

gles d'argent et de quelques bandelettes agglutinatives, les bords de la solution de continuité des parois abdominales furent rapprochées étroitement : on laissa le sac tomber, et en quelques jours la guérison fut complète.»

(*Oeuvres chir.*, trad. de M. Chassaignac et Richelot.)

On se demande cependant avec raison, de nos jours, à quoi sert cette opération douloureuse alors qu'il est prouvé que la seule compression suffit pour procurer une guérison aussi ou plus radicale encore?

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 79.)

170. *Plusieurs cas remarquables de placente*; par M. GHERSI.

Premier fait. — (Gangrène du placenta.) Francesca Marocca, vingt-six ans, grêle, tempérament sanguin, était habituellement sujette à des irritations gastro-entériques qui occasionnaient parfois des dérangements dans les fonctions de l'utérus. A l'âge de vingt-quatre ans elle se maria; deux mois après elle éprouve une métrorrhagie qui dure deux jours, avec douleur aux reins, et qui est suivie de l'expulsion d'un fœtus de quarante jours. L'année suivante elle redevient enceinte et continue à se bien porter jusqu'au quatrième mois, lorsqu'elle est prise (25 février 1839) de douleurs aux lombes et à la région sus-pubienne, et bientôt après de métrorrhagie. Six jours se passent dans cet état, et l'on ne fait pour tout remède que d'appliquer un emplâtre aux lombes, d'après le conseil d'une sage-femme. Les symptômes augmentant, on appelle le docteur Manca, qui trouve l'état suivant :

Céphalalgie gravative, langue un peu sèche, soif, lassitude générale; pouls plein et vibrant, douleur gravative à la région pubienne; métrorrhagie d'intensité variable dans les différentes heures de la journée. On prescrit saignée du bras, diète sévère, boissons acidulées, repos absolu. La métrorrhagie et les autres symptômes se sont dissipés dans l'espace de quatre jours.

Dix jours plus tard (17 mars), les douleurs lombaires et publiennes reparaissent et se continuent pendant dix jours, puis elles augmentent et déterminent de nouvelles hémorrhagies. C'est alors que M. Ghersi a été appelé. Il pratique une petite saignée du bras, mais la métrorrhagie augmente considérablement; le sang se précipite par torrent de la matrice à mesure qu'on laisse couler le liquide de la veine du bras. On ferme celle-ci, et l'hémorrhagie utérine diminue, mais elle reparait par intervalle jusqu'au soir, 28 mars.

Alors les douleurs lombaires et publiennes deviennent de plus en plus fortes, et la métrorrhagie plus abondante encore. On applique sur la région hypogastrique des compresses trempées dans de l'eau

froide vinaigrée, mais l'hémorrhagie paraît augmenter sous leur influence, ce qui étonne beaucoup le médecin. On substitue les boissons chaudes aux boissons froides. Les mouvements du fœtus sont sensibles à la mère et à la main des assistants; l'auscultation fait d'ailleurs sentir les battements du cœur. On présume que l'hémorrhagie a sa source dans une maladie du placenta. On prescrit pendant plusieurs jours, mais sans avantage, des pilules d'alun, opium et cathechu.

Le 31, l'hémorrhagie devient plus abondante; vertiges, tintements dans les oreilles, vue trouble, pouls petit et fréquent, respiration anxieuse. Ces phénomènes sont attribués à la vapeur de charbon émanant d'un fourneau allumé dans la chambre de la malade. On remédie à cet état; l'hémorrhagie continue; l'avortement paraît imminent. Application d'un sinapisme entre les épaules : l'écoulement sanguin s'arrête pendant dix-huit heures.

L'examen du linge qui avait reçu le sang fait reconnaître au milieu des caillots, plusieurs fragments de placenta gangrenés, au nombre de quatre ou cinq. La métrorrhagie reparait et continue.

Le 8 avril au soir, les douleurs hypogastriques et lombaires recommencent, les mouvements du fœtus deviennent très-fréquents; écoulement des eaux de l'aminos. On prescrit de l'eau de canelle; les douleurs s'apaisent : vésicatoire à l'hypogastre; syncope. On tamponne le vagin. L'hémorrhagie offre des alternatives; la malade est très-faible.

Le 22, l'avortement s'accomplit sans beaucoup de douleurs; le fœtus est mort-né, très-pâle, très-grêle. Le placenta ne sortant pas, on fait des tractions ménagées sur le cordon, mais inutilement; on tire davantage et il se casse. La mère est très-faible. On abandonne le tout à la nature jusqu'à la soirée du 24. Alors on veut essayer l'extraction du placenta, mais la malade éprouve une telle agitation qu'il n'est pas possible d'en venir à bout. Dans ces entrefaites, l'utérus s'est contracté et a expulsé le placenta, conjointement avec des fragments gangrenés de ce même corps et des caillots sanguins.

Le placenta, examiné attentivement en présence du docteur Cannas, a paru sain dans une moitié; dans l'autre il était tout à fait détruit dans une partie de sa substance, et cette partie était précisément celle qui avait été expulsée par fragments; le reste était d'une couleur cendrée obscure, sans apparence de cotylédons, très-fétide, à l'état pultacé et tombant en lambeaux à la plus légère traction.

«Pouvait-on, dit l'auteur, prévenir la gangrène du placenta dans ce cas? Nul doute si la malade se fût fait soigner à temps. Remarquez, en effet, ce qui s'est passé après la première métrorrhagie qui a duré dix jours et qui fut arrêtée à l'aide de la saignée. La femme se porta bien pendant dix jours, puis des douleurs aux lombes et derrière le pubis se manifestèrent qui furent complètement négligées, la malade se livrant d'ailleurs à des travaux pénibles et à des influences qui favorisaient singulièrement le travail morbide. Une seconde métrorrhagie se manifesta, laquelle prit le caractère intermittent, et il eût été facile alors de diagnostiquer la gangrène placentaire par l'écoulement noirâtre et fétide qui avait lieu par le vagin dans les intermittences des hémorrhagies.

