthèse prolongée.

Compression. — En 1832 (1), M. Bricheteau publia un travail remarquable sur l'utilité de la compression dans les hydropsies. Parmi les nombreuses observations qu'il rapporte, il en est une qui me semble appartenir à une hydropsie de l'ovaire et dans laquelle on voit que la compression, soutenue pendant plusieurs mois, amena une guérison complète. Le bandage que M. Bricheteau employa dans cette circonstance, consiste en large bandage de corps en toile forte, qui embrasse exactement l'abdomen et peut être serré à la volonté du chirurgien, au moyen de lacets.

Plus tard, en 1845, le docteur Isaac B. Brown (2) obtint un résultat semblable au moyen d'un bandage de flanelle, aussi serré que la malade pouvait le supporter.

Nous n'avons parlé, jusqu'à présent, que de la ponction évacuatrice ou paracenthèse. C'est en effet de beaucoup la plus importante; mais ce n'est pas la seule que l'on puisse pratiquer sur les kystes de l'ovaire.

(1) Arch. 28. 92.

(2) Arch. 1845. 9. 231.

Plusieurs chirurgiens ont encore proposé, dans les maladies de ces organes, la ponction exploratrice et l'acupuncture.

1^o Ponction exploratrice. — M. Dubreuil (1) qui n'admet la ponction évacuatrice que dans les cas d'imminence de suffocation, par suite du développement excessif de la tumeur, recommande, dans ces cas là même, de faire préalablement une ponction exploratrice avec un trocart très fin, pour apprécier la nature du liquide et pour savoir s'il ne se rencontre pas dans ce point quelque vaisseau sanguin volumineux, dont la lésion, par un instrument plus volumineux, exposerait à de graves dangers.

2^o Acupuncture. — Nous avons vu que M. Troussseau avait employé l'acupuncture dans le but de développer entre le kyste et la paroi abdominale, une inflammation adhésive. Cette opération peut être pratiquée aussi dans un autre but, celui de faire au kyste une ouverture très petite par laquelle le liquide, s'il est tenu et séreux, pourra s'épancher dans le péritoine et être résorbé; tandis qu'il ne pourra sortir s'il est épais et visqueux, cas auquel sa présence dans la cavité péritonéale déterminerait inévitablement des accidens. Je crois être, jusqu'à présent, le seul qui ait tenté cette opération. Il s'agissait d'une dame, madame Grandmange, qui portait, depuis cinq ans environ, un kyste de l'ovaire

(1) Journ. méd. - chir. 1835. 2. 421.

arrivé à un développement excessif. Une piqûre fut faite à ce kyste avec une aiguille à cataracte.

Après cette simple piqûre, le ventre diminua graduellement sans que je pusse un seul instant constater le moindre épanchement dans le péritoine, au bout de trois semaines le kyste avait disparu, le ventre avait repris son volume normal, et l'on sentait seulement, dans le flanc gauche, une petite tumeur du volume du poing, seul vestige de la maladie antérieure. Malheureusement cette guérison ne s'est pas maintenue, six mois après la tumeur commença de nouveau à se développer, et l'année suivante une ponction vaginale, pratiquée dans le but d'obtenir une cure radicale, donna lieu à des accidens auxquels la malade finit par succomber.

§ 2. OVAROCENTHÈSE ABDOMINALE PROLONGÉE.

Frappé de l'excessive rareté de la guérison radicale des kystes ovariques après la ponction simple, et de la promptitude avec laquelle a lieu la reproduction du liquide, les chirurgiens ont cherché de bonne heure à profiter de l'ouverture faite par l'introduction du trocart pour exécuter certaines autres manœuvres destinées à produire l'oblitération du kyste.

Les procédés mis en usage dans ce but sont : 1^o l'entretien prolongé de l'ouverture ; 2^o les injections diverses.

1^o Entretien prolongé de l'ouverture. — C'est principalement quand on se propose pour but d'en-

tretenir fistuleuse l'ouverture faite au kyste, que les divers procédés mis en usage pour obtenir l'adhérence du kyste à la paroi abdominale, trouvent leur application. Plusieurs fois cependant on a cru pouvoir s'en dispenser ; mais cette omission est de nature à compromettre gravement la vie des malades.

Procédés divers employés pour maintenir bâante l'ouverture du kyste. — (a). Le procédé le plus simple consiste à laisser à demeure la canule du trocart, après en avoir retiré le mandrin. Dans ce cas, on se sert d'une canule à oreilles que l'on maintient en place à l'aide de rubans passés dans les ouvertures de sa plaque, et attachés autour du corps de la malade.

(b). M. Rambaud a présenté à l'Académie des sciences, le 7 février 1841, un instrument destiné à remplacer la canule simple. Cet instrument, dit l'auteur, a l'avantage : 1° de donner issue aux liquides contenus dans les tumeurs enkystées de l'abdomen, sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité péritonéale;

2° De déterminer une adhérence entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui forme la paroi externe du kyste ;

3° D'établir enfin une fistule au moyen de laquelle le liquide sécrété par la surface interne du kyste, s'écoule au dehors au fur et à mesure de sa formation, jusqu'à ce que les ressources de l'art ou les efforts de la nature en aient tari la source.

Cet instrument se compose de deux canules su-

perposées, ou mieux, engainées l'une dans l'autre, et d'une tige de trocart ordinaire. La canule externe se termine à sa pointe par quatre lames longues de 3 centimètres, et qui semblent être la continuation de la canule, fendue en quatre dans la longueur. Ces lames sont articulées 1° avec l'extrémité de la canule, de manière à pouvoir s'abaisser en dehors; 2° dans leur milieu, de manière à pouvoir se flétrir en dedans; 3° avec l'extrémité de la canule intérieure. Il en résulte que quand on pousse la canule intérieure on ferme les lames, c'est à dire qu'on les rend parallèles, que, lors qu'au contraire on la tire de 3 centimètres, on ouvre ces lames qui viennent former une croix dont chaque branche a un centimètre et demi, et qui s'oppose à ce que l'instrument puisse sortir. C'est un mécanisme analogue à celui du parapluie.

Lorsqu'on veut exécuter la ponction à l'aide de cet instrument, on place le trocart dans la double canule, on enfonce avec quelque force dans le kyste l'instrument ainsi disposé, on fait glisser la canule externe sur l'intérieure, de manière à déployer les lames; on retire ensuite le trocart et l'on évacue le liquide. Un curseur est ensuite adapté sur la canule intérieure afin de l'empêcher de remonter, et pour exercer une certaine pression sur les tégumens.

Un autre instrument, moins compliqué dans son mécanisme et partant plus maniable et moins exposé surtout à se fausser, a été imaginé pour les ponctions de la vessie par un jeune chirurgien américain dont le nom m'est inconnu; il me paraît

avantageusement applicable aux ponctions des kystes ovariques.

Il se compose : 1° d'une canule droite ou courbe et de la longueur que l'on désire ; 2° d'un mandrin ordinaire de trocart ; 3° de deux petites pièces accessoires ; 4° d'une deuxième canule plus étroite, destinée à glisser dans la première.

1° La canule principale ressemble à celle du trocart courbe de Fleurant, sauf qu'à un centimètre de la pointe, elle présente latéralement deux ouvertures ovalaires placées en face l'une de l'autre.

2° Le trocart n'a rien de particulier.

3° Les instrumens accessoires sont au nombre de deux, et se composent chacun d'une tige plate et mince de la longueur de la canule, d'une ligne et demie de largeur, terminée à sa pointe par un bouton qui fait saillie à angle droit sur sa face externe, et représente un demi ovale d'une ligne et demie de saillie.

4° La canule intérieure de même longueur que la première, est un peu aplatie sur les faces latérales.

Pour faire la ponction, le trocart, armé de sa canule seulement, est introduit dans le kyste; on retire le trocart; et pendant que le liquide s'écoule, on introduit dans la canule un des accessoires, que l'on pousse dans toute la longueur de sa tige. Les choses sont disposées de manière que le bouton s'engage dans une des ouvertures latérales de la pointe de la canule.

On introduit alors de la même manière le deuxième accessoire, dont le bouton vient s'engager

dans l'autre ouverture latérale de la pointe de la canule ; on glisse entre les tiges des deux accessoires la deuxième canule, qui remplit la cavité de la première et maintient saillants, à travers les ouvertures latérales, les deux boutons ovalaires. Il en résulte que l'instrument ainsi disposé, arrêté à l'intérieur du kyste par les deux boutons latéraux, ne peut plus s'en échapper, et qu'il maintient au contraire la paroi de ce kyste appliquée contre celle de l'abdomen. Un curseur à plaque, disposé sur la canule, permet ensuite de maintenir cette application exacte au moyen d'une douce pression.

(c) Quelques chirurgiens, craignant qu'une canule métallique ne vint par sa rigidité contondre ou blesser les parois du kyste, conseillent de substituer à la canule une sonde flexible. Il est bien important, quand on veut faire cette substitution, d'attendre que des adhérences aient eu le temps de s'établir entre le kyste et les parois du ventre. Alors, ou bien on retire la canule pour placer immédiatement dans l'ouverture la sonde que l'on destine à cet usage, ou bien, ce qui est plus sûr, on introduit dans la canule, avant de la retirer, une longue bougie de gomme élastique, laquelle restant dans l'ouverture abdominale après que la canule a été retirée, sert de conducteur pour l'introduction d'une nouvelle sonde. Cette dernière doit être alors percée à son extrémité.

(d) D'autres chirurgiens, au contraire dédaignant toutes ces précautions, se contentent de placer dans l'ouverture une mèche de linge, une tente de char-

pie, ou bien, ainsi que le conseille M. Nonat, pour maintenir fistuleuses les ponctions faites aux tumeurs fluctuantes du bassin, ils introduisent tous les trois ou quatre jours dans la plaie un crayon de nitrate d'argent.

Observation VI.

Kyste de l'ovaire, ponction par l'abdomen, entretenue fistuleuse, occlusion de l'ouverture; rupture spontanée par l'ombilic; entretien de l'orifice; mort plus tard par une autre maladie, M. Voisin (Journal de Sédiot, t. XLVI, page 230).

M. Voisin vida une hydropsie en kystée de l'ovaire par le côté du ventre; il entretenit l'ouverture par l'introduction d'un boudonnet, et pendant longtemps la tumeur, habituellement vidée, ne se développa point, la malade négligea ensuite ce pansement, qui lui avait rendu la faculté de se livrer aux occupations de son état; la tumeur se manifesta de nouveau et se rompit spontanément par l'ombilic. Cette fois l'ouverture fut entretenue avec plus de soin, et les résultats furent encore heureux. Une maladie accidentelle termina les jours de la malade plusieurs années après, et l'on s'assura que la maladie avait son siège dans l'ovaire, que le kyste adhérait aux points correspondans aux deux ouvertures, et que les fistules avaient communiqué dans sa cavité.

§ II. INJECTIONS IRRITANTES.

L'idée de pratiquer des injections dans les kystes de l'ovaire, pour déterminer dans leur intérieur une inflammation adhésive, a séduit plusieurs praticiens. C'est ainsi que l'on a injecté des gaz irritans, des solutions de nitrate d'argent, une solution faible de potasse caustique ou de teinture de cantharides.

Holscher (1), en 1838, injecta un litre de vin, qu'il laissa séjourner dix minutes, et le malade gué-

(1) Arch. 1838, t. 234.

rit sans accident. Récemment, en 1849, le docteur Allison (1) obtint un résultat semblable, au moyen de l'injection iodée.

Observation VII.

Kyste de l'ovaire traité avec succès par l'injection d'iode; par M. Allison. (Journal des connaiss. médico-chirurg., août 1849.)

Une femme de vingt-un ans s'aperçut, six semaines après son mariage, qu'elle portait à la région pubienne, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf de poule et sensible au toucher. Un mois auparavant, cette femme s'était exposée à l'humidité pendant qu'elle avait ses règles. Celles-ci apparurent aux époques suivantes, comme c'est, en effet, le cas le plus ordinaire dans le début des kystes ovariens; mais elles s'accompagnèrent de douleurs utérines, de céphalalgie et de perte d'appétit. La tumeur augmentait : au bout de quatre mois et demi, elle avait la grosseur d'une tête d'adulte et se déplaçait d'un côté à l'autre; elle resta alors dans un état stationnaire. La malade eut trois avortemens dans l'espace de quatre ans; puis, en deux ans, deux grossesses qui arrivèrent à terme. La tumeur fit alors de nouveaux progrès et amena une altération notable dans la santé générale. Il y eut une nouvelle grossesse, dans le cours de laquelle il fallut pratiquer plusieurs ponctions. Après l'accouchement, la malade continua d'empirer; les extrémités s'amagrirent et bientôt s'œdématisèrent. M. Allison fit une large ponction et introduisit dans la plaie une tente, afin de donner issue au liquide à volonté. L'écoulement diminua de quantité, mais il devint puriforme, et la fièvre hectique se déclara. Ce fut alors que l'auteur fit dans l'intérieur du sac une injection iodée dont nous regrettons qu'il n'ait pas donné les proportions. Il se développa des symptômes très alarmans qui se calmèrent heureusement en quelques jours. La suppuration diminua rapidement et cessa presque entièrement. Cependant la plaie n'était pas encore complètement cicatrisée au bout de deux ans, bien que la santé générale fût bien rétablie. Les règles ne reparurent que cinq mois après l'opération; mais, pendant les quatre premiers mois, l'écoulement devenait sanguinolent à l'époque où elles auraient dû venir, et cette déviation menstruelle durait cinq ou six jours.

(1) Journ. méd.-chir., août 1849.

PONCTION VAGINALE.

C'est en 1775 que Callisen (1) a pratiqué avec succès la première opération de ponction vaginale, pour un cas de kyste ovarique. Quelques années plus tard, en 1788, Macarn (2), chirurgien de Turin, écrivait à l'Académie de chirurgie une lettre, dans laquelle il dit avoir pratiqué trois fois cette opération. A cette occasion même, Allan rappela à l'Académie qu'en 1767, il avait présenté à cette compagnie un Mémoire dans lequel il recherchait si la paracenthèse, exécutée de cette manière, ne réussirait pas mieux que lorsqu'on la pratique en divers points de la circonférence du ventre. Depuis lors, il n'est plus question de cette méthode opératoire, jusqu'en 1803, où Vermandois, chirurgien de Bourg, eut l'occasion de la voir répéter, mais avec un triste résultat, sur une paysanne atteinte d'une hydropsie enkystée de l'ovaire droit. Dix ans plus tard, en 1813, Delpech inséra dans le *Journal général de Médecine* un Mémoire, où il recommande cette opération, disant qu'elle avait été pratiquée avec le plus grand succès par Antoine Dubois. Mais c'est surtout dans ces dernières années que la ponction vaginale a plus spécialement fixé l'attention des chirurgiens, grâce aux travaux de

(1) *Systema chirurgiae hodiernæ.*

(2) Sabatier, *Méd. opér.*, t. I. 210.

M. Récamier et de quelques chirurgiens anglais, Arnott, en particulier.

Pour comprendre cette opération, il suffira de rappeler qu'une tumeur ovarienne, logée, dans le petit bassin peut refouler l'utérus tantôt en arrière tantôt en avant. Dans le premier cas, le kyste logé dans le cul-de-sac utéro-vésical du péritoine, peut se présenter au doigt explorateur au-devant du col de l'utérus. Dans le second, au contraire, la tumeur occupe l'excavation utéro-rectale, et ne peut être sentie que derrière le col de la matrice.

Quoi qu'il arrive, il est de règle de ne tenter cette opération que dans le cas où la tumeur accessible au doigt du chirurgien refoule suffisamment les parties molles pour que l'on puisse apprécier la fluctuation dans son intérieur, ou tout au moins s'assurer qu'il n'existe entre elle et la paroi vaginale aucun organe important.

Jusqu'à présent aucune des opérations préliminaires employées pour déterminer l'adhérence du kyste avec la paroi abdominale, n'a été appliquée à la ponction vaginale; mais l'emploi des instrumens de Rambaut ou de M. X... me semblent devoir trouver ici une application avantageuse.

Deux méthodes principales ont été proposées pour la ponction vaginale des kystes ovariens. Dans la première, la ponction a lieu du vagin vers le kyste; dans la seconde au contraire, du kyste vers le vagin.

§ I. De la ponction virginale pratiquée du vagin vers le kyste.

Instrumens. — Un grand nombre d'instrumens ont été imaginés dans le but de faciliter cette opération.

(a). Bistouri. — Cet instrument simple a plusieurs fois suffi pour ponctionner les tumeurs kystiques de l'ovaire dans des cas urgents : un accouchement laborieux par exemple. Il faut seulement prendre la précaution d'entourer sa lame d'une bandelette de linge jusqu'à deux ou trois centimètres de sa pointe, afin de ne pas l'exposer à blesser l'entrée du vagin.

(b). Trocarts. — On se sert avec plus d'avantage du trocart courbe de Fleurant pour la ponction de la vessie. C'est ici le cas de faire usage du trocart compliqué de Rambaut, de celui de M. X..., surtout si l'on se propose d'établir une ouverture fistuleuse.

M. Récamier a imaginé divers instrumens ingénieux qui se rapprochent des trocarts et peuvent rendre dans cette opération de grands services. Ce sont des trocarts plats à courbures régulières, tantôt à lame pointue et en forme de lancettes, d'autres fois à tranchans obliques comme le tranchet des cordonniers. A l'aide de ces instrumens on ne fait pas seulement une piqûre, mais bien une petite incision que l'on peut agrandir à volonté en imprimant des mouvements latéraux à l'instrument.

(c.) Cet illustre praticien a encore fait construire des bistouris cachés, sortes de lithotôme dont l'extrémité pointue sert à faire la ponction, tandis que leur lame permet d'agrandir l'ouverture.

(d.) On peut employer aussi des bougies, des sondes élastiques, avec ou sans mandrins conducteurs, etc.

2^e Précautions préliminaires et position de la malade, des aides, etc.— La malade doit être placée sur le bord de son lit, couchée sur le dos, les cuisses écartées et maintenues par des aides comme pour l'exploration du vagin; un aide comprime le ventre afin d'abaisser la tumeur et de la faire saillir autant que possible.

Procédé ordinaire.— L'opérateur, après s'être bien assuré de la fluctuation, dirige sur son doigt index droit, préalablement introduit dans le vagin, un trocart courbe dont la concavité regarde en haut, il arrive ainsi au niveau du point saillant de la tumeur, et, par un mouvement de ponction il pénètre dans la tumeur; le trocart doit être enfoncé assez profondément pour qu'il n'y ait pas de crainte de voir la canule s'échapper du kiste; nous ne répéterons point ici l'exposé des précautions qu'on doit prendre pendant l'écoulement du liquide, pour empêcher la syncope, l'épanchement du liquide dans le péritoine, l'introduction de l'air dans le kiste, ou l'évacuation complète de la tumeur; elles ne diffèrent en rien de celles que nous avons décrites à l'occasion de la ponction abdominale.

Si le chirurgien ne s'était proposé pour but que d'évacuer la tumeur, il retire la canule avec les précautions d'usage, dès que cette évacuation est opérée, et s'occupe immédiatement des soins consécutifs pour lesquels je renvoie encore à la ponction abdominale.

Procédé de M. Récamier. — Ayant remarqué que dans certaines circonstances, une ponction directe expose à traverser des organes importants qui peuvent se trouver interposés entre le kyste et la paroi vaginale, M. Récamier a quelques fois procédé à cette ponction de la manière suivante : armé d'un de ses trocarts plats, espèce de pharyngotône, il porte au fond du vagin l'extrémité de l'instrument, dont la pointe retirée dans sa gaine ne peut blesser les parties, il en dirige avec l'index l'introduction jusqu'au point le plus convenable, puis, faisant saillir le tranchant, il divise avec précaution les parties molles, explore en même temps avec le bout du doigt les parties divisées, et quand il s'est assuré que le kyste est à découvert, il plonge la pointe de l'instrument dans son épaisseur, se comportant d'ailleurs pour le reste de l'opération comme nous l'avons dit.

D'autres fois, armé de son lithotôme à pointes tranchantes, il le plonge avec les mêmes précautions jusque dans le kyste, puis, pressant sur la bascule, il agrandit l'ouverture, ce qui lui permet d'introduire immédiatement une canule ou une sonde de gomme élastique, suivant l'indication.

§ II. Ponction vaginale pratiquée du kyste vers le vagin.

C'est encore à M. Récamier que nous devons cette méthode opératoire. Pénétré des avantages de la ponction vaginale, et sachant par expérience combien quelquefois il est difficile de rencontrer le kyste, par la méthode ordinaire, malgré les perfectionnemens qu'il lui a fait subir, cet illustre praticien a conçu l'idée de faire préalablement, par l'abdomen, une ponction, par laquelle introduisant dans l'intérieur du kyste un long trocart courbe, il arrive avec cet instrument dans la partie la plus déclive de la tumeur; puis, au moyen de la canule dans laquelle il a retiré la pointe du mandrin, il cherche à la faire pénétrer dans le cul-de-sac utéro-rectal. Au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, il constate que la canule fait bien saillie au fond de ce cul-de-sac, et qu'il n'existe aucun organe important interposé. Il confie alors la canule à un aide qui la maintient en place pendant que le chirurgien réintroduisant le trocart dans l'intérieur de cette canule, vient, par un mouvement brusque, faire saillir la pointe derrière le col utérin dans l'espace que les deux doigts, introduits dans le vagin et écartés l'un de l'autre, laisse libre dans leur intervalle. On adapte alors à la pointe soit une seconde canule, soit une sonde de gomme élastique que l'on ramène dans l'intérieur du kyste, et par laquelle se termine l'évacuation du liquide.

PONCTION RECTALE.

Il est des circonstances spéciales, dit M. Tavignot, qui peuvent gêner singulièrement et parfois même rendre impossible la ponction par le vagin. Tels sont le prolapsus de l'utérus, la présence de certains corps fibreux, etc. Je me demande si, dans ce cas, on ne pourrait pas, se fondant sur les rapports si souvent immédiats du kyste et du rectum, rapports tels que souvent on perçoit la fluctuation par cette voie, attaquer le kyste par une ponction recto-ovarienne. » (*Expérience*, 1840, p. 52.)

Jusqu'à présent, je ne sache pas que cette idée ait reçu son application, je m'abstiendrai donc d'en parler plus longuement.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENS DE L'OVAROCENTHÈSE EN GÉNÉRAL ET DES DIVERSES MÉTHODES ET PROCÉDÉS EN PARTICULIER.

Les avantages et les inconveniens de l'ovarocenthèse présentent des différences capitales suivant qu'on les examine dans l'ovarocenthèse simple ou bien dans l'ovarocenthèse combinée avec d'autres opérations telles que l'établissement d'un trajet fistuleux, l'injection, etc.

1^o Avantages et inconveniens de l'ovarocenthèse simple. — L'ovarocenthèse simple est loin d'avoir comme opération l'innocuité de la paracenthèse péritonéale. Cependant la science possède un bon

nombre de cas où les malades ont pu sans accident subir plusieurs fois cette opération. C'est ainsi que Hunter a pu la pratiquer sur la même malade quatre-vingts fois dans l'espace de 26 ans, Lafflize de Nancy, 90 fois en 3 ans, Latham, cent cinquante fois; qu'une malade citée par M. Michon, avait été opérée plus de deux cents fois. Enfin le cas le plus extraordinaire est celui de Bezard qui la pratiqua six cent soixante-cinq fois en 13 ans et retira une quantité de liquide qui, évaluée d'après la moyenne de ces ponctions, s'élevait à dix mille deux cent soixantequinze pintoes.

Mais s'il est vrai que dans un bon nombre de cas l'ovaro-centhèse simple n'a déterminé aucun accident grave, les cas ne sont pas rares, où la paracenthèse ovarique a été suivie d'accidens dont plusieurs extrêmement redoutables.

Au premier rang de ces accidens graves se trouve la péritonite. Il n'est pas toujours facile de se rendre compte des circonstances qui ont donné lieu à cet accident terrible, cependant on peut dire que le plus souvent c'est à l'épanchement du liquide enkysté, dans le péritoine que cet accident doit son origine. Or le meilleur moyen d'éviter cet épanchement consiste à vider complètement et rapidement le kyste, ce que l'on obtient en pratiquant la ponction à l'aide d'un trocart suffisamment long, en ayant soin toutefois d'exercer sur l'abdomen une compression méthodique jusqu'à la fin de l'opération.

La pratique conseillée par quelques chirurgiens

et qui consiste à ne vider le kyste qu'incomplètement
a, sous ce rapport, des inconvénients graves.

Je n'ai pas besoin de dire que la ponction avec la lancette ou la feuille de myrte ainsi que le pratiquaient les anciens, doit être pour cette seule cause rejetée d'une manière absolue dans l'ovarocenthèse.

Des trois méthodes que nous avons décrites : ovarocenthèse abdominale, vaginale ou rectale, la première est certainement celle qui *à priori* semble devoir exposer le moins à l'accident qui nous occupe, à cause de la position élevée qu'a dans cette méthode, l'ouverture de la ponction. Dans la ponction vaginale ou rectale, on est en droit de craindre que le suintement du liquide ne se fasse dans le péritoine. Ces méthodes cependant ont encore été trop rarement expérimentées pour qu'on puisse rien établir de certain à cet égard.

2^e Inflammation des parois du kyste. — Cet accident est beaucoup plus fréquent que la péritonite, au moins comme accident primitif et de plus il est beaucoup moins que cette dernière sous la dépendance du chirurgien. En effet, nous avons vu qu'à l'aide de certaines précautions, en employant de préférence tel procédé, le chirurgien pouvait presqu'à coup sûr prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine, cause principale de la péritonite, tandis que les circonstances qui donnent lieu à l'inflammation des parois du kyste dans l'ovarocenthèse simple, sont à peu près en dehors de l'action du chirurgien. On comprend néanmoins que des manœuvres intempestives pour explorer le kyste, que l'in-

troduction de stylets, sondes, etc., que l'entrée de l'air sont autant de conditions fâcheuses que le chirurgien devra éviter avec le plus grand soin, mais trop souvent encore, malgré les précautions les plus minutieuses, le chirurgien ne parvient point à prévenir ce fâcheux accident.

Sous ce rapport on ne saurait assigner de différences réelles entre les trois méthodes.

3^e Hémorragie. — Delpach semble beaucoup redouter cet accident. Il avait été frappé du volume et du nombre des vaisseaux que l'on trouve dans les kystes de l'ovaire. C'est pourquoi il donne le précepte, quand une première ponction a été déjà faite sans accident, d'enfoncer le trocart précisément sur la cicatrice de la première ponction pour être sûr de ne point rencontrer un vaisseau. L'expérience n'a point confirmé les craintes du célèbre chirurgien de Montpellier. Cependant, si je ne connais point de fait qui établisse l'existence d'une hémorragie grave dans l'intérieur du péritoine, il n'est pas rare de rencontrer, à l'intérieur même du kyste, des épanchemens de sang qui donnent au liquide une teinte plus ou moins foncée.

4^e Inflammation phlegmonneuse des parois abdominales. — J'en dirai autant de l'inflammation phlegmonneuse des parois abdominales dont parle M. Cazeaux (1); je n'en connais pas d'observations.

(1) *Thèse, 1844.*

En tous cas cet accident doit être rare et ne présente rien de spécial à l'ovarocenthèse.

5° Syncopes. Accidens hypothimiques. — Lorsque les kystes ont un développement considérable, leur déplétion rapide peut amener des accidens hypothimiques graves; mais, en suivant les règles que nous avons tracées à l'occasion du manuel opératoire, on les évite avec certitude.

Indépendamment des accidens dont nous venons de parler, l'ovarocenthèse simple présente des inconvénients spéciaux qui méritent de nous occuper un instant.

Ces inconvénients sont :

1° La difficulté, parfois même l'impossibilité de donner par une ouverture étroite issue au liquide contenu dans le kyste. Cet inconvénient qui n'existe pas dans les cas où le kyste uniloculaire est rempli d'un liquide séreux et tenu, est parfois très sérieux quand le liquide est épais et visqueux, ou que l'intérieur du kyste est divisé en plusieurs compartimens. Les mouvements à l'aide desquels on cherche à déchirer les cloisons intérieures, les manœuvres au moyen desquelles on cherche à favoriser la sortie du liquide, ne sont souvent alors que des ressources bien précaires, et l'ovarocenthèse est vraiment alors une mesure insuffisante.

Enfin, même dans les cas simples, la ponction n'est le plus ordinairement qu'une opération palliative dont le résultat n'est souvent que de bien courte durée.

Avantages de l'ovarocenthèse simple. — Malgré

les inconveniens nombreux que nous avons signalés, l'ovaroenthèse simple est encore appelée à rendre de grands services en raison des avantages spéciaux qu'elle présente.

Ces avantages sont :

1^o La facilité et la promptitude de son exécution.

2^o Son innocuité, comparée du moins à toutes les autres méthodes que l'on pourrait mettre en parallèle.

Aussi la voyons-nous généralement employée comme moyen palliatif, soit pour soulager momentanément les malades, soit pour faciliter le libre développement d'une grossesse entravée par la présence d'un kyste volumineux de l'ovaire, comme dans le cas rapporté par Emery où la ponction fut pratiquée six fois dans le cours de la même grossesse, soit pour faciliter l'accomplissement d'un accouchement laborieux.

Enfin, dans quelques circonstances, elle a pu aider, par la compression, à amener une guérison radicale.

Des trois méthodes : abdominale, vaginale et rectale, la première est évidemment celle qui, dans l'ovaroenthèse simple, trouve le plus souvent son application comme étant plus facile, moins dangereuse, et tout aussi efficace. Les deux autres, en effet, peuvent exposer à la lésion de la vessie ou de l'utérus. Il est cependant certains cas exceptionnels, ceux par exemple de tumeur peu volumineuse engagée dans le bassin de manière à enrayer l'accouchement où la ponction vaginale ou rectale, em-

ployée comme opération palliative, méritent la préférence.

Avantages et inconveniens de l'ovarocenthèse prolongée. — L'ovarocenthèse n'est pas seulement employée comme moyen palliatif, nous avons vu que de nombreux procédés ont été imaginés par les chirurgiens pour obtenir, à l'aide de cette opération, une cure radicale de la maladie dont nous parlons.

Considérée de ce point de vue, et sans acceptation des diverses nuances que présentent les procédés qui s'y rapportent, l'ovarocenthèse prolongée a des avantages et des inconveniens qu'il importe d'examiner tout d'abord.

L'avantage capital de cette opération est de permettre le retrait définitif du kyste et partant son oblitération, soit en favorisant l'écoulement continu du liquide qu'il secrète, soit en déterminant l'inflammation de sa membrane interne.

Mais ces avantages sont contrebalancés par de graves inconveniens. En effet, l'inflammation inévitable de la membrane interne du kyste donne souvent lieu à des accidens fébriles dont la mort est promptement le résultat; d'autre part, l'écoulement du liquide ne se fait pas toujours avec une telle facilité qu'une partie ne stagne dans les replis du kyste, ne s'y putrise et ne soit l'origine d'accidens d'infection putride extrêmement graves. Enfin, la péritonite a bien plus de chances de se développer que dans l'ovarocenthèse simple, à cause des manœuvres préliminaires ou consécutives à la ponction.

Les nombreux moyens proposés pour éviter ces accidens, n'en ont pallié qu'une bien faible partie. C'est ainsi que les opérations destinées à déterminer l'adhérence des parois du kyste ont elles-mêmes parfois déterminé des accidens mortels, sans amoindrir notablement les accidens propres à l'opération principale. C'est ainsi que les irrigations, les injections émollientes, irritantes, caustiques n'ont le plus souvent fait que hâter la mort des malades; je citerai cependant quelques observations de guérison, mais le petit nombre de ces cas de réussite est une preuve flagrante du peu d'efficacité de ces opérations, même dans les cas les plus simples, c'est-à-dire dans les kystes uniloculaires.

L'ovarocenthèse vaginale, cependant, semble promettre des résultats moins déplorables, mais les observations que nous possédons, suffisantes pour enhardir les opérateurs à l'expérimenter encore, sont trop peu nombreuses pour qu'il nous soit possible d'établir sur sa valeur un jugement définitif.

Observation VIII.

Hydropisie enkystée de l'ovaire ponctionnée par le vagin; guérison momentanée et récidive. (Mémoire de M. H. Bourdon.)

Il y a quelques années, M. le docteur Nonat fut consulté pour une jeune femme affectée d'hydropisie enkystée de l'ovaire qui faisait des progrès incessants. La tumeur occupait déjà une grande partie de la cavité de l'abdomen. Le toucher permit de constater qu'elle faisait une saillie notable dans le vagin, et que la fluctuation était manifeste de ce côté. Une ponction y fut pratiquée et donna issue à tout le liquide. Mais la canule n'ayant pas été maintenue assez longtemps dans la poche, l'ouverture se ferma trop tôt et la maladie récidiva.

Observation IX.

Kyste de l'ovaire produisant la dystocie; ponction par le vagin,
(Revue médicale, 1841, Bourdon.)

Le docteur Levert fut appelé le 19 janvier 1840 près d'une femme qui était depuis douze heures en travail de son jeune enfant. Il trouva une tumeur fluctuante très grosse, qui, placée entre le rectum et le vagin, remplissait l'excavation pelvienne et empêchait la descente du fœtus. Les douleurs étaient fortes et fréquentes : à l'instant ce praticien, avec une lancette ordinaire, ouvrit la tumeur à travers le vagin. Il sortit aussitôt environ une pinte d'un liquide huileux ; et, deux heures après, la femme accoucha d'un enfant vivant. Il n'y eut aucun accident : seulement, le vingtième jour après la délivrance, on retrouva la tumeur qui proéminait entre le vagin et le rectum, et qui était excessivement tendue. Le liquide du kyste fut examiné : il contenait une grande proportion de cholestérol.

