

auteurs ont considérées comme des ovules hypertrophiés (1), que d'autres ont crues produites par un épanchement sanguin antérieur (2); mais il faut en convenir, on ne comprend pas parfaitement encore le mode de production.

Dans les parois du kyste, mais le plus souvent accolés à la face externe, se trouvent des vaisseaux artériels et veineux, notablement dilatés; ce sont ces vaisseaux, plus ou moins nombreux (3), dont Delpech redoutait souverainement les lésions (4), même dans la simple ponction qu'il pratiquait pour évacuer le liquide du kyste; ce sont eux encore qui ont parfois singulièrement gêné les opérateurs dans des tentatives d'extirpation de l'ovaire.

Rien n'est plus variable que la matière contenue dans les kystes ovariens; depuis la sérosité claire et transparente, jusqu'à la matière melliforme, il y a une foule d'intermédiaires; ainsi, tantôt c'est un liquide trouble et comme lactescent, d'autres fois de la véritable matière purulente; on peut y rencontrer de la substance blanche et dure comme du plâtre (Portal), ou bien une matière plus ou moins fluide, ayant la consistance du suif, de la graisse. Elle ressemble quelquefois à du fromage pourri (Van der Wiel); d'autres fois, c'est une substance plus ou moins fluide, de la couleur d'un jaune d'œuf. On y trouve aussi une matière couleur lie de vin, et, dans quelques cas, des hydatides. Mais le plus souvent, la fluidité du liquide contenu est plus marquée, et il présente un aspect jaunâtre analogue à une décoction de gomme arabique. Sa quantité est sujette à de nombreuses variations depuis quelques litres jusqu'à 20, 50 et même davantage.

Traitement. — Nous le diviserons en médical et chirurgical.

1° Pour le premier, nous nous contenterons de dire qu'on prétend avoir retiré des avantages réels des diurétiques, des diaphorétiques, des mercuriaux, des iodures, etc. Moi, je crois que l'on peut avancer, sans crainte d'être taxé d'erreur, que leur succès est en général au moins très-problématique. Il n'en est pas tout à fait de même du traitement externe ou chirurgical, qui, vu son importance dans le cas actuel, va surtout fixer notre attention.

2° A. A l'exemple de M. Récamier (5), qui avait mis en usage, et quelquefois avec succès, la compression pour des tumeurs cancéreuses du sein, on voulut appliquer celle-ci au traitement de l'hydropisie enkystée. J'avoue que si l'analogie peut parfois conduire à d'heureux résultats, il n'en fut pas ainsi et il ne dut pas en être ainsi dans ce cas particulier. Qu'y a-t-il, en effet, de comparable entre une affection carcinomateuse et une hydropisie enkystée? Voilà pour la nature de la matière; mais pour le siège, voyons si l'on peut établir un parallèle entre une tumeur superficiellement placée, soutenue par des parties osseuses et résistantes, et

une autre logée dans une cavité profonde, reposant sur un plan qui n'est pas uniforme, et environnée d'organes dont une compression même de quelques instants ne serait pas sans inconvénients pour l'économie. Ainsi, comme méthode *curative*, la compression ne devait pas en théorie fournir d'heureux résultats; hâtons-nous de le dire, en pratique, elle a été impuissante.

B. La ponction pratiquée sur la paroi abdominale antérieure, dans le lieu ordinaire, est assez souvent mise en usage, comme tout le monde le sait, mais son peu de valeur thérapeutique fait qu'on ne l'emploie ordinairement qu'à la dernière période de la maladie, c'est-à-dire quand les malades sont sur le point de suffoquer par suite de la gêne extrême de la respiration, etc. On sait aussi que dans ce cas comme dans l'ascite, les ponctions doivent être répétées un très-grand nombre de fois, que plus on avance, moins il faut mettre d'intervalle entre chacune d'elles. C'est donc là encore un moyen plutôt palliatif que curatif; et, sous ce rapport, il existe à peine quelques exceptions dans les faits qui nous sont connus. Pour nettoyer la cavité du kyste, des injections émollientes ont été employées avec succès; d'autres praticiens, voulant produire sans doute une adhésion des parois, ont injecté des liquides irritants, tels que du vin (1), des composés astringents, etc. Ils prétendent en avoir, dans certains cas, obtenu d'heureux résultats. Toujours est-il qu'il peut en résulter et qu'il en est souvent résulté des accidents produits par une vive inflammation du kyste, et qui ont entraîné la mort des malades.