Je suis convaincu qu'on aurait prévenu ou arrêté les progrès d'un pareil désordre si la femme eût été soumise dès l'apparition de la seconde hémorrhagie à l'usage du seigle ergoté.»

— Les données thérapeutiques posées par l'auteur dans ce fait, ne sont point en opposition avec les idées reçues sur la vertu antihémorrhagique du seigle ergoté; mais, d'une part, pouvait-on savoir au juste à quelle espèce de lésion on avait affaire, d'après les symptômes ci-dessus; de l'autre, l'état de désorganisation du placenta est-il réellement le résultat d'un travail phlogistique pour pouvoir être combattu à l'aide du remède en question, que l'école italienne a rangé au nombre des hyposthénisants? La science n'est pas encore, à ce que nous croyons, assez avancée sur ces matières pour pouvoir établir *a priori* un diagnostic avec toute l'assurance que paraît avoir M. Ghersi.

Deuxième fait. (Placentite.) Une femme, âgée de trente ans, robuste, mère de trois enfants, enceinte pour la quatrième fois, était arrivée heureusement au cinquième mois de sa grossesse, lorsqu'elle a été saisie de douleurs aux lombes et à la région pubienne, puis de pertes sanguines. Une saignée a arrêté l'hémorrhagie pendant dix jours; mais elle a reparu au bout de ce temps, pour disparaître encore sous l'influence du même moyen. Le même phénomène s'est reproduit plusieurs fois tous les dix ou quinze jours. La femme est en attendant arrivée au terme de la grossesse, et est accouchée d'un enfant vivant qui est mort le cinquième jour.

Le placenta offrait des marques non équivoques de phlogose ancienne; il était couvert de lymphes plastique sur sa face postérieure; cette matière avait amalgamé ensemble et confondu les cotylédons dans un tiers de sa largeur.

Troisième fait. (Idem.) Une femme enceinte, âgée de vingt-trois ans, entra à l'hôpital le 29 août 1839, pour être traitée d'une syphilis confirmée; elle offrait en même temps des douleurs aux régions lombaire et hypogastrique, et de la fièvre à type intermittent. J'ai diagnostiqué une placentite sourde suppurante et un avortement prochain, ce qui n'a pas manqué d'avoir lieu le 10 octobre, au septième mois de la grossesse. L'enfant était grêle et de l'apparence d'un être décrépité; il est mort quelques jours après la naissance.

A l'examen, le placenta était manifestement ulcéré sur deux points de sa périphérie, dans la longueur d'un pouce et demi et dans la largeur d'un pouce. Au centre, la masse placentaire était convertie en tissu lardacé dans l'étendue d'un pouce et demi. Plusieurs points de suppuration existaient en même temps.

«A la suite de ces faits, j'aurais pensé avec Sympson, dit l'auteur, que les symptômes propres à la placentite sont des douleurs lombaires, publiennes et hypogastriques, si les deux observations suivantes n'étaient venues infirmer cette croyance.»

Quatrième fait. (Gangrène placentaire; nécropsie.) Une jeune dame, noble, de très-faible constitution, avait eu une grossesse très-pénible et un accouchement laborieux. Elle devient enceinte pour la seconde fois. Vers le septième mois, elle est menacée de métrorrhagie à la suite d'une courte pro-

TOME II. 4^e s.

menade; cette menace se reproduit souvent et s'accompagne de douleurs lombaires. La métrorrhagie s'arrête promptement sous l'influence d'une petite saignée du bras. Vers le huitième mois, la malade est réveillée d'une manière inattendue par une douleur intense, mais fugace, qui donne lieu à l'écoulement des eaux de l'amnios. Les choses ne vont pas plus loin. Un mois se passe dans cet état, et la femme arrive jusqu'au neuvième mois; alors une hémorrhagie se déclare, qui dure pendant huit jours; la vie de la femme est en grand danger: écoulement d'un liquide très-fétide par le vagin; ce canal est plein de caillots sanguins. Mort par hémorrhagie excessive.

A l'autopsie, on trouve l'orifice utérin très-dilaté; le fœtus est décoloré, exsangue; il présente l'épaule droite à l'orifice; les membranes amniotiques sont rompues. Le placenta est excessivement fétide; il adhère morbidement à l'utérus; sa substance est fort mince, ou des deux tiers moins épaisse qu'à l'ordinaire; sa couleur est noirâtre comme de la lie de vin; sa résistance est si faible qu'elle tombe en lambeaux sous la plus légère traction. Dans plusieurs endroits, sa substance est tout à fait pultacée.

Cinquième fait. (Adhérence du placenta à la tête de l'enfant.) Dans le cas suivant, la placentite s'est passée d'une manière tout à fait sourde. Une femme, âgée de trente-neuf ans, de tempérament lymphatique, mère de sept enfants, enceinte pour la huitième fois, éprouve, à la suite de quelques légères douleurs aux reins, et vers le troisième mois, une rupture à la poche des eaux de l'amnios. Deux heures après, des douleurs à l'utérus et un écoulement de sang par le vagin se manifestent; une heure et demie plus tard, elle accouche d'un fœtus enveloppé de ses membranes. A l'examen, on trouve que le placenta adhère tellement fortement à la tête de l'enfant qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans le déchirer. Il est incontestable, dit l'auteur, que cette adhérence aux téguments du crâne a été la conséquence d'une phlogose, et que cette phlogose a été elle-même la cause de l'avortement. Une métrorrhagie assez abondante, qui a duré quarante jours, a suivi l'avortement.

Il reste donc prouvé, selon lui, que la placentite peut exister quelquefois d'une manière latente jusqu'à l'époque de l'avortement. Dans quelques cas elle provoque une sorte de petite fièvre à type intermittent, c'est lorsque des points de suppuration s'établissent dans la substance placentaire. En général, cependant, il est toujours vrai de dire que des douleurs lombaires et hypogastriques, et des métrorrhagies intercurrentes en forment les caractères principaux.

(*Annali universali di medicina*, mai et juin 1840.)