Observation X.

Kyste séreux de l'ovaire causant la dystocie; ponction par le vagin; heureux résultat, (Idem.)

Neuman, sur le point de pratiquer un accouchement, fut étonné de la lenteur du travail, et de la difficulté qu'opposait le fœtus à franchir le détroit supérieur ; mais une exploration plus minutieuse lui fit découvrir dans le petit bassin une tumeur analogue à celle du cas précédent. Il se conduisit comme Levert et obtint le même succès.

Observation XI.

Hydropisie enkystée de l'ovaire ponctionnée par le vagin et au travers des parois abdominales; péritonite; complications graves et nombreuses; mort; autopsie. (Mémoire de M. Bourdon.)

Une femme nommée Vincent, âgée de vingt-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838. Elle porte une hydropisie enkystée de l'ovaire qui distend considérablement le ventre. La fluctuation évidente au-dessus des pubis ne peut être reconnue par le vagin ni par le rectum. M. Récamier enfonce un trocart courbe, long de 18 pouces, au travers des parois du ventre, de

manière à traverser la partie moyenne de la tumeur, et évacua les quatre cinquièmes du liquide. Ensuite, retirant la lame de l'instrument dans la canule, il dirigea l'extrémité de celle-ci dans le cul-de-sac recto-vaginal. Alors, reconnaissant qu'il n'y avait pas d'organe interposé entre elle et le doigt placé dans le vagin, il poussa la pointe du trocart et traversa la paroi postérieure de ce conduit. Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle; une sonde en gomme élastique fut bientôt placée à la place de celle-ci par l'orifice vaginal du kyste. On retira neuf litres de sérosité incolore, et on appliqua un bandage de corps; mais cinq jours après, une péritonite grave se développa; à cet accident se joignirent une hémorragie intestinale, une angine pseudo-membraneuse, puis une pneumonie, et la malade succomba le 12 septembre, vingt jours après l'opération.

A l'autopsie, on constata que le kyste était adhérent à la vessie et aux différens viscères environnans. Sa cavité était remplie de gaz fétides et d'une assez grande quantité de bouillie purulente.

Observation XII.

Hydropisie enkystée de l'ovaire droit; ponctions pratiquées par le vagin; accident; péritonite; mort; autopsie et fausse route dans le péritoine; dégénérescence squirrheuse des parois du kyste. (Voyez le Mémoire de M. Bourdon.)

Une femme de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital Cochin dans le mois de septembre 1839, portait une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, qui remplissait le ventre comme à huit ou neuf mois de grossesse. On trouva une correspondance de fluctuation entre le vagin et la paroi abdominale antérieure. On pratiqua alors, avec un trocart courbe, une ponction à travers le vagin, en arrière et un peu à droite du museau de tanche, et il s'écoula une grande quantité d'un liquide rougeâtre et visqueux. On retira la canule du trocart pour la remplacer par une sonde en gomme élastique; mais ce ne fut pas sans peine, à cause du défaut de parallélisme survenu entre l'ouverture du kyste et la plaie du vagin. Le lendemain, la sonde étant obstruée, on voulut en substituer une autre, mais cette fois ce fut impossible. Alors on enfonda de nouveau le trocart dans la plaie du vagin pour fonctionner le kyste; celui-ci, probablement revenu sur lui-même, ne put être atteint, et l'extrémité de la canule resta logée dans la cavité péritonale. Immédiatement après cet accident, une péritonite sur-aiguë se manifesta et fit périr la malade en six

heures. L'autopsie démontra, outre la fausse route qu'avait suivie la canule, une dégénérescence squirrheuse des parois du kyste.

Observation XIII.

Ponction par le vagin d'un kyste de l'ovaire; guérison par M. J. Ogden. (Gaz. des hôpitaux, 1810, p. 432.)

Madame Jackson, âgée de trente-deux ans, mère de plusieurs enfants, avait été bien portante jusqu'à sa dernière couche, qui date de cinq mois environ. Depuis lors les règles n'ont pas paru. Elle a commencé vers cette époque à se plaindre d'un sentiment de plénitude dans le ventre et de perte d'appétit, unie à une soif très vive. Cette femme se laissa persuader qu'elle était enceinte et vint me consulter. Elle éprouvait beaucoup de difficulté à uriner, difficulté qui augmenta au point qu'il fallut avoir recours à la sonde; mais je ne pus parvenir à introduire cet instrument. Le toucher par le vagin me fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant la concavité du sacrum, et laissant à peine assez de place pour glisser le doigt entre elle et le pubis. On parvenait avec peine à sentir au-dessus du pubis un segment du col de l'utérus, et je crus d'abord à une rétроверversion de l'utérus. A gauche du vagin, je rencontraï une tumeur élastique que je pris d'abord pour le bas-fond de la vessie. La malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures et souffrait beaucoup. Je fis en vain de nouvelles tentatives de cathétérisme, et je me déterminai à faire la ponction de la vessie au-dessus du pubis. Je retirai deux pintes d'urine très colorée. Six heures après, la malade n'ayant pas uriné, j'essayai de nouveau d'introduire un cathéter, mais sans plus de succès. Je me déterminai alors à faire par le vagin la ponction de la tumeur pelvienne, que je pensai être une tumeur ovarique. Le trocart, poussé par le vagin, laissa écouler peu à peu 4 litres 1/2 de sérosité semi-transparente; la malade éprouva un grand soulagement; les fonctions de la vessie se rétablirent aussitôt, et la malade put uriner spontanément une heure après l'opération. Pendant plusieurs jours le kyste ovarique fournit un écoulement abondant; mais il se tarit bientôt et la guérison fut complète. Depuis lors les règles n'ont pas reparu, mais la santé s'est maintenue en très bon état.

Observation XIV.

Hydropisie enkystée de l'ovaire; ponction vaginale; par M. Arnott. (Arch., 1839, p. 487.)

La veuve Gray (Marie), âgée de vingt-trois ans, mère de trois enfants, entra à l'hôpital de Middlesex. Elle se plaignait de beau-

coup de difficulté dans l'émission des urines, et de faiblesse dans les mouvements. Quinze jours auparavant, elle avait été très constipée, et avait éprouvé une douleur très vive dans le dos et vers les hanches, semblable aux douleurs de l'enfantement. On reconnaît l'existence d'une tumeur abdominale. Le doigt, porté dans le vagin, était aussitôt arrêté par une tumeur volumineuse placée derrière ce conduit, et le comprimant contre l'arcade du pubis. Le col de l'utérus, auquel on arrivait difficilement, paraissait sain ; la tumeur était ferme et résistante, sans bosselure, sans douleur à la pression : elle n'augmentait pas de volume quand la femme était debout, mais elle causait des tiraillements douloureux. Le doigt, introduit par le rectum, rencontrait la même masse qui s'avancait vers le sacrum, dont elle comblait la cavité, comprimant l'intestin d'avant en arrière. Du reste, la santé générale n'était point affectée ; il n'y avait pas de fièvre. On diagnostiqua un kyste solide et peut-être semi-liquide, et on se décida à la ponction. On la pratiqua à travers le vagin, en plongeant dans la tumeur un trocart et sa canule à deux pouces de profondeur : il ne sortit ni sang ni liquide ; l'instrument semblait avoir traversé une matière solide, quoique peu résistante.

Le lendemain, symptômes inflammatoires du côté du ventre ; rétention d'urine complète, fièvre forte. Ces accidens ne cessèrent que lorsqu'on eut porté sur le col utérin 3 grains d'opium et 1 grain d'acétate de morphine. Le quatrième jour, il se fit par le vagin un écoulement abondant d'un liquide brunâtre, qui devint ensuite puriforme, en conservant toujours un aspect sanieux. Le neuvième jour, en pressant sur le ventre, on fit sortir une grande quantité de ce liquide ; il survint des nausées et des vomissements ; la langue était rouge ; les selles liquides et fétides ; le pouls à 140. Le onzième jour, amélioration ; diminution de la fièvre et de la tumeur. Vingt-cinquième jour : l'écoulement a diminué depuis quelques jours, et il est sorti par le vagin une masse brune solide qui paraît évidemment être une portion de la tumeur qui s'est détachée. Le lendemain, le doigt arrivait dans l'intérieur du kyste par l'ouverture du vagin. Depuis lors, l'écoulement prit un aspect meilleur et les caractères du pus louable. La tumeur qu'on sentait au-dessus du pubis disparut, et celle du bassin diminua rapidement de volume. La fièvre avait cessé, ainsi que la diarrhée, et l'appétit était revenu. Vingt-sixième jour : l'ouverture faite au vagin est si complètement cicatrisée qu'on saurait à peine en trouver la trace : on ne sent plus de tumeur en touchant par le vagin ou par le rectum.

Observation XV.

Kyste de l'ovaire; ponction par le vagin; mort le sixième jour par M. Vermandois, de Bourg. (Journal de Sédiot, 1847, p. 151.)

En novembre 1803, je vis avec quatre de mes collègues une femme de la campagne âgée de trente-six ans, atteinte d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit. La tumeur occupait la partie antérieure du ventre, à peu près dans toute son étendue; on y sentait une fluctuation manifeste; elle avait commencé par la région iliaque droite, dans laquelle le toucher découvrait un corps dur et résistant, formé par l'ovaire. Cette femme avait eu trois accouchemens, dans chacun desquels elle avait fait deux enfans; or c'était depuis le dernier, qui avait eu lieu deux ans auparavant, et dans lequel une sage femme avait extrait les deux enfans avec violence, que la maladie avait commencé. Cette femme avait eu une chute de matrice à la suite de ce dernier accouchement, et ensuite l'utérus était remonté à mesure que l'hydropisie avait fait des progrès. La malade était pâle, assez maigre, avait un peu de fièvre, et depuis environ deux mois, elle éprouvait des douleurs de ventre qui l'empêchaient de dormir. Après l'avoir mise au régime, on résolut de lui faire la ponction; celui des collègues qui était chargé du traitement, en introduisant le doigt dans le vagin, avait senti dans le fond, au déroit supérieur du bassin, une tumeur arrondie, formée par le liquide contenu dans le reste, et dont il sentait la fluctuation, etc. Il conçut l'idée de pratiquer la ponction par le fond du vagin; ce qui fut approuvé par les consultans. Il se servit, pour la faire, du trocart courbe que le frère Cosme employait pour la ponction de la vessie à l'hypogastre; le poinçon retiré, il ne s'écoula par la canule que quelques gouttes d'un pus sanguinolent. On introduisit dans la canule une sonde de gomme élastique qui fut poussée assez profondément; il sortit par cette sonde un liquide brun, un peu bourbeux, dont on tira d'abord 8 à 9 livres. On fixa ensuite la sonde, qu'on laissa en place, après avoir retiré la canule; il continua à s'écouler une assez grande quantité de liquide de même nature: la malade se trouva soulagée. Le lendemain, on fit une injection avec une décoction d'aigremoine, qu'on laissa s'écouler presque de suite. Le jour suivant, la malade souffrait, et elle exigea que l'on retirât la sonde. Les douleurs de ventre augmentèrent considérablement; la tumeur acquit successivement un peu plus de volume, le ventre s'éleva, il se déclara des vomissements, le pouls devint plus accéléré, petit, etc., etc. La malade mourut cinq ou six jours après l'opération.

Observation XVI.

*Injection iodées, séton, guérison. — Emprunté à la thèse
de M. Marchal de Calvi.*

Une femme à laquelle M. Berard donnait des soins et qui fut examinée par M. Géry, portait une tumeur abdominale que l'on regarda comme un kyste de l'ovaire, et dont M. Ricord fit la ponction par la paroi abdominale avec le trois quart. Il sortit un liquide non purulent. Une injection iodée fut poussée dans le kyste et ne produisit pas d'effet. On porta la proportion d'iode jusqu'au quart du liquide employé, alors la poche s'enflamma ; mais l'inflammation dépassa le degré adhésif, et le kyste se remplit de pus mêlé au produit d'une exsudation sanguine. Voici quel fut, dans ces circonstances, l'ingénieux procédé imaginé et mis en pratique par M. Ricord. Une sonde à dard ayant été introduite par l'ouverture de la paroi abdominale arriva jusqu'au vagin où elle fut reconnue par le doigt, et servit à pratiquer une contre-ouverture. Un séton fut passé d'une ouverture à l'autre; on pratiqua des injections détersives et antiseptiques, la poche revint sur elle-même, et la malade guérit.

CHAPITRE III. — Incision.

C'est Le Dran qui le premier proposa d'inciser les parois des kystes ovariques, pour extraire plus facilement les matières souvent hétérogènes qu'ils contiennent, et que la ponction ne permet pas d'évacuer. Il se proposait aussi pour but de faciliter la détersion de l'intérieur du kyste et son oblitération. C'est donc exclusivement comme procédé de cure radicale qu'elle a été proposée.

La première observation date de 1737, et la malade vécut quatre ans, conservant toutefois une fistule qui ne se tarit jamais. Plus tard, en 1746, une nouvelle occasion s'offrit à lui de pratiquer son

opération, la malade conserva pendant deux ans une canule dans la plaie, puis l'ayant un jour retirée, la plaie se ferma définitivement.

Plus tard Delaporte, adoptant cette méthode, la mit en usage pour un kyste gélatineux, mais la malade mourut le treizième jour.

Depuis lors, malgré l'autorité de l'Académie de chirurgie, l'incision n'a été appliquée qu'un bien petit nombre de fois aux kystes de l'ovaire. Cependant Portal, Bonnemain, Rey, en ont encore obtenu chacun une guérison. Mussey, professeur d'anatomie à New-York, lui dut, en 1838, un nouveau succès. Enfin tout récemment, en 1848, Bainbrigge vient encore de publier un autre cas de réussite, et dans un mémoire, intéressant sur cette question, il a rassemblé tous les cas analogues qui maintenant se montent à dix-huit.

Cette opération peut être pratiquée ainsi que la ponction, soit à travers la paroi de l'abdomen, soit à travers le vagin. De là deux méthodes : méthode de l'incision abdominale, et méthode de l'incision vaginale.

§ 1. — INCISION ABDOMINALE.

Plusieurs procédés ont été mis en usage pour l'exécution de cette méthode opératoire.

(a) Incision longitudinale de quatre pouces, avec ponction. — Dans sa première observation, Le Dran (1), ayant affaire à un kyste auquel on avait

(1) *Mém. de l'acad. de chir.*

déjà pratiqué une ponction et dans lequel la canule était encore en place, s'y prit de la manière suivante : « Pour ne pas perdre, dit-il, la route de la canule, j'y introduisis jusque dans le kyste, avant de la retirer, une grosse corde à boyau, en forme de bougie, n'ayant pas alors de stylet assez long, j'ôtai ensuite la canule, puis ayant introduit, à la faveur de la bougie, une sonde crénelée, ouverte par le bout, j'ôtai la bougie, je portai le bistouri le long de la crénélure et j'agrandis la petite ouverture, fendant en bas, c'est-à-dire du côté du pubis, les tégumens et le kyste par une incision longue de quatre pouces. Je portai le doigt dans le kyste tout autour de l'incision, et daucun côté je ne pus sentir ses parois les plus éloignées. Je pansai la plaie simplement avec des bourdonnets liés, trempés dans le jaune d'œuf, tenant les lèvres médiocrement écartées.

(b) Incision oblique avec ponction. — Delaporte (1), exécuta cette opération d'une manière un peu différente. S'étant muni, dit-il, d'un trocart crénelé pour guider l'incision qu'il avait prémeditée, il plongea cet instrument à quelques travers de doigt au-dessus de la lèvre antérieure de l'os des îles du côté gauche, pour faire une incision dirigée le long des muscles du bas-ventre, latéralement de bas en haut, et obliquement. Je fendis, dit-il, les muscles du bas-ventre et le péritoine d'environ cinq travers

(1) *Mém. de chir.*

de doigt. Il sortit de l'abdomen, gros comme la tête d'un enfant, d'une matière pareille à de la gelée. J'en tirai d'abord environ dix livres, et dans l'espace de deux heures et un quart, près de trente-cinq livres pesant. Je fis rapprocher les lèvres de la plaie, j'appliquai des compresses graduées, les médicaments convenables et l'appareil ordinaire.

(c) Petite incision longitudinale au-dessous de l'ombilic. — Bainbrigge (1) se contente de faire, au-dessous de l'ombilic, une incision d'un pouce et demi de longueur, sans ponction préalable. Il ouvre ensuite le kyste et le retient en le fixant aux lèvres de l'incision au moyen de deux points de suture.

(d) Grande incision. — Les chirurgiens anglais et américains, qui depuis plusieurs années pratiquent assez fréquemment l'extirpation des ovaires, ont parfois, après une longue incision faite à l'abdomen, rencontré des cas où l'adhérence intime du kyste avec les parois abdominales en rendait l'extirpation impossible. Dans ces circonstances, on a fendu le kyste et terminé par incision une opération qui, dans la première pensée du chirurgien, devait consister dans l'extirpation même de la tumeur.

Je n'ai pas besoin de dire que toutes les précautions que nous avons indiquées à l'occasion de la ponction, pour préparer le malade, pour fixer le kyste, pour comprimer l'abdomen, trouvent ici leur application. J'en dirai autant des opérations prélimi-

(1) *Gaz. méd.*, 1843.

naires, destinées à déterminer les adhérences entre le kyste et la paroi abdominale.

C'est ici surtout que le procédé de M. Bégin peut offrir de réels avantages. Cependant, le procédé qui consiste à fixer le kyste aux lèvres de la plaie des téguments au moyen de la suture, me paraît de nature à suppléer ces opérations préliminaires. Il a l'avantage d'être d'une exécution plus prompte, de pouvoir être appliqué immédiatement dans le cours même de l'opération principale : mais peut-être offre-t-il un peu moins de sécurité.

§ 2. — INCISION VAGINALE.

Bien différente de l'incision abdominale, qui depuis Le Dran a toujours été considérée comme une méthode distincte, l'incision vaginale a été confondue par tous les auteurs, dans une seule et même description avec la ponction pratiquée par ce canal ; la différence d'étendue de l'ouverture constitue cependant entre ces deux modes opératoires, une différence notable.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Comme dans la ponction vaginale, l'opérateur peut attaquer le kyste de deux manières principales : directement par le vagin, c'est l'incision simple, ou bien en s'aidant d'une ponction préalable faite au kyste par l'abdomen, c'est l'incision mixte.

1^o *Incision vaginale directe.* — A l'occasion de la

ponction vaginale, nous avons indiqué les divers instrumens employés pour l'exécution de cette opération; la plupart sont applicables à l'incision: tels sont les bistouris droits et boutonnés, le lithotôme à bec tranchant, les trocarts plats en forme de pharingotôme, les uns droits, les autres courbes sur leur plat ou sur leur bord, les ciseaux courbes et tranchans sur leurs bords externes dans le genre des ciseaux perce-crâne, enfin les trocarts courbes ou droits avec ou sans cannelure sur le côté de la canule.

Quels que soient du reste les instrumens dont on se sert, l'incision peut être pratiquée de deux manières principales : en long sur la ligne médiane ou bien en travers.

Du reste, ces deux directions principales peuvent être obtenues indifféremment par tous les procédés.

(a) *Incision d'un seul trait avec le bistouri.* — Quand au moment d'un accouchement laborieux, une tumeur ovarique qui fait obstacle au travail, vient faire saillie dans le vagin, une simple incision faite avec le bistouri droit peut remplir le but qu'on se propose.

On se sert alors d'un bistouri droit, dont la lame garnie de linge jusqu'à deux centimètres de sa pointe est plongée directement dans la tumeur; on prolonge ensuite l'incision en avant ou en arrière, ou bien transversalement suivant le but qu'on se propose.

(b) *Ponction et agrandissement ultérieur de l'ouverture.* — C'est pour l'exécution de ce procédé que

le lithotôme à bec pointu, que le trocart à canule cannelée, présentent des avantages réels; ils permettent de faire sans désemparer la ponction d'abord, puis l'incision, tandis que si l'on se sert d'un trocart ordinaire, on s'expose à ne pouvoir plus facilement introduire le bistouri destiné à l'incision. Nous avons vu Le Dran obligé dans un cas d'incision abdominale, d'introduire dans la canule d'abord une bougie de cordes à boyaux, puis une sonde cannelée, et enfin le bistouri : or, ces manœuvres exécutées par le vagin présenteraient des difficultés graves, à l'abri desquelles les instrumens proposés par M. Récamier mettent le chirurgien.

Quand on se sert du lithotôme à bec pointu, on conduit cet instrument sur le doigt comme on le fait du bistouri. On arrive jusqu'au point saillant de la tumeur, puis on pénètre dans sa cavité. Dès que l'instrument est arrivé à la profondeur voulue, on lui donne la direction transversale ou longitudinale, puis on presse sur la bascule qui fait saillir la lame, et on retire l'instrument ouvert.

M. Récamier ayant remarqué que l'incision pratiquée de cette manière expose à faire au kyste une ouverture plus grande qu'à la cloison vaginale, et craignant de voir, par ce fait, le liquide s'épancher entre le kyste et la paroi de l'abdomen, conseille d'introduire immédiatement le doigt dans l'ouverture et de l'agrandir par des tractions en divers sens. Le kyste, dont les parois sont fibreuses, résistera à ces tractions, tandis que les tissus mous de la paroi vaginale se laisseront plus facilement distendre.

C'est encore un moyen d'arrêter l'écoulement du sang, auquel expose l'incision; la transversale surtout.

M. Récamier a encore imaginé dans ce but divers instrumens qu'il nomme dilatateurs.

Le trocart à canule cannelée peut être appliqué dans les mêmes circonstances, et permet d'obtenir un résultat analogue. On l'introduit comme le trocart ordinaire, on retire sa tige de la canule; puis, se servant de cette canule comme d'une sonde conductrice, on y glisse un bistouri boutonné avec lequel on termine l'opération.

(c) *Incision par couches.* — Ce procédé, mis encore en usage par M. Récamier, consiste à inciser d'abord la cloison vaginale, à pénétrer ainsi jusqu'au kyste; puis quand celui-ci est mis à découvert, on l'incise par l'un des moyens connus. C'est à l'exécution de ce procédé que M. Récamier emploie surtout ses trocarts pharyngotomes. L'instrument fermé est conduit sur le doigt jusqu'au point saillant de la tuméfaction; là on dégage sa pointe, et, par un mouvement de va et vient, on divise les parties molles en explorant incessamment avec le doigt les progrès de l'incision.

Je ne sache pas que le procédé de M. Bégin pour obtenir l'adhérence du kyste ait été appliqué à l'incision vaginale. En suivant le mode opératoire que nous décrivons, rien n'empêcherait de le tenter.

2° *Incision vaginale mixte.* — Nous avons dit plus haut comment, à l'aide d'un long trocart courbe, on peut, par la paroi abdominale, pénétrer dans la cavité du kyste et arriver à faire saillir la pointe de l'instrument dans le vagin par le fond du cul-de-sac recto-utérin ou utéro-vésical du péritoine.

C'est le même procédé que l'on emploie pour pratiquer l'incision en engageant dans l'ouverture de la ponction un bistouri simple ou caché, pointu ou boutonné.

En considérant l'analogie extrême que la méthode par incision présente avec la ponction prolongée, il semblerait que sous le point de vue du résultat définitif, il ne devrait pas y avoir entre ces deux méthodes de différences notables. Mais si l'on examine les observations peu nombreuses, il est vrai, que possède la science, on arrive à une conclusion bien différente.

Sur quinze faits d'incision abdominale qu'il m'a été donné de réunir, j'ai trouvé seulement deux morts et treize guérisons radicales.

Bainbrigge dans un mémoire publié dans le *London Medical Gazette* de 1847, mais dont je n'ai pu me procurer le texte, dit avoir rassemblé dix-huit cas de guérison.

Quant aux incisions vaginales, la science n'en
10.

possède qu'un trop petit nombre pour qu'il soit possible d'en rien conclure; l'analogie cependant permet de supposer qu'elles doivent donner aussi des résultats avantageux.

Je ne pense pas que la chirurgie ait dit son dernier mot sur cette question importante; mais dès à présent, je crois qu'il est permis de fonder sur cette méthode de légitimes espérances, et que, par conséquent, elle mérite de fixer l'attention des praticiens.

— 3 —

— 4 —

— 5 —

Ouvrez aux malades ovariens, et soignez-les

INCISIONS.

INCISIONS ABDOMINALES.		N. D'ORDRE.	ÂGE.	DATE de l'opération.	OPÉRATEUR.	LONGUEUR.	ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTAT.	CAUSE DE LA MORT.	OBSERVATIONS.
INCISIONS ABDOMINALES.	1	>	1819	Macdowal.		0,25	adh. très fermes.	rétablissement.		Arch., 1825, t. VIII, p. 440.
	2	>	1819	Macdowal.		0,25	id.	id.		Hémorragie assez grave pendant l'opération (Arch., 1825, t. II, p. 441).
	3	34	1825	Lizars.	Gr. incision	adh. pédic. vascul.	id.			Arch., 1825, t. VIII, p. 452.
	4	40	1828	Mussey.		0,14	adh. très fermes.	id.		Gaz. médic., 1838, p. 393.
	5	35	1828	Zais.		>	*	id.		Au bout de quelques mois.
	6	27	1831	Galenzowski		0,14	adh. très fermes.	id.		Il resta une petite fistule (Arch. de méd., 1830, p. 121).
	7	24	1834	Allaire.		>	*	id.		Introduction momentanée d'une sonde
	8	35	>	Bird.		0,12	adh. très fermes.	id.		Gaz. médic., 1844, p. 451.
	9	>	>	Allison.		>	*	id.		Inj. iodée (<i>Journal de Martin Lauger</i> , 1849, août).
	10	30	1844	Chereau.		>	*	id.		Kyste pileux (Gaz. méd., 1845, t. XIII, p. 539).
	11	>	>	Voisin.		>	*	id.		Morte d'une autre maladie. Introduction d'une mèche (<i>Journal de Sébillot</i> , t. XLVI, p. 230).
	12	60	1736	Ledran.		0,10	*	*		Bougie et caule à demure. Cinq mois après il restait un petit trou fistuleux (H. de l'Ac. de ch. LII, p. 433)
	13	42	1746	Ledran.		>	*	*		Caule. id. id. p. 482)
INCISIONS VAGINALES.		1	>	Arnolt.		>	*	rétablissement.		Au bout de six jours (Gaz. médic. 1839, t. VII, p. 421).
INCISIONS VAGINALES.		2	>	Ogden.		>	*	id.		Gaz. des hôp. 1840, t. II, p. 432.
INCISIONS VAGIN.		3	37	1837	J.-B. Bérard.		*	*		
INCISIONS VAGIN.		4	>	Roux.	Large.		*	*		Au bout d'un mois, opér. faite pour une gross. extra-utérine (Exp. t. I, p. 319)
INCISIONS VAGIN.										Kyste acéphalocyste du petit bassin.
INCISIONS ABDOM.										
INCISIONS VAGIN.		1	>	1840	Levert.	>	*	récidive.		Kyste produisant la dystocie (Mém. de Bourdon, <i>Revue médic.</i> 1841, p. 88.
INCISIONS VAGIN.		2	>	Neuman.		>	*	id.		id. id. id. p. 89.
INCISIONS VAGIN.		3	>	Nonat.		>	*	id.		id. id. id. p. 89
INCISIONS ABDOM.		1	57	>	Delaporte.	0,10	*	mort.		Le treizième jour (Mém. de l'Acad. de chir., t. II, p. 452).
INCISIONS ABDOM.		2	>	Dohloff.		>	adhér. intimes.	id.		Aubout de quatre heures (Gaz. des hop. 1839, t. I, p. 218).
INCISIONS VAGINALES.		1	36	1803	Vermandois.	>	*	id.		Au bout de six jours.
INCISIONS VAGINALES.		2	35	>	Anonyme (H. Cochin).	>	*	id.		Fausse route dans le péritoine (Mém. de M. Bourdon, p. 90).
INCISIONS VAGINALES.		3	26	>	Récamier.	>	*	id.		Au bout de vingt-six jours. Ponction mixte (Mém. de M. Bourdon, p. 91).
INCISIONS VAGINALES.		4	26	P. Dubois.		>	*	id.		Un mois après (Rev. méd. juillet, août, sept. 1841. Mém. de M. Bourdon, p. 87).

Observation XVII.

Hydropsie enkystée de l'ovaire. — Ponction. — Incision et introduction d'une mèche. — Guérison, par M. Mussey (Gazette Médicale, 1838, Page 395).

Dans l'été de 1828, M. Mussey fut consulté par madame Sly, âgée de quarante ans. Elle portait une tumeur dans le ventre, s'étendant de l'hypogastre à l'hypochondre gauche. Cette tumeur était élastique, fluctuante au toucher, et légèrement mobile latéralement; elle existait depuis deux ans et avait augmenté surtout depuis un an.

Il y a trois ou quatre mois la malade avait été obligée de garder le lit pour une inflammation subaiguë de l'abdomen, à la suite de laquelle la tumeur était devenue moins mobile qu'auparavant. Depuis deux à trois ans, sa santé (générale) est variable, éprouvant tantôt de la dyspepsie, tantôt de la fièvre. Ses menstrues ne sont pas depuis longtemps régulières; mais cet état ne paraît pas avoir été influencé par la présence de la tumeur.

L'examen attentif de la maladie a fait conclure qu'on avait affaire à un kyste aqueux de l'ovaire gauche. La malade voulait être opérée; mais les adhérences de la tumeur faisaient hésiter à acquiescer à son désir. Toute réflexion faite, cependant, on a cru pouvoir en entreprendre l'opération; on s'est proposé d'abandonner le kyste à l'exfoliation, en cas que son extraction fût empêchée par les adhérences. La malade a été préparée par un régime farineux et lacté pendant quinze jours.

Opération. — On pratiqua une incision sur la ligne médiane s'étendant depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse du pubis, on pénètre dans le ventre, et les vicères et la tumeur se présentent. La tumeur est formée par une sorte de sac qui s'étend de la fosse iliaque gauche aux régions lombaire et hypochondriaque correspondante, à l'épigastre, à la fosse iliaque droite, mais n'arrive pas jusqu'à l'hypochondre droit. Une grande partie de sa face antérieure est couverte par le mésocolon avec lequel elle adhère, et le colon transverse inférieurement qui passe d'une région iliaque à l'autre. La partie supérieure de la tumeur adhère si fortement à l'hypochondre gauche, qu'il est difficile de dire précisément les parties avec lesquelles elle est en rapport; il est probable, cependant, que la rate et l'extrémité splénique de l'estomac y sont impliquées.

Ces adhérences de la tumeur ont fait renoncer à l'idée de l'excision. On s'est donc contenté de la vider et d'en enflammer les parois; pour cela, on l'a ponctionnée dans le milieu et l'on a introduit une sonde qui a donné issue à quatre ou cinq pintes de li-

quide trouble; on a ensuite élargi l'ouverture et l'on y a passé une mèche dont un bout est resté dans le sac; l'autre bout pendait au-dehors. Les bords de la plaie ont été rapprochés et réunis par trois points de suture, sans y comprendre le péritoine et quelques bandelettes agglutinatives.

Suites. — La malade a été couchée sur le dos, la plaie s'est réunie en grande partie par première intention. La tente a donné issue continuellement à un liquide qu'elle a filtré de l'intérieur du sac. Une semaine après, l'écoulement est devenu purulent, puis presque nul, et l'ouverture réduite à très peu de chose au bout de trois semaines; enfin elle s'est fermée et la tumeur n'a plus reparu.

Une année après, madame S*** est devenue enceinte et est accouchée fort heureusement; elle a continué à jouir d'une excellente santé et se porte bien même aujourd'hui.

CHAPITRE III. — Extirpation.

Il est difficile de déterminer d'une manière précise l'époque où l'extirpation de l'ovaire malade fut proposée pour la première fois. Dès l'année 1685, Théodore Schorkopff disait dans sa thèse, après avoir rapporté l'observation d'une hydropisie de l'ovaire: « Majorem offerret medelam ipsius ovarii per sectionem extirpatio, nisi crudelis et majori cum periculo conjuncta videretur (1). » Il est probable que ce n'était pas là une idée absolument nouvelle. Plus tard, en 1792, Schlenker, mentionne encore cette opération, sans discuter sa valeur (2): « Anvero uti Athæneus putat, per incisio-

(1) Schokopff, *dissertatio medica inauguralis de hydrope ovarii*; 8 fév., 1685.

(2) Schlenker, *De singulari ovarii sinistri morbo*, 1792; *Thèse*, XXI; *Dans disput. médic. de Baller*; I. IV, p. 460.

nem extrahi possent ovaria prudentibus dijudicandum relinquo. »

Scheffer est plus explicite; il regarde l'opération comme pleine de danger : (periculosæ plenam rem alææ⁽¹⁾).

Willius, en 1731, consacre un long paragraphe à l'extirpation des tumeurs ovariques ; il la repousse par des raisons que M. Chéreau auquel j'emprunte la plupart de ces renseignemens, résume ainsi :

1° Parce que dans son origine, à peine l'affection peut-elle être distinguée de la grossesse, tant par les médecins que par les malades.

2° Parce que plus tard, lorsque le terme de la grossesse se sera écoulé, les femmes souffrent comparativement si peu qu'elles ne se décideront jamais à une opération cruelle et que tout médecin sensé ne pourra la conseiller.