On a conseillé d'associer un léger degré de compression à la ponction, afin de faciliter l'adhérence des parois du kyste; cette méthode, ainsi formulée, est on ne peut plus rationnelle, mais souvent encore elle ne saurait produire une guérison complète. C'est la triste réalité des considérations dans lesquelles nous sommes entré, qui a porté certains chirurgiens du siècle dernier à tenter quelque chose de plus pour obtenir la cure radicale; je veux parler de l'incision.

C. Se fondant sur la nature variée des liquides qui peuvent être renfermés dans les kystes de l'ovaire, et qui quelquefois sont tellement visqueux qu'ils n'auraient pu sortir par la canule du trois-quarts, d'une part, et de l'autre sur la facilité de la reproduction de ce fluide quand il peut être évacué, Ledran et Delaporte, dans plusieurs observations présentées à l'ancienne académie de chirurgie (2), proposèrent l'incision des parois du kyste. Ledran rapporte deux observations de guérison par cette méthode; dans la première, la malade a succombé quatre ans après à une affection cancéreuse occupant plusieurs organes de l'excavation du bassin; l'autre est guérie complètement sans qu'il soit resté de fistule. « De toutes les hydropisies enkystées que j'ai traitées en ouvrant ainsi le kyste par une in-

(1) Teissier, Bulletins de la Soc. anat.

(2) Dict. en 60 vol., art. Hydrop. par Itard.

(3) Bouvier, Mém. acad. de méd., 1837, t. II.

(4) Dubreuil, Journ. hebdom., 1835.

(5) Trait. du cancer par la compression, 2 vol.

(1) Holscher, Arch. gén. de méd., 1838.

(2) Voir les mém. de l'Acad. de chir., t. II, p. 55. Edit. de l'Encyclop. des sc. méd.

» cision, c'est la seule, dit Ledran, où j'ai vu le kyste se fermer entièrement. »

Il reste, en effet, le plus habituellement, un trajet fistuleux qui est même très-favorable pour empêcher la reproduction du liquide, et permet ainsi aux parois du kyste de revenir sur elles-mêmes de manière à effacer sa propre cavité.

Du mémoire que j'analyse maintenant, on peut conclure : 1° que l'hydropisie enkystée ne peut être guérie que par une ouverture du kyste assez grande; 2° qu'il faut l'ouvrir de bonne heure pour prévenir la trop grande extension; 3° qu'il ne suffit pas d'y faire une simple ponction avec le trois-quarts, mais qu'il y faut faire une ouverture assez considérable pour que son intérieur puisse suppurer et se mondifier avant que l'ouverture se rétrécisse.

Voici en quelques mots le procédé opératoire que Ledran mit en usage dans un cas qu'il rapporte. Il fit une ponction avec le trois-quarts, au niveau de la partie moyenne du kyste, puis, remplaçant le trois-quarts par une sonde cannulée, il glissa sur celle-ci un bistouri ordinaire, et débrida de haut en bas dans l'étendue de quatre pouces, en coupant et les parois abdominales et celles du kyste. Une canule appropriée fut placée obliquement dans la plaie, et de temps en temps on faisait des injections détersives d'abord, dessiccatives ensuite.

Ce procédé opératoire *un peu modifié*, a été plus tard conseillé par M. Bégin (1). Peut-être serait-il plus rationnel de suivre le précepte donné par M. Récamier pour les kystes du foie, c'est-à-dire d'appliquer de la potasse caustique en quantité suffisante pour produire des adhérences du kyste avec les parois abdominales, et d'inciser ensuite sur l'eschare qui en serait le résultat. Delaporte, dans un cas qu'il rapporte, eut le malheur de voir succomber la malade de faiblesse et d'épuisement le treizième jour de l'opération. Il se demande en terminant s'il serait possible, dans les cas où le kyste présente un volume considérable, d'emporter le siège du mal, c'est-à-dire de pratiquer l'extirpation de l'ovaire.

Quoique Delaporte ne soit pas le premier qui ait proposé l'extirpation des ovaires, cependant ce point de vue, que l'on crut un instant nouveau (2), fixa l'attention des chirurgiens anglais et américains; ce sont eux, en effet, qui nous ont surtout fourni les observations d'extirpations de l'ovaire que nous possédons, et que nous aurons tout à l'heure à examiner et à apprécier à leur juste valeur. Pour prouver le peu de nouveauté de la proposition de Delaporte, il suffit de savoir que déjà Schlencker, en 1722, Willius, en 1751, Peyer, en 1751, et Targioni, en 1752, avaient déjà discuté cette question d'une manière fort étendue (3).