171. *Quatre observations d'hémorrhagie utérine après l'accouchement, arrêtée par la compression de l'aorte abdominale*; par MM. les docteurs DUCHESNE-DUPARC, BRAIVE, LARBAUD et PAYEN, médecins à Paris.

Première observation. (M. DUCHESNE-DUPARC.)

Au mois de novembre 1855, époque où j'étais élève interne à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé pour une femme qui se trouvait dans la salle des femmes en couches, et qui, aussitôt après l'accouchement, fut prise d'une hémorrhagie considérable : voici dans quelles circonstances.

Après la naissance d'un enfant volumineux, l'expulsion du délivre ne fut suivie que d'une petite quantité de sang; trois quarts d'heure après, on vint me prévenir que l'accouchée avait une perte de sang. En effet, je la trouvai pâle, tremblante et baignée dans son sang : les matelas en étaient traversés, et de plus, on en voyait, sous le lit, une assez grande quantité. Le pouls était faible, et l'utérus à peine revenu sur lui-même.

Je fis aussitôt coucher la femme horizontalement, et j'employai les affusions d'eau froide, l'introduction de la main dans l'utérus, puis celle d'un citron dépouillé de son écorce. L'hémorrhagie ne cessa pas. Ce fut alors que je me rappelai la compression de l'aorte abdominale, conseillée par M. L. Baudelocque; je ne balançai pas à l'employer, et le résultat fut des plus rapides et des plus heureux. Dix minutes après, les accidents avaient disparu, et l'utérus était revenu sur lui-même. J'ai continué la compression de l'aorte pendant vingt minutes environ.

Je dois ajouter qu'aucun accident n'est survenu pendant les couches, mais que l'accouchée fut longtemps à reprendre ses forces.

Deuxième observation. (M. BRAIVE.)

Le 3 septembre 1856, une dame âgée de trente-quatre ans, grande, forte et bien constituée, accoucha naturellement après quelques heures de douleurs; vingt minutes environ après la naissance de l'enfant, quelques coliques eurent lieu, et le placenta entier fut chassé au dehors. Je crus, quelques instants après, sentir, malgré l'embonpoint de l'accouchée, l'utérus dur et contracté; je me disposais à faire porter l'accouchée dans son lit, lorsqu'elle me dit qu'elle se sentait défaillir. En effet, son visage était devenu pâle, son pouls vif et intermittent, sa peau froide et légèrement humide de sueur. Je palpai le ventre avec plus d'attention, et je reconnus facilement que l'utérus, mou et distendu, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Je me hâtai d'introduire la main dans la cavité de cet organe, et fis l'extraction d'une grande quantité de caillots. J'appliquai sur le ventre des serviettes imprégnées d'eau froide vinaigrée; j'administrai en deux doses très-rapprochées trente grains de seigle ergoté. Pendant quelques instants, l'utérus me sembla revenir sur lui-même, mais cet espoir fut de

courte durée, et, malgré la persévérance des moyens ci-dessus indiqués, l'utérus se remplit de nouveau, et les symptômes généraux (syncope, refroidissement des extrémités, petitesse et irrégularité du pouls) augmentèrent d'une manière effrayante : alors je fis demander mon confrère, M. le docteur Lesaulnier. Après l'avoir instruit des accidents qui étaient survenus et des moyens que j'avais employés, je fis de nouveau l'extraction de caillots; une main dans la cavité de l'utérus et l'autre sur les parois abdominales, je cherchai à exciter l'organe et à déterminer des contractions. M. Lesaulnier me proposa alors d'essayer la compression de l'aorte tout en continuant, l'usage des autres moyens. L'état de la malade ne nous laissait plus d'espoir, et nous l'avions dit à son mari. Nous éprouvâmes d'abord quelques difficultés à trouver l'aorte, à cause de l'épaisseur des parois abdominales; mais enfin nous parvîmes à la sentir bien distinctement. Pendant que M. Lesaulnier comprimait cette artère, j'explorai avec soin le pli de l'aîne de chaque côté, et ne découvris aucun battement des artères fémorales. Pendant la première heure, l'utérus n'augmenta pas bien certainement de volume, mais il formait toujours une tumeur molle et complètement insensible à des pressions énergiques. Nous continuâmes ainsi la compression de l'aorte pendant près de trois heures. Ce temps écoulé, l'utérus était devenu dur et sensible au palper à travers les parois du ventre. Je fis encore continuer pendant cinq ou six heures les applications froides. Vers minuit (l'accouchement avait eu lieu à une heure de l'après-midi), le visage se colora, le pouls, quoiqu'encore très-faible et mou, était devenu régulier, la température de la peau bonne; la faiblesse, suite de la perte de sang, se prolongea assez longtemps, et ne céda qu'à l'usage soutenu d'une nourriture fortifiante.

Troisième observation. (M. LARBAUD.)

Au mois d'août 1856, étant à ma campagne, dans le département de l'Allier, un cultivateur vint me prier de donner mes soins à sa femme, qui, dit-il, se mourait. Je me rendis immédiatement auprès d'elle : c'était une femme de quarante-cinq ans environ, d'une forte constitution. La perte de sang qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours, et qui provenait sans doute d'une fausse-couche, ne l'avait pas empêchée de se livrer aux travaux des champs; mais quand j'arrivai près d'elle, elle avait une perte de sang tellement copieuse, que le pouls était à peine sensible; ses lèvres étaient pâles, ses yeux caves; elle ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait; enfin elle présentait l'aspect d'un cadavre. Je me rappelai alors que M. L. Baudelocque avait, en pareil cas, employé la compression de l'aorte abdominale, je me décidai à l'opérer de suite. Un quart d'heure après la malade avait recouvré un peu de forces, et me dit qu'elle ne perdait presque plus de sang. Me trouvant alors malade et dans l'impossibilité de continuer la compression de l'aorte, je me fis suppléer par le mari de cette femme; mais la compression qu'il exerçait était douloureuse; alors je la fis de nouveau aussi long-

temps que cela me fut possible : elle dura deux heures. Trente heures après la malade eut quelques vomissements; mais, du reste, les suites de couches furent heureuses. Cette femme reprit ses travaux un mois après.