3° Parce que, lorsque la tumeur aura acquis un grand volume, elle adhère fortement au péritoine de sorte qu'il faudrait pour l'énucléer pratiquer de très longues incisions aux parois abdominales, d'où résulteraient de graves accidens par suite des atroces douleurs que la patiente aurait à supporter, des hémorragies abondantes, de la pénétration de l'air dans le ventre, et par là, de la gangrène des viscères.

4° Enfin, parce que nonobstant le précepte de Celse — « Melius est anceps usurpare remedium quam

(1) *Historia hydrop. sacci.*, 1724; *Diss. méd. de Haller*, t. IV, p. 239.

nullum. » — Il vaut mieux laisser mourir les malades que de les tuer.

Peyer Inchoff combat par les mêmes raisons l'*ovariotomie*, et finit par dire qu'il est plus rationnel et moins dangereux de pallier seulement les tumeurs enkystées de l'ovaire (1)

Delaporte ignorait probablement ces travaux lorsqu'à l'occasion d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, dont il tenta vainement la cure au moyen de l'incision, il posa cette question : Ne serait-il pas possible d'entreprendre d'emporter le foyer de la maladie, je veux dire la tumeur formée par l'ovaire quand la cause ne dépend que d'un vice idiopathique et que l'on a pu reconnaître dès le commencement que c'est l'ovaire même et l'ovaire seul qui est malade (2). Question que Morand résout par l'affirmative en s'écriant : La chirurgie moderne est capable de grandes choses ; on ne saurait lui ouvrir trop de voies pour guérir.

Quelques années après, Antoine De Haen publia son *Ratio medendi*. Après avoir passé en revue toutes les questions qui se rattachent au traitement de l'hydropisie de l'ovaire, le célèbre médecin aborde celle de l'extirpation, qu'il discute longuement et qu'il rejette avec énergie, en combattant les opinions émises par Morand en sa faveur (3).

(1) *Ovarium hydropicum* : thèse XXXII. *Disp. méd. de Haller*, t. IV, p. 398.

(2) *Mém. de chirurg.*, in-4., année 1753, t. II, 431.

(3) De Haen, *Ratio medendi*, 1757, pars IV, cap. 119.

Van Swieten est un peu moins sévère (1). Après avoir rapporté un exemple remarquable de guérison d'un kyste de l'ovaire au moyen d'une incision, il ajoute : « Mais comme ces tumeurs n'ont quelquefois aucune adhérence avec les viscères voisins, et qu'elles ne tiennent à l'ovaire que par un pédicule grêle, cette circonstance particulière a fait naître à de célèbres chirurgiens l'idée qu'on pourrait enlever l'ovaire malade. Il est certain, continue-t-il, qu'on extirpe sans danger les ovaires de quelques animaux; on lit même qu'on en a fait la tentative sur des femmes, et que cela est aussi arrivé quelquefois par hasard. Lors donc, conclut-il, que la maladie n'est pas fort ancienne, ce qui est le temps où il y a moins à craindre qu'elle n'ait contracté des adhérences avec les parties voisines, il ne paraît pas impossible de recourir à cette opération avec l'espoir d'une réussite favorable. »

Hévin (2), qui, dans un mémoire extrêmement remarquable, a tracé l'histoire de tous les travaux entrepris avant lui sur cette question, conclut au rejet de l'opération.

Il nous semble, dit-il, que nous sommes suffisamment autorisés à terminer ce mémoire par conclure que l'extirpation des ovaires malades, soit simplement squirrheux, soit affecté d'une hydropisie commençante, n'est aucunement praticable; que ce se-

(1) *Comm. in Aph. Boerhaar*, t. IV. de hydrop., §. 1223.

(2) *Revue méd.* 1836. Reproduction d'un mémoire inédit.

rait même une témérité, pour ne rien dire de plus, d'entreprendre inconsidérément une opération effrayante par elle-même, et dont les suites, nécessairement funestes, seraient incomparablement plus redoutables que la maladie même qu'il on aurait eu dessein de combattre. En un mot, il y aurait un péril éminemment sans aucun espoir de guérison. Cette conséquence, qui est tirée d'après un examen attentif de la nature de la maladie, de l'importance des parties qui intéresseraient cette opération, et des accidents insurmontables qu'elle ne manquerait pas d'occasionner, se trouve d'ailleurs appuyée sur la décision bien réfléchie de plusieurs auteurs recommandables.

Morgagni nous a aussi laissé son opinion à ce sujet. Quant à l'extirpation, dit-il, je sais bien qu'elle a été proposée après l'exemple encourageant de cette guérison très connue, mais très rare, d'Abraham Cyprianus (1). Cependant j'ignore si quelqu'un l'a tentée, depuis trente ans et plus qu'elle a été recommandée (2). Vous comprenez sans difficulté les considérations qui ont pu l'empêcher; et pour ne point parler de la plupart de ces raisons, nous commençons

(1) Dans ce fait de Cyprianus, il s'agit d'une femme atteinte d'une grossesse extra-utérine siégeant dans la trompe droite. Le chirurgien fit dans ce point une incision qui pénétra dans la cavité abdominale et par laquelle on put extraire un fœtus mort depuis longtemps. La malade guérit parfaitement et eut ensuite plusieurs enfants. (*Cyprianus, epistola exhibens fœtus humani post menses 21 ex uteri tuba matre salva ac superstite excisi.*) Leyde, 1720, in-8°. avec figure.

(2) Morgagni, épist. XXXVIII, art. 69.

riez peut-être par l'admettre, si le kyste était toujours soutenu par une seule racine autour de laquelle on pût facilement mettre un lien, comme dans l'observation de Mauchart ou dans celle de Schroeck. Mais qu'arrivera-t-il si la racine est multiple, ou si, étant une, elle se trouve fort large, et non, comme on le dit dans ces auteurs, fort étroite ou de la grosseur du pouce? Qu'arrivera-t-il si le kyste est fort étroitement attaché d'un côté et d'autre, et même loin de l'endroit de l'abdomen que vous aurez incisé?

William Hunter formule ainsi sa pensée sur cette opération.

Relativement à l'excision, dit-il (1), ne faudra-t-il pas, pour pratiquer cette opération, que l'ouverture faite au ventre soit assez grande pour que l'on puisse y introduire la main? Ne faudra-t-il pas qu'elle soit encore plus étendue, lorsque la tumeur offrira un volume considérable ou lorsqu'elle sera composée de plusieurs poches remplies d'une matière gélatineuse? Une pareille incision ne sera-t-elle pas très dangereuse par elle-même? Ne deviendrait-il pas très difficile, une seule main étant introduite dans le ventre, de couper le pédicule ou la racine de la tumeur? Ne serait-il pas impossible d'y parvenir, dans les cas où les adhérences seraient nombreuses? Ne courrait-on pas le risque de blesser les intestins? Si une branche de l'artère spermatique venait à être

(1) W. Hunter, *Medical observat. and inquiries*, t. I, p. 41 et seq.

ouverte, que pourrait faire le chirurgien pour arrêter l'hémorragie? Supposé même que l'on proposât de pratiquer une incision telle que l'on n'introduisit dans le ventre que deux doigts, puis que l'on ponctionnât le sac et qu'on l'attirât au dehors, afin de couper le pédicule près de la plaie abdominale; à coup sûr, ce procédé pourrait être admissible, mais encore faudrait-il que l'on pût diagnostiquer les circonstances qui permettent ce mode de traitement.

Sabatier (1) opposa à l'extirpation des ovaires les objections suivantes : 1° L'ovaire malade est souvent adhérent avec toutes les parties voisines. 2° Ses vaisseaux se dilatent à mesure qu'il grossit; de sorte que son extirpation exposerait à des hémorragies dangereuses. 3° Il est quelquefois impossible de savoir d'une manière précise, si la maladie qu'on a à combattre, est dans le corps, ou dans toute autre partie. 4° Souvent les deux ovaires sont malades en même temps, ce qui exigerait deux opérations au lieu d'une. 5° Enfin quel temps prendrait-on pour faire cette opération ? Celui où la tuméfaction commence; on en est rarement averti, parce qu'il y a peu d'incommodités. D'ailleurs on ne sait si le mal continuera, ou s'il se bornera et deviendra stationnaire. Prendra-t-on le temps où il est déjà très-avancé? mais la grosseur de la tumeur augmente le danger, et les adhérences qui peuvent être nombreuses rendraient l'opération impossible.

(1) Sabatier, *Méd. opérat.*, t. I, p. 503.

Boyer semble regarder comme une chimère la réalisation de l'idée émise par divers auteurs de l'extirpation de l'ovaire malade. « La moindre réflexion, dit-il, suffit pour montrer les dangers et l'impossibilité de cette opération qui n'a pas été pratiquée et qui ne le sera vraisemblablement jamais. »

M. Velpeau⁽¹⁾, sans rejeter d'une manière absolue cette opération, ne l'admet cependant qu'à contre-cœur et surtout l'a jusqu'à présent entièrement repoussée de sa pratique.

« L'opération, dit-il, n'est par elle-même ni délicate ni difficile, les maladies qui la réclament abandonnées aux ressources de l'organisme, entraînent presque constamment la mort. Mais aussi pour qu'elle offre des chances de succès, il faut que la tumeur soit mobile, n'adhère pas aux intestins, puisse être facilement séparée de tous les organes abdominaux, ait une racine ou un pédicule peu volumineux et n'expose pas à la blessure de trop de vaisseaux : il faut en outre qu'elle puisse être reconnue et distinguée de toute autre maladie, ce qui est loin d'être toujours facile. Dans le principe comment ne pas la confondre parfois avec quelque tumeur que ce soit attenant à la matrice, aux fossesiliaques, etc. D'ailleurs qui oserait alors en proposer l'extirpation ? Plus tard, lorsqu'elle occupe une grande partie de l'abdomen, les nouveaux rapports contractés par les organes qui l'entourent, et les

(1) *Dictionnaire de médecine*, article ovaire, page 394.

adhérences presqu'inévitables de sa périphérie, en rendent la dissection et l'ablation sinon impossible, du moins excessivement dangereuse. Enfin, quoique incurable de sa nature, elle n'amène ordinairement la mort qu'avec une lenteur extrême. Temps moyen elle accorde non pas douze ans comme le pense M. Corbin, mais bien cinq ou six ans d'existence aux femmes qui en sont affectées.

« Toutefois, si comme il arrive habituellement en pareil cas, la santé générale s'est maintenue d'une manière à contraster avec l'état maladif de l'abdomen; si l'issue d'un liquide onctueux et gélatinieux obtenu par une ponction exploratrice démontre que le mal est dans l'ovaire, et si la tumeur ne dépasse pas le volume d'une tête d'adulte, et si la malade le désire avec ardeur, je pense que l'on peut tenter l'opération. »

Comme on le voit, tous les auteurs dont nous venons de rapporter ici les opinions rejettent, sinon d'une manière absolue en théorie, au moins de leur pratique, l'extirpation de l'ovaire malade. Telle est aussi l'opinion générale des chirurgiens français, car c'est à peine si, dans la pratique de notre pays, on peut compter trois ou quatre de ces opérations.

Une, en 1782, par Laumonnier;

Une, en 1844, par M. Woyekowski, médecin; à Quingey (Doubs);

Une troisième par Vaulegeard, de Condé-sur-Noireau, en 1848;

Une autre par moi, en 1849.

Les idées, à cet égard, ont été bien différentes en

Amérique, en Angleterre et en Allemagne. Erasme Darwin nous parle, dans son singulier ouvrage (1), d'une lettre que son ami Power, chirurgien à Bosworth, lui écrivait, relativement à une dame âgée, morte d'une hydropisie de l'ovaire, le 29 mars 1793. Dans cette lettre, après avoir décrit les résultats de l'autopsie cadavérique, Power continue ainsi : « Comme les ovaires ne sont pas des parties nécessaires à la vie, et que les hydropisies de cette espèce finissent presque toutes par devenir mortelles, je crois que je me déciderai, malgré les diversités de chances qui accompagnent les plaies pénétrantes de l'abdomen, à proposer l'extirpation de la partie affectée, la première fois que je rencontrerai un cas de cette espèce, où je pourrai assigner avec précision l'ovaire comme siège de la maladie, et lorsque d'ailleurs l'état de la malade n'aura souffert aucun dérangement ; car on ouvre souvent la cavité de l'abdomen dans d'autres circonstances, sans qu'il en résulte rien de fâcheux. »

Puis, Darwin fait suivre cette communication de son ami des réflexions suivantes : « Un argument qui paraît être en faveur de l'opération que propose M. Power, c'est que cette maladie affecte souvent des jeunes personnes ; que chez elles, en général, elle est locale et idiopathique, et non comme l'ascite produite et accompagnée par la lésion de quelque viscère.

(1) *Zoönomicie, ou lois de la vie organique*, traduit en français par J. F. Kluyskens. Gand, 1810-11. 4 vol. in-8°. t. III, p. 497.

Mais ce n'est vraiment qu'à dater de 1816, époque où Mac Dowal, chirurgien de Kentucky, publia ses premières observations, que cette opération a vivement fixé l'attention des chirurgiens, et qu'elle a été soumise à une expérimentation sérieuse.

Nous voyons d'abord, Alb. Smith, en 1821, Lizzars, en 1825, Hopfer, en 1828, et bientôt après Rogers, Ritter, Erharsteim, etc., répéter à l'envi cette opération. De sorte que nous en possédons actuellement près de quatre-vingts.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Les nombreux chirurgiens qui maintenant ont pratiqué l'extirpation de l'ovaire malade ont le plus souvent suivi leurs propres inspirations dans le choix du manuel opératoire. Cependant, on peut rapporter toutes les nuances des divers procédés à deux méthodes principales, que nous désignerons sous le nom d'extirpation avec ou sans évacuation du kyste.

PREMIÈRE MÉTHODE. — *Extirpation sans évacuation du kyste.*

Cette opération consiste à faire à la paroi antérieure de l'abdomen une incision qui permet de découvrir la tumeur dans toute son étendue, et de l'enlever tout entière et en masse.

1^{er} temps. Incision de la paroi abdominale. — La malade est couchée sur le dos, les membres pelviens à demi fléchis et maintenus écartés par des aides. Elle doit être placée de telle sorte, que la partie la plus saillante du kyste se présente à l'opérateur. Celui-ci, armé d'un bistouri convexe, fait d'abord parallèlement à l'axe du corps une incision longue de quatre, six ou huit pouces sur le point le plus convenable de l'abdomen ; il arrive ainsi, couche par couche, jusqu'au péritoine, l'ouvre avec précaution, introduit le bout du doigt indicateur, sur lequel il dirige un bistouri boutonné pour terminer l'incision.

2^e temps. Évacuation. — La tumeur, ainsi mise à découvert, doit immédiatement occuper le chirurgien. Est-elle libre, mobile, peut-on l'isoler aisément, son pédicule est-il étroit, le chirurgien n'a qu'à l'attirer au-dehors, soit avec la main introduite entre le kyste et la paroi abdominale, soit au moyen d'érigines, qui, implantées dans les parois de la tumeur, permettent d'exercer sur elle des tractions. Les adhérences qui l'unissent aux tissus ambians sont-elles légères, faciles à détruire, on les fait disparaître à l'aide d'une dissection attentive, et l'on se comporte comme dans le premier cas. Mais si les adhérences étaient nombreuses et solides, mieux vaudrait renoncer à l'extirpation, et terminer l'opération par une autre méthode.

3^e temps. — Lorsque la tumeur est attirée au-dehors, on s'occupe de couper le pédicule. Pour cela,

plusieurs procédés ont été mis en usage. Le procédé ordinaire consiste à placer d'abord une forte ligature sur le pédicule et à couper ensuite ce pédicule avec le bistouri ou des ciseaux. Si le pédicule est volumineux, il peut être nécessaire de le traverser avec un fil double, afin de pouvoir l'étreindre en deux parties.

Le deuxième procédé que j'ai mis moi-même en usage dans le seul cas où j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération, consiste à tordre le pédicule sans laisser de fil autour de lui. Voici comment je l'exécute. La tumeur étant attirée au-dehors, je saisiss le pédicule entre les mors d'une forte pince à anneau que je confie à un aide, puis, saisissant la tumeur à pleines mains, je lui imprime un mouvement de rotation sur son axe, de manière à lui faire décrire deux, trois, quatre tours, jusqu'à ce que le pédicule soit rompu. Si le pédicule est étroit, si les vaisseaux qui le parcourent ne sont pas très volumineux, cette torsion suffit pour empêcher toute hémorragie de se produire.

Après cette opération, les intestins ont une grande tendance à s'échapper au-dehors : il est indispensable de rapprocher au plus tôt les lèvres de cette longue plaie au moyen de la suture. La suture enchevillée est celle qui remplit le plus efficacement ce but.

DEUXIÈME MÉTHODE.—*Extirpation après l'évacuation partielle ou totale du kyste.*

Cette méthode comprend deux procédés principaux. Dans le premier, le chirurgien fait à la paroi abdominale une incision de cinq à six pouces d'étendue, de manière à pouvoir facilement introduire la main dans la cavité abdominale, mais pas assez grande toutefois pour extraire la tumeur en masse.

Dans le second, on pratique seulement une incision de deux ou trois pouces par laquelle on cherche à extraire le kyste sans introduire la main dans l'abdomen.

1^{er} procédé.—La malade est placée comme pour la première; le chirurgien, armé d'un bistouri droit, fait, vers le milieu de l'espace compris entre l'ombilic et la symphyse du pubis, une incision longue de cinq à six pouces environ. Il incise d'abord les tégumens, les muscles ou les aponévroses, et arrive ainsi jusqu'au péritoine qu'il divise dans toute l'étendue de la plaie.

La tumeur étant ainsi mise à nu, il y plonge, soit un trocart, soit le bistouri, pour donner issue au liquide qu'elle renferme. Il a soin d'empêcher que ce liquide ne pénètre dans la cavité péritonéale en saisissant le kyste avec une ou plusieurs érigines. Puis, quand la tumeur est évacuée, il exerce sur le kyste des tractions qui l'amènent au-dehors, met à nu son pédicule et l'embrasse dans une ou deux ligatures, ou en pratique la torsion, puis l'excise avec des ciseaux

ou le bistouri; la plaie est ensuite réunie avec la suture.

2^e procédé. — Le deuxième procédé d'extirpation des kystes ovariques après évacuation, diffère du précédent en ce qu'au lieu d'une incision de 5 ou 6 pouces, permettant l'introduction de la main dans l'abdomen, l'opérateur ne fait à la paroi abdominale qu'une incision de 2 pouces ou 2 pouces 1/2; lorsque le kyste est à découvert, on le saisit avec une érigine, on le ponctionne avec un trocart ou bien on l'incise avec un bistouri pointu, le liquide qu'il contient s'écoule, alors à mesure que l'écoulement a lieu, des tractions douces sont exercées sur les parois de la poche devenues flasques, engagent celles-ci dans l'ouverture, et si le kyste est uniloculaire, s'il est libre d'adhérence, si les parois ne présentent point d'induration squirrheuses de concréctions cartilagineuses, on peut l'effiler tout entier et amener au-dehors son pédicule, sur lequel on exerce la torsion, ou bien sur lequel on place une ligature.

M. Morel Lavallée a récemment insisté sur ce procédé; il recommande, dans les cas où le kyste ne pourrait pas être extrait complètement, d'exciser tout ce que l'on a pu attirer au-dehors et de fixer le reste aux lèvres de la plaie au moyen de quelques points de suture. Le kyste ainsi froncé s'oblitérera, dit-il, plus facilement.

Nous avons supposé le cas le plus simple; mais, plusieurs difficultés graves peuvent se présenter dans le cours de ces opérations. Le kyste est multi-

loculaire, et le liquide ou les matières qu'il contient ne sortent qu'avec une extrême difficulté par l'ouverture étroite que l'on a faite à la tumeur; dans ce cas, on peut essayer, en portant un trocart ou un bistouri boutonné dans la tumeur, de diviser ces cloisons; si ces manœuvres sont insuffisantes, on doit agrandir l'ouverture, afin que la main de l'opérateur portée dans le kyste lui-même, puisse agir avec plus d'efficacité; 2° l'agrandissement de l'incision est encore nécessaire, quand le kyste contient dans ses parois quelque tumeur solide; 3° s'il existe des adhérences solides, le chirurgien doit juger promptement s'il convient d'en tenter la dissection, ou s'il ne vaut pas mieux laisser le kyste en place, et s'en tenir à son incision ou son extirpation partielle.

Précautions générales à prendre après ces opérations.

Après l'extirpation, comme après toutes les opérations qui ont pour résultat de débarrasser brusquement l'abdomen d'une masse liquide ou solide, le chirurgien doit s'occuper de prévenir les accidens hypothimiques; il doit aussi s'occuper d'empêcher par des soins minutieux et éclairés, le développement des accidens inflammatoires, qui sont ici l'écueil le plus considérable.

APPRECIATION DES MÉTHODES.

Sans parler encore de la valeur absolue de l'extirpation des ovaires malades, en supposant que le

chirurgien ait des motifs plausibles de s'y décider, n'y a-t-il pas un choix à faire entre les deux méthodes que nous venons d'exposer?

La méthode d'extirpation en masse expose à de nombreux accidens. L'énorme incision que souvent on a été obligé de prolonger de l'appendice xyphoïde à la symphyse du pubis, laisse inévitablement aux intestins une issue par laquelle il est à peu près impossible qu'ils ne viennent pas faire hernie pendant l'opération; il en résulte que ces organes restent pendant plus ou moins longtemps exposés au contact de l'air; qu'ils peuvent être froissés, contus, déchirés même pendant la manœuvre de l'extirpation.

Après l'opération, il reste une plaie immense, dont le rapprochement exige l'application d'un grand nombre de points de suture.

Ces diverses circonstances exposent évidemment les malades au développement d'une inflammation terrible du péritoine, à des phlegmons de la paroi abdominale, des érysipèles, et, si la guérison a lieu, à un affaiblissement de la ceinture musculaire du ventre, d'où résultent des éventrations consécutives.

Mais, d'une autre part, cette méthode permet de pratiquer plus facilement les dissections nécessaires dans les cas d'adhérences développées entre la tumeur et les autres organes, et de plus, elle est la seule applicable à l'extirpation des tumeurs solides.

Deuxième méthode. Extirpation avec ponction ou incision du kyste. — Nous avons dit que cette

méthode comprenait deux procédés. Le premier, tout en ne faisant aux parois abdominales qu'une ouverture médiocre, et par conséquent exposant moins que la méthode précédente à l'issue des intestins, peut suffire à l'extirpation de toutes les tumeurs liquides, même à celle de certains kystes multiloculaires; il permet assez facilement la dissection des adhérences, et de plus, à cause de l'étendue de l'incision des téguments, il expose peu à l'épanchement dans le péritoine des matières contenues dans la tumeur.

Le deuxième procédé, au contraire, n'est guères applicable qu'aux kystes uniloculaires, encore à la condition que leurs parois n'aient pas une grande épaisseur, et qu'ils soient libres d'adhérences; mais il a l'immense avantage d'exposer moins à la péricitone. Sur 6 cas, Jefferson signale 5 guérisons.

Je donnerais donc la préférence, comme méthode générale, à la deuxième méthode, et, dans cette méthode, j'essaierais plus volontiers le deuxième procédé, surtout si le kyste est uniloculaire, quitte à agrandir l'incision si celle-ci était insuffisante.

Mais là n'est pas la question capitale. Il s'agit avant tout d'établir si l'extirpation, quelle que soit la méthode préférée, est vraiment une opération utile dans les cas de tumeur enkystée de l'ovaire.

Nous commencerons par dégager la question d'une objection que j'appellerai préliminaire et qui trouve encore de l'écho parmi les praticiens des plus recommandables.

Les tumeurs de l'ovaire, a-t-on dit, ne sont pas

toujours d'un diagnostic tellement certain que l'on puisse sans imprudence employer contre elles une opération dangereuse; puis, pour corroborer cette proposition, on cite les observations de Lizars, de Dolhoff, de Macdowal, où l'on voit ces opérateurs téméraires fendre le ventre de l'appendice xiphoïde au pubis pour ne rencontrer, l'un qu'une saillie de l'angle sacro-vertébral, l'autre une distension des intestins par des gaz, l'autre un squirrhe sessile et énucléable.

Certes, si le diagnostic des tumeurs de l'ovaire était réellement enveloppé d'une obscurité telle que de semblables méprises ne pussent être évitées par un chirurgien prudent et attentif, nul doute que ce fait seul devrait empêcher toute tentative opératoire; car avant tout, quand il s'agit d'une opération grave, il faut savoir à quoi l'on a affaire.

Mais il n'en est point ainsi. J'accorde qu'il y ait des tumeurs abdominales dont le diagnostic soit très obscur, impossible même dans l'état actuel de la science; eh bien, dans ces cas, il faut s'abstenir. Mais aussi n'y a-t-il pas des tumeurs sur la nature desquelles aucun doute ne reste dans l'esprit d'un observateur instruit? Eh bien, c'est dans ces cas que l'opportunité de l'opération doit être discutée.

Nous supposons donc une tumeur de l'ovaire constatée; l'extirpation peut-elle en être tentée?

La plupart des pathologistes admettent que, à dater de l'époque où l'on peut les constater, les kystes de l'ovaire ne laissent aux malades qu'une chance de cinq ou six ans d'existence, et que les

ressources médicales n'ont ici presque aucune valeur. Or, cette maladie affecte assez fréquemment des femmes jeunes encore et pleines de vie. N'y a-t-il pas urgence, dans de semblables cas, à tenter quelque chose pour arracher les malades à une si triste perspective ? Évidemment on n'oseraient le soutenir.

Tous les jours en effet ne voyons-nous pas pratiquer des opérations dangereuses dans le but souvent bien problématique de soustraire les malades à l'en-vahissement d'un cancer dont la marche lente laisse encore une existence probable de plusieurs années ? Ne faisons-nous pas encore des opérations graves dans le but de débarrasser les malades d'une pierre vésicale, d'une tumeur fibreuse du sein, de l'utérus, du pharynx, des sinus maxillaires, alors que ces maladies sont de nature à laisser vivre le malade encore longtemps ?

La chirurgie admet donc que l'on puisse, sans faillir aux lois de l'humanité, risquer dans certaines limites, d'abréger les jours d'un malade, dans le but de détruire une affection qui doit enrayer son existence à une époque peu reculée.

Si maintenant nous examinons sérieusement les chances funestes que présente l'extirpation de l'ovaire faite avec prudence et dans de bonnes conditions, nous voyons 1^o que, dans cette opération, le péritoine est largement ouvert et que les intestins restent souvent exposés à l'air pendant une partie de l'opération. N'est-il pas à craindre qu'une aussi vaste plaie ne détermine infailliblement une périctonite mor-

telle? Nous devons dire que la lecture des opérations publiées est de nature à diminuer un peu les craintes que pourrait inspirer cette vaste incision.

Mais l'opération ne se borne pas là; on pratique une ligature sur le pédicule de la tumeur; cette ligature en flamme de toute nécessité le péritoine dans le voisinage du point soumis à la constriction; n'est-il pas à craindre que cette péritonite ne s'étende et n'amène une terminaison funeste! Notons en outre qu'une partie de ces ligatures, avant de sortir par la plaie, parcourt un trajet plus ou moins étendu dans la cavité de la membrane séreuse et peut également être une cause d'inflammation. Ajoutons à cela que la ligature doit déterminer la mortification de la petite portion du pédicule qui reste entre elle et le point de section, et que, comme cette ligature met ordinairement un temps considérable à se détacher, cette partie doit subir une sorte de décomposition putride. Le ligature est donc, à nos yeux, une cause d'accidens sur laquelle on n'a point assez insisté, et l'on conçoit que le danger sera d'autant plus grand que le pédicule sera plus volumineux, que l'on sera obligé de l'étreindre par un plus grand nombre de ligatures. Ne pourrait-on pas, dit M. Cazeaux, comparer, sous le rapport des accidens consécutifs, cette ligature du pédicule de la tumeur à l'étranglement dans les hernies épiploïques. C'est dans le but d'éviter ces accidens que j'ai proposé et exécuté la torsion du pédicule de préférence à la ligature; je dois dire toutefois que cette torsion ne peut être exécutée uti-

lement que si le pédicule n'offre pas un volume trop considérable.

Un autre inconvénient grave de l'opération qui nous occupe, tient à la présence des adhérences qui peuvent rendre l'opération longue, laborieuse et même impraticable; or, comme nous n'avons pas de moyen certain de reconnaître cette complication, et surtout l'étendue, le degré de solidité des brides membraneuses qui peuvent fixer l'ovaire aux organes voisins, il peut arriver souvent que le chirurgien ne puisse terminer son opération.

Dans le tableau que nous annexons à ce travail, nous voyons que cela est arrivé 14 fois sur 62, c'est-à-dire dans le cinquième environ des cas observés, nous remarquerons toutefois, que même dans ces cas défavorables, l'opérateur n'a point eu de résultats aussi fâcheux qu'on aurait pu le craindre.

Des considérations que nous venons de présenter, il résulte certainement, que l'opération pratiquée pour l'extirpation de l'ovaire malade est une opération grave, mais la maladie aussi qu'elle est destinée à combattre est dangereuse. Voyons donc par les faits quel est le degré de gravité de cette opération, et si les résultats connus suffisent pour justifier son emploi. Quelques chirurgiens, M. Malgaigne entre autres, ont élevé des objections contre la signification des faits publiés jusqu'à ce jour, ils se demandent si tous les faits malheureux sont aussi bien connus que les faits heureux, et si ces derniers sont bien exacts? Je crois que dans le cas qui nous occupe, ces objections n'ont pas une valeur très grande,

attendu que dans une opération de ce genre, tous les faits à peu de chose près, viennent à la connaissance du public, et d'autre part, que les faits connus ont reçu une telle publicité que tout porte à penser qu'ils sont réels.

Or, ces faits ne me semblent pas de nature à justifier l'espèce de réprobation dont les chirurgiens français semblent avoir frappé l'extirpation des ovaires.

Une dernière question cependant reste à résoudre. En supposant que l'extirpation de l'ovaire soit une opération acceptable contre les tumeurs de cet organe, n'avons nous pas à notre disposition d'autres ressources opératoires qui doivent lui être préférées?

Nous avons vu que la ponction abdominale simple, ne pouvait être considérée que comme un moyen palliatif, et non toujours sans danger; que la ponction avec canule à demeure, ou permanence de l'ouverture, n'offrait que de bien faibles avantages achetés au prix d'accidens nombreux; que la ponction et l'incision vaginale, trop peu expérimentées encore, étaient loin d'avoir tenu tout ce qu'elles promettaient, puisque sur 8 cas nous comptons 3 morts, 3 récidives, et deux guérisons seulement. La seule opération donc, qui puisse dans l'état actuel de la science, être mise en parallèle avec l'extirpation, comme moyen de cure radicale, est l'incision abdominale. Cette opération est en effet beaucoup plus simple, elle n'expose point à l'hémorragie, elle n'est point contre-indiquée par les adhérences, elle est rarement suivie de péritonite, mais l'infection

putride résultant de la stagnation du pus dans le kyste, ou l'inflammation du kyste lui-même, sont des accidens terribles, qui diminuent singulièrement la supériorité de cette opération, si tant est qu'elle soit réelle. Les faits que possède la science sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse porter à cet égard un jugement définitif.

EXTIRPATIONS.

N° d'ordre. Ann.	DATE de l'opération.	OPÉRATEUR.	LONGUEUR en mm. de l'incision.	ÉTAT de la tumeur.	RÉSULTAT.	CAUSE DE LA MORT.	OBSERVATIONS.		
1	Mai 1809	Macdowal	0,25						
2		Macdowal	0,25	Adhérences					
3	1816	Macdowal	0,25	Point d'adhérenc.					
4	1821	Alb. Smith	0,12						
5	Juill. 1821	N. Smith	0,08	Adhér. nombr.					
6	Févr. 1825	Lizars	de cart. 150 au pub.	Point d'adhérenc.					
7		N. Smith	0,08	Adhérences					
8	1828	Hopfer							
9	1829	Rogers	0,15	Adh. avec le périt.					
10	1832	Ritter	grande incis.	Adh. à la rég. épig.					
11	1833	Erharstein							
12	1836	Quittenbaum	0,20 (env.)						
13	1837	Jeaffreson	0,02	Point d'adhérenc.					
14	1837	King	0,09 (env.)	Point d'adhérenc.					
15	1837	West	0,09 (env.)	Point d'adhérenc.					
16	1839	West	0,09 (env.)	Point d'adhérenc.					
17	1839	Crisp	du stern. au pub.	Adh. nombr.					
18	1842	Clary	0,27	Légères adhér.					
19	1842	Clary	0,27	Adhér. fermes					
20	1842	Clary	0,27	Adh. nombr.					
21	1842	Walne	0,35	Point d'adhér.					
22	1842	Lane	de l'emb. au pub.						
23	1843	Walne	0,33	Point d'adhér.					
24	Sept. 1843	Walne	0,37	Point d'adhér.					
25	Sept. 1843	Atlée	0,25	Adhér. fermes					
26	Oct. 1843	Southam	0,25	Adh. avec l'épip.					
27	Oct. 1843	Bird	0,15	Point d'adhér.					
28	Janv. 1844	Bird	0,16	Adhér. légères.					
29	1844	Chrysmar	du stern. au pub.	Adhérences					
30	mai 1844	Woyeskowski		Point d'adhér.					
31	mai 1844	Vaullegaard.	0,16	Point d'adhér.					
32	25 Janv. 1825	Lizars							
33	1828	Hopfer	0,25	Adhér. nombr.					
34	1828	Hopfer	0,25	Adhérences					
35	1828	Dohlhoff	grande incis.	Adhérences					
36	1829	Granville							
37	22 Avril 1837	Stilling	0,17?	Point d'adhér.					
38	24 1839	West	0,09	Adhér. nombr.					
39	Sept. 1840	Philips	0,11	Point d'adhér.					
40	Sept. 1843	Grinhow	du stern. au pub.	Adhérences					
41	1843	B. Cooper	du stern. au pub.	Adhérences					
42	1843	Walne	0,41	Point d'adhér.					
43	1843	Clay	0,35	Point d'adhér.					
44	1843	A. Key							
45	1844	Walne	0,41						
46	1844	Chrysmar	du stern. au pub.	Adhér. nombr.					
47	1844	Chrysmar	du stern. au pub.	Quelq. adhér.					
48	22 Oct. 1848	Groth							
		Maisonneuve.	0,20	Point d'adhér.					
49	1809	Macdowal	0,25	Adhérences	Rétablissement.				
50	24 1825	Lizars	grande incis.	Adh. pédic. vasc.	id.				
51	24 1825	Martini	0,25	Adh. très fermes.	Mort.				
52	24 1831	Galenzowski	0,14	Adh. très fermes	Rétablissement.				
53	1826	Granville			id.				
54	1826	Dieffenbach	0,11	Adhér. solides	id.				
55		Dohlhoff		Adhér. vaiss.	id.				
56	1839	West		Adhér. intime	Mort				
57	1839	Hargrave		Adhérences	Rétablissement.				
58	1839	Gorham		Adhér. fermes	id.				
59	1840	Anonyme	0,35	Adhér. solides	Mort				
60	1843	Clay	du stern. au pub.	Adhér. vaiss.	id.				
61	1843	Walne	du stern. au pub.	Adhérences	Rétablissement.				
62	1844	Walne		Adhérences	id.				
63	27 Oct. 1823	Lizars	du stern. au pub.	Point de tumeur	Rétablissement.				
64	1824			Point de tumeur	id.				
65				Point de tumeur	id.				
66				Point de tumeur	id.				
67	1836	Dohlhoff		Point de tumeur	id.				
68	1837	King		Point de tumeur	id.				
69	1843	Heath		Ovaire sain.	Mort.				