Quoique, de prime abord, l'extirpation de l'ovaire paraisse une opération barbare, et que l'on soit tenté de la faire disparaître du domaine chirurgical, cependant, l'impression pénible que sa seule

idée fait naître, ne tarde pas à se dissiper par l'examen des cas nombreux de guérison consignés dans les archives de la science. Nous avons mis en rapport et comparé chacun des faits que nous avons laborieusement recherchés, en remontant à leur source, et alors nous nous sommes convaincu, qu'à supposer que les auteurs anglais et américains aient publié toutes les tentatives qu'ils ont faites, il existe aujourd'hui, dans la science, plus de cas de succès que de revers.

En effet, sur dix-neuf cas d'observations bien complètes, dont je vais indiquer les sources (1),

(1) Guérison. 1. Extirpation de l'ovaire droit avec succès par le doct. Ehrhartstein. Arch. de méd., 1833, t. I, p. 427.

2. Extirp. avec succès de l'ovaire droit (il est resté une fistule) par le professeur Galenszowsky. Arch. 1830, t. XXII, p. 120.

3. Tentative d'extirpation, qu'il a terminée par une ponction de laquelle il n'est sorti que du sang; suture, guérison, par Dieffenbach. Arch. 1830, t. XX, 1829, p. 92.

4. Extirp. d'un kyste ayant de nombreuses adhérences. Ligature du pédicule attaché au ligament large, guérison en six semaines, accouchée depuis. Arch. id.

Extirp. de l'ovaire droit, guérison en trois semaines, réunion avec des bandelettes. Doct. Smith, Arch., t. I, 1823, p. 126.

5. Extirp. du côté droit, volume énorme du kyste, guérison en trois semaines. Doct. Smith, Arch., t. XIV, p. 588.

6. Tentative d'extirpation, rendue impossible par des adhérences d'après l'avis de Bradie et Kente, assistants. Suture, huit semaines après elle se lève. Doct. Grandville, Arch. id.

7. Première opération de J. Lizars. On ne trouve pas de tumeur, saillie de langue sacro-vertébr. et gonflem. des intestins. Guérison. Arch. 1835, t. VIII, p. 347.

8. Deuxième opération par le même. Sarcôme enkysté. Arch. id.

9. Quatrième. Extirpat. du kyste, rien de particulier. Guérison. Id.

10. Premier cas par Mac-Dowel, cité dans le mém. de J. Lizars. Guérison.

11 et 12. Deuxième et troisième cas. Rien de particulier. Guérison.

13. Extirp. de l'ovaire, 36 livres, par le doct. Ritter. Neuf semaines après, cicatrisation complète. J. de Graefe, t. XII, cité par Gluge, Expérience, t. I.

14. Extirp. de l'ovaire gauche. Guérison en six semaines. La tumeur pesait 3 kilogr. Doct. Christman, J. de Graefe, cité par Gluge, id.

Insuccès. 1. Extirpation de l'ovaire gauche. Tumeur adhérente au colon, au péritoine environnant, à l'estomac, etc. Mort 36 heures après avec gangrène des intestins. Doct. Hoffer, Arch. t. XX, 1829, p. 92.

2. Extirp. de l'ovaire gauche, adhérence vers la symphyse sacro-iliaque, ligature du pédicule d'abord, puis section; lithomies répétées après l'opération. Mort trente-six heures après. Arch. ut supra.

3. Extirp. de l'ovaire gauche, 24 ans; adhérence à l'entrée du bassin, l'ablation du kyste nécessitant plusieurs ligatures. Mort en trente-six heures, pas de péritonite. Elle a succombé à l'écoulement considérable de sang et de sérosité. Doct. Mantini, Arch. id.

4. Troisième observation de Lizars. Mort avec traces de péritonite. Arch. 1825, t. VIII, p. 347.

5. La malade opérée par M. Warren mourut au bout de trois heures. Expérience, t. I, p. 625.

(1) Voy. Méd. opératoire.

(2) Voir le rapport de Morand, Loco cit. p. 59.