Je pense que cette malade aurait succombé si je n'avais appris que M. Baudelocque avait exercé avec succès la compression de l'aorte, dans des cas où la vie des femmes accouchées était en grand danger.

Quatrième observation. (M. PAYEN.)

Une dame primipare, de faible constitution, réglée tard, difficilement, et après l'usage des ferrugineux, ayant conservé une menstruation irrégulière, accoucha naturellement le 11 décembre 1858. La délivrance fut spontanée; peu d'instants après, hémorrhagie externe et interne, affaiblissement, position inclinée du siège vers les épaules, applications froides, introduction de la main pour déterminer les contractions utérines et enlever les caillots. L'inertie persiste, la perte continue, et de temps en temps l'utérus se contracte passagèrement, et lance un jet énorme; syncopes, pâleur extrême, pouls filiforme, tintements d'oreilles, etc. Compression de l'aorte environ un quart d'heure après le commencement de l'hémorrhagie; engourdissement des membres abdominaux, absence de pulsations aux artères crurales. Deux prises, de 12 grains chaque, de seigle ergoté. Après une demi-heure, le mari me remplace dans la compression; l'hémorrhagie reparait. Je comprime de nouveau, elle cesse pour reparaitre, lorsque le mari essaie encore de me suppléer. Enfin, après avoir comprimé trois heures, donné du bouillon et du vin à la malade, je cesse la compression, et j'applique sur l'utérus des serviettes ployées, soutenues par un bandage de corps très-serré; l'hémorrhagie ne se renouvelle pas.

Une heure après, M. L. Baudelocque voit l'accouchée; il est d'avis d'enlever l'appareil de compression, ce qui est fait; conseille de donner un lavement de bon vin : l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Les suites de couches ont été naturelles; cette dame est parfaitement rétablie.

(Gazette des Hôpitaux, n° 84.)

172. *Ménorrhagie combattue heureusement à l'aide de l'arsenic. Ptyalisme*; par M. JONES.

Une femme, âgée de quarante-six ans, petite, bien constituée, vit ses règles disparaître depuis plusieurs mois. M. Jones lui prescrit la formule suivante :

Pr. Liqueur arsenicale, 5 gros.
Esprit de lavande, 1 gros. M.

A prendre sept gouttes, trois fois par jour dans de l'eau.

Après un mois de l'usage de ce médicament, tous les symptômes d'une salivation abondante se sont manifestés, avec gonflement des gencives, fétidité de l'haleine, ulcérations dans la bouche et au gosier, absolument comme après l'usage du mercure. L'écoulement sanguin a décliné à compter du quinzième jour et a été remplacé par un liquide blanc qui a fini par disparaître complètement. On s'est assuré que la femme n'avait point pris de mercure. On a cessé le remède; la salivation a disparu. (London medical Gazette.)

—Dans l'état actuel des connaissances, une perte utérine chez une femme robuste ne peut être considérée que comme le résultat d'une hyperémie active ou d'une phlogose sourde, et ne saurait être combattue que par les remèdes antiphlogistiques. Depuis l'antiquité, on avait déjà expérimenté l'action salutaire de l'arsenic dans ces cas. Hippocrate le prescrivait en vapeur par le vagin. Cette pratique se trouve recommandée par Galien, par les médecins arabes et par la plupart des médecins hippocratistes des 16^e et 17^e siècles. On est allé plus loin, et l'on s'est assuré que l'hémoptysie cédaît heureusement à l'action de l'arsenic. Pour nous, comme pour les hommes compétents et consciencieux, ces faits n'ont rien d'étonnant; l'action dynamique de l'arsenic étant incontestablement hyposthénisante ou analogue à celle de la saignée. Nous concevons, par conséquent, qu'on puisse dissiper une congestion utérine ou pulmonaire à l'aide de petites doses d'arsenic comme au moyen des saignées répétées; ou de la même manière qu'une ophthalmie, un panaris, une péritonite, peuvent guérir sous l'influence du mercure. Qu'y a-t-il donc d'étrange que l'arsenic produise, comme le mercure, la salivation et des ulcérations aphtheuses sur la muqueuse buccale, puisque l'action intrinsèque des préparations de ces deux métaux est analogue ?

(Gazette des Hôpitaux, n° 78.)

175. *Rétroversion de l'utérus; nouveau mode de traitement*; par CH. HALPIN.

Ce mémoire ne contient de nouveau que le mode employé par l'auteur pour maintenir en place l'utérus renversé de façon que son fond venait appuyer sur la paroi postérieure du vagin, à 27 millimètres de la vulve, et que son col, remonté en avant, entraînait l'urètre et produisait la rétention d'urine. Au lieu de se servir des pessaires ordinairement employés, il introduisit dans le vagin une vessie de porc, à laquelle était adapté un robinet. Il pouvait à volonté distendre cette vessie avec de l'air ou de l'eau. La poche, en se distendant, remplissait le vagin, et maintenait l'utérus dans la position normale qu'on lui avait primitivement donnée. Cette méthode de Halpin nous paraît plus ingénieuse qu'utile, et n'est guère destinée à faire oublier les moyens actuels.

(The Dublin journal of medical Sciences.)

174. De l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et du traitement qui lui est applicable; par M. TAVIGNOT, interne de l'hôpital Cochin, membre de la société anatomique.