- 104 -

Observation XVIII.

Extirpation d'un kyste multiloculaire par M. Maisonneuve. — Mort après 22 heures.

Le 15 octobre 1848, entra dans mon service, à l'hôpital Cochin, une jeune fille âgée de 23 ans, qui portait dans le ventre une tumeur indolente, mais dont l'accroissement rapide lui donnait de vives inquiétudes. C'est dans le courant de septembre 1847 qu'elle s'était aperçue, pour la première fois, de l'existence de cette tumeur; son volume alors égalait à peine celui d'une petite pomme. Elle était très-mobile, fuyait facilement sous la main qui la cherchait et se cachait dans l'excavation du bassin. Depuis cette époque la tumeur ne cessa de croître pour ainsi dire à vue d'œil, et lorsque la malade vint à l'hôpital Cochin elle faisait dans le ventre une saillie considérable. Son volume égalait celui de l'utérus à sept mois de grossesse. Elle était indolente, parfaitement mobile en tous sens, on n'y reconnaissait aucune fluctuation, mais une élasticité remarquable. Aucune bosselure ne s'élevait à sa surface. La percussion donnait un son mat, on n'y reconnaissait pas de frémissement hydatique.

En l'examinant par le vagin, on constatait facilement qu'elle n'avait avec l'utérus aucune connexion, qu'elle n'était point adhérente à la vessie, ni au rectum, qu'elle glissait facilement sur les parois du bassin, dont elle remplissait la partie supérieure.

La malade avait une profonde terreur de cette affection, et désirait vivement en être débarrassée.

Avant de rien entreprendre je pris l'avis de mon excellent ami M. Nonat et de M. le professeur Moreau, qui voulut bien apporter à mon diagnostic le contrôle de sa haute expérience.

En conséquence, le 8 octobre 1848 je procéda à l'opération de la manière suivante, en présence de M. le professeur Moreau, de M. Nonat et de tous les élèves de l'établissement.

La malade fut couchée sur un lit étroit, la tête un peu élevée, les cuisses demi fléchies et écartées. Elle fut ensuite soumise à l'inhalation du chloroforme.

Placé au côté gauche de la malade et armé d'un bistouri convexe, je pratiquai sur la ligne blanche une incision de 15 centimètres environ, laquelle s'étendait de l'ombilic jusque près du

pubis, j'arrivai facilement et sans encombre jusqu'à la surface du kyste, qui m'apparut comme une énorme masse à coque fibreuse, je plongeai mon bistouri dans l'intérieur pour le vider, c'est alors que j'acquis la certitude de sa disposition multiloculaire, c'est à peine s'il s'écoula un demi verre de liquide filant, je saisissais alors les deux lèvres de l'incision faite à la coque et je cherchai à l'extraire, mais il était encore trop volumineux, et je fus obligé de prolonger encore l'incision de 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Dès ce moment le kyste put être extrait en masse, il n'avait contracté aucune adhérence et ne tenait au côté gauche de l'utérus que par un pédicule gros comme le petit doigt. Je ne constatai dans ce pédicule aucune artère importante, c'est alors que je conçus l'idée de tordre le pédicule afin d'éviter la présence d'une ligature dans l'intérieur du ventre. Pour cela je saisissais le pédicule entre les mors d'une forte pince à anneau, puis je fis tourner la tumeur trois ou quatre fois sur son axe, le pédicule étant rompu pas une goutte de sang ne s'en écoulait. Je procédai immédiatement au pansement, il me fallut replacer dans le ventre les intestins qui s'en étaient échappés. Cela ne laissa pas que d'offrir quelque difficulté, puis je pratiquai une suture enchevêtrée en ayant soin de ne pas comprendre le péritoine. Un bandage un peu serré fut ensuite appliqué autour du ventre et la malade reportée dans son lit.

Jusqu'à minuit, c'est-à-dire pendant quatorze heures, tout se passa parfaitement bien. Mais à dater de ce moment la malade s'affaiblit, le pouls se concentra ; et sans frisson, sans douleur elle s'éteignit à huit heures du matin. Vingt-deux heures après l'opération.

A l'autopsie nous ne pûmes constater aucune trace de péritonite, aucune hémorragie, de sorte que la cause de la mort reste encore obscure dans notre esprit.

Observation XIX.

Extirpation d'un ovaire, pratiquée avec succès par le docteur Nathan Smith (Arch. générales de Médecine, 1827, tome XIV, page 588).

Madame *** s'était aperçue qu'elle portait une tumeur dans l'abdomen, lorsque cette dernière n'avait encore que la grosseur d'un œuf doré. Trois fois elle parut s'être rompue dans la cavité du ventre : deux fois pendant la grossesse, et une dernière fois à la suite d'une chute. Quand on pratiqua l'extirpation, la tumeur avait acquis un volume énorme, occupant tout le côté droit de l'abdomen : elle était mobile et le siège d'une légère fluctuation.

Après l'avoir repoussée en haut, vers le milieu du ventre, une incision légère de trois pouces fut faite sur la ligne blanche, un pouce au-dessous de l'ombilic; après avoir arrêté l'écoulement d'un peu de sang, le péritoine fut ouvert avec précaution, et mit la tumeur à découvert. Alors, à l'aide d'un trois quarts, on retira de sa cavité huit pintes d'un liquide trouble et filant; le kyste, lui-même, fut ensuite attiré au dehors, détaché de l'épiploon avec le bistouri; deux artères de ce repli séreux furent liées avec une corde à boyau, après quoi l'on excisa le ligament de l'ovaire; deux autres artères exigèrent aussi la ligature, avant de faire rentrer les parties dans le ventre. D'un autre côté, les adhérences qui s'étaient formées entre le kyste et les parois abdominales furent détruites, à l'aide du doigt et du bistouri. Le kyste, extrait et vide, pesait quatre onces environ. Il ne survint aucun accident, et, au bout de trois semaines, la malade pouvait rester assise et marcher un peu. La guérison complète ne tarda pas à avoir lieu.

Observation XX.

Tumeur ovarienne extirpée avec succès, par M. West (Gazette médicale, 1838, page 8).

Madame Hurriac, âgée de quarante-cinq ans, mère de trois enfants, s'aperçut d'une tumeur abdominale depuis treize ans. Il y a quatre ans, ayant été appelé pour l'accoucher, M. West touche la femme et sent une tumeur dans l'excavation, engagée entre le pubis et la tête de l'enfant; il fait des efforts, repousse la tumeur dans le ventre, et l'accouchement a lieu. Jusqu'alors, la tumeur n'avait fait que des progrès fort lents; mais, après cette époque, son volume augmenta considérablement, au point de remplir tout l'abdomen, et de gêner beaucoup la respiration. D'autres symptômes assez graves existaient d'ailleurs pour obliger le chirurgien à prendre un parti décisif. L'ablation de la tumeur ayant été réclamée par la malade elle-même, elle a été pratiquée par M. West.

Il a pratiqué une incision verticale de la longueur de deux pouces, sur la ligne médiane, dont l'extrémité supérieure répondait à un pouce au-dessous de l'ombilic. Pour cette incision, la peau a été pincée transversalement, comme pour l'opération de la hernie étranglée. Il a divisé, couche par couche, les tissus sous-jacens jusqu'au péritoine, comme dans la taille hypogastrique. Le péritoine étant mis en évidence dans toute l'étendue de la plaie, l'opérateur l'a pincé sur un point, et, à l'aide d'une sonde, il la divise dans le sens de la plaie. La tumeur a été par là mise en évidence. M. West a commencé par l'assurer au de-

hors, à l'aide d'un fil qu'il a passé vers la base, moyennant une aiguille. Il a plongé ensuite un trois quarts dans la poche morbide et en a retiré vingt pinto de sérosité limpide. Le fil a servi parfaitement pour en tirer le kyste au dehors, à mesure que les eaux s'écoulaient. Après cela, l'opérateur a appliqué une forte ligature de soie à la base du kyste restant, près de la trompe de Fallope, dont il a coupé les chefs près des nœuds, et a excisé, avec le bistouri, la partie placée en deçà de la ligature. La plaie abdominale a été réunie à l'aide de quatre points de suture. La malade a perdu à peine une cuillerée de sang pendant l'opération. On l'a couchée et on lui a administré 2 grains d'opium, qu'on a répété tous les soirs avec 4 grains de calomel. Des lotions spiritueuses froides ont été faites constamment sur le ventre.

Les suites de l'opération ont été très-simples. La réaction a été aisément combattue. Le sixième jour, la plaie était réunie par première intention. Guérison complète. Depuis l'opération, la femme a pu reprendre les occupations de la campagne, et s'est bien portée par la suite.

Observation XXXI.

Ablation heureuse d'une tumeur ovarienne. — Par M. William Jeaffreson. (Expérience 1838. Tome I^e, pag. 43.)

Au mois de novembre 1833, je fus engagé à soigner madame B... dans son second accouchement, qui était parfaitement à terme. En l'examinant comme à l'ordinaire, je découvris une tumeur qui occupait tout le côté gauche du bassin; elle était ferme, élastique, d'une fluctuation obscure, et évidemment recouverte par les parois du vagin. Je ne pouvais pas la déplacer aisément, et elle entravait la descente de la tête de l'enfant; l'orifice utérin était complètement dilaté, et les efforts de la matrice très-puissans. Dans cet état, j'envoyai demander mon ami King de Saamudham, mais je restai avec la malade; et tandis que j'exerciais, dans l'intervalle des douleurs, une douce pression sur la tumeur, elle remonta soudainement au-dessus du bord du bassin, et l'accouchement se termina par la contraction utérine qui suivit.

Le 4 mars 1836, mes soins furent encore réclamés, et mes craintes furent dissipées par la naissance d'un bel enfant, qui s'opéra sans aucune des difficultés précédentes. Mais après la guérison, je fus inquiété en voyant que l'abdomen n'avait pas diminué de volume, et qu'une quantité considérable de liquide occupait l'ovaire gauche. La convalescence était bien établie, j'essayai des moyens que je crus les plus convenables pour provoquer l'absorption, et, entre autres, le remède beaucoup loué du

docteur Turnbull (la vératrine), mais sans le moindre bénéfice. J'instruisis alors la malade des chances que l'opération, suivant moi, lui laissait encore, mais en même temps des hasards qu'elle entraînait avec elle.

Le 4 mai, elle me fit venir et me dit que la tumeur avait si rapidement grossi, et que le fardeau en était si grand, qu'elle se soumettrait à l'opération pour une guérison radicale. Conséquemment, le 8, en présence de M. King, je fis une incision de 10 ou 12 lignes environ sur le trajet de la ligne blanche, au milieu de l'espace compris entre le nombril et le pubis. Le kyste ayant été ainsi mis à découvert avec précaution, j'en tirai par le trois quarts environ deux pintes d'une sérosité limpide. Pendant que le liquide s'écoulait, on assujettit une portion du sac avec une pince pour l'empêcher de se retirer. Puis je pratiquai l'extraction graduelle du sac tout entier hors de la cavité de l'abdomen, en même temps un autre sac contenant 2 onces de liquide, et en réalité l'ovaire tout entier, il n'y eut à couper qu'un pli de péritoine et le ligament de l'ovaire, lesquels, à l'exception d'une petite portion de l'extrémité frangée de la trompe, sont les seules attaches naturelles de l'ovaire à l'utérus.

Mais, comme ce repli constituait la voie par où le sang arrivait au kyste, et que les vaisseaux à la surface du sac étaient considérablement dilatés, nous jugeâmes convenable de l'étreindre d'une ligature avant de la laisser rentrer dans la cavité abdominale. Les bouts de la ligature furent coupés très-près du nœud. Une très-petite portion de l'épiploon sortit avec le kyste; elle fut aisément réduite. La plaie externe fut réunie par deux points de suture, l'emplâtre adhésif et une compresse. Suivant l'avis de M. King, je donnai une pilule formée de 2 grains d'opium en poudre, et une potion avec un gros de teinture de digitale; une serviette trempée dans l'eau la plus fraîche fut maintenue constamment autour de l'abdomen. J'adoptai d'autant plus volontiers ce plan, que M. King l'avait trouvé très-avantageux dans une opération récente où il avait ouvert l'abdomen beaucoup plus largement. Dans la nuit, je prescrivis une dose de calomel et de jusquiame, et ensuite je fis prendre, de quatre heures en quatre heures, une solution de sulfate de magnésie dans une mixture saline.

Tout parut aller bien jusqu'au 10, où je fus appelé à trois heures et demie du matin. Je trouvai la malade avec un vomissement continu, le hochet, le pouls à peine sensible, de vives tranchées et une douleur lancinante le long du nerf crural antérieur. Comme les intestins n'avaient pas été évacués, je prescrivis un clystère stimulant qui opéra abondamment; puis je donnai une pilule de deux grains d'opium, que je fis prendre dans une gorgée composée de deux à trois cuillerées à thé d'eau et d'eau-de-vie. Ces

moyens calmèrent l'estomac et améliorèrent l'état du pouls, qui cessa d'être intermittent, bien qu'il ne dépassa jamais 70 pulsations durant tout le cours du traitement.

La douleur dans la cuisse se calma bientôt; les sutures furent ôtées 48 heures après l'opération; la plaie étant guérie, excepté dans les points occupés par les fils, où il s'était fait une petite ulcération. L'emplâtre adhésif et la compresse furent réappliqués; et la dose d'une demi once d'une mixture saline, contenant une goutte d'acide hydrocyanique, fut donnée toutes les quatre heures; ce qui parut tenir l'estomac tranquille, et permit à la malade de prendre une ou deux cuillerées à thé de gruau, où en ajoutait par intervalle une cuillerée à thé d'eau-de-vie. Mais, comme au bout de quelques heures elle commença à s'en dégoûter, on la laissa, le 12, trop longtemps sans nourriture, à cause du retard dans la préparation d'un bouillon que j'avais ordonné pour le matin. La malade eut presque une syncope, et la douleur se fit sentir dans la cuisse de nouveau, mais avec peu d'intensité. Néanmoins ces symptômes disparurent bientôt, et il n'y eut plus rien à faire qu'à régler les fonctions intestinales, soit par des lavements, soit par des médecines légèrement opératives. Un morceau d'emplâtre fut le 15, pour la dernière fois, appliqué sur la surface de la plaie, simplement comme moyen et protection. La serviette trempée dans l'eau froide fut conservée pendant plus d'une semaine après l'opération. A aucun moment la sécrétion du lait ne fut interrompue, et la malade ne ressentit que par intervalle une légère douleur lancinante là où la ligature avait été appliquée.

Ma malade s'est parfaitement rétablie; elle a repris les occupations de la santé.

Observation XXXII.

*Extirpation d'un kyste de l'ovaire, par M. Benjamin Philips
(Gazette des hôpitaux. 1840. Tome 2, page 551).*

A. D..., âgée de vingt-un ans, était bien portante, lorsqu'elle a été saisie vers Noël, d'une douleur gravative dans la région iliaque droite. Cette douleur a diminué par degrés, et a été remplacée par une tuméfaction légère vers la région ombilicale. Cette tuméfaction a été rapidement progressive, puis s'est accompagnée de douleur. Le docteur Heming lui a prescrit une saignée locale à l'aide des ventouses, et la douleur a diminué, celle-ci n'était pas intense, et était probablement produite par la distension. Au mois de mai, la tuméfaction avait fait d'assez grands progrès pour être visible au-dehors, ce qui donnait lieu à des interprétations fort désagréables pour la malade.

Au mois de juin, elle a consulté les docteurs Liston et Locoek.

M. Liston a de suite diagnostiqué un kyste ovarien, contenant dix pintes de liquide environ, susceptible d'augmentation, réfractaire aux médicaments internes, et exigeant la ponction comme moyen de soulagement; mais il a ajouté que la malade ne devait pas se soumettre à cette opération, vu que l'effet ne serait que temporaire, et que le moyen le plus convenable serait, selon lui, l'extirpation. La malade a goûté cet avis et s'est fait recevoir à London hospital pour subir cette opération; mais le docteur Thomson n'ayant voulu s'en charger, elle en est sortie. M. Hamilton Roe ayant été consulté à son tour, a été du même avis que M. Liston. Enfin la malade s'est présentée à M. Philips. Ce chirurgien a commencé par s'assurer si le mal n'était pas compliqué de péritonite, et si son volume n'augmentait pas; ensuite, par la préparer physiquement et moralement à l'opération.

L'opération a été pratiquée le 11 septembre 1840, à dix heures du matin, en présence de MM. Roe, Clendnining, etc.

La malade étant couchée sur un lit, l'opérateur a pratiqué une incision depuis un pouce au-dessous de l'ombilic jusqu'à plus d'un pouce et demi au-dessous. Cette incision a dû être plutôt grande, vu l'épaisseur extraordinaire de la paroi abdominale sur ce point, qui, malgré la distension, offrait encore une épaisseur de trois quarts de pouce de graisse.

« J'ai disséqué soigneusement les bords jusqu'au sac; j'ai mis en évidence celui-ci, et je l'ai accroché avec une érigne, afin de ne pas le perdre après qu'il serait vidé; j'y ai alors plongé un trois quarts, qui a donné issue à 330 onces de liquide transparent glaireux, albumineux. Le sac, qui était extrêmement épais, a été extrait par la plaie, laquelle a dû être élargie légèrement. La seule adhérence qu'il présentait était à son pédicule. Ce pédicule était formé par la trompe de Fallope, à laquelle le kyste adhérât fortement dans l'étendue de plus d'un pouce et quart. Autour de ce tube, une ligature a été placée fortement par M. Samuel, les deux bouts de fil ont été coupés à ras, et le sac a été extirpé complètement sans la moindre difficulté.

« La malade n'a pas perdu une once de sang durant l'opération, et son pouls ne marquait pas plus de 68 par minute, ce qui a fait présumer qu'elle n'avait pas dû souffrir beaucoup.

« La plaie a été soigneusement réunie par première intention à l'aide d'aiguilles à bec, de lièvre, et aucun écoulement de sang n'a eu lieu. »

Aussitôt après l'opération, cependant, la malade a accusé des douleurs intenses dans la fosse iliaque droite, ce qui a été attribué à l'étranglement causé par la ligature. La malade a eu aussi le hocquet souvent. Lavement opiacé; peu de soulagement. Deux

heures après, potion morphinisée ; pas mieux. Deux heures plus tard, pilule d'un demi-grain de chlorate de morphine, puis un autre lavement opiacé ; potion avec 10 gouttes de teinture de digitale, deux gouttes d'acide hydrocyanique. Une pilule d'un tiers de grain de morphine toutes les quatre heures.

Le soir, vomissements, suintement de sang par la plaie. Ami-nuit, la douleur continue à être intense, surtout dans la fosse iliaque droite; ventre généralement très sensible; hiccups de temps en temps. Pouls fréquent, peau chaude ; on appréhende une péritonite. Pilules de trois grains de submuriate d'hydrargirium et d'un demi-grain d'opium, toutes les deux heures. Lavement de térébenthine ; vingt sanguins sur l'abdomen.

Le lendemain, à huit heures du matin, la douleur, dans la région iliaque, a été soulagée par les sanguins, mais elle persiste dans la région ombilicale ; sensibilité dans tout l'abdomen à la pression ; pas de tympanite ; les nausées continuent ; physionomie bonne ; pouls à 94 ; peau modérément chaude ; pas de garde-robe.

Les jours suivants, une foule de symptômes graves sont surve-nus comme dans toutes les grandes opérations : on les a combat-tus d'après toutes les règles de l'art ; mais la malade est morte le huitième jour.

L'autopsie a été faite en présence de MM. Cledinning, Haris-son ; la plaie est presque cicatrisée ; le fond, cependant, paraît injecté et répond à une cavité contenant six à huit onces de sang noir, sang coaguleux. La ligature est incore sur la trompe de Fallope. L'ovaire, de l'autre côté, paraît sain. Pas de signes de péritonite. Le gros intestin est enflammé dans son intérieur et cou-vert de fausses membranes et l'ulcérations.

Observation XXIII.

Hydropisie de l'ovaire guérie par l'opération ; par le professeur Galenzowski. (Archives de médecine, 1830, page 121.)

Une veuve âgée de vingt-sept ans, d'une constitution scrofu-leuse, mais qui n'avait jamais été malade, s'exposa à l'air froid le corps étant en sueur, et fut affectée aussitôt de strangurie et de fièvre suivie d'une grande prostration. Peu de temps après, une tumeur se développa dans la région hypogastrique droite ; cette tumeur était mobile, indolente, et acquit, dans l'espace de deux ans, un volume tel que la malade paraissait être au septième mois de la grossesse. La menstruation et les autres fonctions n'étaient nullement troublées ; le vagin et l'utérus ne présentaient rien d'a-normal, à l'exception d'un léger écoulement blanchâtre. Le pro-fesseur Galenzowski reconnut l'existence d'une dégénérescence squirrheuse de l'ovaire, compliquée probablement d'hydropisie.

L'opération ayant été proposée et acceptée, on pratiqua sur la ligne blanche une incision de 5 pouces qui commençait au-dessus de l'ombilic ; aussitôt une partie des intestins et de l'épiploon sortit par la plaie. On découvrit alors l'ovaire droit dégénéré, dont la surface était blanche, dure, inégale, granuleuse, et qui était recouvert d'une membrane fibro-cartilagineuse réticulaire. La tumeur était adhérente dans toute sa largeur à la paroi postérieure de la cavité abdominale ; on dut renoncer à son extirpation complète. M. G. se borna à inciser largement la tumeur, qui était celluleuse intérieurement, et laissa s'écouler environ trois livres d'un liquide épais, jaunâtre, ressemblant à de la térébenthine. Une des parois du kyste fut traversée par un fil dont les deux bouts furent maintenus dans la plaie, afin de rapprocher le kyste de celle-ci ; on replaça les intestins et on ferma la plaie au moyen de quatre points de suture et autant de bandelettes agglutinatives. Par l'extrémité inférieure de la plaie, on introduisit un bourdonnet de charpie imbibé d'huile, jusque dans l'intérieur du kyste ; par là, on donna issue plus tard à plusieurs livres d'un liquide aqueux, et trois fois à des portions considérables du kyste. Le traitement général fut d'abord antiphlogistique, puis tonique. Le soixante-dixième jour, la malade sortit de l'hôpital, ne conservant plus qu'une petite ouverture fistuleuse par laquelle s'écoulait un peu de pus.

Observation XXIV.

Ovariotomie pratiquée avec succès par Woyekowski. (Revue médico-chirurgicale. Juin 1847, pag. 359.)

Le 27 avril 1844, je fus appelé à Montfort, village voisin de celui que j'habite, pour accoucher madame Replumard. Je m'y rendis immédiatement, et avant d'examiner la malade, je demandai à la sage-femme qui l'assistait des renseignemens sur la position de l'enfant et sur la marche de l'accouchement. Elle me répondit qu'après quelques douleurs, les eaux s'étaient écoulées en petite quantité ; qu'aussitôt après, il était sorti, par les parties génitales, une tumeur charnue, assez volumineuse, qui s'était opposée à ce qu'elle introduisit les doigts dans le vagin, et, par conséquent, qu'elle reconnut la position de l'enfant. Elle ajouta que depuis ce moment, les douleurs étaient très-faibles et ne se suivaient pas régulièrement.

Elle était âgée de 40 ans, mère de trois enfans, dont le dernier avait trois ans ; qu'elle avait cessé d'être réglée depuis quinze mois ; que, depuis cette époque, elle avait éprouvé des envies de vomir, du dégoût pour les alimens, de l'aversion pour la prome-

nade, des douleurs vagues dans les lombes, une pesanteur au bas du ventre augmentant pendant la station; que son ventre s'était développé; en un mot, qu'elle avait éprouvé les mêmes symptômes que pendant ses précédentes grossesses. Elle ajouta, qu'arrivée au neuvième mois, et voyant qu'elle n'éprouvait aucun symptôme pour accoucher, elle avait été à une ville voisine consulter deux médecins renommés, qui avaient trouvé chez elle plusieurs symptômes de grossesse extra-utérine, mais qui n'avaient prescrit aucun traitement, et avaient refusé de se prononcer présentement d'une manière définitive sur son état.

Je procédai alors à l'examen de la malade, et je trouvai que la tumeur remarquée par la sage-femme au dehors des parties génitales, n'était autre chose que la matrice, d'un volume trois fois plus considérable que de coutume, dont l'orifice entr'ouvert permettait l'introduction du doigt indicateur. Je cherchai aussitôt à la remettre en place; mais, ne pouvant y parvenir facilement, je cessai mes efforts et je poursuivis mon examen. L'abdomen était très-distendu par un amas considérable de liquide, et la sensibilité qu'y développait la pression m'empêchait d'explorer les organes intérieurs.

Pour m'assurer définitivement de l'état des viscères abdominaux, je pratiquai immédiatement la paracenthèse. Il sortit par la canule du trois quarts, trente-cinq litres d'un liquide jaunâtre, transparent, sans aucune odeur. Après cette opération, la main promenée sur les parois du ventre, rencontra une tumeur du volume de la tête d'un adulte, arrondie, bosselée, flottante dans le grand bassin, au-dessus du détroit supérieur, et parfaitement indolente. La malade la déplaçait. Tous les autres organes de l'abdomen semblaient dans un état normal.

La matrice fut alors remise en place sans difficulté, et la malade fut maintenue au lit et à la diète la plus sévère jusqu'au lendemain. Je l'examinai alors avec les docteurs Mourrey, Matusewicz et Ganard, et nous nous décidâmes à pratiquer la gastrotomie.

La femme, étendue dans un fauteuil en face d'une croisée, je me plaçai à son côté droit, un peu en avant et appuyé sur mon genou gauche. Je saisissi le bistouri convexe, et je pratiquai une incision à la peau seulement, sur le trajet de la ligne blanche, depuis trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à la partie supérieure du pubis. Dans un second temps, je divisai lesaponévroses et le tissu cellulaire, en suivant toujours le trajet de la première incision, et en ayant soin de ne pas toucher au péritoine, ce qu'il fut facile de faire, à cause de l'absence du tissu graisseux à sa partie externe, et d'un amas considérable de liquide dans son intérieur. Dans le troisième temps, je pratiquai, à

la partie supérieure de l'incision, une ponction au péritoine. J'y introduisis le doigt indicateur de la main gauche et le bistroir droit boutonné. J'appuyai son bouton sur le bout du doigt qui se trouvait dans la plaie, et, en pressant sur lui de haut en bas, je fendis le péritoine dans toute la longueur de la plaie. Au même instant, une grande quantité d'un liquide transparent, jaunâtre, sans odeur, s'échappa et fut recueilli dans un vase : la quantité s'élevait à 50 litres, sans compter celui qui était tombé à terre. Le grand épiplooon et les intestins grêles se précipitèrent alors par la plaie et tombèrent sur les cuisses de la malade. M. Matusewich les refoula à leur place et les y maintint à l'aide d'une serviette enduite de cérat. Nous vîmes alors un corps arrondi, bosselé, dur au toucher, flottant dans le grand bassin, et attaché au côté droit de l'utérus, près de son fond, par un pédicule d'un demi-pouce de diamètre et de 3 pouces de longueur.

Je fis sur la tumeur, avec le bistroir droit, une ponction exploratrice, et la sensation que j'en éprouvai fut celle qui résulterait d'une incision faite dans du vieux lard. Nous étions alors parfaitement convaincus que nous avions affaire à une tumeur avariique squirrheuse : un des médecins assistans la saisit avec ses deux mains et la souleva au moment où je portais une ligature autour de son pédicule, le plus près possible de la matrice. Le bout du fil fut maintenu à l'extérieur, et la tumeur détachée par un coup de bistouri. Je me hâtai alors de réunir les bords de la plaie par une suture enchevillée, puis la malade fut remise sur son lit, couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Des embrocations furent faites sur le ventre au moyen de compresses, trempées dans l'eau froide et renouvelées toutes les cinq minutes. J'ordonnai une diète sévère et quelques cuillerées de limonade froide pour boisson. L'opération avait duré 8 minutes.

La tumeur pesait 6 livres 1/2 ; elle était lisse, bosselée à l'extérieur, et on apercevait facilement les rudimens de la trompe de fallope et de son pavillon. Son tissu était lardacé, jaune et très résistant, et on voyait, dans son intérieur, quelques petits foyers de suppuration.

Le 2 mai, 24 heures après l'opération, je trouvai la malade sans fièvre ; point de douleurs abdominales, une légère tuméfaction autour de la plaie.

Le 3, l'état général était tout aussi satisfaisant, le gonflement des bords de la plaie était un peu plus considérable que la veille. La malade avait dormi d'un sommeil paisible, et demandait même de légers alimens, que je crus devoir lui refuser.

Le 4 mai, une suppuration de bonne nature s'établit. Bientôt la ligature tomba, la plaie se cicatrisa, et le 25^e jour de l'opéra-

tion, cette femme put se promener dans le village avec une ceinture semblable à celles dont se servent les femmes enceintes.

Aubout de 4 mois, cette femme devint enceinte, et, au terme ordinaire de sa grossesse, elle mit au monde un garçon qui vécut fort bien. Elle est accouchée une deuxième fois, au mois de décembre 1846, d'un garçon également bien portant. Ainsi, pour le dire en passant, se trouve contredite l'assertion du père de la médecine, que les foetus mâles se développent à droite et les foetus femelles à gauche de l'utérus; c'est l'ovaire droit que j'ai enlevé.

Observation XXXV.

Gazette des hôpitaux 1848. Tome 10, page 92. Séance du 6 Janvier 1848. Société de médecine pratique.

M. Pedelaborde fait un rapport sur une observation d'ovariotomie envoyé à la société par le Dr. Vaulgeard, de Condé sur Noireau. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, forte et bien réglée jusqu'à vingtans. A partir de cette époque, gonflement rapide du ventre, coïncidant avec la disparition des règles et provoqué par une hydrospisie enkystée de l'ovaire gauche. Après plusieurs ponctions pratiquées à des époques de plus en plus rapprochées, la santé de la malade, longtemps bonne, commence à s'altérer; puis l'amaigrissement survient, et, quelque temps après, des faiblesses et lipothymies, surtout dans les premiers jours qui suivent chaque ponction. La malade, alarmée de son état, demande avec instance à être débarrassée de la tumeur qui doit inévitablement lui causer la mort.

Dans une consultation à laquelle prennent part quatre médecins des environs, l'opération fut décidée, et M. Vaulgeard la pratiqua de la manière suivante :

La malade préablement éthérisée, et maintenue sur un lit préparé à cet effet, l'opérateur plongea perpendiculairement un bistouré droit dans la tumeur à 2 centimètres de l'ombilic, et fit une incision de 4 centimètres de haut en bas, parallèlement à la ligne blanche. Puis le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans la plaie, servit à diriger un bistouré boutonné, à l'aide duquel l'incision fut prolongée par en bas jusqu'à une longueur de 12 centimètres. La sortie du liquide contenu dans le kyste fut modérée et graduée par l'opérateur et ses aides. Six à huit litres de liquide furent bientôt écoulés. Les aides maintenant le ventre, la main droite fut introduite dans la cavité abdominale, et l'opérateur constata que la tumeur tenait à un pédi culé situé à la partie postérieure et supérieure de la fosse iliaque gauche, et obliquement dirigé vers la colonne vertébrale dans

une étendue de 10 à 12 centimètres. La main de l'opérateur étant retirée, la tumeur vint se présenter à l'ouverture de la plaie; mais trop volumineuse pour sortir par cette ouverture (elle pesait environ 18 livres) on y pratiqua successivement plusieurs incisions qui laissèrent écouler des liquides d'une première poche séro-sanguinolent, d'une deuxième gélatino-puriforme, et enfin des masses hydatiques. La tumeur étant encore trop volumineuse, la plaie fut agrandie par en haut de 4 centimètres, et dès lors elle put être amenée au dehors. Son pédicule fut traversé à sa partie moyenne par une aiguille à séton, de manière à le circonscrire en 2 parties par des ligatures, puis l'opération fut achevée par deux coups de forts ciseaux de Dubois.