(3) Hévin, mém. posth., Rev. méd. 1836, t. II, p. 161.

quatorze ont été suivies d'une guérison plus ou moins prompte; dans cinq cas seulement la terminaison a été fatale; voilà pour la gravité; examinons maintenant la durée ordinaire des succès de l'opération. On est parfois vraiment étonné en parcourant ces observations, de voir les malades rétablis complètement en trois semaines, six semaines; la durée la plus longue a été de soixante-dix jours (Galenzowski).

Que faut-il conclure de tout ceci? Que l'extirpation de l'hydropisie enkystée est une opération presque innocente et dépourvue du degré de gravité que les chirurgiens français semblent y attacher? Non, sans doute, et cela par plusieurs raisons; car, si nous n'avons presque qu'un tiers d'insuccès dans les opérations qui nous sont rapportées, qui nous affirme que tous les cas malheureux ont été publiés (ce qui n'est guère probable)? ne pourrait-il pas se faire qu'elle ait été pratiquée, cette opération, un beaucoup plus grand nombre de fois soit en Angleterre, soit en Amérique, sans que les cas malheureux nous soient parvenus?

Et puis quel degré de confiance accorder à des médecins, la plupart sans nom dans la science, et qui commettent des erreurs de diagnostic aussi épouvantables que celle du premier cas, de M. Lizars, qui sans s'occuper d'établir d'une manière bien positive leur diagnostic, sans s'entourer de toutes les lumières que la science peut fournir, se mettent à la légère à pratiquer une opération cruelle, et ne trouvent rien de mieux à faire que d'ouvrir immédiatement l'abdomen, pour une tumeur qu'ils rencontrent dans cette région, qui confondent enfin la saillie de l'angle sacro-vertébrale avec un kyste de l'ovaire? J'ajouterai, en terminant ce chapitre, qu'il convient encore, aujourd'hui, de peser les raisons qui faisaient rejeter à Hever (1) cette cruelle opération; et comme jusque dans ses derniers temps elle n'a pas encore été considérée par les chirurgiens français comme devant occuper le premier rang dans le traitement de l'hydropisie enkystée, il faut attendre encore de nouveaux faits plus complets et plus probants que ceux que nous possédons. D'ailleurs, on le comprend facilement, cette méthode opératoire ne peut jamais être qu'une dernière ressource alors que toutes les autres auront été impuissantes. Ce sera, pour ainsi dire, une dernière planche de salut pour la malheureuse vouée à une mort certaine.

« Quoique dangereuse, dit M. Velpeau (2), l'extirpation de l'ovaire n'en constitue pas moins une ressource à examiner; l'ovaire n'est pas tellement indispensable au maintien de la vie, que la femme ne puisse en être privée sans trop de dangers. » — Il faut, pour qu'elle offre quelque chance de succès, que la tumeur soit mobile, n'adhère pas aux intestins, puisse être facilement séparée de tous les viscères abdominaux, qu'elle ait une racine ou pédicule peu volumineux, et n'expose pas à la blessure de trop gros vaisseaux. — Circonstances qui

sont difficiles à trouver toutes réunies, et dont on ne peut pas, d'ailleurs, toujours constater l'existence.

E. Dans ces derniers temps, se fondant surtout sur des rapports anatomo-pathologiques, et sur des dispositions anatomiques spéciales on s'est demandé s'il ne serait pas possible, 1° d'attaquer le kyste par sa partie la plus déclive, et par suite de favoriser l'écoulement du liquide; 2° de maintenir à demeure une sonde ordinaire, de manière à donner essor au fluide, au fur et à mesure de sa formation, afin de laisser le temps à ses parois de revenir sur elles-mêmes; 3° enfin de favoriser, dans un point plus favorable à la guérison, une espèce de fistule que Ledran semblait regarder comme indispensable pour obtenir la distension du foyer.

On comprend déjà que je veux parler de la ponction du kyste par le vagin (ou ponction vagino-ovarienne), opération pratiquée vers la fin du XVIII^e siècle, mais qui a été renouvelée de nos jours; et qui, malgré le peu de résultats qu'elle a encore fournis, paraît cependant appelée à jouer un certain rôle dans la thérapeutique chirurgicale de l'hydropisie enkystée.

Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, la nature avait déjà pris soin, pour ainsi dire d'indiquer à l'homme de l'art ce qu'il y avait à faire, et les ressources dont il pouvait disposer. N'a-t-on pas, en effet, observé une rupture d'un kyste de l'ovaire par le vagin, suivie de sa guérison complète.