Méconnue par les auteurs anciens, et confondue par eux avec l'ascite et les diverses tumeurs abdominales, l'hydropisie enkystée de l'ovaire n'a pris rang dans la science que depuis les beaux travaux des anatomo-pathologistes; c'est surtout aux chefs de cette école qu'il faut rapporter une étude approfondie; une description, quelque peu complète de cette maladie, au point de vue de la lésion qui la constitue. Quoi qu'il en soit, Hoffman, Hunter, Lieutaud, Meckel (1758), Morgagni, de Haën, Callisen, nous en ont donné une description assez exacte, et à laquelle nos recherches modernes n'ont que peu ajouté. Disons aussi que même sous le rapport thérapeutique, nous avons été devancés par ces illustres maîtres; aussi Morgagni a-t-il agité la question de l'extirpation de l'ovaire qu'il regarde comme impossible (1); tandis que de Haën la considère comme très-douteuse (2), opinion que l'on rencontre encore de nos jours, et à laquelle nous nous arrêterons sans doute à la suite de ce travail; opinion que partage aussi un auteur anglais, le docteur Bright (3), dans un Mémoire qu'il vient de publier: « Cette opération, dit-il (l'extirpation), est si chanceuse et si difficile, et si dangereuse, que j'en regarderais le succès comme un coup d'audace et un hasard. »

La ponction par le vagin, pratiquée dans ces dernières années, et qui, bien exécutée, paraît appelée à jouer un certain rôle parmi les moyens thérapeutiques que la chirurgie peut opposer à cette terrible maladie, la ponction par le vagin n'est pas une découverte contemporaine. Déjà, en effet, elle avait été exécutée par Callisen pour guérir l'ascite et une variété d'hydropisie enkystée, ainsi qu'il résulte du passage suivant:

Sic quoque cautam ponctionem per tumorem eminentem, et fluctuantem in vagina uteri cum successu institui (4).

Dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de cette dernière maladie; et la science s'est enrichie des travaux des Hopfer, Mantini, Warren, Smith, Mac-Dowel, J. Lizars, Galenszowski, Christman, Ritter, Dieffenbach, Ehrhartstein, etc., dignes successeurs de Ledran, de Delaporte, de Hévin, etc.

Quoique la percussion ait été évidemment appliquée par les anciens au diagnostic des tumeurs abdominales, bien avant la découverte d'Avenbrugger (1756) (5), cependant il faut en convenir, leurs méthodes étaient grossières et étaient loin d'atteindre ce degré de perfection de nos moyens actuels. Ainsi c'est surtout depuis la découverte de la per-

cussion médiante que leur diagnostic est devenu plus facile.

Dans l'examen approfondi dans lequel nous allons entrer sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire, une pensée nous a surtout dominé; c'est la partie chirurgicale du traitement qu'on peut lui opposer.

Cependant, pour remplir le cadre que nous nous étions tracé, nous avons dû aussi porter notre attention sur d'autres points, et étudier, par exemple, les questions d'étiologie, de développement, de symptomatologie, de diagnostic différentiel, etc.

Et d'abord sous l'influence de quelles causes la maladie qui nous occupe prend-elle naissance?

L'hydropisie enkystée de l'ovaire, quoique se rencontrant plus spécialement vers l'âge de retour, c'est-à-dire de quarante à cinquante ans, n'est pourtant pas rare encore à une époque moins avancée de la vie, jusqu'à quel point le travail de la parturition, une menstruation difficile et irrégulière, favorisent-ils le développement de cette affection? Cette question ainsi posée ne nous paraît pas encore susceptible d'une solution satisfaisante dans l'état actuel de nos connaissances; disons, toutefois, qu'il existe peu d'exemples d'hydropisie enkystée de l'ovaire avant l'époque de la puberté, tandis qu'il n'est pas excessivement rare de la rencontrer chez les femmes qui ont eu un certain nombre d'enfants. Ainsi, le travail physiologique, dont l'appareil génital est le siège, aux époques cataméniales (1) et sous l'influence de la grossesse, paraît retentir jusqu'à l'ovaire, et disposer au moins celui-ci à des altérations consécutives. Sous ce dernier rapport, Sprengel (2) est donc dans l'erreur, quand il affirme que l'hydropisie enkystée est plus fréquente chez les religieuses et les célibataires que chez les femmes mariées. Il résulte, en effet, d'un certain nombre d'observations consignées dans le mémoire de Bluff (3), et dans lesquelles on a tenu compte de la position sociale des malades, que sur vingt et une, quatre étaient filles, tandis que dix-sept étaient mariées. Burns, d'après les faits qu'il a recueillis de son côté, adopte complètement cette dernière opinion.

Pour ce qui est de l'action des causes mécaniques, des lésions extérieures, que l'on a voulu faire intervenir (4) pour rendre compte du développement de cette maladie, j'avoue qu'en thèse générale, il nous paraît impossible d'y ajouter foi, quoiqu'on ait pris soin de noter cette circonstance dans plusieurs ob-

(1) On sait le rôle que M. Gendrin a, dans ces derniers temps, fait jouer à l'ovaire, dans l'explication du phénomène de la menstruation. Un ovule se détacherait de cet organe tous les mois, et arrivant dans l'utérus, y déterminerait le travail d'hémorrhagie physiologique dont il est le siège. Cette opinion, que j'ai vérifiée sur deux femmes mortes pendant la période menstruelle, semble encore confirmée par le cas cité par Pott (Œuv. chir., t. 1, p. 492), où, par suite d'une erreur de diagnostic, on enleva les deux ovaires herniés, croyant avoir affaire à une hernie épiploïque; la femme, jeune encore, cessa d'avoir ses menstrues, qui jusque là avaient été régulières.

(2) Pathol., t. III, § 654.

(3) Expérience, t. I, p. 353.

(4) Bluff, Loco citato.

(1) Lettre 47, art. 12.

(2) De Haën, Ratio Medendi.

(3) Arch. gén., 1838. Tumeurs de l'ovaire, Bright.

(4) Systema chirurgiæ hodiernæ, t. 2, p. 59, 1^{re} édit.

(5) Voir la note publiée par M. Pigné, dans Bullet. Sociét. anat., 1840, p. 101.

servations que nous avons consultées. En effet, la situation seule de l'ovaire paraît le mettre tout à fait à l'abri de ces violences du dehors.