La malade réveillée, on attendit vingt minutes, pendant lesquelles on lui donna un peu de vin chaud sucré pour relever ses forces; et sous l'influence d'une nouvelle éthérisation, l'opérateur pratiqua trois points de suture enchevillée, dont les fils furent noués sur un rouleau de sparadrap. Les suites furent sans accidens, et vingt-cinq jours après l'opération, la malade était en pleine convalescence.

Observation XXVI.

Extirpation d'une tumeur de l'ovaire pratiquée avec succès pendant la grossesse; par M. Burd. (Revue médico-chirurgicale, 1848, p. 42.)

Une femme de vingt-cinq ans, d'un assez grand embonpoint, entra à l'hôpital de Selop le 28 février 1846. Mariée depuis quatre ans, elle avait déjà eu trois enfans, et sa santé avait toujours été bonne jusqu'à sa dernière couche (sept mois auparavant), époque à laquelle elle s'aperçut pour la première fois que son ventre avait augmenté de volume. Un mois après, elle reconnut l'existence d'une tumeur dure, qui se déplaçait par les mouvements de la malade. Son dernier enfant était bien portant, et son dernier accouchement avait été très favorable, comme les deux précédents.

Le 3 mars, l'abdomen, mesuré au-dessus de l'ombilic, offrait 37 pouces de circonférence; sa forme était irrégulière, et du côté droit, on sentait distinctement une tumeur considérable, très mobile, et n'offrant qu'une fluctuation très imparsaite. Un mois après, elle était dans le même état, et la santé générale ne paraissait nullement avoir souffert. La langue était nette, le pouls petit, à 80; les excréptions alvines et urinaires parfaitement normales. Dans ces circonstances, et la tumeur n'ayant subi aucun changement sous l'influence des traitemens divers qui avaient été mis en usage par M. Solinson et moi, je conseillai à la malade de re-

noncer à toute thérapeutique énergique, de porter un bandage élastique pour maintenir la tumeur, en lui recommandant de revenir si la tumeur augmentait de volume. Elle revint en effet 5 mois après, le 5 septembre.

A cette époque la tumeur avait acquis des dimensions considérables. L'abdomen mesurait 45 pouces de circonférence au niveau de l'ombilic, et 22 pouces de l'appendice xypoïde au pubis. La fluctuation était évidente; la dyspnée très-fatigante. La malade n'offrait d'ailleurs aucun des symptômes ordinaires d'une grossesse.

L'avis unanime des médecins appelés à voir cette femme fut que l'opération de l'ovariotomie était parfaitement indiquée. Elle se décida pour l'opération.

Le 15 septembre, l'intestin ayant été préalablement débarrassé par quelques coillerées d'huile de ricin, la malade ayant été couchée dans la position horizontale, les reins soutenus par plusieurs oreillers, je pratiquai au milieu de l'espace compris entre le pubis et l'ombilic une incision suffisante pour introduire le doigt, et par laquelle s'échappa une petite quantité de sérosité transparente. La tumeur fut mise à nu, et je pus, en introduisant le doigt, reconnaître qu'il n'existant aucune adhérence. L'incision fut prolongée en haut jusqu'à 1 pouce et demi du cartilage xypoïde, et en bas jusqu'au pubis. Je ne découvris pas davantage d'adhérence. Alors j'introduisis un trois-quarts dans le kyste le plus volumineux, et je retirai trois gallons et quart d'un liquide épais, glaireux et fortement albumineux. La tumeur fut réduite à un volume tel que je pus songer à l'extraction.

Au moment où j'entraînais la tumeur en avant pour en examiner le pédicule, j'aperçus l'utérus qu'à son volume je reconnus contenir un produit de conception datant de 3 à 4 mois. Le pédicule de la tumeur était tellement large, qu'il me fallut le fractionner en trois portions à l'aide de ligatures doubles. Cette partie de l'opération fut des plus difficiles; et, quand on coupa le pédicule, il y eut une hémorragie si effroyable, que, si je n'eusse été secouru par les chirurgiens qui m'assistaient, la mort en eut été immédiatement le résultat. Une nouvelle ligature fut alors placée sur le pédicule et serrée fortement. Puis je liai successivement toutes les artéries et les vaisseaux divisés avec un fil de soie. Ensuite les lèvres de la plaie furent réunies par des points de suture entrecoupée; et maintenues par des bandelettes.

La tumeur était formée d'une multitude de kistes. Avec ce qu'elle contenait, elle ne pesait pas moins de 50 livres.

Au moment où l'opération fut terminée, le pouls était à 88, petit et filiforme. On administra immédiatement un gros de teinture d'opium. Trois heures après, douleurs dans le dos, face

anxiouse, pouls à 90 ; quelques vomissements peu abondans. Six heures après, la malade eut une demi-heure de sommeil, et l'on retira 4 onces d'urine par le cathétérisme. A partir de ce moment, douleurs utérines toutes les cinq ou dix minutes.

Le sommeil fut court et interrompu ; les douleurs utérines persistèrent tout le lendemain, jusqu'à huit heures du matin le 17, où l'avortement eut lieu. L'enfant se présenta naturellement ; il était mort. Une heure après, les secondinés furent expulsées par suite de l'administration de 0,50 de seigle ergoté. Pas d'hémorragie dans la journée, pas de vomissements. Pouls de 108 à 130, serré. Une saignée de 4 onces fut pratiquée pendant le travail.

Dans la journée du 17, abdomen un peu météorisé et sensible à la pression ; quelques nausées, face anxiouse, urines naturelles ; pas de lochies (liqueur sédatrice, 20 gouttes). A huit heures du soir, nouvelle dose d'opium, à cause du hoquet, du ballonnement du ventre, de la sensibilité épigastrique et de l'agitation de la malade. On ajouta de petites quantités d'eau-de-vie coupée d'eau et d'ammoniaque.

Le 25, amélioration sous tous les rapports.

Le 8 octobre, trois des ligatures tombèrent, et les autres se succédèrent ainsi jusqu'à la fin du mois. Le 6 novembre, la cicatrisation était complète, et la malade pouvait se promener dans les salles de l'hôpital. Elle sortit guérie le 15 du même mois, et reprit immédiatement ses travaux habituels.

Observation XXVII.

Extirpation de l'ovaire ; par M. Dohlhoff. (Gazette des Hôpitaux, 1839, tome I, pages 209 et 218.)

Première observation. — Marie Bock, âgée de vingt-trois ans, est entrée à l'hôpital de Magdebourg le 21 septembre 1836, pour être traitée d'une tumeur au bas-ventre. Elle s'était bien portée jusqu'à la Pentecôte de 1832. A cette époque, elle a été saisie de fièvre tierce dont elle a été traitée et guérie. Ses règles ont cessé de couler depuis, et la femme a commencé à s'apercevoir de l'existence d'une tumeur au-dessous des fausses côtes du côté gauche. Cette tumeur était dure, circonscrite, indolente ; la malade n'en était autrement incommodée que par le volume. Le mal a augmenté graduellement et a acquis le développement d'une matrice grosse.

Par la suite, la grosseur a occasionné des phénomènes de compression sur le rectum et la vessie : la femme continuait pourtant à être bien portante.

A son entrée à l'hôpital, on mesure le ventre de la malade : il est très saillant à l'ombilic ; sa circonférence est de 4 pieds

5 pouces; sa hauteur, mesurée de la fosse épigastrique à l'ombilic, est de 13 pouces, et de l'ombilic à la symphyse pubienne, 11 pouces 1/2. Le palper y fait sentir généralement un fluctuation très manifeste, et l'on peut aussi distinguer deux autres tumeurs dures et inégales; une vers la région de la rate, l'autre du côté du foie. Le toucher par le vagin et par l'anus ne fait reconnaître rien de particulier, et le col utérin paraît à l'état normal. Des doutes ont été élevés sur le diagnostic: les uns croyaient à une hypertrophie de la rate et du foie, déterminée par la fièvre précédente; hypertrophie à laquelle se serait jointe une ascite consécutive; d'autres à des tumeurs cystiques en dedans ou en dehors du péritoine, et quelques autres à une grossesse.

Cette dernière opinion était surtout basée sur l'absence des règles et la bonne santé générale de la femme. Tout le monde, néanmoins, s'accordait à reconnaître la présence d'une hydropisie et la nécessité de pratiquer une ponction.

Il restait donc à déterminer les moyens de remplir cette dernière indication; le bistouri a été préféré, afin d'éviter de blesser avec le trocart des parties qu'on voulait ménager. Cela a été pratiqué le 27 septembre. Une incision de la longueur de 2 pouces a été pratiquée au côté gauche de l'ombilic. Aussitôt que le péritoine a été ouvert, il s'est écoulé une quantité considérable d'un fluide noirâtre. On a reconnu de suite dans le ventre l'existence d'un second sac séreux et fluctuant. Un trocart y a été plongé, qui a donné issue à un second fluide dense et brunâtre. Avant de retirer l'instrument, le chirurgien a saisi avec une pince le sac séreux, qu'il a approché de l'ouverture extérieure de l'abdomen, et arraché petit à petit par des tractions répétées. Cette dernière manœuvre n'a point été difficile, attendu le peu d'adhérence de la poche séreuse. Son pédicule, cependant, a dû être excisé avec des ciseaux, et l'on s'est bientôt aperçu que le sac en question n'était autre que l'ovaire correspondant. Deux grosses artères, du volume d'une plume de corbeau, ont dû être liées. La femme n'a perdu que 8 onces de sang en tout; elle s'est néanmoins affaissée et a cessé de vivre le lendemain. Le sac en question pesait 8 livres et demie étant vide, et 47 livres 5 onces à l'état de plénitude.

A l'autopsie, on a trouvé le péritoine fort épaisse sur quelques points, très rouge sur d'autres, et généralement couvert de lymphé plastique. Les intestins y adhèrent sur quelques endroits. Au-dessous de la plaie, les intestins sont couverts d'une pseudo-membrane brunâtre de l'épaisseur d'une ligne. L'épipoon est généralement épaisse et de couleur brune. La trompe gauche de la matrice est nettement coupée; la surface de cette incision offre un pouce de longueur et trois lignes de largeur. L'utérus et l'ovaire droits sont sains; ce dernier adhère pourtant fortement contre le

bassin. Les glandes mésentériques sont dégénérées en tumeurs athéromateuses du volume d'une noisette.

Deuxième observation. — Émilie Roucher, de faible constitution, âgée de vingt-sept ans, bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans, n'ayant jamais eu d'enfants, a essayé, il y a trois ans, une forte contusion à l'épigastre. Dès cette époque, elle s'est plaint de douleurs intenses vers la matrice et à l'aine gauche. Ces douleurs étaient d'abord intermittentes, puis continues; enfin elles étaient devenues tellement insupportables que cette femme ne pouvait se tenir debout. Plus tard, une tumeur s'est déclarée vers l'hypogastre, laquelle est allée en augmentant; elle offrait le volume d'un utérus gros de neuf mois.

Cette tumeur avait précisément pris naissance à l'aine gauche et s'était petit à petit répandue dans tout le ventre; elle était dououreuse au toucher, et lorsque la malade se couchait sur un côté, elle sentait la masse morbide tomber vers le même flanc. Cette circonstance a fait présumer que le mal n'avait pas d'adhérences. Plusieurs remèdes résolutifs ayant été essayés sans succès: M. Dohlhoff a pratiqué l'opération le 21 octobre, de la manière suivante :

Il a ouvert la cavité péritonéale en incisant sur la ligne blanche comme dans l'opération césarienne. Les vaisseaux du péritoine et de l'épipoïne étaient fort développés; la substance épiploïque était remplie de petites tumeurs du volume de haricots, de même que la membrane péritonéale. La tumeur abdominale ayant été mise à découvert, a été reconnue pour un kyste de l'ovaire; elle était dure, résistante et très adhérente aux parties environnantes. Ces conditions ont empêché l'opérateur de continuer sa dissection; il a donc fermé la plaie selon les règles de l'art. La malade est morte huit heures après.

A l'autopsie, on a trouvé un kyste énorme, remplissant toute la cavité péritonéale, et ayant contracté des adhérences avec les parois ventrales, la vessie, l'utérus et les deux ovaires; de manière qu'il a été impossible de reconnaître quel avait été le lien primitif de la naissance de la tumeur.

Observation XXVIII.

Extirpation d'un ovaire dégénéré, obs. par le docteur Ehrhartstein (arch. 2^e série 1833, 1. 427).

Agathe Duerr, paysanne vigoureuse, âgée de trente-un ans, avait en quatre conches heureuses. Vers la fin de sa cinquième grossesse, le ventre était tellement volumineux qu'on s'attendait à des jumeaux; cependant la femme n'accoucha que d'une fille, et le volume du ventre ne diminua pas beaucoup. Cinq jours

après, on consulta le chirurgien Bitter, qui trouva l'abdomen considérablement et uniformément tuméfié, et y sentit de la fluctuation. Dans la région iliaque gauche se trouvait un corps dur, dont la nature ne pouvait cependant pas être précisée à cause de la tension du ventre. M. Bitter présuma l'existence d'une grossesse extra utérine. Au moyen de la paracentèse il évacua 14 livres de sérosité. Il découvrit un corps dur, dans lequel il plongea le trocart, et évacua encore 12 livres de sérosité. On vit alors que la tumeur était constituée par l'ovaire droit dégénéré, et s'étendait depuis l'os iliaque droit jusqu'au dessus de l'ombilic, présentant une surface dure et bosselée. M. Bitter résolut d'extirper cette tumeur, ce qui fut fait dix-huit semaines après l'accouchement. On incisa la peau sur le muscle droit, on coupa celui-ci, puis l'on sépara sa partie inférieure du péritoine, et on fit dans cette membrane une incision suffisante pour l'introduction de la main dans la cavité abdominale. On eut de la peine à détacher la tumeur des parties environnantes avec lesquelles elle avait contracté des adhérences. Enfin au bout de quinze minutes on parvint à la retirer, après avoir fait la ligature de trois vaisseaux sanguins. On appliqua immédiatement après une bande à douze chefs; des éponges trempées dans l'eau froide furent placées sur la plaie, et les extrémités de la malade enveloppées de draps chauds. Au bout d'une heure, lorsque M. Bitter enleva la bande, la plaie s'était rétrécie d'un tiers, mais l'épiploon s'était échappé par elle; M. Bitter le réduisit, puis réunit la plaie par suture, appliqua de nouveau la bande à douze chefs. Le premier jour après l'opération, syncopes répétées, puis le soir frisson violent accompagné d'accès de suffocation. Le lendemain on apprit que contrairement aux conseils des médecins, la malade avait allaité son enfant jusqu'au jour de l'opération; on lui fit prendre le sein de nouveau, après quoi les accidens diminuerent; mais la sécrétion du lait cessa de se faire, une fièvre violente se déclara du troisième ou huitième jour; on perdit de plus en plus l'espoir de sauver la malade, l'oppression était forte, la prostration extrême, l'abdomen tendu et douloureux, les extrémités froides, les selles involontaires, l'excrétion d'urine peu abondante, la face hippocratique, la soif inextinguible; la malade avait des vomissements bilieux, une grande anxiété et du délire. un dégoût insurmontable empêchait l'usage des médicaments à l'intérieur; des lotions avec du vinaigre chaud, répétées de deux heures en deux heures provoquèrent des sueurs qui soulagèrent beaucoup la malade. Le huitième jour, de la sérosité abondante mêlée à du sang s'écoula par la plaie, après quoi la malade reprit connaissance; la sortie de beaucoup de gaz fut suivie de la rémission de tous les symptômes. Fomentations

chaudes sur le bas ventre, lavemens. L'écoulement sérieux continua le neuvième et cessa le vingtième jour. Il y avait une amélioration notable; en enleva les sutures. Le onzième jour, il se fit par les ouvertures des points de suture, un écoulement laiteux qui dura jusqu'à la neuvième semaine après l'opération, et pendant lequel tous les accidens disparurent. Dans la neuvième semaine, les ouvertures se cicatrisèrent et la malade fut guérie. La tumeur enlevée pesait 12 livres, ayant pour enveloppe une membrane lardacée, tengineuse, composée de plusieurs couches, et était composée de sphères lardacées plus ou moins grandes, en partie excavées et remplie de sérosité. Les ouvertures des trois vaisseaux liés pendant l'opération avaient la dimension d'une plume à écrire. Du côté dirigé vers les iliaquer se trouvaient deux poches qui avaient contenu le liquide évacué par la ponction.

TROISIÈME PARTIE.

OPÉRATIONS APPLICABLES AUX TUMEURS SOLIDES DE L'OVaire.

Après les détails dans lesquels nous sommes entré, à l'occasion des opérations applicables aux kystes de l'ovaire, il nous reste bien peu de choses à dire des opérations applicables aux tumeurs solides de cet organe.

On a vu, dit Haller, les ovaires convertis en une masse blanchâtre ou grisâtre, lardacée, rénitente, dure, séparée par des cloisons membraneuses. Dans cet état, on les a vues acquérir un volume et un poids considérables. Morgagni parle d'une femme hydropique dont un des ovaires pesait quatre-vingts livres, et Water rapporte une observation du même genre, dans laquelle l'ovaire droit en pesait plus de cent.

Les ovaires, dit Murat, ont été trouvés rongés, détruits à leur surface et dans leur intérieur; ils avaient pris le caractère d'un vrai cancer; il s'en

écoulait une matière séreuse et fétide, on y remarquait quelquefois des veines variqueuses.

Une demoiselle, âgée de 26 ans, souffrait de douleurs violentes au ventre. Elle portait une tumeur considérable dans cette cavité : elle mourut ; on trouva les deux ovaires gros comme la tête. Le droit pesait cinq livres quatorze onces et le gauche cinq livres dix onces. Ils étaient durs, inégaux à leur superficie ; les vaisseaux étaient très gonflés, la substance de ces organes était unie, compacte et d'un jaune clair. Il y avait des cavités à demi pleines d'une lymphé un peu rougeâtre ; les muscles et les os voisins des ovaires se réduisaient en pâte ; il y avait des os friables en quelques endroits.

Stork a vu des ovaires cartilagineux ; Dupuytren a présenté à l'assemblée des professeurs de l'École, une transformation complète de l'ovaire droit en un tissu fibreux et cartilagineux. Cette pièce pathologique a été modelée en cire et déposée dans le musée de la Faculté.

On lit dans le *Magasin de Hambourg*, qu'à l'ouverture d'un cadavre, on y a trouvé les ovaires ossifiés. Petermann a trouvé des pierres dans ces organes. Les observations recueillies par Lieutaud démontrent que le squirrhe et diverses tumeurs enkystées existent souvent ensemble sur la même femme.

Les auteurs anciens y ont signalé la mélanose (Morgagni, lett. xxi, art. 47, etc.) Bonnet en fait aussi mention. On en trouve des exemples dans Motey (*De structurâ, usu et morbis ovariorum*, 1789,

p. 33.) Les anatomo-pathologistes de nos jours en rapportent également des exemples.

Des corps fibreux, semblables à ceux que l'on rencontre dans l'utérus, ont été aussi observés dans les ovaires. Sur le cadavre d'une femme morte à la Salpétrière, M. Cruveilhier en a rencontré un qui pesait quarante-six livres.

Sans être fréquents, les tubercules peuvent quelquefois se rencontrer dans ces organes. MM. Boivin et Dugès en ont figuré dans leur atlas. Seymour a constaté un fait analogue; la femme était phthisique.

M. Tonnelier en a trouvé dans les ovaires d'une fille de 5 ans. Ils adhéraient au rectum, et cet intestin était ulcéré aux points d'adhérence. M. Dugast a trouvé, sur le cadavre d'une femme phthisique, l'ovaire gauche ayant le volume d'un œuf de pigeon, adhérant à l's iliaque du colon et à l'utérus.

Le cancer, assez rare, s'y rencontre cependant sous ses diverses formes. Waller cite un cas où l'ovaire cancéreux était ramolli en plusieurs points et présentait l'aspect de la substance de l'encéphale. (Acad. de méd., 12 juillet 1825.) La substance encéphaloïde était mieux caractérisée dans un énorme cancer, pesant soixante-quinze livres et occupant l'ovaire gauche. (Acad. de méd., 24 septembre 1839.) Souvent ces dégénérescences existent en même temps que les productions cartilagineuses, fibreuses, osseuses, ou leur succèdent. Déjà Meckel avait fait cette observation. On peut rapprocher de ces productions morbides la lésion que M. Cruveilhier décrit et figure sous le nom de kyste alvéolaire ou gê-

latiniforme, et qui a la plus parfaite analogie avec le cancer alvéolaire des autres organes, si ce n'est que ses cellules sont plus considérables.

Le plus ordinairement, sinon toujours, ces tumeurs solides développées dans l'ovaire se refusent à toute opération. Non pas que l'extirpation ne leur soit applicable, mais parce qu'il est à peu près impossible de discerner, sur la femme vivante, celles qui, par leur nature, peuvent être parfaitement compatibles avec une longue période d'existence, de celles dont la malignité peut compromettre promptement la vie.

Or, dans cette incertitude, le chirurgien serait exposé à pratiquer de nombreuses opérations inutiles pour une dont l'opportunité pourrait être, à la rigueur, admise.

Et quand on songe que la seule opération applicable à ces tumeurs, serait, non pas la ponction ou la petite incision, mais bien l'extirpation en masse, c'est-à-dire par la méthode la plus dangereuse, on comprend qu'un chirurgien prudent fera mieux de s'abstenir.

La science possède, cependant, quelques observations d'extirpations faites avec succès dans ces circonstances désespérées.

Observation XXIX.

*Cas heureux d'incision du péritoine pour l'ablation des deux ovaires malades avec complication d'asite par M. Atlée.
(Gaz. Médicale 1845, T. 13, page 24.)*

— Une femme âgée de vingt-cinq ans, faible et lymphatique, s'aperçut pour la première fois en décembre 1836 d'une alté-

ration dans sa santé. Deux mois auparavant, elle avait remarqué une augmentation graduelle de volume à la partie inférieure de son bas-ventre, et avait senti quelques douleurs aiguës dans l'une des régions iliaques. Au bout de quelques semaines d'intermitence, les mêmes douleurs reparurent dans la région correspondante du côté opposé. La pression du corset commença à devenir pénible ; le ventre continuant à grossir, plusieurs traitemens furent faits, mais sans aucun résultat. Enfin, le 20 juin 1840, il tira par la ponction 20 livres de sérosité limpide et jaune paille. A part un point circonscrit situé à gauche de l'ombilic et où la pression développait un peu de sensibilité, il fut impossible, après cette ponction, de découvrir aucune altération appréciable des vicères abdominaux. La même exploration fut répétée, mais sans autre résultat après chaque ponction, dont la deuxième fut pratiquée en décembre 1841.

A la suite de cette dernière évacuation, on constata immédiatement au-dessus de la région inguinale droite, une tumeur dure, du volume d'un œuf de dinde, dépassant le déroit supérieur du bassin. Le ventre se remplit avec plus de rapidité que les fois précédentes ; l'oppression devint aussi plus forte, et pour la première fois depuis le début de la maladie, il y eut de l'irrégularité dans la menstruation.

Le 13 mai 1843, M. Atlée tira encore de l'abdomen 32 livres d'une sérosité de couleur plus foncée qu'elle n'avait été jusque-là. La tumeur avait acquis le volume d'une tête de fœtus. En palpant du côté gauche, il découvrit une seconde tumeur, présentant la grosseur d'un œuf, insensible à la pression, mais moins mobile que celle du côté droit ; le doigt introduit dans le vagin trouva le col de l'utérus dans la situation normale, mais immobile et pressé contre le pubis.

Opération. — Le 19 juin 1843, la malade étant couchée sur une table, M. Atlée fit une incision de 9 pouces, commençant à un demi pouce au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à un pouce et demi au-dessus de la symphyse pubienne. Il la conduisit peu à peu à travers les couches de la paroi abdominale jusqu'au péritoine ; et s'arrêtant là un instant, il piqua cette membrane avec la pointe du bistouri. Un flot de liquide jaillit aussitôt ; ce qui confirma le diagnostic en démontrant l'existence de l'ascite. Le trocart, plongé immédiatement dans cette ouverture, donna issue à 18 livres de la même sérosité. Après avoir ainsi vidé la cavité abdominale autant que possible, et l'incision du péritoine ayant été agrandie avec le bistouri boutonné jusqu'aux limites de la plaie extérieure, le premier objet qui se présenta fut la partie interne et supérieure de l'ovaire droit. Dans ce point, la tumeur

étaient formées de petites hydatides variant pour le volume depuis un grain de millet jusqu'à un pois, s'élevant hors du bassin sur le côté droit au-dessus de l'enveloppe péritonéale de la tumeur, et la dépassant comme un champignon, d'un demi-pouce dans tous les sens. Au-dessus et à droite on voyait la portion de la tumeur qui était située plus haut couverte par le péritoine et s'étendant sur les vaisseaux iliaques. Quant à l'ovaire gauche, il remplissait complètement le côté correspondant de la cavité pelvienne.

L'ovaire droit, ou plutôt la partie de cet ovaire située à droite de la masse hydatique, était solidement attachée à tout le pourtour du détroit supérieur. Du sillon creusé entre la masse hydatique et la portion recouverte par le péritoine partait comme une bande d'artères; ce tractus, large de près de 8 lignes et long de 6 pouces, prenait son origine à l'épiploon de l'hypochondre gauche. Comme ces vaisseaux, vu leur nombre et leur volume, paraissaient fournir à la tumeur ses principaux éléments de nutrition, on les serra dans un cordonnet de cuir qui fut ensuite coupé près du nœud; puis on divisa les vaisseaux à un demi-pouce de la tumeur. L'opérateur essaya alors de passer les doigts entre la tumeur ovarique et le bassin; mais les adhérences l'en empêchèrent, et il fallut étendre l'incision de la paroi abdominale jusqu'au pubis, pour faciliter la dissection, qu'on exécuta ensuite tantôt avec le scapel, tantôt avec les doigts, tantôt avec le bistouri boutonné. Deux artères furent encore ouvertes et liées. Enfin, toutes les adhérences ayant été bien détachées, on enleva la tumeur hors de l'abdomen; mais il fallut encore passer une aiguille enfilée d'un double fil au-dessus de son pédicule pour lier le ligament large qui la maintenait en place, et ce ne fut qu'après avoir coupé celui-ci en deçà de la ligature qu'on put définitivement emporter la masse morbide.

L'ovaire gauche occasionna beaucoup moins de difficultés; il était partout recouvert par le péritoine, et n'avait que ses adhérences naturelles, il fut facile de l'enlever, après avoir lié, puis coupé le ligament large de ce côté de la même manière que l'autre. L'hémorragie avait été peu considérable. L'abdomen fut abstergé avec des éponges très-fines. Mais avant de fermer la plaie, on jugea prudent de remplacer par des fils de soie le cordonnet de cuir avec lequel avaient été liées les artères venant de l'épiploon. Les lèvres de l'incision furent alors rapprochées au moyen de points de suture entortillée, placés à un pouce de distance les uns des autres. Des bandelettes agglutinatives remplirent leurs intervalles; et les cinq ligatures furent maintenues au-dehors. La malade fut reportée à son lit. L'opération avait duré 45 minutes dont 15 avaient été employées à l'extraction du liquide.

Pendant le cours des manœuvres nécessaires pour l'extirpation des deux ovaires, les intestins se présentèrent souvent. On avait d'abord cherché à les maintenir réduits ; mais par la suite on jugea plus simple de les contenir doucement avec la main sans s'efforcer de les faire rentrer, et cette précaution fut très-suffisante pour empêcher tout accident. En voyant à nu les intestins vides et comme flasques, on put s'applaudir d'avoir administré une purgation deux jours auparavant et une légère dose d'opium la veille.

La malade avait supporté l'opération avec une héroïque constance, sans syncopes ni vomissements. Les jours suivans, le pouls s'éleva et se maintint au-dessus de 100 pulsations. Mais il n'y eut ni douleurs vives à l'abdomen, ni autres symptômes inquiétans. Une seule saignée fut pratiquée dans la soirée. Le 12 juillet, la ligature des vaisseaux épiploïques tomba. La malade sortit en voiture le 20 du même mois. Le 26 septembre, les autres ligatures étaient détachées et la plaie se ferma. On s'assura alors que, selon toute apparence, l'opération avait non-seulement débarrassé la malade des ovaires altérés, mais qu'elle l'avait aussi guérie de l'ascite ; car ni à la vue, ni au palper, il ne fut possible de reconnaître la présence d'un liquide dans la cavité abdominale.

— 69 —

QUATRIÈME PARTIE.

DES OPÉRATIONS APPLICABLES AUX KYSTES FOETAUX DE L'OVaire.

Longtemps révoquée en doute par un grand nombre d'observateurs sévères, la grossesse ovarique est maintenant généralement admise. Or, dans le cours de son évolution, cette grossesse peut réclamer des opérations de plusieurs sortes. Avant de les décrire, nous allons, pour mieux en faire comprendre les détails, exposer, en peu de mots, les conditions anatomo-pathologiques principales que peut rencontrer l'opérateur.

Lorsqu'après la fécondation, l'ovule est retenu dans l'intérieur même de la vésicule de Graaf, il s'y développe avec les deux membranes, chorion et amnios, qui lui sont propres. En augmentant de volume, il tend nécessairement à refouler le tissu propre de l'ovaire, ainsi que l'enveloppe fibreuse de cet organe. Ces différentes parties auxquelles il faut ajouter nécessairement la couche péritonéale com-

mune, constituent les parois du kyste foetal. Dans le principe, dit M. Cazeaux, elles sont faciles à distinguer, et l'on a pu, quelquefois, à côté du kyste et sous la même enveloppe, voir quelques vésicules de Graaf; mais, plus tard, comprimées, aplatises par la distension que leur fait éprouver l'accroissement de l'œuf, elles semblent se fondre en une seule enveloppe qui présente parfois plusieurs lignes d'épaisseur : cette épaisseur est surtout considérable à l'endroit où se développe le placenta. Cet endroit a souvent une apparence spongieuse, offre un tissu mou et même fongueux, imprégné de sang, et, on y voit, lorsque le fœtus n'a cessé de vivre que depuis peu de temps, des canaux sanguins volumineux, des grosses veines, surtout, qui, après avoir rampé sous le péritoïne, pénètrent toute l'épaisseur des membranes d'enveloppe.

Lorsque le fœtus est mort, le développement de l'appareil vasculaire s'arrête, les vaisseaux artériels et veineux s'atrophient peu à peu, et si l'on examine la tumeur seulement plusieurs mois et surtout plusieurs années après, on ne retrouve plus dans les parois du kyste cette riche vascularisation qui avait accompagné le développement de l'appareil placentaire. Il est même à peu près impossible de reconnaître le lieu où le placenta était inséré.

A partir de cette époque les parois du kyste ovarien rentrent dans la loi commune à tous les kystes des grossesses extrâ-utérines, quelque soit leur siège. C'est-à-dire qu'elles s'hypertrophient notablement et peuvent même subir des transformations

cartilagineuses, crétacées, ossiformes, et devenir ainsi une coque très-solide et très-résistante.

D'autres fois un point de leur étendue s'enflamme, s'ulcère, se perfore et ce travail d'inflammation s'étendant à quelque organe voisin, il s'établit entre la cavité du kyste et la cavité du canal intestinal, du vagin, de la vessie, un trajet fistuleux par où s'échappent assez souvent une partie, ou même la totalité des débris du fœtus. Dans quelques cas enfin, des adhérences s'établissent entre la tumeur et les parois abdominales. Celles-ci s'enflamment, un abcès se développe dans leur épaisseur et par son ouverture devenue fistuleuse, on voit sortir des portions de squelette.

Quant au produit de la conception, il subit lui-même des transformations remarquables. Quelques faits tout à fait exceptionnels prouvent que le fœtus peut se conserver plusieurs mois, plusieurs années même dans un état d'intégrité presque complet, mais le plus souvent il subit des altérations diverses.

La plus commune est la fonte putrilagineuse de ses parties molles. Celles-ci se mélangent au liquide amniotique, altéré, et constituent un liquide au milieu duquel se rencontrent des cheveux, dents et débris osseux du fœtus.

Au lieu d'avoir éprouvé cette espèce de fonte de toutes les parties molles, le fœtus semble quelquefois avoir subi une sorte de momification : réduite alors à son plus petit volume, la masse fœtale est contenue dans un kyste inerte qui peut séjourner

jusqu'à la mort de l'individu, sans donner lieu à aucun accident.

La distension excessive du kyste à l'époque où le fœtus est encore vivant, peut amener sa rupture, et cette rupture elle-même peut entraîner la mort de la malade, soit par l'hémorragie foudroyante qui en est souvent la conséquence, soit par l'inflammation consécutive à l'irritation produite par le contact de corps étrangers. Quand la femme échappe à ce premier danger, il se forme autour des parties déplacées un kyste qui les isole des organes voisins, ou bien, il se fait un travail d'élimination qui tend à en débarrasser l'organisme.

Sans vouloir discuter ici la question d'origine des kystes pileux que l'on rencontre si souvent dans l'ovaire, nous les rapprocherons des kystes fœtaux proprement dits, avec lesquels ils ont une grande analogie.