Ajoutez à cela la saillie que fait parfois le kyste dans la cavité vaginale et la facilité avec laquelle on perçoit souvent la fluctuation dans cette direction, et vous comprendrez facilement comment l'idée de ponctionner par cette voie a pu se présenter à l'esprit du premier opérateur. Il n'est parvenu à ma connaissance que quatre cas de ponction vagino-ovarienne; les deux derniers ont été directement observés par moi; et quoique le résultat en ait été malheureux, on comprend cependant que sans un ensemble de circonstances que l'on pourrait sans doute éviter aujourd'hui, la guérison ait pu s'ensuivre.

1^{er} Cas. Neumann (1), sur le point de pratiquer un accouchement à terme, fut étonné de la lenteur du travail, et de la difficulté qu'éprouvait le fœtus à franchir le détroit inférieur; mais un examen plus attentif, et une exploration plus minutieuse à l'aide du doigt indicateur, ne tardèrent pas à lui donner la raison de tout ceci. Il existait à droite de l'utérus et faisant saillie dans le vagin, une tumeur fluctuante, que, par sa position, il ne tarda pas à reconnaître pour un kyste de l'ovaire, ayant rejeté l'utérus à gauche, et par la compression qu'il exerçait sur le col et sur la partie supérieure du vagin, rendait ainsi impossible la terminaison de l'accouchement. Neumann eut l'idée assez ingénieuse de pratiquer une ponction par le vagin et d'évacuer ainsi la totalité du liquide contenu dans cette poche. Le résultat confirma son attente, et un accouchement facile ne tarda pas à suivre cette heureuse inspiration.

(1) Mémoire posthume, Revue méd., 1836, t. II.
(2) Médecine opérat., t. IV, p. 23 et suiv.

(1) Traité de pathologie, méd. et de thérapeutique, t. II, p. 72.

2^e cas. Il y a quelques années, M. le docteur Nonat fut consulté pour une jeune femme affectée d'hydropisie enkystée de l'ovaire, et chez laquelle divers traitements médicaux avaient été sans résultat aucun; la maladie faisait des progrès incessants, et la tumeur occupait déjà une assez grande partie de la cavité abdominale. L'exploration par le vagin apprit que le kyste y faisait une saillie notable et que dans ce point la fluctuation y était manifeste.

Une ponction y fut pratiquée et permit l'évacuation de la totalité du liquide. Mais le grand tort qu'on eut dans cette circonstance, c'est de n'avoir pas laissé assez longtemps demeurer la canule du trois-quarts dans l'intérieur de la poche, de manière à laisser libre au dehors l'issue du liquide toutes les fois qu'il s'en reproduirait. On aurait ainsi favorisé la formation d'une espèce de fistule, analogue aux fistules vésico-vaginales, et qui me paraît indispensable pour mener le malade à une guérison complète. Il paraît en effet que la guérison ne fut pas radicale, et que la maladie se reproduisit ultérieurement.

3^e cas. Angélique Vincent, 26 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1858, s'aperçut, il y a six ans, qu'elle avait dans le côté droit du ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente et mobile. Depuis cette époque le mal a toujours été en augmentant, de manière qu'aujourd'hui le ventre, uniformément distendu, est plus volumineux que dans une grossesse à terme. Matité complète dans toute son étendue, excepté à l'épigastre. Fluctuation évidente dans tous les sens. On ne peut atteindre la fluctuation par le vagin ou le rectum, mais elle est très-évidente immédiatement au-dessus du pubis.

Le 25 juillet, M. Récamier pratiqua de la manière suivante l'opération à laquelle j'assistai moi-même (1).

Une ponction, avec un trois-quarts courbe, long de 18 pouces, fut pratiquée sur la ligne médiane, de manière à traverser la portion moyenne du kyste. On évacua les quatre cinquièmes du liquide qu'il contenait; puis, réintroduisant la lame de l'instrument dans la canule, M. Récamier dirigea le trois-quarts de la main gauche, de manière à ce que son extrémité (dépourvue de la pointe) vint se placer dans le cul-de-sac post utérin du péritoine; et là après avoir saisi avec les deux doigts de la main droite le col de l'utérus qu'il ramena en avant, et avoir constaté qu'il n'existait aucun organe interposé entre l'extrémité de la canule et ses doigts, il fit brusquement pousser par un aide la lame du trois-quarts, de manière à traverser la paroi postérieure du vagin dans l'espace circonscrit par ses deux doigts. — 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. M. Récamier se proposait, s'il l'avait jugé convenable pour ce cas particulier, d'agrandir avec un bistouri boutonné l'orifice vagi-

nal du trajet que l'on venait de faire parcourir à l'instrument, de manière à favoriser encore davantage l'issue du liquide en établissant une sorte de fistule artificielle. — On retira neuf litres de sérosité incolore, et un bandage compressif fut appliqué sur l'abdomen.