Marche et symptômes.— L'hydropisie enkystée de l'ovaire est, de sa nature, une maladie essentiellement chronique, et qui met habituellement plusieurs années pour arriver à son complet développement: pour en faciliter le diagnostic, il nous paraît avantageux de diviser cette maladie en trois périodes principales: 1^o dans la première, la malade qui jouit du libre exercice de toutes ses fonctions, s'aperçoit pourtant de l'existence d'une tumeur globuleuse, du volume d'un œuf environ, dans l'une ou l'autre fosse iliaque. Cette tumeur est habituellement indolore, placée à une certaine profondeur, mobile dans différents sens. On comprend facilement qu'à ce degré de l'évolution pathologique, la percussion ne fournit que des résultats négatifs; la fluctuation n'y est pas non plus appréciable.

2^o degré. La maladie a fait des progrès, de telle sorte qu'au lieu du point circonscrit qu'elle occupait auparavant, la tumeur remplit la fosse iliaque, vient prédominer plus ou moins à la partie supérieure de l'abdomen, déplace les viscères abdominaux, et peut ainsi à cette période atteindre la ligne médiane et la base du thorax. Déjà la mobilité n'existe plus, on rencontre habituellement dans le point correspondant une saillie plus ou moins considérable, le plus souvent uniforme, quelquefois bosselée.

Si la tumeur se développe à droite, les intestins se portent à gauche, circonstance qu'il est facile d'apprécier par la percussion médiante (1); les diverses positions de la malade ne changent pas la situation du liquide, comme dans l'ascite, et de plus la matité, dans le point correspondant, est toujours plus marquée que dans cette dernière maladie. Selon M. Rostan, la fluctuation serait ici manifeste dans les parties supérieures, tandis que c'est surtout vers les points les plus déclives qu'elle se rencontre dans l'ascite.

3^o degré. Le développement du kyste est tel, que non-seulement la tumeur dépasse la ligne médiane, mais qu'elle vient se loger dans le côté opposé au point où elle a pris naissance, de telle sorte qu'à ce degré, l'abdomen étant uniformément distendu et présentant une matité générale, les moyens dont nous parlions à l'instant ne trouvant pas leur application; c'est dans ces circonstances que le diagnostic pourrait être rendu difficile si on voyait la malade pour la première fois (2); c'est dans cette circonstance surtout qu'il faut avoir recours au commémoratif, lui seul peut vous mettre sur la voie, et vous apprendrez si la tumeur a pris naissance dans la fosse ilia-

(1) Percuss. médiante, Piorry, p. 179.

(2) Voici à ce sujet ce que dit un membre de l'Académie de chirurgie, Ledran. « Il est très-difficile de reconnaître au toucher une hydropisie enkystée, lorsque le kyste s'étend par tout le ventre, et l'on ne peut sous le doigt la distinguer de l'ascite, que lorsqu'on sent les bornes du kyste, ce qui n'a lieu que lorsque leur développement n'est pas encore très-considérable. » Mém. acad. de chir., t. II, éd. Encyclop. des Sc. méd.

que droite ou dans la gauche. Le toucher par le vagin peut aussi dans ce cas être de quelque utilité, car si le kyste est uniloculaire, il sera en général possible de sentir le flot du liquide en percutant la partie supérieure de la tumeur.

Diagnostic.— Une foule de lésions des viscères abdominaux peuvent jusqu'à un certain point être confondues avec l'hydropisie enkystée; je dois dire cependant qu'en thèse générale, il est assez facile d'établir le diagnostic à l'aide des signes et des points indiqués par les anciens auteurs. La grossesse arrivée au six ou huitième mois pourrait-elle imposer pour une affection de l'ovaire? dans ce cas où l'erreur de diagnostic pourrait avoir de si fatales conséquences, on comprend toutes les précautions que le médecin devra s'imposer. On rapporte des cas, en effet, où l'affection de l'ovaire ayant entraîné la cessation des règles et produit des nausées, des vomissements, des dépravations de l'appétit, le développement des seins, on a pu croire à l'existence d'un fœtus, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes. Si dans ce cas le ballottement, le double bruit du cœur du fœtus et le souffle placentaire ne mettaient pas sur la voie, il faudrait attendre l'époque ordinaire de l'accouchement, plutôt que de hasarder un traitement actif pouvant devenir si funeste à la mère et à l'enfant. Dans ces cas il ne faut pas toujours tenir compte des dénégations des malades sur l'impossibilité de leur grossesse pour se hâter d'agir; l'affection n'étant pas de nature à exiger de prompts secours, il vaut mieux temporiser. J'ai été, au début de mes études médicales, témoin d'une erreur dont les conséquences ont été si terribles, qu'elle ne sortira jamais de ma mémoire. Une jeune fille vint consulter un praticien de province, pour une tumeur qui, disait-elle, s'était développée en peu de temps dans un des côtés de son abdomen, mais qui à cette époque dépassait la ligne médiane. Cette demoiselle nia formellement jusqu'à la possibilité d'une grossesse, et induisit ainsi en erreur le médecin qui, pensant avoir affaire à une hydropisie enkystée, se hâta un peu à la légère, sans doute, de pratiquer une ponction. Il survint un avortement d'un fœtus de huit mois et trois jours après la mort de la malade. La maladie qui nous occupe pourrait encore être jusqu'à un certain point simulée par un phlegmon de la fosse iliaque, une dégénérescence encéphaloïde située dans le bassin, par un abcès des ligaments larges, etc., comme j'en ai recueilli un remarquable exemple. Dans ces cas, c'est surtout à la marche et à la succession des symptômes qu'il faut avoir recours pour établir son diagnostic. J'ai vu la rate transformée en un kyste fibreux dont le plus grand diamètre verticalement dirigé avait au moins trente-cinq centimètres, et atteignait le détroit supérieur simulé en hydropisie enkystée de l'ovaire; la fluctuation y était manifeste, une ponction fut pratiquée au lieu ordinaire, il ne sortit pas une goutte de liquide. A l'autopsie on trouva ce kyste rempli par un grand nombre d'hydatides plus volumineuses les unes que les autres, et toutes contenues dans une membrane hydatiforme qui tapissait, sans y adhérer, la face intérieure de ce même kyste.