Le volume de ces kystes est très variable ; les substances qu'ils renferment ne le sont pas moins. On y rencontre presque toujours une quantité plus ou moins considérable de substances stéatomateuses tantôt fluide, tantôt demi-solide.

Cette matière grasse est tantôt blanche et inodore, tantôt brunâtre et fétide.

Indépendamment de la graisse, on rencontre quelquefois dans ces kystes une substance qui a la consistance et l'apparence d'une gelée de viande; d'autres fois, c'est de la sérosité, de la substance tuberculeuse, des concrétions crétacées.

Mais les objets les plus remarquables que l'on

trouve dans ces kystes sont 1^o des poils quelquefois fins et courts, d'autres fois longs et très développés 2^o des dents dont l'évolution présente des nuances nombreuses; 3^o enfin quelques portions de squelette.

Les parois de ces kystes pileux offrent en général une structure fibreuse; elles sont denses, épaisses et composées de plusieurs couches superposées; leur surface interne est quelquefois formée par une sorte de membrane cutanée qui tapisse la poche, et sur laquelle les poils sont implantés; d'autres fois, cette surface interne est revêtue d'une membrane semblable aux séreuses, d'un aspect quelquefois lisse et poli dans toute son étendue, mais présentant assez souvent ça et là des plaques cartilagineuses et crétaçées qui la rendent inégale et comme rugueuse. La tunique extérieure de ces kystes est évidemment fibreuse et recouverte par le péritoine; entre les différentes couches qui constituent ces parois, on trouve en général un assez grand nombre de poils.

Assez souvent les kystes pileux restent stationnaires pendant toute la vie de la malade, passent quelquefois inaperçus, et ce n'est qu'après la mort, à laquelle ces tumeurs ont été complètement étrangères, qu'on en constate l'existence. Alors ils peuvent ou gêner le développement de l'utérus, ou s'opposer à l'expulsion du fœtus dans l'accouchement. D'autres fois, et cela sous l'influence de causes qui le plus souvent nous échappent, ces tumeurs acquièrent assez promptement un développement considérable par suite d'une sécrétion surabondante de

sérosité à leur intérieur. Elles ressemblent beaucoup alors, au point de vue de la symptomatologie, aux kystes hydropiques du même organe.

D'autres fois enfin, elles deviennent le siège d'un travail inflammatoire qui gagne peu à peu toute l'épaisseur des parois et se propage aux organes voisins; des adhérences s'établissent entre les surfaces enflammées, celles-ci s'ulcèrent et se perforent de manière à créer une libre communication entre la cavité du kyste et la cavité de l'organe adhérent. Des faits aujord'hui assez nombreux établissent ce mode d'élimination.

C'est assez souvent la vessie qui est le siège de cette communication (1); d'autres fois, c'est le canal intestinal (2), la paroi abdominale (3).

Nous avons indiqué rapidement les diverses particularités que peuvent offrir les kystes foetaux de l'ovaire. On comprend combien les opérations applicables à toutes les variétés doivent présenter de modifications.

Nous diviserons ces opérations en trois classes :
1° opérations applicables aux kystes foetaux récents ;
2° opérations applicables aux kystes foetaux abcédés ;
3° opérations applicables aux kystes foetaux hydro-piques.

(1) Seutin, *Clinique de Naumann*.

(2) Camus, *Révue méd.*, 1833. Pereira, *Journ. de Bordeaux*, 1841.

(3) Larrey, *Acad. de méd.*, 7 mars 1842.

§ I. OPÉRATIONS APPLICABLES A LA GROSSESSE
OVARIQUE.

Un grand nombre de chirurgiens sont d'avis de s'abstenir de toute intervention dans les cas de grossesse ovarique, ainsi que dans presque toutes les grossesses extrà-utérines, tant qu'elles ne donnent lieu à aucun accident. D'autres, au contraire, pensent que, dans quelques cas, le chirurgien doit agir, soit dans l'intérêt de l'enfant, voué sans cela à une mort certaine, soit dans l'intérêt de la mère elle-même, qui est exposée à périr, par la rupture ou l'inflammation du kyste. Je n'aborderai point cette grande discussion, qui divise encore les accoucheurs les plus éminens; je me contenterai de décrire les opérations qui ont été proposées dans cette circonstance.

Ces opérations sont : la gastrotomie et l'incision vaginale ou rectale.

1^o Gastrotomie. — Remède unique qu'on ait à proposer dans certains cas de grossesse extrà-utérine, dit M. Velpeau (1), la gastrotomie compte déjà quelque succès. Outre les exemples que Donatus (2) et Cyprianus (3) en ont rapportés, la science possède aujourd'hui ceux de M. Novara (4), Hoffmann (5),

(1) Velpeau, *Traité d'Accouchement*.

(2) Donatus, cap. XXII. p. 436.

(3) Guillemot, arch. XXVIII, p. 208.

(4) *Journ. univ.*, t. III, p. 419.

(5) *Bulletin de la faculté*, t. III, p. 380.

Zais (1), Bulh (2). Dans le cas de Heim (3), la femme mourut, mais l'enfant fut sauvé. La femme se rétablit, au contraire, dans le cas de King (4). Dans l'observation publiée par Bouillon, la femme a survécu huit jours. Enfin, M. Muller (5) dit avoir sauvé la mère et l'enfant, en opérant ainsi. Les craintes de Levret, de Sabatier, relatives à l'hémorragie, à la suppuration, à la blessure du péritoine, sont évidemment exagérées. *A priori*, la gastrotomie semblerait même devoir être bien moins souvent fatale qu'on le pense.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Le lieu où l'abdomen doit être ouvert varie, suivant que la grossesse extra-utérine existe à droite ou à gauche. On aura toujours soin de choisir la partie moyenne et la plus saillante du kyste.

Opérations préliminaires. — A la rigueur, ainsi que le propose M. Velpeau, les opérations préliminaires destinées à déterminer l'adhérence du kyste avec les parois abdominales pourraient trouver ici leur application. Cependant, je ne sache pas qu'elles aient encore été mises en usage.

Après avoir disposé la malade comme pour toutes les opérations que l'on pratique sur le ventre ; après

(1) *Arch. de méd.*, XXV, p. 417.

(2) *Arch. de méd.*, t. IX, p. 423.

(3) Meissner, p. 71. *Arch. de Horn*, 1812.

(4) *Med. Reposit. New-York*, vol. III.

(5) *Bulletin de la soc. méd. d'Imulat.*, t. VIII, p. 406.

avoir vidé la vessie et le rectum, le chirurgien, armé d'un bistouri convexe, pratique, sur la partie saillante de la tumeur, une incision d'un pouce et demi à deux pouces environ. Il arrive ainsi, couche par couche, jusqu'au péritoine, qu'il divise avec précaution, pour ne pas intéresser les parties sous-jacentes. Portant alors de haut en bas, dans l'ouverture qu'il vient de pratiquer, les doigts index et médius de la main gauche, il soulève la paroi abdominale, et, glissant un bistouri boutonné dans la rainure formée par la réunion des deux doigts, il continue l'incision dans la direction primitive, jusqu'à la longueur convenable, six ou huit pouces, par exemple.

Dès que l'incision est terminée, si le kyste n'a point contracté d'adhérences avec la paroi abdominale, les intestins ont une grande tendance à s'échapper. On s'oppose à leur sortie au moyen de la main d'un aide.

L'opérateur, voyant alors le kyste à découvert, l'incise avec précaution, agrandit l'incision avec les ciseaux, et procède à l'extraction du foetus.

Ici, deux cas se présentent. Convient-il de vider le kyste de tout ce qu'il renferme, ou bien faut-il laisser dans son intérieur le placenta adhérent?

Baudelocque, Levret, Sabatier, redoutant par-dessus tout l'hémorragie qui, dans leur opinion, devait être le résultat inévitable de l'extraction du placenta, donnent le précepte de laisser le corps en place, et d'abandonner à la nature le soin d'en opérer la sortie ou la résorption. Plusieurs fois, je dois le dire, cette conduite n'a été suivie daucun acci-

dent, dans le cas même où le fœtus était mort depuis longtemps, et où, par conséquent, toute communication vasculaire était interrompue entre lui et les parois du kyste.

M. Guillemot s'élève, au contraire, contre cette manière de faire, et recommande d'opérer immédiatement l'extraction du placenta, même quand l'enfant est vivant, se fondant, d'une part, sur ce que l'hémorragie n'est point tant à craindre que l'inquiétait Levret, ainsi que le prouvent les observations de Siébold de King; d'autre part, sur les dangers attachés au séjour du placenta dans le kyste après l'opération, et à la dissolution que cet organe subit jusqu'au moment où il se détache de lui-même.

« En effet, dit-il, le placenta est un corps étranger qui a cessé de vivre, qui sera bientôt livré à la décomposition putride, et qui donnera lieu à tous les accidens graves qui peuvent dépendre de l'action d'une substance aussi irritante et de l'absorption des miasmes putrides. Si les dangers menacent la femme, à la suite de la rétention du placenta, après des accouchemens très naturels, ou après des avortemens, que de funestes prévisions ne devons-nous pas avoir, lorsqu'une semblable complication s'ajoutera aux chances malheureuses d'une opération, par elle-même, si remplie de péril.

Les faits n'ont point entièrement justifié les craintes exprimées dans l'une ou l'autre opinion. Si l'hémorragie est beaucoup moins à redouter que ne le pensait Levret, d'une autre part, aussi, l'abandon du placenta, dans le kyste, n'est point aussi fu-

neste que le dit M. Guillemot. Du moins, c'est ce qui résulte des observations de Bulh, de Zais, etc.

Quoi qu'il en soit de la conduite que l'on juge préférable, une fois le kyste vidé, le chirurgien le nettoie des caillots et débris qu'il pourrait contenir, et réunit la plaie du ventre, soit au moyen de la suture enchevillée, soit avec des bandelettes agglutinatives, soit même avec un simple bandage; il se comportera, du reste, comme après l'incision des kystes ovariques ordinaires.

Incision vaginale. — Le conseil d'ouvrir le kyste fœtal par le vagin, dit M. Velpeau, avait été déjà donné par Baudelocque (1), un peu plus tard par Guérin (2). MM. Delisle (3), King (4), Deneux (5) l'ont mise à exécution en 1818. MM. Norman (5), de Caignon (6) en ont fait autant. M. Grandval (7) rapporte un fait du même genre et dans lequel on crut devoir appliquer le forceps sur les fesses du fœtus, dont la tête ne fut extraite qu'avec difficulté. M. Harder (8) n'a pas été moins heureux dans un cas pareil. C'est aussi par là que M. Gonsely et Bouchenel ont pénétré, chacun dans un cas différent, mais en se bornant à une simple ponction. Une des fem-

(1) *Accouchem.*, t. II, p. 518.

(2) *Journ. de Sédillot*, t. V, p. 158.

(3) *Journ. univ. des soc. méd.*, t. X, p. 384.

(4) *Journ. de Sédillot*, 2^e série, t. LXXVII.

(5) *Journ. de Sédillot*, t. LXIX, p. 53.

(6) *Lanc. franc.*, t. II, p. 154.

(7) *Thèse de Paris*, n° 223, 1832.

(8) *Arch. de méd.*, 2^e série, t. X, p. 488.

mes est morte d'hémorragie, l'autre était au quatrième jour d'une péritonite intense, au moment de l'opération; le kyste n'avait pas été vidé en entier. Trois fois l'enfant a été extrait vivant.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Le manuel opératoire, pour l'incision vaginale des kystes foetaux, ne diffère pas sensiblement de ce qu'il est dans la même opération, appliquée aux kystes ovariques ordinaires. Seulement, il convient de faire une ouverture plus large afin de pouvoir, s'il y a lieu, y introduire les doigts ou divers instrumens destinés à extraire le foetus.

Les observations assez nombreuses déjà que possède la science, prouvent que cette méthode, moins effrayante que la gastrotomie, ne le cède en rien à cette dernière quant aux résultats, et que, par conséquent, elle doit lui être préférée toutes les fois que le kyste fait saillie dans l'excavation pelvienne, et peut être facilement atteint avec le doigt.

Incision rectale.—Si la vulve était fermée, comme dans un cas relaté par M. Bonnie (1), c'est par l'anus que l'on pourrait pénétrer et non plus par le vagin. Mais ce cas est excessivement rare, et la voie du rectum n'est généralement adoptée pour l'évacuation des kystes foetaux que lorsqu'il existe déjà un travail d'élimination de ce côté.

(1) *Thèse de Paris, 1822, n° 581.*

Du reste, le manuel opératoire, assez simple, consiste à porter jusqu'au niveau de la tumeur un bistouri droit, ou mieux, un bistouri caché. Cette introduction se fait en prenant pour guide le doigt indicateur. Une fois l'instrument arrivé sur la partie saillante du kyste, on incise les parties molles d'arrière en avant ou de haut en bas, en ayant soin de donner à l'incision une longueur suffisante pour l'extraction du fœtus. On se comporte ensuite comme dans les cas d'incision vaginale.

S II. OPÉRATIONS APPLICABLES AUX KYSTES FOETAUX ENFLAMMÉS ET SUPPURÉS.

Nous avons vu comment les kystes foetaux, devenus le siège d'un travail inflammatoire, peuvent contracter des adhérences avec quelque organe creux du voisinage et s'ouvrir dans sa cavité.

Avant que cette ouverture n'ait lieu, il peut se faire que le kyste vienne proéminer plus spécialement du côté de l'abdomen, du vagin ou du rectum. Le chirurgien, alors, pourra donner au pus et aux débris du fœtus une issue par l'une ou l'autre de ces voies, au moyen de l'incision ou de la ponction abdominale, vaginale ou rectale.

Mais, le plus souvent, l'intervention du chirurgien est réclamée lorsque déjà l'élimination est commencée par l'abdomen, le vagin, la vessie, le rectum, d'autres portions même du tube intestinal. Son rôle se borne alors à agrandir l'orifice fistuleux, à saisir, au moyen des doigts ou bien de pinces diverses, les

débris du fœtus, à faire dans le kyste des injections détersives, etc.

Je ne crois pas devoir entrer dans les détails de toutes ces manœuvres, lesquelles, aussi variées que les circonstances qui les réclament, ne peuvent guères être soumises à des règles générales. J'ajouterai encore que ces opérations n'ont rien de spécial aux maladies de l'ovaire, et que leur histoire appartient bien mieux aux grossesses extra-utérines en général.

Je citerai néanmoins quelques faits, destinés à montrer la conduite que le chirurgien peut tenir dans quelques-uns de ces cas.

§ III. OPÉRATIONS APPLICABLES AUX KYSTES FOETAUX HYDROPIQUES.

Parmi les kystes hydropiques de l'ovaire, il en est quelques-uns dans lesquels on a trouvé des dents, des poils, des débris de squelette. Évidemment, ces débris sont les restes déformés d'une grossesse extra-utérine, mais leur présence est tellement masquée par la maladie principale, l'hydropsie, que dans les opérations qui leur sont applicables, cette particularité s'efface à peu près complètement, et que les opérations décrites à l'occasion des kystes fibro-séreux ou hydropiques leur conviennent de tous points. Je ferai cependant une observation, c'est que la méthode de cure radicale par ponction permanente leur est encore moins applicable qu'aux kystes ordinaires, à cause des corps étrangers qu'ils con-

tiennent et auxquels une simple ponction ne peut donner issue. L'incision ou l'extirpation sont donc encore ici les méthodes préférables.

Observation XXX.

Kyste pileux de l'ovaire, compliqué d'une fistule urinaire et d'un calcul dans la vessie, par M. Hipp. Larrey.

Une paysanne, âgée de trente-trois ans, réglée à dix-sept ans et mariée à vingt, traversa sans inconveniens notables trois grossesses, suivies chacune d'un accouchement heureux. Rien, dans les antécédens de la malade, ne peut faire supposer qu'il se fût établi chez elle le moindre trouble fonctionnel, le moindre état pathologique du côté des organes génito-urinaires. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit dans la région iliaque gauche une douleur vive, de la chaleur, du gonflement, et bientôt après une apparence de tumeur mobile, du volume d'un œuf. Ces premiers accidens ayant promptement perdu de leur intensité, permirent à la malade de les négliger, de retourner à ses occupations habituelles; au bout de deux mois, la tumeur, qui, loin de s'effacer, avait plutôt augmenté de volume, et acquis le volume du poing, fit naître de nouveaux accidens inflammatoires. On appliqua des sanguines, divers topiques; on vit tout-à-coup les urines devenir troubles, comme graisseuses, en même temps que les douleurs hypogastriques s'amoindrissent notablement. La santé générale se rétablit ensuite en grande partie, et plusieurs années se passèrent ainsi sans que la femme songea à consulter pour sa tumeur de bas-ventre, qu'elle savait bien n'être point disparue.

Cette tumeur fit enfin naître un nouvel accès d'inflammation, et s'ouvrit à travers les parois abdominales, sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, qui s'était d'abord échappé par là, fut bientôt remplacé dans la fistule par une mèche de cheveux, puis par un liquide urineux. Des poils, des fragmens d'os et de la matière purulente avaient aussi été expulsés par l'urètre. Muni de tous ces renseignemens, et ayant constaté l'existence d'un corps étranger volumineux dans la vessie, d'un paquet de cheveux dans la fistule, d'une tumeur qui occupait une partie de l'hypogastre et de la région iliaque gauche, M. H. Larrey, cédant aux instances de la malade, pratiqua l'opération suivante. Une incision qui agrandit par en bas la fistule, dans l'étendue de 3 centimètres, lui permit de suivre la

mèche de poils à une profondeur considérable et d'arriver sur une tumeur dure, pédiculée, mobile, qu'il détacha au moyen du bistouri boutonné, pendant que des aides déprimait, écartaient, resoulaient en arrière l'aorte, la veine cave, les gros vaisseaux de l'abdomen. Ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré, et prolongé son incision par en bas jusqu'au voisinage du pubis, M. Larrey découvrit une fistule vésico-abdominale qu'il agrandit comme il l'avait fait pour la fistule de l'ombilic, et mit ainsi à nu un gros calcul qu'il saisit aussitôt dans la vessie et qu'il retira dès lors sans difficulté.

Les suites de cette opération délicate et compliquée, d'abord très heureuses, furent traversées par le développement inattendu d'une variole confluente vers le quinzième jour. Cependant la malade résista à ce fâcheux contre-temps, et, après quelques autres légers accidens, elle s'est rétablie complètement.

Observation XXXI.

Kyste pileux, abcès de l'ovaire ouvert spontanément près de l'ombilic, par le docteur Montgomery (Arch. de 1847, page 13).

Une jeune fille, domestique dans la campagne, vit tout-à-coup ses règles se suspendre dans des circonstances qui pouvaient lui faire craindre une grossesse; quelques mois après, elle s'aperçut d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, tumeur qui augmenta graduellement de volume, et qui vint faire saillie un peu à droite de l'ombilic; elle ne tarda pas à s'ouvrir. Au mois de juin 1843, le docteur Montgomery la vit pour la première fois; à cette époque, on voyait sortir par l'ouverture, une mèche de cheveux, dont les adhérences étaient extrêmement intimes, et sur laquelle on ne pouvait exercer de traction sans provoquer des hémorragies; de temps en temps, il s'échappait un liquide fétide et des masses de cheveux par l'ouverture fistuleuse, cependant au mois de mars ou d'avril 1844, elle retorna dans son pays, conservant toujours cette mèche de cheveux en dehors de l'abdomen. Quelque temps après les règles reparurent, la santé générale semblait s'améliorer, et quand elle revint à Dublin, au mois de décembre 1844, elle rapporta avec elle la mèche de cheveux, qui s'était détachée, et qui avait entraîné une masse de la consistance du cuir, renfermant dans son intérieur un noyau osseux, à l'extrémité duquel se trouvait quelque chose qu'on aurait pu prendre pour une portion de dent; quelques jours après en examinant l'abdomen avec la main, on reconnut les mouvements du fœtus, la malade était enceinte, elle accoucha quelque temps après. (Dublin, *Quarterly Journal*, août 1846).

Observation XXXII.

Grossesse extra-utérine gastrotomie (Mathieu. — Gazette Médicale. 1841, page 558.)

Une femme âgée de trente-huit ans était parvenue au neuvième mois de sa grossesse, lorsque survinrent des phénomènes semblables à ceux de l'accouchement, mais qui cessèrent au bout de peu de temps. Le ventre resta volumineux, et les coliques reprirent bientôt plus fortes et plus opiniâtres que la première fois. Des médecins qui furent appelés en consultation se refusèrent à tenter aucun moyen d'extraction, disant que ce serait tuer un vivant pour sauver un mort. C'est dans cet état que la malade s'adressa à M. Mathieu. Après avoir attentivement exploré l'abdomen, qui était comme divisé en deux tumeurs, l'une au-dessous du diaphragme, l'autre beaucoup plus bas, il fit une longue incision sur la ligne médiane, et commença par ouvrir la poche sous-diaphragmatique qui contenait des os et des cheveux, qu'il regarda comme les débris d'un second fœtus; puis ayant ouvert le kyste principal, il trouva un fœtus enveloppé seulement de l'amnios, frais, bien conservé, de dix-sept pouces de longueur, qui fut extrait sans difficulté. Des fermentations et des injections d'abord émollientes, puis résolutives et irritantes (chlorurées) conduisirent bientôt la malade à guérison. Elle était en état de sortir le vingt-huitième jour.

Observation XXXIII.

Grossesse extra-utérine; incision par le vagin. (Thèse de Cazeaux, 1844.)

Dans un cas de grossesse qui pouvait tout aussi bien appartenir aux variétés abdominale et sous-péritonéale qu'à la grossesse ovarienne, M. Cazeaux a vu le professeur P. Dubois se décider à l'opération. Il se proposait, après l'incision vaginale, d'appliquer le forceps sur la tête et d'emmener le fœtus en totalité.

La tête du fœtus était comme enclavée au détroit supérieur. Après avoir placé la femme dans une position convenable, et introduit un spéculum, M. Dubois pratiqua une première incision transversale au moyen d'un bistouri, et le doigt constata qu'une partie seulement des téguments avait été coupée. Le spéculum replacé, l'incision fut agrandie, rendue plus profonde, et le bistouri arriva sur les os de la tête. M. Dubois crut d'abord avoir pénétré trop avant et avoir divisé le cuir chevelu avec les parois du kyste,

mais dans l'épaisseur du tissu, il était impossible de trouver la moindre séparation. Sans parfairement s'expliquer ce fait, il pensa que les adhérences existaient entre la tête du foetus et les parties inférieures de la poche, et dans l'impossibilité de savoir jusqu'où elles s'étendaient, l'opération fut suspendue et la malade reportée dans son lit.

Les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade éprouva quelques accidens qui pouvaient faire craindre une inflammation abdominale grave, et dès le même soir, un écoulement puriforme, légèrement teint de sang, de mauvaise odeur, ent lieu par le vagin.

Deux jours après, tout symptôme inflammatoire avait presque entièrement disparu. La malade se trouva seulement très affaiblie. On constata par de toucher l'état suivant : Les bords de l'incision vaginale s'étaient retirés de manière à présenter une ouverture inégale de six lignes environ de diamètre et assez dilatable.

Après l'avoir franchie, le doigt reconnaissait des os du crâne déponillés de leur périoste et désarticulés. Les deux pariétaux avaient chevauché l'un sur l'autre, de manière que le bord sagittal de celui qui était sous le pubis correspondait au milieu de la fosse de celui qui était en arrière, et ainsi posés, ils retenaient derrière eux, non seulement les autres os, mais encore les parties molles putréfiées, qui ne s'échappaient qu'avec peine. Le lendemain, M. Dubois, à l'aide de fortes pinces droites portées avec précaution par l'incision vaginale, enfonça un pariétal et le retira par morceaux. Il était impossible d'avoir ces os entiers, à moins d'agrandir l'ouverture du kyste, ce qui n'était pas exempt de danger, et on continua à extraire de la même façon les autres portions de la voûte du crâne, qui sortaient par fragmens, ou pliés comme une feuille de métal flexible. Cependant la malade, fatiguée par des manœuvres qui, sans être trop douloureuses, avaient duré longtemps, fut reportée dans son lit.

La journée se passa sans qu'il survint aucun accident. Quelque temps s'écoula sans qu'il se présentât rien de remarquable, si ce n'est l'écoulement purulent, qui avait notablement augmenté de quantité, et dont l'odeur était si infecte qu'on fut obligé de ne placer aucune femme dans la salle où se trouvait la malade.

Le 6 septembre, le ventre était indolent dans toute son étendue, considérablement diminué de volume, plus même qu'on ne pouvait l'espérer d'après la quantité des parties extraites. C'est qu'autre la masse encéphalique et les autres parties molles entraînées par la suppuration, la base du crâne, en partie désarticulée, était descendue dans l'excavation.

En l'absence de M. Dubois, M. Menière se décida à faire de nou-

velles tentatives pour vider le kyste. Il éprouva d'abord quelques difficultés à désunir les os de la face et de la base, soit à cause de leur mode d'articulation, soit à cause de leur avancement dans le petit bassin ; mais, aussitôt que quelques-uns eurent cédé, les autres ne présentèrent plus de résistance. Quand le kyste fut en grande partie vidé, le doigt ne pénétra plus comme les jours précédents, dans une cavité ; les parois de la poche étaient retenues par elles-mêmes, molles, froncées et donnant la sensation d'une muqueuse plissée ; mais il était impossible de distinguer si cela était dû à la contractilité propre du kyste ou à celle des muscles abdominaux, en même temps qu'au poids des intestins. Deux heures après cette séance, la malade eût un frisson violent pendant une heure et de la fièvre vers le soir. Ces accidens qui pouvaient inspirer quelques craintes, se dissipèrent, et la malade se leva le lendemain. La marche lente favorisait la descente des os qui restaient dans le kyste et quelques-uns partirent spontanément ; d'autres furent entraînés par des injections qui furent faites plusieurs fois le jour. Cependant on fut obligé de fouiller encore une fois la poche pour extraire quelques os longs ; mais, à dater de ce jour, la malade alla mieux et elle sortit de l'hôpital le 28 septembre, entièrement guérie.

Parmi les os du fœtus, qui avait les dimensions d'un enfant à terme, manquait le pérone du côté gauche ; mais tout porte à croire que cet os a été perdu au milieu des linge du lit de la malade.

Observation XXXIV.

Une femme, âgée de trente-huit à quarante ans, consulta en mai 1721, M. Lucas, chirurgien de Saint-Lo, en Basse-Normandie, pour des douleurs qui la tourmentaient depuis longtemps. La malade ne pouvait rester couchée ni debout ; les parties externes de la génération étaient très-gonflées, de même que la cuisse et la jambe gauche ; elle n'urinait qu'avec beaucoup de peine, et ne pouvait aller à la garde-robe, ni prendre de lavemens.

M. Lucas, en cherchant à reconnaître la cause de ces accidens, trouva dans le vagin une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui, à l'intérieur du rectum, avait le volume de la tête d'un enfant. L'intestin fut ouvert sur cette tumeur, dont on ne soupçonnait pas la nature, et l'on tira par cette voie une fille du terme de cinq mois, qui n'avait encore éprouvé aucune décomposition : on fit également l'extraction du placenta ; il n'y eut aucune évacuation par la vulve : mais une diarrhée sanguinolente qui parut le quatrième jour, et qui dura jusqu'au quinzième, donna

beaucoup de crainte pour la vie de la malade; cependant elle fut complètement guérie au bout d'un mois. (*Jonrn. des savans 1722.*)

Observation XXXV.

Grossesse extra-utérine, extraction du fœtus par une ouverture pratiquée au vagin; (observation par le docteur G. Norman.)

Une femme de quarante-un ans, pourvue d'embonpoint, était mariée depuis douze ans sans être devenue enceinte qu'une seule fois, six mois après le mariage, et elle avait fait une fausse couche. Dans l'hiver de 1824, elle devint souffrante, elle éprouvait de la difficulté à respirer, de fréquentes palpitations de cœur, des nausées et des vomissements; vers cette époque, les règles cessèrent de paraître, et cinq mois n'étaient pas encore écoulés quand cette dame commença à sentir les mouvements de l'enfant, qui augmentèrent progressivement de force, et ne permirent plus de douter de la grossesse. La 12 octobre, il survint tout à coup un état de syncope pendant lequel la malade parut sur le point de succomber. De larges doses d'opium ramenèrent le calme. Le lendemain, nouveaux accidens qui furent également combattus avec avantage par le même moyen. Cette femme était au huitième mois de la grossesse, et comme on soupçonna que ces différents accidens étaient le résultat, on se décida à hâter l'accouchement en perçant les membranes. Mais ce fut inutilement que la main, introduite dans le vagin, rechercha l'orifice de l'utérus; on ne sentait que la tête de l'enfant qui paraissait recouverte d'une membrane épaisse, analogue aux parois de la matrice. Mais cette membrane n'était autre que la paroi postérieure du vagin, repoussée en bas par la tête du fœtus, situé derrière elle, et que l'auteur, ainsi que le docteur Day, avaient ensuite prise pour un hymen imperforé. Quand une exploration eut mis cette vérité hors de doute, on pratiqua une incision de deux pouces environ sur cette paroi du vagin, mais on ne réussit pas davantage à toucher l'orifice de l'utérus. Afin de faciliter les recherches, l'incision fut un peu agrandie, et comme rien n'annonçait de la part du fœtus de la tendance à descendre davantage, la tête fut attirée à l'aide du crochet perforateur. Dans l'extraction de l'enfant, le cordon se rompit, et le placenta resta dans le ventre. Aucun phénomène annonçant son expulsion ne se manifestant, on introduisit de nouveau la main dans le vagin, mais sans trouver de trace du cordon, du placenta, ni sentir de contractions utérines. Cette femme succomba le 16 octobre.

A l'autopsie, on trouva le péritoine et les intestins grèles très-

enflammés, le placenta adhérent au ligament large du côté droit, le cordon rompu à 2 pouces de son insertion au placenta; l'incision avait divisé la paroi postérieure du vagin; l'orifice de l'utérus était situé au-dessus du pubis, comme dans la rétroversión de la matrice; cet organe était tuméfié, très-dur, et sa cavité tapissée d'une membrane *decidua* très-distincte. Le cœur était flasque, ses parois ventriculaires très-amincies, et ses cavités vides de sang (*Medico-chirurgical transact.*; part. II. Londres, 1827.)

Observation XXXVI.

Cas de grossesse abdominale dans laquelle la gastrotomie fut couronnée de succès.

Charlotte N...., âgée de trente-six ans, d'une forte constitution, mère de six enfans, éprouva, il y a quelques années, tous les symptômes qui font présumer la grossesse, plus une douleur continue à la partie inférieure gauche du ventre. Cette douleur, d'abord supportable, devint bientôt tellement vive que plusieurs fois la malade sortit de son lit pendant la nuit, et parcourut son appartement en désespérée, cherchant en vain à calmer ses souffrances par toutes les ressources de la médecine domestique. La menstruation n'était pas supprimée, et même il ne se passait guère six ou huit jours sans qu'il ne sortît du vagin un caillot de sang mêlé à mucosité. Cependant la santé générale se maintint, et la malade dit même avoir dansé dans le courant du septième mois.

Environ six semaines avant le terme présumable de la grossesse, madame N..., étant occupée à laver du linge, se pencha tout-à-coup en avant; ce mouvement fut suivi d'un bruit marqué qui semblait indiquer la rupture de quelques parties du ventre; en même temps se manifesta à droite, au-dessous de l'ombilic, une tumeur du volume des deux poings. La malade tomba sans connaissance et fut transportée chez elle; elle éprouva pendant six semaines des douleurs sourdes. Après ce laps de temps vinrent les vraies douleurs de l'enfantement; une sage-femme fut appelée, qui chercha à hâter l'accouchement; malgré tout, deux nuits se passèrent sans que les douleurs cessassent, et sans cependant que l'orifice du col utérin se dilatât assez pour admettre plus d'un doigt.

La tumeur dont nous avons parlé avait disparu dès le début des douleurs, et le troisième jour, celles-ci cessèrent tout-à-fait. La malade se rétablit et ne conserva qu'un peu de faiblesse et un ventre volumineux, ce qui fit dire qu'elle portait une excroissance dans cette cavité.

Deux ans et trois mois s'écoulèrent dans cet état de choses; et les menstrues parurent régulièrement, mais moins abondantes qu'auparavant. Sur ces entrefaites se manifestèrent tous les signes d'une nouvelle grossesse qui marcha parfaitement jusqu'au septième mois. A cette époque, les parois de l'abdomen prirent une teinte bleuâtre, et le moindre mouvement décelait de la fluctuation dans cette cavité; les forces s'épuisèrent: enfin, au terme ordinaire, la malade mit au monde un gros garçon qu'elle nourrit elle-même pendant quinze jours, mais qui succomba au bout de neuf semaines à une affection aphteuse très intense.

La sécrétion du lait s'était arrêtée du moment où la malade avait cessé de nourrir. Dès lors, cette dernière avait perdu toutes ses forces; elle accusait une douleur fixe dans le bas-ventre, à laquelle se joignait de la fièvre, de l'agitation pendant la nuit, un dérangement considérable; l'émaciation devint complète et la mort immédiate. Une tumeur semblable à celle qui avait déjà paru se montra à un pouce au-dessous de l'ombilic; son volume était celui d'un œuf de poule; elle ne tarda pas à s'ouvrir par deux petits orifices qui donnèrent issue à un peu de pus. Un chirurgien qui fut appelé agrandit l'ouverture de l'abcès, et il s'écoula aussi tôt une grande quantité d'une sanie purulente, des portions de peau et des cheveux: on sentit alors, en palpant la tumeur, des corps durs comme des os, ce qui fit soupçonner une grossesse abdominale. Les conseils d'un second chirurgien furent invoqués. Celui-ci trouva la malade dans un état déplorable, consumée par une fièvre hectique des plus intenses. L'orifice utérin était complètement fermé, et rien de ce côté n'indiquait la présence d'un fetus. En échange, il était facile d'en reconnaître un dans la tumeur précitée. Les circonstances rapportées plus haut, jointes à ce dernier signe, ne laissaient aucun doute sur la nature du mal, et l'état de la malade ne permettait pas le plus petit retard dans l'opération. Elle fut aussitôt résolue et entreprise; il était huit heures du soir.

