

couches de parties molles; la matrice est ouverte à l'endroit où les vaisseaux sont le plus volumineux.

Aussi préfère-t-on généralement l'incision médiane ou très-légerement latérale. En la pratiquant le plus haut possible, on obtient presque tous les avantages de la méthode de Lauverjat.

Pillore, médecin en chef des salles d'accouchement à l'Hôtel-Dieu de Rouen, faisait une suture utéro-abdominale afin de maintenir le parallélisme des ouvertures béantes de l'utérus et de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, dont la partie supérieure était complètement réunie. Le but de ce pansement était de prévenir l'épanchement dans l'abdomen des liquides utérins (sang, lochies, pus) et les accidents qui en résultent.

Le docteur Lestocquoy (d'Arras) a mis ce procédé en usage en le modifiant de la manière suivante. Après l'ouverture des parois abdominales et de l'utérus, et avant d'ouvrir l'œuf, il a cousu de chaque côté la lèvre de la plaie utérine à la lèvre de la plaie des parois abdominales, appliquant ainsi le péritoine viscéral et le péritoine pariétal l'un contre l'autre, de façon à empêcher, pendant l'opération, tout épanchement de sang et de liquide amniotique, et, plus tard, des liquides utérins. Il réunit la plaie dans toute sa hauteur et assura l'écoulement lochial au moyen d'une canule placée à demeure dans le col utérin. Son élève, M. Dussart (*Thèse de Paris*, 1867), propose d'adosser la séreuse utérine à elle-même, et de réunir la plaie des parois abdominales par une suture viscéro-pariétale, c'est-à-dire comprenant en même temps l'utérus et la paroi abdominale, afin d'éviter plus sûrement les épanchements consécutifs.

M. le professeur Stoltz n'admet la suture de l'utérus que pour les cas où cet organe est sans tendance à la rétraction; il n'emploie la sonde utérine que de temps en temps pour désobstruer le col.

M. le docteur Lebleu (de Dunkerque) recommande d'opérer dès le commencement du travail, et de pratiquer une incision extérieure moins étendue qu'on ne la fait ordinairement.

Si l'hystérotomie ne réussit jamais à Paris, où on devrait renoncer à l'entreprendre, on en compte partout ailleurs de nombreux succès: à Strasbourg, M. Stoltz a sauvé quatre malades sur six; MM. Bach et Held ont guéri leurs opérées. Il ne faut pas oublier qu'une première hystérotomie diminue beaucoup les dangers de la suivante, en raison des adhérences qui s'établissent entre l'utérus et les parois de l'abdomen.

Le danger des statistiques brutes, sans les distinctions multiples indispensables pour arriver à des termes comparables, est ici de toute évidence. Si l'on additionne les revers constants de Paris avec les réussites de la province, et qu'on en tire une moyenne de mor-

talité, les résultats sont faussés et les hommes de l'art induits en erreur, puisqu'on leur signale, pour un lieu donné, des chances complètement erronées.

Nous exposerons au chapitre de l'ovariotomie les détails relatifs à la suture et au pansement.

OVAIRES.

Hernies. Les *hernies de l'ovaire*, aussi nommées *ovarioncies*, constituent une affection assez rare. On les a divisées en *inguinale*, *crurale*, *ischiatique*, *ombilicale*, *ventrale* et *vaginale*. Lorsque l'ovaire hernié est sain, il forme une tumeur de la forme et du volume d'un petit œuf de pigeon, circonscrite, et toujours sensible à la pression. La malade éprouve des tiraillements à la région hypogastrique. Enfin Lassus a donné un signe assez important: il conseille de ramener vers le centre du bassin le col de l'utérus, s'il est dévié; et s'il ne l'est pas, de l'incliner vers l'endroit où a lieu la hernie. Ces mouvements augmentent ou font naître des douleurs rapportées par les malades à la tumeur.

L'ovaire peut avoir éprouvé des modifications nombreuses de forme, de volume et de consistance.

Appelé pour une hernie de ce genre, le chirurgien appliquera en général les règles du traitement des hernies intestinales.

Son premier soin sera de tenter la réduction, qui s'exécute suivant les principes ordinaires. S'il survient des signes d'étranglement, ce seront encore les moyens conseillés contre les hernies intestinales étranglées qu'il faudra mettre en usage. Si la réduction ne peut s'obtenir, on procédera à l'opération comme pour une épiplocèle.

L'organe mis à découvert est-il sain, on le replace dans l'abdomen; est-il irréductible par suite d'adhérences anciennes, on débride l'anneau et l'on panse à plat en exerçant une douce compression pour en favoriser la réduction; l'ovaire est-il altéré et dégénéré, on en fait l'ablation plutôt que la ligature. Cette dernière, employée par Lassus, déterminait des accidents assez graves. On a cité à la Société de chirurgie l'exemple d'un ovaire hernié, pris pour une tumeur bénigne, et enlevé: la malade succomba.

KYSTES DE L'OVAIRE.

Les *kystes de l'ovaire*, dont le volume, la forme, la consistance et la structure sont extrêmement variés, peuvent se rapporter à deux classes: les kystes dits *pileux* et les kystes *hydropiques* (hy-

dropisie enkystée). Les premiers contiennent avec de la graisse, des poils, des dents, des fragments d'os, ou des portions de tissu musculaire ou cutané.