Une altération analogue pourrait se montrer dans

le foie, et avoir les mêmes conséquences; il est bon d'être prévenu de leur possibilité. Enfin, la dégénérescence squirrheuse de l'ovaire en suivant une marche et un développement semblables à ceux de l'hydropisie, pourrait simuler cette dernière; on sait d'ailleurs que cette dégénérescence est loin d'être rare, et complique souvent l'hydropisie enkystée, comme nous le dirons en traitant de l'anatomie pathologique, à tel point que Ledran considérait les kystes de l'ovaire comme un épiphénomène, comme une circonstance fortuite, un accident survenant pendant le développement d'une dégénérescence squirrheuse de cet organe; quoique exagérée, cette opinion de Ledran se vérifie dans un grand nombre de cas. Tout le monde sait (et les bulletins de la Société anatomique attesteraient au besoin ce que j'avance ici) combien sont communs les corps fibreux de l'utérus; eh bien! quelques-unes de ces productions prennent parfois un développement énorme; de sorte que se plaçant dans l'une et l'autre fosse iliaque, ils donnent ainsi l'apparence d'une maladie de l'ovaire; mais dans ces cas il y a toujours absence de fluctuation, et puis les déplacements que l'on fait subir à la tumeur se communiquent à l'utérus, circonstance que l'on ne rencontre pas dans l'hydropisie enkystée ordinaire. L'hydropisie enkystée des parois abdominales pourrait, au dire des auteurs, simuler celle de l'ovaire, il est bon de les prévenir de la possibilité de cette erreur. Dans quelques observations on a noté un œdème du membre correspondant au siège de la maladie, et quelquefois à une période plus avancée de son développement, un prolapsus de l'utérus.

Mais ce n'est pas tout, l'hydropisie enkystée une fois reconnue, et distinguée d'une foule de tumeurs qui peuvent être confondues entre elles, il reste encore à savoir si le kyste est simple, uniloculaire, ou bien multiple et composé d'un grand nombre de cellules. Ce n'est pas là, comme on le comprend bien, un pur sentiment de curiosité, une question oiseuse que l'on peut s'adresser.

En effet, au point de vue thérapeutique, qui ne comprend tout d'abord l'immense avantage que l'on retirera de cette connaissance, dans la détermination des moyens que l'on devra mettre ultérieurement en usage, quelques-uns d'entre eux pouvant être employés avec des chances de réussite dans le premier cas, tandis que dans le deuxième ils seraient à peu près inutiles.

L'hydropisie enkystée à cellules donne la sensation d'une tumeur bosselée inégale au toucher (1), son accroissement se fait lentement, et une fois qu'elle a acquis un certain volume, ses parois prennent de l'épaississement et une dureté cartilagineuse, la fluctuation y est en général assez obscure (2). L'hydropisie à kyste simple, au contraire, a le plus ordinairement un développement plus rapide que celle à cellules composées; sa surface est égale,

(1) Mém. de Bréra, J. méd. chir., t. II, p. 92.

(2) Voir mon rapport à la Société anat. sur un cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire, inséré dans les bulletins de 1840.

lisse et uniformément convexe, elle atteint un volume souvent plus considérable que la première; mais le caractère principal auquel j'attache le plus d'importance, c'est que la fluctuation y est évidente au lieu d'être obscure comme dans le premier cas.

Pronostic. Grave en général, l'hydropisie enkystée varie pourtant pour la gravité, selon une foule de circonstances. C'est une maladie qui, ordinairement, met une ou plusieurs années pour atteindre son summum de développement. Jusque là, les malades sont plutôt tourmentés par le volume de la tumeur, et par la gêne mécanique qu'elle détermine par rapport aux viscères environnants, que par l'altération pathologique elle-même, qui est en général complètement indolente. On a vu des malades atteindre même un âge assez avancé, quoique affectés depuis longtemps de cette lésion.

La profession des malades doit aussi être mise en ligne de compte comme exerçant une certaine influence sur la terminaison de la maladie, et par conséquent comme aggravant son pronostic. Ainsi, les femmes qui exercent de pénibles professions, portent de lourds fardeaux, et par leur état exercent de continuelles pressions sur l'abdomen; celles qui sont sujettes à recevoir des coups, des violences extérieures sur cette région, sont exposées plus immédiatement à une terminaison funeste; et chez elles, on le comprend, le pronostic est plus grave.

J'ai cru remarquer aussi, d'après les nombreuses observations déposées dans les recueils périodiques, que la marche de la maladie, sa durée surtout, était loin d'être la même aux dernières époques de la vie. Il semblerait résulter de l'examen comparatif de ces faits que dans l'adolescence et dans l'âge adulte, de vingt à trente ans, la maladie revêt une marche plus aiguë, tandis que dans l'âge mûr (de quarante à cinquante et au delà), elle tend davantage à passer à la chronicité. — C'est ainsi que les jeunes femmes verraient se succéder en quelques mois, en une année la série d'accidents qu'entraîne leur maladie, tandis que les femmes parvenues en âge sont à peine tourmentées par des incommodités passagères qui peuvent les laisser vivre encore de longues années.

Terminaison.—La maladie qui nous occupe est susceptible de terminaisons bien variées et bien différentes les unes des autres. Il est des cas, disons-le tout d'abord, où la maladie reste pour ainsi dire stationnaire, ou au moins fait des progrès tellement peu sensibles qu'ils n'empêchent pas les malades d'atteindre un âge très-avancé; c'est dans ces cas, assez rares il est vrai, que ces malheureuses meurent de vieillesse ou succombent à des affections intercurrentes, indépendantes de la première.