La vessie et l'intestin rectum ayant été vidés, la malade fut placée sur une table, chacun des pieds reposant plus bas sur une chaise. Toutes les dispositions préliminaires terminées, « je fis, dit M. Bulh (c'est le nom de l'opérateur), une incision de quinze lignes sur la ligne blanche, à deux pouces et demi au-dessus de l'ombilic, et j'incisai le péritoine avec toute la précaution nécessaire pour ne pas intéresser les parties sous-jacentes. Portant alors de haut en bas, dans l'ouverture que je venais de pratiquer, les doigts indicateurs et médius de la main gauche, je soulevai la paroi abdominale, et après avoir placé mon bistouri dans la rainure formé par la réunion de ces deux doigts, je continuai l'incision dans la direction de la ligne blanche jusqu'à neuf lignes au-

dessus du pubis. La sortie des intestins fut prévenue au moyen d'un linge huilé qu'un aide étendait sur la solution de continuité à mesure que je divisais les parties.

« Cette première partie de l'incision terminée, je vis un fœtus à terme situé à droite de la mairice; sa tête correspondait à la région inguinale du même côté; son dos à la fosse iliaque, et ses pieds, légèrement fléchis, se trouvaient vers l'hypochondre droit; l'épaule gauche à la partie inférieure de la région ombilicale, précisément dans le point où était l'ouverture fistuleuse dont il a été question. J'enlevai le cadyare avec beaucoup de précautions, et je m'occupai de suivre le cordon ombilical; celui-ci contournait le fond de l'utérus, gagnait son côté gauche et s'enfonçait là dans un lacis vasculaire en suppuration (probablement le reste du placenta), qui se trouvait au-dessous du grand épiploon. J'exprimai et j'essuyai avec une éponge le pus qui imbibait ces parties. L'utérus offrait une longueur de trois demi-pouces et une largeur de deux demi-pouces à son fond; il était d'un rose pâle et se laissait distendre aisément (1); il était d'ailleurs bien conformé. »

Observation XXXVII.

Grossesse extra-utérine; emploi du seigle ergoté; sortie du fœtus par le rectum; par le professeur Francesco Petrunti.

Thérèse Monaco, âgée de trente-six ans, mère de cinq enfans, n'ayant point eu ses règles en août 1833, se crut enceinte, et éprouva d'ailleurs tous les phénomènes de ses grossesses antécéduantes. Les nausées, les vomissements et le ptyalisme durèrent environ un mois; mais ensuite elle éprouva de vives douleurs à la région hypogastrique; elle était agitée, avait du délire et de l'insomnie; l'abdomen était tantôt gonflé et tendu, tantôt aplati et souple; la région lombaire était habituellement douloureuse. Toutefois, le douleur persistante, on commença à douter de la grossesse, d'autant plus que six ans s'étaient déjà écoulés depuis son dernier accouchement. On craignait en conséquence qu'il n'y eût une métrite chronique, ou une fausse grossesse, ou une autre maladie de l'utérus. Les médecins ne purent s'accorder sur le diagnostic, à cause des symptômes peu ordinaires que présentait la malade et de leur inconstance. Cette dernière se borna aux

(1) Ce phénomène datait probablement du dernier accouchement, à la suite duquel la matrice de cette femme, alors déjà très faible, avait perdu la constance nécessaire pour revenir complètement à son volume ordinaire.

moyens rafraîchissans, et passa avec moins de souffrance presque tout le mois d'octobre; mais à la fin de ce mois, qui était le troisième de sa grossesse, les douleurs se renouvelèrent avec une nouvelle intensité. Cette récidive fut attribuée à des émotions morales; la fièvre ne quitta plus la malade, et offrit des exacerbations chaque soir; l'émaciation devint extrême. La diète lactée fut suivie pendant un mois sans avantage. Après le troisième mois, on remarqua au-dessus du pubis une tumeur dure, circonscrite et inclinée un peu vers le côté droit; cette tumeur augmentait de volume et causait de la douleur; on la prit pour une tumeur strumeuse de l'ovaire droit, et elle fut combattue inutilement par l'iode, la pommade d'hydryodate de potasse, la ciguë, les sangsues, etc. Dans le mois de novembre, des mouvements, d'abord faibles et obscurs, puis très manifestes, ne laissaient aucun doute sur l'état de grossesse. D'ailleurs, les mamelles étaient développées et fournissaient de la sérosité. Il y avait une constipation que les purgatifs les plus forts ne pouvaient vaincre; le colon transverse semblait manifestement rempli par des matières; tout l'abdomen était douloureux; il y avait toujours du délire. Malgré les circonstances signalées tout à l'heure, on ne crut point à l'état de grossesse, et, dans la pensée que l'utérus était rempli, non par un fœtus, mais par le sang des règles qui s'y était accumulé, on prescrivit le seigle, ergoté. Ce médicament augmenta les souffrances, et fit couler de l'utérus un sang liquide, un caillot sanguin et une petite poche membraneuse qu'on prit pour un faux germe. Alors la tumeur, qui était déjà très élevée, s'affaissa dans le bassin, et les mouvements du fœtus ne se firent plus sentir. La constipation fut encore plus rebelle. La malade avait la conscience que son rectum était comprimé et oblitéré. Elle était tourmentée par de fréquentes envies d'aller à la garde-robe. Elle passa le septième mois dans un état tel, qu'elle semblait devoir mourir à tout moment. Un jour le ténesme était si violent, qu'elle ne put s'empêcher d'introduire avec force et aussi haut qu'elle put, son doigt dans le rectum; dans cet acte presque involontaire, elle découvrit un corps dur et piquant. Ce n'est qu'à une seconde tentative qu'elle eut le courage de retirer ce corps, qui était l'os maxillaire inférieur d'un fœtus âgé de quelques mois. La malade était alors très affaiblie; il y avait de la fièvre; l'abdomen était chaud et tuméfié; l'hypogastre était douloureux. À une si longue constipation succéda un écoulement de matières corrompues et très fétides. Le lendemain, le docteur Petranti introduisit l'indicateur de la main gauche dans le rectum, trouva la petite ouverture de la poche de l'amnios, s'assura de la présence des os, et se guidant sur ce doigt, fit entrer une pince à polypes; il saisit alors un os, dont il fit l'extraction en retirant

en même temps son doigt, afin de protéger les parties. Il répéta cette manœuvre tant que la malade put la supporter. Après avoir extrait divers os du crâne et toute la colonne vertébrale, il fit des injections émollientes dans le sac. Il renouvela cette opération pendant les quatre jours suivants, jusqu'à ce que toutes les parties du fœtus fussent extraites. Le traitement consista dans des bains et des injections faites dans la poche à l'aide d'un tube élastique. Les injections furent rendues détersives et astrigentes; l'ouverture fistuleuse se ferma presque complètement. L'auteur pense que la membrane amnios sera résorbée. Au bout de quinze jours, la malade, qu'on avait crue perdue, fut rendue à sa famille. Quatre mois se sont écoulés depuis cette époque, et cette femme jouit d'une bonne santé. (*Il Filiatre Sebeziò*, décembre 1834.)

Observation XXXVIII.

Grossesse abdominale. — Observation recueillie par le docteur Zais.

Madame S....., âgée de trente-cinq ans, devint grosse pour la seconde fois au mois de novembre 1827, onze ans après la première grossesse, qui avait été normale. Au bout de cinq semaines, on sentit dans la région ombricale une tumeur allongée. Vers la fin de mars 1828, madame S....., était considérablement amaigrie, par suite de l'écoulement de sang et d'un liquide brûlant par le vagin tous les huit à quinze jours, précédé quelquefois de lipothymie. L'utérus et son col furent trouvés comme ils le sont ordinairement au quatrième mois de la grossesse. Du côté gauche, au-dessus et dans la direction du ligament de Poupart, se trouvait une tumeur douloureuse, grosse comme un œuf, et paraissait glanduleuse au toucher; on la considéra comme l'ovaire tuméfié, et on fit faire des frictions avec l'onguent napolitain et l'iode, qui furent cependant bientôt discontinuées, à cause de la salivation qu'elles excitèrent. A la fin du mois d'avril, la malade avait quitté le lit et s'occupait aux travaux du jardinage; mais elle ne pouvait se baisser fortement à cause d'un corps dur (la tête de l'enfant) qu'elle sentait du côté droit. Au septième mois, la malade fut de nouveau obligée de garder le lit; on vit alors que l'on avait à faire à une grossesse abdominale. L'abdomen avait les dimensions qu'il doit avoir au septième mois de la grossesse, il était uniformément distendu et un peu élevé vers l'ombilic. Lorsque l'enfant faisait mouvoir ses membres, on remarquait des mouvements oscillatoires des parois abdominales; contractait-il au contraire le tronc, il se formait au milieu du bas-ventre une tumeur sphérique proéminente. L'amaigrisse-

ment de la malade rendait très-visible la position du fœtus. Le tronc était couché en travers, entre le nombril et le creux de l'estomac, la tête à droite et les pieds à gauche. On ne sentait plus rien de la tuméfaction qu'on avait remarquée dans la région inguinale gauche. L'orifice du col de l'utérus regardait à droite et en arrière, et était difficile à atteindre; on ne sentait par le vagin aucun corps dur. Le bassin était rempli par une masse ronde et élastique qui augmenta peu à peu (le paquet intestinal), et dans laquelle on sentit, après la mort du fœtus, un de ses pieds. Les mouvements du fœtus causaient de vives douleurs. La malade fut affectée de constipation, d'éruptions douloureuses, de vomissements, de douleurs dans le ventre et les lombes, d'amaigrissement, d'un état hémoptique; l'opium, le quinquina et les amers rétablirent en partie la malade. Le terme de la grossesse s'étant approché, le docteur Zais proposa de faire la gastrotomie; mais cette opération fut rejetée par les autres consultans. Dans la nuit du 18 au 19 août, les mouvements du fœtus furent si violents, que la pression exercée par un homme sur le bas-ventre put à peine les modérer; ils furent suivis d'une pression douloureuse vers les parties génitales, qui étaient tendues et brûlantes, et desquelles s'écoula du sang. L'enfant paraît être mort à la suite de ces fortes convulsions. Les parties génitales internes étaient toujours dans le même état. La malade était épuisée, mais sans douleurs, et se trouva assez bien deux jours après la mort du fœtus. Le ventre était froid et aplati. M. Zais crut maintenant devoir pratiquer l'opération, mais il en fut empêché par la fièvre qui se manifesta accompagnée de douleurs dans les lombes et le bas-ventre, d'une douleur périodique dans la région sus-pubienne, d'un amaigrissement et d'une prostration considérables. L'opération fut pratiquée le 12 octobre, huit semaines après la mort du fœtus. Les parois abdominales furent incisées dans l'étendue de six pouces, entre la rate et l'ombilic; on découvrit alors le péritoïne adhérent dans une grande étendue au kyste qui contenait le fœtus; ce kyste ayant été incisé, il s'en écoulâ un liquide trouble, jaunâtre et fétide; les parois du kyste avaient une épaisseur de deux à trois lignes, une couleur rouge grisâtre et une structure homogène fibreuse. L'enfant, du sexe masculin et à terme, fut extrait sans difficulté; il était d'une couleur grise, et les doigts, les talons, le cerveau et les yeux étaient déjà en partie putréfiés. Les membranes de l'œuf se trouvaient presque en dissolution au fond du kyste, ainsi que le cordon ombilical long de six pouces. La face interne du kyste était lisse comme celle des membranes séreuses. Le placenta paraissait fixé à la colonne vertébrale, entre l'ombilic et le creux de l'estomac; il était immobile, d'un aspect frais, rouge et lisse, et d'une forme allongée. On le laissa en place,

20.

et on réunit la plaie supérieurement avec quelques points de suture, et inférieurement avec des bandelettes agglutinatives. Toute douleur avait cessé aussitôt après l'extraction du fœtus. Une suppuration abondante et d'un bon caractère se manifesta. Le seizième jour après l'opération, la plaie étant fermée, des douleurs semblables à celles des femmes en couche et des tiraillements dans les pieds tourmentèrent la malade; huit jours après, la partie inférieure de la plaie déjà cicatrisée se r'ouvrit; il s'en écoula pendant plusieurs mois une sanie fétide, contenant quelquefois des débris membraniformes, qui paraissaient être des parties décomposées du placenta; durant l'été, il s'en écoula encore quelquefois de la sérosité; enfin, la plaie se cicatrisa, et au printemps de 1829, madame S..... était mieux portante et plus forte qu'elle ne l'avait jamais été; aussi ne sent-on plus rien d'anormal à travers les parois abdominales. (*Heidelberger Klinische Annalen* 1830, B. 6, H. 1.)

Observation XXXIX.

Grossesse extrà-utérine, suivie de l'issue des os du fœtus à travers les parois abdominales; par M. Cunningham.

Elisabeth Alterweel, âgée de vingt-huit ans, mariée à seize et devenue enceinte à vingt, accoucha, à huit mois, d'un enfant qui mourut au bout de deux heures. Son médecin lui fit alors entrevoir les dangers auxquels une nouvelle grossesse pourrait l'exposer, en raison d'un vice de conformation du bassin; néanmoins, quatre ans plus tard, elle redevint enceinte, et elle espérait accoucher dans le courant de juillet 1820; mais, vers la fin du septième mois, les seins s'affaissèrent, le fœtus cessa de remuer, et la femme fut étrangement surprise de voir reparaître régulièrement ses évacuations menstruelles, qui n'avaient pas eu lieu depuis le commencement de sa gestation; en même temps, sa santé se rétablit, mais le volume du ventre resta constamment le même. Cependant, à la fin du neuvième mois, quoique le fœtus ne fût point descendu dans le bassin, elle éprouva des douleurs très fortes et absolument semblables à celles qu'elle avait ressenties lors de son premier accouchement; mais ces douleurs, après trois jours de durée, furent remplacées par un calme parfait, et toutes les fonctions offrirent de nouveau leur état normal. Quant à la tumeur de l'abdomen, elle resta incolore et conserva la même forme jusqu'au mois de juin 1821, époque où cette jeune femme éprouva une si vive douleur, qu'elle fut contrainte d'entrer sur-le-champ à l'hôpital Saint-Georges. Elle y resta trois

mois, pendant lesquels on eut successivement recours à des saignées locales et à différentes autres médications propres à calmer les souffrances auxquelles elle était en proie.

En mai 1822, la douleur se reproduisit; la tumeur prit un aspect noirâtre, et la malade revint à l'hôpital; elle y était à peine arrivée, que l'ombilic donna passage à une certaine quantité de pus. Mais la petite ouverture n'ayant pas tardé à se fermer, il s'en forma une nouvelle, deux pouces au-dessous, par laquelle il s'établit une suppuration qui dura fort longtemps. Le gonflement et la douleur diminuaient en même temps; cependant, celle-ci se faisait sentir quelquefois, particulièrement dans la région iliaque droite, mais sans que la malade fût obligée pour cela d'interrompre ses travaux accoutumés, ou que sa santé s'en trouvât altérée. Lorsque le besoin d'uriner se faisait sentir, elle ne parvenait à expulser ses urines qu'avec beaucoup de peine, et après de très-grands efforts. Lorsqu'elle se tenait debout, la tumeur, qui était très-volumineuse, assez dure et de forme irrégulière, se portait, en entier, vers l'ouverture, dont la circonférence présentait, dans l'étendue de plusieurs pouces, une couleur rouge foncée. Du reste, les menstrues étaient abondantes et nullement pénibles.

Dans le mois de février 1823, le pus devint noirâtre et de mauvaise nature; on put même y reconnaître la présence d'un os. Le 12 mars suivant, on pratiqua, à l'aide d'un bistouri boutonné, une ouverture assez grande, d'où l'on retira l'apophyse transverse d'une vertèbre; le lendemain, une seconde sortit, et, vers la fin de ce mois, neuf portions d'os, semblables pour la forme et la nature, avaient été extraites.

La sonde faisait encore reconnaître l'existence d'autres pièces osseuses; cependant, on ne put en retirer aucune pendant les trois premières semaines d'avril; mais, depuis lors jusqu'à la fin de mai, treize portions de vertèbres, dix côtes, une omoplate et plusieurs parties charnues, furent amenées au dehors, et quelques jours après, une nouvelle incision fut pratiquée et donna issue à la seconde omoplate et à plusieurs autres pièces. Le 13 juin, les os de la tête s'engagèrent dans la plaie, dont on agrandit l'ouverture, et furent tous retirés successivement. Le 20, la tumeur avait considérablement perdu de son volume; la douleur avait cessé; le pus était abondant, mais son évacuation se faisait sans peine au moyen de la position qu'on prescrivait à la malade. Il ne restait plus à extraire des os du fœtus que ceux des mains et des pieds, et ils le furent enfin dans le courant du mois d'août.

Le 15 septembre, Elisabeth Alterweel avait repris son embon-point, et commençait même à travailler. La suppuration était

peu abondante, et la tumeur avait encore diminué. Quinze jours après, la plaie donna passage à un écoulement pareil à celui des règles qui étaient supprimées depuis près de cinq mois, et qui reparurent en même temps. Plus tard, le même phénomène se reproduisit, et on l'observa jusqu'au mois d'avril 1826. (*The London Medic. and Physic. Journal*, octobre 1827.)

Observation XL.

Grossesse extra-utérine, opération césarienne vaginale; fœtus retiré vivant, par M. Caignou.

La femme Petit, demeurant à Paris, rue des Boucheries-Saint-Germain, n° 52, âgée de 32 ans, mariée depuis douze, n'avait jamais joui d'une bonne santé. Devenue enceinte après deux ans de mariage, sa grossesse fut troublée par un état de malaise général, des douleurs hypogastriques d'une violence excessive, et terminée par une fausse couche au milieu du cinquième mois. Trois ans après, une seconde grossesse ne fut pas plus heureuse : des souffrances continues et diverses émotions déterminèrent un avortement à sept mois. L'enfant vécut dix jours. Il y a environ six mois et demi que la femme Petit coûta pour la troisième fois. Dès les premiers temps, des douleurs aiguës se firent sentir dans l'hypogastre et le bassin ; la marche était gênée, la femme se trouvait toujours fatiguée ; l'appétit était mauvais. Au troisième mois, des nausées et des vomissements survinrent, et les douleurs en furent accrues ; de fréquentes désaillances se joignirent à ces accidens. La malade se plaignait incessamment d'une pesanteur vers le siège ; la constipation était permanente, le ventre très douloureux. (*Plusieurs saignées du bras, boissons adoucissantes, bains, cataplasmes et lavemens émollients, régime doux, repos absolu.*) Ces divers moyens procurèrent un peu d'amélioration ; mais la malade, dont le travail chez un boulanger, était de porter des fardeaux, fut forcée, pour subvenir à ses besoins, de reprendre ses occupations. Le mardi 14 juillet 1829, à dix heures du matin, la femme Petit ne pouvant résister aux douleurs abdominales qu'elle ressentait, eut recours à une sage-femme, qui reconnut une tumeur à peu de distance de la vulve (à deux pouces environ). Le col utérin, porté à un pouce et demi au-dessus du pubis, en avant et à droite, n'offrait aucune dilatation. M. Caignou fut appelé le même jour à onze heures du soir. La malade éprouvait les douleurs les plus vives, et qui semblaient annoncer un accouchement prochain. Physionomie altérée, présentant l'expression du découragement et de la faiblesse ; pouls dur, profond et accéléré ; soif intense, peau sèche. Au toucher, M. Caignou reconnaît,

à travers les parois d'une tumeur, la tête d'un fœtus serré de toutes parts dans l'excavation du bassin. Le col utérin, situé comme il a été dit, donna issue, en différentes fois, à trois morceaux de caducque et à un liquide séro-sanguinolent d'une odeur très-fétide. Les symptômes indiqués et l'extrême sensibilité du ventre dénotait une péritonite très-intense : trois saignées du bras furent pratiquées, des bains, des boissons acidulées des lavemens émollients furent administrés ; mais ces derniers ne purent pénétrer au-delà du rectum. Les frictions mercurielles furent aussi mises en usage. L'état de la malade devenant, malgré tous ces moyens, de plus en plus désespéré, le lendemain matin, mercredi, en présence de plusieurs consultans, M. Caignou exposa la détermination qu'il avait prise de pratiquer l'incision de la tumeur pour extraire l'enfant ; cet avis ne fut point partagé ; on décida qu'il fallait attendre, en continuant le traitement employé jusqu'alors. Deux jours après, de nouveaux consultans en grand nombre, et parmi eux MM Desormaux, Deneux, Velpeau, virent la malade, reconnurent qu'il n'y avait de ressources que dans l'opération proposée, et furent d'avis de la pratiquer sans retard. Elle fut à l'instant même (vendredi soir, 17 juillet, à onze heures moins un quart, cinquante-trois heures après la première proposition qu'en avait faite M. Caignou.) Une incision de trois pouces fut pratiquée sur le vagin, de haut en bas et de gauche à droite. La tumeur fut ouverte dans la même étendue ; alors apparut la tête du fœtus, le kyste qui le contenait se contractait en même temps qu'il survenait une douleur ; mais dans l'état de faiblesse où se trouvait la malade, ces contractions n'auraient pu suffire pour expulser le fœtus ; il fallut pénétrer dans le kyste pour le saisir, et il fut amené vivant. Il n'y eut point d'hémorragie ; le placenta, qui était adhérent sur le côté gauche du kyste, fut laissé. La malade, qui depuis trois jours, avait des *faiblesses*, en eut une nouvelle au moment où on la replaça sur son lit ; cette défaillance ne tarda point à se dissiper sous l'influence de quelques boissons légèrement stimulantes ; le reste de la nuit fut bon. Ce ne fut que le lendemain, vers les huit heures du soir, que la femme Petit succomba. — *Autopsie.* L'abdomen ouvert, on remarqua dans cette cavité un épanchement de liquide purulo-sanguinolent (quatre ou cinq verres). La matrice présentait une étendue de quatre ou cinq pouces de haut en bas, et de trois à quatre pouces transversalement. L'épaisseur de ses tissus était de huit ou dix lignes. De chaque côté du corps de la matrice, et au dedans, existait un cul-de-sac très-distendu. La face interne de la matrice était *enflammée* ; la face externe, au bas-fond, adhérente à l'épipoon. La caducque ramollie ; l'ovaire gauche également ramollie et situé à la partie postérieure du kyste. *Kyste adhérent à la matrice,*

aminci à la partie postérieure et supérieure droite, et sur le point de se déchirer. Intestins grèles, colon et cœcum remplis de matières fécales endurcies. Rectum vide et porté à droite. Epiploon étroitement adhérent à la partie antérieure des parois abdominales, dans une étendue de cinq pouces. Tous les intestins adhéraient à l'épiploon, qui était en entier dans un état de désorganisation gangrénouse; ces intestins offraient le même aspect. La partie extérieure de l'utérus, dans tout son bas-fond, était d'un rouge violacé. Le volume des trompes était plus considérable, et leur conduit beaucoup plus grand que dans l'état normal. Le placenta adhérait fortement à la surface sur laquelle il était implanté, *par un très grand nombre de vaisseaux*. Tout le tissu cellulaire du bassin était infiltré et ecchymosé, particulièrement à gauche. (*Lancette Française*, tome II, n. 39).

Observation XLII.

Fœtus extrâ-utérin mis au monde (vivant), au moyen d'une incision faite au vagin de la mère, qui guérit après l'accouchement, sans aucun symptôme allarmant; par John King, de la Caroline méridionale.

L'auteur de cette intéressante observation l'adresse aux éditeur du *Médical Repository*, de New-York, en la faisant précéder de réflexions et de conjectures sur l'ensemble des phénomènes qui précédent et accompagnent la conception, et sur les causes des grossesses extrâ-utérines. Les idées qu'il émet ne me paraissant ajouter rien de positif à ce que nous savons déjà sur ce sujet, je me bornerai à traduire l'observation qu'il expose en ces termes :

La femme dont il s'agit a été quatre jours en travail, sans présenter aucun des signes ordinaires, à l'exception des douleurs qui se répétaient comme dans un accouchement naturel. La malade, fatiguée de ces efforts inutiles, demanda du secours; en arrivant, j'explorai les parties et il me fut impossible de trouver l'orifice de l'utérus.

N'ayant jamais rencontré aucun cas de cette espèce, je réfléchis sur les moyens de délivrer cette malheureuse femme, et de sauver à la fois la mère et l'enfant.

L'opération était simple et consistait à ouvrir le vagin dans une grande étendue.

La tête du fœtus flottait et vacillait sur le côté droit de l'utérus, et poussait cet organe hors de sa situation naturelle : j'introduisis, aussi avant que possible, un petit bistouri auquel le bout de mon doigt servait de garde, de manière à embrasser complètement la circonférence de la tête, et à prévenir ainsi tout dé-

chirement des parties dans le cours du travail. Je perçais alors le vagin de part en part et conduisis le bistouri en bas et en arrière, dans la longueur de cinq ou six pouces, pour assurer l'extraction facile de la tête de l'enfant.

Dès que le vagin fut ouvert, les eaux s'écoulèrent en abondance, les membranes ayant été ouvertes par la même incision. J'engageai alors ma main dans la plaie faite au vagin et trouvai l'enfant placé très haut et solidement fixé, sans que rien pût faire présumer qu'il descendrait dans le bassin.

Comme les contractions de l'utérus ne pouvaient nous être daucun secours dans ce cas, et que tous les efforts de la mère se bornaient à la contraction des muscles droits, transverses et obliques de l'abdomen, je priai les assistans d'exercer des pressions douces et soutenues sur le ventre, et d'imiter, avec leurs mains, un mouvement circulaire qui aurait lieu du haut en bas.

La mère, animée ainsi par l'espoir d'être délivrée, redoubla ses efforts, et, à l'aide du levier, je fis avancer la tête lentement dans le bassin ; j'achevai l'extraction de l'enfant, après y avoir travaillé pendant deux à trois heures sans interruption. Il est donc évident que les muscles abdominaux, seuls, sont insuffisants pour expulser le fœtus : j'en étais bien persuadé, et je dois attribuer en grande partie ce résultat à la coopération des assistans, jointe à l'action du levier sur la tête.

Il aurait été convenable de retourner l'enfant, si tous ces moyens avaient échoué.

Il se trouvait dans un état de mort apparente ; mais, n'ayant point de certitude à cet égard, je soufflai de l'air dans les poumons au moyen d'un tube, et j'eus le plaisir de voir qu'il avait supporté tout ce choc sans y succomber. L'hémorragie causée par cette large incision fut peu considérable et ne pouvait, en aucune manière m'inquiéter : elle fut même utile en modérant l'inflammation adhésive.

L'enfant avait un volume ordinaire et était bien constitué.

Le placenta était extrêmement petit, et le cordon ombilical d'une minceur remarquable, de sorte qu'il se rompit quand l'enfant s'étendit, sans aucune hémorragie.

La partie à laquelle le placenta adhérait, soit l'ovaire, soit le mésentère, l'intestin ou un des points de la surface externe de l'utérus, ne se prêta probablement pas très-bien au nouvel ordre de choses qui s'établissait ainsi ; et, par conséquent, elle circonscrivait le placenta dans des limites étroites ; cependant, la nutrition du fœtus s'était très-bien faite. Ses artères ombilicales, faisant passer une moindre colonne de sang par ce cordon rétréci, la gestation s'était sans doute prolongée au-delà du terme

ordinaire : quoi qu'il en soit, mon objet n'est pas de faire des observations sur ce phénomène.

Le matin, après l'accouchement, je fis une forte saignée au bras, et donnai un calmant. La malade ne se plaignait de rien, lorsque je la quittai. Quand je la questionnai ensuite, relativement à l'opération faite avec le bistouri, elle me déclara ne pas avoir su que j'en avais employé un. Cette circonstance est bien faite pour engager à pratiquer l'incision, dans tous les cas de grossesse extra-utérine.

J'aurais voulu que sou lit présentât un plan incliné, et qu'elle fût placée sur le dos, la tête très-basse.

Je ne pus la revoir que le troisième jour : je la trouvai alors avec beaucoup de malaise et des douleurs vers le pubis. En portant le doigt dans le vagin, je découvris que l'intestin était appliqué sur la plaie, qui était elle-même très-contractée.

Je lui ordonnai de se coucher sur le côté gauche, avec les hanches plus élevées, pour que les intestins pussent s'éloigner de la plaie par leur propre poids. Cette position gênante remplit mes vues, et son effet répondit à mon attente. Je fis appliquer un vésicatoire sur le pubis, et prescrivis une mixture saline anodine, à prendre trois ou quatre fois le jour. Je m'attachai à tenir les intestins dans un état de constipation, pendant dix jours, pour qu'il n'y eût plus aucune hernie à craindre.

Quinze jours après, cette femme sortit sans ma permission : je reconnus alors que l'intestin ne pouvait plus s'introduire dans la plaie quelque attitude que prit la malade. Quinze jours plus tard, je ne pus décourir aucune trace de l'incision faite au vagin. L'utérus reprit sa position naturelle, quoique tout son corps eût été effacé, j'en suis persuadé, pendant la durée de cette gestation extra utérine.

Cette grossesse est une preuve certaine que tout enfant placé ainsi peut, avec beaucoup de probabilité, être mis au monde vivant, et que l'opération offre beaucoup de chances de succès.

C'est parce que j'ai lu, dans différens ouvrages, des observations fâcheuses de grossesses extra-utérines, et que je n'ai jamais vu ni entendu dire qu'aucun enfant eût été mis au monde, vivant, dans ces circonstances, que j'ai occupé le monde médical de cette bagatelle : si je pouvais en cela lui être utile, ou servir la cause de l'humanité, je serais amplement dédommagé de mes peines.

CINQUIÈME PARTIE

OPÉRATIONS APPLICABLES AUX ABCÈS

DE L'OVaire.

L'inflammation des ovaires n'est point une maladie rare. Tout le monde sait quel rôle important joue cette inflammation dans les accidens consécutifs à l'accouchement. M. Ricord a signalé sa fréquence chez les femmes affectées de blenorragie; enfin, on la voit survéoir souvent encore sous l'influence de causes variées qu'il ne nous est pas toujours possible de saisir.

Ainsi que dans tous les organes, cet état phlegmatique est susceptible de se terminer par suppuration; il en résulte alors des collections purulentes extrêmement variées dans leur volume, leur disposition générale et les phénomènes morbides auxquels elles peuvent donner lieu.

On trouve parfois le pus infiltré dans la substance des ovaires, et d'autres fois rassemblé en petites collections dont le volume varie d'un grain de millet à une noisette; d'autres fois l'organe lui-même semble transformé en un sac rempli de pus. Tant que le pus, renfermé dans l'intérieur de l'ovaire n'a pas distendu cet organe de manière à le faire proéminier au dehors, son existence reste trop problématique pour que la chirurgie puisse rien tenter pour en débarrasser les malades. Mais, en général, les collections ne restent pas longtemps circonscrites.

tes dans l'intérieur de l'ovaire, il s'établit bientôt dans les parois de l'organe un travail ulcératif qui lui livre passage.

Tantôt c'est dans le péritoine que vient s'épancher le liquide, ainsi que Seymour (1), Dupuytren, Négrier (2) et M. Velpeau (3) en ont observé des exemples. Le plus souvent, alors, une péritonite sur-aiguë emporte rapidement le malade, ou bien des adhérences s'organisent autour du liquide épanché et finissent par l'isoler. Il peut ultérieurement se frayer une route au dehors, ou constituer une tumeur enkystée. Chambon (4) a vu deux femmes qui avaient éprouvé une ovarité terminée par une suppuration, présenter, à différens intervalles, un écoulement par la trompe utérine; mais, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, malgré toute l'attention que ce chirurgien dit avoir mise dans l'exploration de l'une de ces maladies, il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait, dans le cas qu'il rapporte, de communications entre le kyste et le vagin. Cependant, un abcès formé par un kyste stéatomateux, se vidait par cette voie sur une religieuse dont on put faire l'ouverture (5). Madame Boivin a vu également le col de la matrice être l'aboutissant du foyer, traversant, soit les trompes, soit les parois de l'utérus (6). Le pus sort parfois par la vessie, par suite

(1) Seymour (*Illustrations of some of the principal Diseases of the ovaria*).

(2) *Recherches anatom. et physiolog. sur l'ovaire*, obs. xvii, p. 92.

(3) *Dict. de méd.*, art. *Ovaire*.

(4) Chambon, *Traité des Maladies des Femmes*.

(5) *Mém. acad. des sc.*, année 1700, obs. v.

(6) Boivin, t. II, p. 576.

des adhérences qui s'établissent entre le sac et cet organe. Murat en a rapporté un exemple, d'après une observation communiquée à l'Académie de chirurgie, en 1753.

Observation. — Une dame se plaignait, depuis longtemps, de douleurs considérables dans la région lombaire droite; elle rendait du pus par les urines. On ne doutait pas que le rein droit ne fût en suppuration; la malade mourut; on trouva le rein dans l'état naturel; l'ovaire du même côté était adhérent au fond de la vessie; ce fond était percé, l'ouverture pénétrait dans l'ovaire qui était en suppuration; le pus coulait dans la vessie.