Les seconds, dont le point de départ semble devoir être placé dans une ou plusieurs des vésicules de l'ovaire, ont des dimensions, des parois et un contenu liquide très-divers. Le diagnostic, souvent difficile, est éclairé par la percussion et l'auscultation : l'état d'intégrité du col de l'utérus en est un des éléments. Ce sont ces derniers kystes que l'on a étudiés sous le nom actuellement adopté de *tumeurs de l'ovaire*.

Aucun traitement par les sudorifiques, les mercuriaux, les purgatifs, les diurétiques etc. n'a fourni de succès avéré. La chirurgie seule peut guérir les malades, mais ses opérations, toujours dangereuses, sont encore fréquemment mortelles.

Cure palliative. La ponction s'exécute sur deux points différents :

1° Par la paroi abdominale sur la partie antérieure la plus saillante de la tumeur ;

2° Par le vagin, pour mieux favoriser l'écoulement du liquide.

Cure radicale. La ponction a été combinée avec la compression, les injections iodées, l'introduction d'une sonde à demeure. Nous n'insisterons pas sur le manuel de ces procédés, qui n'offrent rien de particulier ni de difficile au point de vue opératoire.

Les injections iodées ont donné de beaux succès, contre-balançés par de nombreux revers, dépendant de fâcheuses conditions opératoires.

L'incision proposée par Ledran, de Laporte et Morand, pour les cas où le liquide est épais ou la tumeur cloisonnée, se pratique au moyen d'une plaie verticale sur la ligne blanche ou en dehors du muscle droit. Le kyste est fendu, ses cloisons détruites, et on laisse une mèche dans l'intérieur de la tumeur.

L'ouverture du kyste par l'application répétée, dans une incision préalable des parois abdominales, de bandelettes de caustique de Canquoin, a réussi entre les mains de M. Demarquay et entre celles de M. Jouon (de Nantes).

Extirpation. Historique. Il y a plus d'un siècle que l'idée d'enlever l'ovaire ou un kyste ovarique a été agitée par les chirurgiens. L'opération paraît avoir été faite pour la première fois avec succès en 1781, sur une jeune femme de vingt-deux ans, par Laumonier, de Rouen (*Hist. de la Société royale de médecine*, 1792).

En Amérique, M. Dowel, de Dauville (Kentucky), extirpa l'ovaire, en 1809, chez une dame Crawford, qui vivait encore en 1845 : il pratiqua, dit-on, treize opérations de ce genre, et obtint huit succès.

En Angleterre, Lizars (d'Édimbourg), en 1823, entreprit la gastrotomie pour enlever l'ovaire sur une femme de vingt-sept ans, chez laquelle il ne rencontra pas la tumeur qu'il avait cru diagnostiquer : trois autres opérations qu'il fit dans le même but furent laissées inachevées ; de ses quatre malades, une seule succomba. Depuis 1840, et surtout depuis 1858, l'ovariotomie, c'est le nom qu'a reçu cette opération, fut pratiquée un grand nombre de fois en Amérique et en Angleterre, notamment par MM. Atlee, Peaslee, Clay, Bird, Backer-Brown, Spencer-Wells etc. En Allemagne, Chrysmar, d'Isny (Wurtemberg), extirpa l'ovaire, en 1819, et répéta deux fois cette opération en 1820 : une seule de ses trois malades guérit. L'insuccès de Dieffenbach (1826), les résultats fâcheux des opérations faites par Langenbeck (1852), Heyfelder, Siebold, Kiwisch et quelques autres chirurgiens amenèrent la désuétude de l'ovariotomie dans la chirurgie d'outre-Rhin.

En France, la proposition émise par de Laporte et soutenue par Morand devant l'Académie royale de chirurgie (1753), le fait de Laumonier (1781), l'ouvrage de Chambon (*Maladies des femmes ; extirpation de l'ovaire*, chap. XXXIX, Paris 1798), les indications opératoires posées par Velpeau (*Traité de médecine opératoire*, t. IV), les observations publiées en Amérique et en Angleterre n'avaient pas fait sortir les chirurgiens de leur réserve à l'endroit de l'ovariotomie lorsque, dans la même année, en 1844, M. Woyerkowsky, de Quingey (Doubs), et M. le professeur Rigaud (de Strasbourg) pratiquèrent cette opération, et furent imités par MM. Vaulleuard, de Condé-sur-Noireau (Calvados), en 1847, Maisonneuve, en 1849, Bach (de Strasbourg), en 1852. De ces tentatives, deux seulement avaient réussi ; aussi l'Académie de médecine, dans ses discussions sur les kystes de l'ovaire, en 1856-1857, repoussa-t-elle sévèrement l'extirpation de cet organe, malgré les protestations énergiques de l'honorable Cazeaux. Cependant les chirurgiens restaient préoccupés des résultats heureux donnés à l'étranger par l'ovariotomie ; quelques-uns même la pratiquaient, sans succès il est vrai, quand parut un mémoire de M. le docteur Jules Worms (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1860), dans lequel, après un examen rigoureux des opérations faites en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, ce médecin arrivait à conclure que l'ovariotomie *sauverait sans nul doute un jour aussi dans notre pays quelques existences*. L'influence du mémoire de M. Worms sur les esprits ne saurait être niée : les opérations d'ovariotomie se multiplièrent, des succès vinrent raffermir la confiance ébranlée des chirurgiens, et l'Académie de médecine, par un retour d'opinion bien inspiré, applaudit aux travaux de M. Kœberlé