Mais par malheur il est loin d'en être toujours ainsi, et le plus souvent, quand on n'y apporte pas remède, l'hydropisie de l'ovaire peut être la cause ou l'occasion de la mort des femmes qui en sont affectées; 1° par le développement parfois énorme que le kyste peut prendre. On conçoit qu'il puisse arriver une époque où il s'oppose complètement à l'abaissement du diaphragme, et comprimant les diverses portions du tube digestif, et par suite apportant des troubles marqués dans les phénomènes de la digestion et de la nutrition, il puisse survenir dans l'é-

conomie des lésions telles qu'elles ne seraient plus compatibles avec la vie.—Le fait que j'ai dernièrement observé me paraît rentrer dans ce cas; et en effet, aucune autre altération ne pouvait rendre compte de la terminaison fatale. 2° Par inflammation péritonéale. — Le plus souvent l'hydropisie enkystée, en se développant, irrite et enflamme les feuillets séreux environnants d'où les adhérences si fréquentes dans les tumeurs anciennes, et qui ont occasionné des obstacles parfois insurmontables à ceux qui en ont tenté l'extirpation; comme nous le dirons par la suite. Si cette inflammation, au lieu d'être locale et parfaitement circonscrite, se fait passage dans une grande étendue de la séreuse péritonéale, on comprendra toute la gravité de cette complication, la mort pourra en être la conséquence presque immédiate. Celle-ci peut encore arriver, quoique plus lentement, et reconnaître pour cause les adhérences plus ou moins nombreuses produites par le travail inflammatoire dont je viens de parler, et qui, en gênant le mouvement péristaltique des intestins, apportent des troubles notables dans le travail de la digestion; tous troubles qui, portés à un certain degré, conduisent au marasme et à la mort. 3° Par rupture. — Il arrive malheureusement trop souvent qu'au milieu de la santé la meilleure en apparence, une femme, affectée depuis un temps plus ou moins considérable d'une tumeur enkystée de l'ovaire, qui habituellement n'apportait que des troubles très-légers dans ses fonctions, est prise tout à coup d'une vive douleur dans le côté correspondant de l'abdomen, avec une sensation toute spéciale que le plus souvent elle ne peut pas rendre; dès lors survient le formidable appareil de symptômes de péritonite sur-aiguë qui emporte les malades dans les vingt-quatre heures.

C'est à une rupture de la poche ovarienne et à l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale que cet accident est dû. J'ai vu deux cas de rupture semblable dans le service de M. Blandin. Une mort presque immédiate en a été la conséquence dans les deux cas, malgré un traitement sage et énergique qui fut employé au début.

Au lieu d'avoir lieu dans la cavité du péritoine et de déterminer des accidents aussi terribles, la rupture peut se faire (après avoir été précédée d'adhérences préalables), soit dans une anse intestinale, le colon par exemple (voir ma deuxième observation prise dans le service de M. Récamier), ou bien dans le vagin (Monro, Neumann), ou bien encore dans la vessie; je ne connais cependant pas d'observation qui établisse directement la réalité de ce dernier fait que j'avance, et l'analogie seule me conduit à en établir la possibilité. N'a-t-on pas, en effet, observé dernièrement à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, un abcès des ligaments larges qui, s'étant ouvert dans la vessie, avait fait croire à une lésion profonde, soit de ce dernier organe, soit des reins, à cause de la présence du pus mélangé avec l'urine?

Ces cas de rupture, comme on le comprend parfaitement, peuvent se terminer par le retour à la santé, mais ils sont malheureusement trop rares.

Anatomie pathologique. — En ne considérant que superficiellement les choses, on pourrait croire

que l'hydropisie enkystée peut avoir son siège indifféremment à droite ou à gauche; cependant en examinant de plus près, à l'aide de relevés statistiques, comme nous l'avons fait nous-même, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il existe une différence assez tranchée à l'avantage du côté droit. Ainsi, sur trente cas d'hydropisie enkystée pris dans les auteurs, la maladie avait lieu treize fois à gauche et dix-sept fois à droite. Dans un relevé plus considérable, qui appartient à Bluff (1), on trouve trente et un cas pour le côté droit, et vingt-trois seulement pour le côté gauche.

Ce résultat, fourni par la méthode numérique à laquelle on peut faire sans doute plus d'une sérieuse objection, se trouve en opposition formelle avec l'opinion de Meckel (2), qui pense que l'on rencontre plus souvent des poils et des concrétions osseuses (débris de fœtus) dans l'ovaire droit, tandis que la gauche est plus fréquemment le siège de l'hydropisie enkystée. — Un autre auteur allemand, Mayer, avait déjà pris soin de réfuter cette erreur de son compatriote.

L'étude anatomo-pathologique de cette maladie se compose de l'examen des parois du kyste et du liquide qu'il renferme.

Le kyste varie beaucoup pour son volume, tantôt de la grosseur d'un œuf, parfois il acquiert le volume d'une tête de fœtus à terme, et même d'adulte. Sa surface extérieure, quelquefois bosselée, d'autres fois uniforme, présente un aspect bien variable; en général, la plus grande partie du tissu qui en constitue les parois, est de nature fibreuse; analogue au tissu fibreux de l'ovaire à l'état normal. Mais le plus souvent, comme Ledran l'a parfaitement indiqué, ses parois sont le siège d'une dégénérescence squirrheuse plus ou moins avancée, comme on peut s'en assurer par la lecture de notre troisième et quatrième observation. Quelques faits prouvent que ce tissu fibreux du kyste peut s'encroûter de phosphate calcaire, et présenter ainsi des plaques osseuses plus ou moins étendues, qui ne laisseraient pas que de gêner singulièrement l'opération, dans une ponction, par exemple, qu'on pratiquerait sur cette tumeur.

La face interne de cette poche fibreuse est parfois lisse et polie, comme si elle était tapissée là par un feuillet séreux, et, sous ce rapport, elle a bien quelque point de ressemblance avec le péricarde. Au lieu d'être unique la cavité du kyste est quelquefois multiple; c'est à dire que de sa face interne naissent des cloisons fibreuses dirigées en divers sens, et partageant ainsi la cavité principale en une foule de cellules secondaires dont la forme et l'étendue présentent de nombreuses variations et qui n'ont entre elles aucune sorte de communication. Dans d'autres cas ces cloisons sont incomplètes et ces cellules communiquent ensemble. On trouve encore parfois, adhérentes aux parois des cellules, des vésicules dont le volume varie depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'une orange. Ce sont ces vésicules que certains

(1) Mémoire cité. Expérience, t. I.

(2) Anat. patholog., t. II, p. 272.