M. Andral a vu une semblable communication établie en trente-sept jours entre un ovaire et la vessie, chez une femme nouvellement accouchée. (1). Plus souvent encore le pus se fraye une issue par le vagin : MM. Husson et Dance ont constaté ce fait sur une jeune fille qui succomba à la suite d'une couche. M. Cruveilhier a vu à l'hôpital Beaujon une tumeur de cette nature proéminier entre le col de l'utérus et le paroi vaginale. Une terminaison fort ordinaire, c'est l'adhérence du kyste avec le canal intestinal et la perforation de ce conduit. Dupuytren a constaté la communication du sac avec le cœcum ; M. Montault, avec le colon iliaque gauche ; mais sans contredit, on observe beaucoup plus fréquemment encore sa communication avec le rectum. Dupuytren l'a mentionné. M. Andral en a réuni trois cas ; M. Montault en a décrit deux au-

(1) *Dictionnaire de Médecine*, 1^{re} édit., t. XVI, p. 85.

tres. Madame Boivin et Dugès en comptent chacun un. De son côté, M. Nauche (1), en signale deux. En général, on doit considérer cette terminaison comme la plus heureuse, au moins c'est celle qui compte le plus de guérisons avérées.

Le pus peut encore fuser par le canal inguinal, le long du ligament rond, par un des points de l'arcade crurale, le plus souvent, en suivant le trajet des vaisseaux fémoraux; on a rapporté nombre de fois des exemples de cette terminaison. Enfin il peut se faire qu'une inflammation adhésive s'établisse entre le kyste et les parois abdominales, et alors l'abcès vient proéminer, et se frayer une issue dans cette région. M. Montault rapporte une observation de ce genre. (2)

Ce travail d'élimination a pu, dans maintes circonstances, se terminer d'une manière favorable, mais, dans le plus grand nombre des cas, il est traversé par des accidens nombreux, qui, si l'on ne vient en aide à l'organisme, finissent par entraîner la mort des malades.

Les opérations applicables à cette affection grave, ont principalement pour but d'évacuer la matière purulente, et de favoriser le recollement des parois de l'abcès. Je ne connais qu'un seul cas où le chirurgien ait osé pratiquer l'ablation de l'ovaire lui-même, en suivant le trajet fistuleux que le pus s'était frayé jusqu'à la paroi abdominale. C'est le cas rapporté par Laumonnier.

(1) *Maladies de l'utérus*, p. 270, et *Traité des Maladies des Femmes*, p. 373.

(2) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, t. IV, 1827.

Ces opérations consistent dans la ponction, l'incision et la cautérisation.

1^o Ponction. — Cette opération a été souvent pratiquée pour les abcès dus à l'inflammation de l'ovaire, tantôt par l'abdomen, tantôt par le vagin, tantôt par le rectum, suivant que la tumeur paraissait plus accessible dans l'un ou l'autre de ces points. Le plus souvent c'est à la ponction simple que l'on a eu recours, et sous ce rapport nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit des précautions à prendre dans l'exécution de cette opération; D'autres fois on a appliqué à ces abcès la méthode de ponctions successives au moyen du trocart plat à robinet, et de la seringue aspiratrice, telle qu'on l'emploie dans les abcès par congestion et en général dans les grandes collections purulentes. D'autres fois enfin, ainsi que le conseille M. Nonat, on entretient fistuleuse l'ouverture résultant de la ponction, au moyen de cautérisations répétées avec le nitrate d'argent.

2^o Incision. — Le bistouri a été porté sur les abcès ovariens par toutes les voies où ces collections étaient accessibles. On préfère généralement, et avec raison, cette méthode à la précédente, en ce qu'elle permet un plus facile écoulement à la matière purulente et qu'elle met bien mieux à l'abri des accidens dus à sa stagnation et à sa décomposition putride.

3^o Cautérisation. — Enfin, dans le but d'éviter les accidens qui pourraient résulter du défaut d'adhérences entre le kyste purulent et les parois de l'abdomen, plusieurs praticiens éminens, parmi

lesquels je citerai surtout M. Velpeau, recommandent l'emploi de la potasse caustique ou du caustique de Vienne.

Je borne ici ces indications, ne pensant pas qu'il entre dans mon sujet de faire l'histoire des opérations applicables à toutes les collections purulentes du bassin, avec lesquelles se confondent les abcès dus à l'inflammation des ovaires.

Observation XLII.

Extirpation de l'ovaire pour un abcès de cet organe, 1844. page 229. — Laumonnier.

Une femme, âgée de vingt-deux ans, vint consulter Laumonnier six ou sept semaines après sa délivrance. Elle était alors émaciée, avait de la fièvre, et rendait par le vagin de la matière purulente. Laumonnier fit une incision de quatre pouces au bord inférieur du muscle oblique externe, vers la région hypogastrique, où l'on sentait une tumeur. Ponctionnée, cette tumeur donna issue à une pinte de pus noir, fétide, et l'on s'assura que la cavité qui renfermait ce liquide était une trompe de Fallope. L'ovaire communiquait avec cette dernière ; un abcès s'était formé dans son tissu et s'était rompu dans la trompe. L'ovaire n'avait pas beaucoup augmenté de volume, et rien ne montrait qu'il eût été le siège d'aucun autre travail morbide terminé par suppuration. Cependant Laumonnier, étant bien certain que les désordres de son organisation étaient irréparables, détruisit les adhérences qui existaient entre les franges de la trompe et l'ovaire, et enleva cet organe. Pendant les six premières heures la malade épaisse, fut atteinte de légères convulsions. A peine put-elle parler pendant tout le jour suivant. Cependant elle était complètement guérie quarante-sept jours après l'opération.

Observation XLIII.

Abcès de l'ovaire droit ou de ses dépendances, ouvert par l'hypogastre au moyen de la potasse caustique ; guérison. (1)

Madame Naud me fit appeler en 1803. Sa maladie datait d'une couche qui avait eu lieu quelques mois auparavant, et à la suite de laquelle elle avait eu l'imprudence de se lever le

(1) Empruntée à la thèse de M. Marchal de Calvi.

lendemain de la fièvre de lait, et de s'exposer au froid et à l'humidité. Dès le soir même, elle avait ressenti des douleurs vives dans le ventre, principalement dans la région iliaque droite. Bientôt après, il s'y manifesta une tumeur qui fit de tels progrès, que, lorsque je vis la malade, plusieurs mois après son accouchement, son ventre était aussi développé que celui d'une femme enceinte de sept mois. Les règles, d'abord supprimées, avaient reparu irrégulièrement à diverses époques, occasionnant toujours un violent accès de fièvre; marasme effrayant. La maladie avait été traitée jusqu'alors pour une hydropisie ascite. Un examen attentif me fit bientôt reconnaître que la tumeur avait son siège dans l'ovaire droit ou dans ses dépendances. La circonscription de cette tumeur, la fluctuation sourde que j'y distinguais, la douleur qu'y déterminait la pression, et la fièvre continue qui minait la malade, me firent penser que cette tumeur contenait un fluide purulent. L'exploration par le vagin me fit reconnaître le plancher de ce dépôt, faisant saillie entre le col de la matrice légèrement dévié et les parois du vagin. La dureté de sa paroi correspondant au vagin nous éloigna de l'idée de pratiquer l'ouverture par ce conduit. Nous résolvîmes d'appliquer sur les parois du ventre, au lieu le plus déclive et le plus saillant de la tumeur, une trainée de potasse caustique. Je fus plusieurs semaines à attendre la séparation de l'escharre, et lorsqu'elle fut complètement détachée, je m'aperçus que le kyste de la tumeur était encore très épais; ce qui me décida à une seconde application de caustique, qui fut beaucoup plus douloureuse que la première. Deux jours après cette application, il s'écoula à travers la seconde escharre une énorme quantité d'un pus inodore, visqueux et très épais. Nous agrandîmes par gradation l'ouverture fistuleuse, à l'aide d'une tente de charpie d'abord, puis avec un morceau d'éponge préparée, faisant à chaque pansement des injections dans le sac, avec une décoction d'orge et de miel rosat. Bientôt la tumeur s'affaissa, la fièvre diminua, ainsi que la suppuration qui devenait moindre de jour en jour. Les forces revinrent progressivement, et, au bout de deux mois de traitement, l'ouverture du dépôt se ferma complètement. La cicatrice s'enfonça du côté des parois abdominales, et se confondit avec un noyau dur, assez volumineux, qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite.

Observation XLIV.

Ouverture d'un abcès par le rectum (1).

D..., de trente-quatre ans, vint à la Maison de Santé pour s'y

(1) Boivin.

faire traiter d'une tumeur de l'abdomen accompagnée de perte de sang et de douleurs. D'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, elle avait toujours joui d'une bonne santé, à la constipation près : depuis longtemps elle n'allait à la garderobe qu'à force de lavemens. Depuis l'âge de trente-deux ans, elle eut une cinquième grossesse, qui parcourut presque toutes ses périodes, quoiqu'il s'y joignit une perte de sang. Cette femme resta souffrante encore longtemps après sa couche. Le cours des règles fut tout-à-fait dérangé pendant près d'une année : c'était pour ainsi dire des hémorragies qui reparaissaient tous les quinze à vingt jours, avec une douleur profonde dans la fosse iliaque gauche. A cette douleur succéda un développement de la région hypogastrique ; les règles cessèrent ; la malade se crut encore enceinte. En effet, à la suite de contractions douloureuses de la matrice, elle rendit une masse charnue, renfermant un embryon d'environ quatre mois. Les pertes utérines reparurent de nouveau ; l'abdomen prit en même temps plus d'extension ; l'éjection de l'urine et des matières fécales devenait de plus en plus difficile et douloureuse ; on avait souvent recours aux lavemens, au cathétérisme, aux bains de siège, pour faciliter la déplétion de la vessie et du rectum.

Un jour que la malade faisait de violens efforts pour aller à la garderobe, elle rendit tout-à-coup par l'anus environ une pinte de matière d'un blanc jaunâtre, de consistance de bouillie épaisse. La tumeur sus-pubienne était sensiblement diminuée après cette évacuation ; depuis, l'éjection de l'urine s'opérait librement, ainsi que les évacuations alvines, qui se trouvaient encore mêlées de pus en assez grande quantité.

L'exploration de l'abdomen, la dépression de ses parois en différents sens, n'accusent ni tuméfaction ni douleurs, mais seulement un peu de sensibilité à gauche.

Depuis l'ouverture de l'abcès dans le rectum, les douleurs de cette dame ont cessé. L'ennui l'ayant prise à la Maison, cette femme en sortit pour retourner chez elle.

Observation XLV.

Abcès siégeant dans la paroi recto-vaginale ; incision pratiquée par le vagin ; guérison (1).

Une femme de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, s'étant refroidie après un accouchement, fut prise de métropéritonite. Traitement antiphlogistique énergique. A peine convalescente, la malade voulut reprendre ses occupations.

(1) Bourdon.

Rechute. Cette fois, on trouve dans le petit bassin une tumeur dure, sensible, du volume d'une grosse pomme, placée entre le rectum et le vagin.

Bientôt la suppuration se décèle par la fluctuation, que l'on perçoit en touchant par le vagin et par le rectum en même temps. La tumeur faisant une très forte saillie dans cet intestin, la constipation était opiniâtre.

Incision de la tumeur au travers de la paroi postérieure du vagin ; il sortit une grande quantité de pus. Soulagement ; injections dans la cavité. Dix jours après l'opération, la malade commença à se lever. Guérison.

Observation XLVI.

Abcès du petit hussin pris pour une affection cancéreuse de l'utérus; incision de la tumeur devenue très volumineuse, sortant par la vulve, et présentant une fluctuation manifeste; suppuration abondante; mort; autopsie (1).

M. Nathalis Guillot reconnut, chez une femme de vingt-cinq ans, une tumeur proéminent fortement dans le vagin et remontant jusqu'au côté droit de l'hypogastre ; elle était élastique, et l'on crut même y sentir de la fluctuation.

Un chirurgien l'avait prise, et la prenait encore pour un cancer. Elle grossissait tous les jours, et devenait de plus en plus saillante dans le vagin ; enfin elle sortit par la vulve, et l'examen étant alors des plus faciles, la fluctuation fut évidente. On fit l'ouverture sur la partie déclive de la tumeur, au-dehors des organes génitaux. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de pus, et on fut obligé de reconnaître dans cette tumeur un abcès ou un kyste en suppuration.

L'opération, très simple, fut faite sans accidens ; mais, par la suite, la tumeur suppura beaucoup et longtemps, la femme s'affaiblit progressivement et mourut.

L'autopsie permit de constater que le hyste était placé dans le ligament large droit, et fit présumer qu'il avait pris naissance dans l'ovaire correspondant.

Observation XLVII.

Abcès placé derrière l'utérus; incision par le col de cet organe; guérison (Mémoire de Bourdin).

M. Récamier fut consulté, il y a quelques années, pour la femme d'un médecin de province. Cette dame souffrait du côté

(1) Bourdon.

du bassin depuis assez long-temps. Après l'avoir examinée et touchée avec beaucoup de soin, M. Récamier découvrit une tumeur sphéroïde, du volume d'un œuf de pigeon, placée entre l'utérus et le rectum. Par cet intestin, on constatait de la fluctuation, et par le toucher vaginal, on éprouvait la même sensation en introduisant le doigt dans le col utérin suffisamment et naturellement dilaté. Comme la collection de liquide paraissait très rapprochée de la paroi postérieure de ce conduit, on se décida à lui livrer issue à travers cette paroi.

M. Récamier, portant l'index de la main gauche dans le col de l'utérus, dirigea par la pulpe de ce doigt tournée en arrière un bistouri convexe qu'il plongea dans la tumeur. Il sortit plusieurs cuillerées de pus. Après cette ponction, et dans l'intention de favoriser son écoulement, M. Récamier agrandit la plaie inférieurement, en incisant complètement la lèvre postérieure du museau de tanche qui faisait une espèce d'éperon. Pendant cette nouvelle manœuvre, l'index de la main gauche, introduit dans le rectum, guidait médiatement l'instrument, afin d'éviter qu'il n'allât trop loin. Il s'écoula encore un peu de pus pendant quelques jours; on fit des injections vaginales fréquentes, et la guérison fut bientôt complète.

Observation XLVIII.

Abcès de l'ovaire ouvert dans la vessie (Andral, Précis d'Anat. Path. 1829. T. 2, p. 704.)

Une dame se plaignait depuis longtemps de douleurs considérables dans la région lombaire droite, elle rendait du pus par ses urines; on ne doutait pas que le rein droit ne fût en suppuration. La malade mourut: on trouva le rein dans l'état naturel; l'ovaire, du même côté, était adhérent au fond de la vessie; ce fond était percé, l'ouverture pénétrait dans l'ovaire qui était en suppuration; le pus coulait dans la vessie.

Observation XLIX.

*Froid subit; suppression des règles; abcès intrà-pelvien.
Mort (1).*

Une femme, âgée de trente-six ans, tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles; celles-ci se supprimèrent et, dès-lors, sa santé, bonne jusqu'alors, se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continue, vers la région hypogastrique; plus tard, elle fut prise de vomisse-

¹ Andral.

mens et d'une abondante diarrhée; plus tard enfin elle présenta les symptômes d'une pleuro-pneumonie, à laquelle elle succomba, sept à huit mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus, et à gauche du rectum, resoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange; elle était remplie d'un pus consistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume; cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus dont la moitié aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de jonction des deux tumeurs précédentes, s'élevait une troisième tumeur oblongue, à parois minces, transparentes; une sérosité limpide la remplissait.

Observation II.

Fièvre puerpérale occasionnée par l'extraction de l'arrière-faix et suivie d'une suppuration mortelle de l'ovaire (Observ. du docteur Vieuxseux.) (1)

Une dame, âgée de vingt ans, accoucha de son premier enfant le 7 janvier 1780. L'accouchement fut difficile et laborieux, et peu de temps après la sortie de l'enfant, l'accoucheur fit l'extraction de l'arrière-faix, et le tira par morceaux. L'accouchée souffrit beaucoup et se plaignit constamment les jours suivants d'une douleur dans le côté droit et inférieur du ventre, à l'endroit où elle disait avoir senti la main du chirurgien.

Ensuite elle se plaignit d'un point de côté accompagné de toux et de fièvre. Elle fut alors saignée, ce qui diminua la fièvre et dissipia la douleur de côté.

Le 12 janvier, la fièvre augmenta beauboup; la douleur, qui n'avait jamais cessé dans l'endroit marqué, devint générale dans tout le ventre.

Je vis la malade pour la première fois dans la nuit du 12 au 13. Le pouls plein, fort et dur, battait au-delà de cent trente fois par minute. J'ordonnai une saignée sur le moment: il était trois heures du matin. On en fit deux autres dans le jour. La saignée fut répétée les deux ou trois jours suivants, en sorte qu'en comptant une saignée faite pendant le travail d'enfant, elle fut saignée abondamment sept ou huit fois, en un mot, autant

1 Delaroche.

qu'elle put le supporter, sans que la fièvre diminuât beaucoup. Mais la grande diminution de la partie rouge dans le sang tiré, la faiblesse de la malade, et des mouvements spasmodiques assez alarmans, empêchèrent de saigner davantage. La douleur générale et la tension du ventre cessèrent, mais l'endroit affecté dès le commencement continua à être douloureux au toucher, et l'on y sentait toujours une dureté. Enfin, au moyen d'un usage suivi du nitre, du camphre, des laxatifs, du quinquina, etc., la fièvre diminua, et la malade était assez bien; elle reprit même des forces et de l'appétit : mais la fièvre ne cessa point, et le pouls, quoique peu élevé, n'était jamais au-dessous de cent vingt, le plus souvent il était à cent trente et au-delà. Les lochies avaient eu leur cours ordinaire. Peu-à-peu la dureté et la douleur s'accrurent, et l'on sentit manifestement au côté droit inférieur du ventre une tumeur semblable à la tête d'un enfant; la fièvre augmenta constamment, les sueurs, les angoisses, les douleurs, l'insomnie, affaiblirent et épuisèrent la malade. En vain l'on employa un grand nombre de remèdes, tant intérieurement qu'extérieurement, il survint les derniers jours des symptômes de tétonas de la mâchoire, et elle mourut neuf semaines après l'accouchement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la matrice parfaitement saine et réduite à son volume ordinaire; mais il y avait à la partie droite inférieure du bas-ventre une tumeur de forme irrégulièrement sphérique, remplissant presque tout l'espace entre les os des îles et le pubis. Cette tumeur était composée des membranes de l'omentum et du péritoine, et de différentes parties des intestins qui paraissaient avoir été attirées comme par force dans cet endroit, de sorte que la partie du colon qui aurait dû être située sous le ventricule, formant un angle extrêmement aigu, était descendue jusqu'à la tumeur, et y avait contracté une adhérence. Toutes ces parties étaient tellement collées les unes aux autres, qu'on ne pouvait les séparer qu'en les déchirant. Les différentes cellules qui formaient la tumeur étaient pleines de pus contenu dans des membranes durcies et épaissees, mais qui avaient souffert en quelques endroits une corrosion telle, qu'en peu de temps les muscles du bas-ventre ou les intestins auraient été percés. Ces cellules ne communiquaient pas entre elles. Au milieu de la tumeur on remarquait une tumeur particulière, de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée par l'ovaire, considérablement durci et augmenté dans son volume, contenant aussi du pus. Le reste du corps était sain.

Observation LI.

Péritonite puerpérale, abcès ovarien ; mort.

Isménie Blanchet, vingt-deux ans, domestique, primipare, accouchée le 15 mars, sortit de la Maternité cinq jours après son accouchement. Il régnait dans cet hôpital une épidémie de lymphite et de phlébite puerpérales. — Elle souffrait déjà du ventre et de la poitrine, avait continuellement la fièvre sans frissons, de la dyspnée. Elle resta vingt-deux jours chez elle, dans la même position, et se décida à entrer à l'hôpital, le 12 avril. Elle était haletante; très anxieuse; corps généralement œdématisé; ventre gros, peu douloureux. La respiration haute et fréquente s'accompagnait d'un peu de râle sibulant; pouls à 84; pas de lochies; la sécrétion du lait a beaucoup diminué. (Une saignée), la bouffissure est moindre; la dyspnée aussi; l'appétit revient.

On la trouve un matin toute décolorée, respirant à peine, dans un état d'orthopnée extrême; pouls misérable, très irrégulier; douleur très vive du ventre qui est fort gonflé et rempli de liquide.

On prescrit des frictions sur l'abdomen avec de l'onguent napolitain, et l'on fait prendre 30 grains de poudre d'ipécacuanha.

Le lendemain, amélioration considérable; plus de dyspnée; douleur moindre; le ventre seul reste gonflé; cette femme demande des alimens. On continue les frictions; deux jours après, une nouvelle dose d'ipécacuanha.

22 avril. Les accidens reparaissent très violents après une émotion morale vive, puis se dissipent pour reparaitre avec une sorte d'intermittence, à un jour d'intervalle. Il arrive même plus d'une fois, que ces accidens, revenus le soir, n'existent plus le lendemain matin. On continue les frictions.

Le 30, face bouffie, légèrement violacée, lèvres décolorées, dyspnée; toux fréquente.

Le soir, la malade se levait sur son séant, puis se laissait tomber sur son lit; elle étendait les bras de tous côtés pour donner des points d'appui à ses muscles respirateurs.

On applique deux synapismes aux jambes qui dissipent ces phénomènes.

1^{er} mai. La nuit, quoique fort agitée, a été plus calme que la soirée; ce matin la dyspnée est encore assez forte, mais n'approche pas de ce qu'elle était hier; face pâle, violacée; extrémités froides; pouls irrégulier, petit, 150; vomissements cette nuit, diarrhée.

2. Agitation et cris durant toute la nuit; dyspnée extrême,

face anxieuse, livide, refroidie ; extrémités froides, pouls irrégulier, vomissements, diarrhée.

Le 3. Mort à deux heures.

Autopsie. L'abdomen est énormément distendu par les intestins remplis de gaz, et par le foie, qui a le double de son volume. Le diaphragme est considérablement refoulé en haut, de telle sorte que les cavités thoraciques ont perdu un tiers de leur hauteur.

La cavité abdominale est remplie de pus et de flocons albumineux jaune-verdâtres. Le péritoine est enflammé partout ; on y observe de la rougeur, une arborisation vasculaire très riche et des fausses membranes.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles, et avec le mésentère : il en résulte des cavités circonscrites qui sont remplies de pus et qui paraissent plus altérées.

A la partie inférieure de l'abdomen, dans le petit bassin, se remarquent les altérations suivantes. A droite, sur la crête du détroit inférieur, existe une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, et un gonflement énorme de celui qui est placé entre les feuillets du ligament large. Cette dernière partie est couverte de fausses membranes verdâtres, purulentes, et adhère au muscle psoas.

L'utérus n'a pas encore repris son volume. L'ovaire gauche est sain. L'ovaire droit est mou, fluctuant, très volumineux, et aussi gros qu'un œuf de poule. Tout son tissu est fondu en un liquide épais, crémeux, verdâtre, en un mot, converti en pus. Il ne reste plus que la coque fibreuse.

Observation LIX.

Aménorrhée ; abcès des trompes et des ovaires (1).

D..., trente-sept ans, mère de trois enfans, dont le dernier a dix-sept ans, fraîche et grasse, bien réglée, excepté depuis cinq à six mois, malade depuis trois environ, sans cause connue, entre à la Charité le 2 septembre 1828.

Elle a eu de la constipation, plus tard une douleur dans le côté droit du ventre, et par moment des élancemens le long de la cuisse du même côté. Lorsque la constipation durait quelques jours, il survenait des vomissements et des coliques qui ne se terminaient que par des évacuations alvines. Dans le mois d'août, la douleur changea subitement de côté, se fit sentir dans le flanc gauche, où se forma une tumeur accompagnée d'un engourdissement douloureux de la cuisse du même côté, profonde, sensible au plus léger contact, et d'une étendue à-

¹ Andral.

peu-près égale à celle de la paume de la main. La jambe était faible, surtout dans la progression.

M. Andral diagnostiqua une tumeur de l'ovaire. La malade fut soumise les 3, 4 et 5 septembre, à l'application d'une vingtaine de sangsues (cataplasmes : orge, miel ; deux bouillons). La malade eut ses règles le 6 et le 7 septembre. Pendant la durée de cette évacuation, la constipation cessa, et les vomissements disparurent.

Peu à peu les symptômes s'aggravèrent : l'ancienne douleur de la cuisse droite se reproduisit ; diarrhée ; mort le 9, au milieu de coliques très vives, sans délire.

Autopsie. On trouva dans l'abdomen un épanchement séropurulent considérable, mêlé de flocons albumineux.

Sur le côté de l'utérus, on apercevait une tumeur qui adhérait entièrement au rectum : celui-ci offrit une perforation circulaire, capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume, et par laquelle il communiquait avec la tumeur indiquée. En comprimant légèrement cette dernière, le liquide purulent qu'elle contenait passa sur-le-champ dans la cavité intestinale. On enleva la pièce, et l'on reconnut que la tumeur ouverte dans le rectum, et située sur le côté gauche de la matrice, qui offrait à son sommet la partie interne de la trompe gauche, n'était autre que cette trompe elle-même, considérablement dilatée, enflammée et suppurée.

Enfin, derrière ce vaste foyer, on retrouva une tumeur moins considérable, du volume d'une noix, à parois manifestement fibreuses, de la couleur et de l'aspect que l'on connaît à l'ovaire : à l'ouverture, il s'en écoulait un pus de bonne nature.

A droite, il existait une disposition en quelque sorte inverse : la trompe était, comme à gauche, enflammée et suppurée, comme à gauche, elle s'élargissait progressivement de l'utérus vers son pavillon, et là, il y avait, comme à gauche encore, une collection purulente assez considérable ; mais ici c'était l'ovaire qui était le plus profondément affecté ; c'était lui, et non pas la trompe qui formait tumeur. Celle-ci, renfermée tout entière dans le bassin, avait le volume d'un œuf de poule ; elle était pleine d'un pus verdâtre, sans odeur, homogène et un peu épais.

Observation LIII.

Abcès de l'ovaire communiquant avec le cæcum par l'appendice vermiciforme. (Patterson. Gaz. des Hôpital. 1839, page 570).

Une négresse, âgée de 20 ans, est entrée à l'hôpital pour être traitée d'un prolapsus utérin. Elle n'a jamais été enceinte et ses règles ont toujours bien coulé. Son prolapsus s'est déclaré

subitement, il y a un an, à la suite d'un effort. Dès-lors, elle a éprouvé des douleurs aux reins et aux côtés, une leucorrhée abondante et de la chaleur dans l'émission des urines. L'utérus est sensible au toucher, et les efforts de réduction produisent la sensation d'une masse pesante, et occasionnent des douleurs vives au dos et à l'hypogastre. M. Patterson n'insiste point sur la réduction, il se contente de prescrire le repos au lit, des ventouses aux lombes, des remèdes laxatifs et des lotions saturninées.

Peu de temps après, l'utérus prolapsé a commencé à s'excirer et à éprouver des douleurs. On a essayé de nouveau la réduction, et l'on a réussi cette fois. Les chaleurs et les douleurs locales ont diminué, mais les autres symptômes ont persisté.

Le 11 août, la malade est saisie subitement de douleurs intenses dans l'abdomen, et meurt le lendemain.

A l'autopsie, neuf heures après la mort, on trouve dans la cavité abdominale une quantité considérable de liquide purulent. Le péritoine est très injecté dans les régions inférieures. Les trompes de Fallope et les ovaires sont d'un rouge pourpre très foncé et très volumineux. Les ovaires ont chacun le volume d'une orange. Le gros intestin adhère aux ovaires sur différents points. On y voit des hydatides de différent volume. L'appendice vermiforme adhère fortement à l'ovaire droit; son extrémité s'ouvre dans un foyer purulent; une sonde, introduite dans cette ouverture, passe directement dans le sac du cœcum. La membrane muquineuse de l'appendice offre plusieurs ulcérations, et l'on peut tracer parfaitement celle qui répond à l'ouverture accidentelle. L'ovaire était converti en un abcès; sa structure primitive avait complètement disparu. Son intérieur est rouge et noir. Le pus qui y est contenu est rougeâtre. L'ovaire gauche s'offre à-peu-près dans les mêmes conditions. L'utérus est sain.

Observation LIV.

Fonte purulente tuberculeuse des ovaires (Bulletin de la Société anatomique. — 1835) (1).

M. Nivet présenta, en 1835, à la société anatomique, un cas d'envasissement des trompes et des ovaires par de la matière tuberculeuse chez une jeune fille de vingt ans, affectée d'aménorrhée, de toux habituelle, et de diarrhée avec fièvre continue. Les trompes étaient considérablement dilatées par le produit anormal. Il y avait des tubercules miliaires dans les

(1) Bulletin de la Société anat. 1835.

deux poumons. D'autres se voyaient dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la face convexe du foie.

Plus tard, l'auteur de cette communication, put observer un fait qui était le complément, ou mieux, comme le second degré du précédent.

Observation LV.

Abcès de la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'aux lombes du même côté ; ouvert par la potasse caustique et le bistouri ; guérison. (1)

Madame Nicollot, eut un accouchement laborieux, terminé avec le forceps. Dès le lendemain, il se manifesta une fièvre très intense avec météorisme de tout le ventre. La fluxion laiteuse des seins n'eut pas lieu ; les lochies furent très irrégulières. Je fus appelé le vingtième jour en consultation, et je reconnus tous les symptômes d'une fièvre lente hectique, occasionnée par un dépôt dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusque dans la région lombaire, avec engorgement des glandes de laine et de l'extrémité inférieure de ce côté : la fluctuation était prononcée principalement du côté de la région des lombes. Au bout de deux jours, la saillie formée par le pus dans la région lombaire augmenta sensiblement, la fluctuation y devint plus évidente. Application d'une traînée de dissolution de potasse caustique. Le lendemain nous incisâmes l'escharre, et portant le bistouri un peu au-dessous de la profondeur, nous parvinmes au foyer purulent. Il s'en écoula aussitôt un litre de pus, ce qui diminua presque immédiatement la tumeur de la fosse iliaque. La malade fut sensiblement soulagée. Le pus coula pendant plusieurs jours avec abondance, mais il diminua par gradation ainsi que la fièvre. Bientôt l'appétit revint, les forces et l'embonpoint se rétablirent, et le soixantième jour l'ulcère était cicatrisé ; les glandes de laine gauche, l'extrémité correspondante étaient dégorgées, et madame Nicollot ne tarda pas à recouvrer une bonne santé.

Observation LXI.

Dépôt, suite de couches ; ouverture artificielle par la région lombaire ; guérison (2).

En 1781, une nourrice de l'hospice de Vaugirard, âgée de dix-huit à dix-neuf ans, éprouva, le dixième jour de sa couche,

(1) Martin.

(2) Doublet. *Recherches sur la fièvre puerpérale.*

une suppression du lait, qui s'était porté jusqu'alors à ses mamelles, et fut saisie d'une fièvre puerpérale qui, n'ayant pu se guérir dans les premiers jours par résolution, fut terminée par une tumeur considérable, avec fluctuation dans la région iliaque droite. Au bout d'un mois, cette tumeur était à moitié dissipée ; l'humeur laitense résorbée s'était portée à la peau, sous la forme d'une éruption miliaire ; les urines étaient blanches, et annonçaient qu'une partie de cette humeur se détournait par cette voie. Une nouvelle imprudence arrêta ce mouvement critique : la tumeur augmenta de nouveau ; son volume étant devenu beaucoup plus considérable qu'auparavant, elle fut ouverte, trois mois après la couche, dans la région lombaire, ce qui donna issue à une quantité considérable de pus laiteux ; cette opération sauva la vie à la malade, mais la guérison ne fut pas prompte. Un mois après l'opération, cette femme était encore, en apparence, au dernier degré de la fièvre lente et du marasme : peu à peu les forces se sont ranimées, le foyer s'est dégorgé, et la fièvre a diminué de jour en jour. Au bout de deux mois la malade se levait, mais la cuisse et la jambe du côté affecté étaient dans une sorte de paralysie qui s'est dissipée en peu de temps. Il est bon d'observer que les urines ont toujours été laiteuses, qu'elles le sont devenues davantage à l'époque où la maladie a pris une marche favorable, et qu'il s'y est joint plusieurs fois une éruption de boutons rouges et farineux.

Ensuite, lorsque l'ovaire fut enlevé, il fut trouvé que la cavité abdominale contenait un liquide clair et transparent, et que l'ovaire, qui avait été enlevé, était dans un état de nécrose complète. L'ovaire fut alors placé dans une solution de chlorure de fer, et fut conservé dans cette solution pendant plusieurs semaines. Ensuite, lorsque l'ovaire fut enlevé, il fut trouvé que la cavité abdominale contenait un liquide clair et transparent, et que l'ovaire, qui avait été enlevé, était dans un état de nécrose complète. L'ovaire fut alors placé dans une solution de chlorure de fer, et fut conservé dans cette solution pendant plusieurs semaines.

Opérations XXI.

Ensuite, lorsque l'ovaire fut enlevé, il fut trouvé que la cavité abdominale contenait un liquide clair et transparent, et que l'ovaire, qui avait été enlevé, était dans un état de nécrose complète. L'ovaire fut alors placé dans une solution de chlorure de fer, et fut conservé dans cette solution pendant plusieurs semaines.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET COMP.,
rue Garancière, n° 5, derrière St.-Sulpice.