La malade se trouva assez bien jusqu'au 28 juillet où survinrent des symptômes de péritonite, dont un traitement sage et énergique ne put enrayer la marche. — A cet accident se joignirent bientôt une hémorrhagie intestinale, une angine pseudo-membraneuse, puis une pneumonie, et à la suite de toutes ces complications, la mort de la malade qui eut lieu le 12 septembre près de 20 jours après l'opération. A l'autopsie, on constata que le kyste était adhérent à la vessie et aux différents viscères environnants. Sa cavité était remplie de gaz fétides, et d'une assez grande quantité de bouillie purulente. — Il existait une communication à la vérité assez petite entre lui et le colon ascendant, et une portion du sac présentait un épaississement comme squirreux. — Il est évident pour tout le monde, que dans ce cas particulier, sans ces fâcheuses complications survenues à une époque où l'on avait tout lieu de croire la guérison certaine, la malade aurait sans doute pu survivre à son opération et guérir d'une manière complète, quoique la double ponction qui a été faite au péritoine ait dû ajouter encore à la gravité de l'opération en donnant plus de chances pour le développement d'une péritonite.

4^e cas. Le sujet de cette observation est une femme de 53 ans, entrée à l'hôpital Cochin dans les premiers jours de septembre 1839, d'une assez bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé. Depuis plusieurs mois elle s'aperçoit du développement d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen, dont les progrès ont été assez rapides, de telle sorte qu'aujourd'hui à voir le développement de son ventre, on pourrait la supposer enceinte de 8 à 9 mois; on constate d'ailleurs tous les symptômes d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit; et le kyste paraissant uniloculaire on se décida à pratiquer une ponction par le vagin, après toutefois s'être assuré que la fluctuation quoique obscure était cependant perçue à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin pendant que l'on percevait la partie supérieure de la tumeur.

Un trois-quarts courbe analogue à celui dont on se sert pour la ponction de la vessie, fut enfoncé (la concavité regardant en haut et en avant) en arrière et un peu à droite du museau de tanche, et traversant ainsi la paroi postérieure du vagin, il arriva dans l'intérieur du kyste; on put dès lors évacuer une très-grande quantité d'un liquide rougeâtre et un peu visqueux. — Puis on crut devoir retirer la canule métallique pour la remplacer par une sonde en gomme élastique; mais on dut bientôt se repentir de cette tentative; car elle fut on ne peut plus laborieuse, le kyste était en effet revenu sur lui-même comme on le comprend bien, et dès lors son orifice ne correspondait plus exactement à celui du vagin. — Enfin on finit par arriver dans son intérieur, ce que l'on reconnut à l'écoulement qui ne tarda pas à se faire par la sonde. Mais le lendemain de cette opération, c'est-à-dire le 6 septembre, la

(1) Voir, pour plus de renseignements, Revue méd., 1839, t. I, p. 19.

sonde qui se trouvait obstruée par de la matière visqueuse fut changée de nouveau. — C'est alors qu'il fut de toute impossibilité d'en faire pénétrer une autre à sa place, et malgré l'habileté de M. Michon, on ne put arriver jusque dans l'intérieur du kyste.

On se décida dès lors à enfoncer de nouveau le trois-quarts par l'ouverture du vagin, jusqu'au kyste lui-même, de manière à pouvoir se frayer ainsi une nouvelle voie jusqu'à sa propre cavité. Mais par malheur, soit que le kyste revenu sur lui-même n'occupât pas la même position, soit que l'instrument ait été enfoncé dans une fausse direction, toujours est-il que l'extrémité de la canule se trouva libre et resta logée dans la cavité péritonéale. Comme on le comprend facilement, une violente péritonite ne tarda pas à se manifester, et la malade succomba six heures après. — L'autopsie démontra outre la fausse route qu'avait suivie la canule, une dégénérescence squirrheuse de la partie inférieure des parois du kyste.

Tout en déplorant la terminaison fatale d'une opération qui paraissait aussi simple par elle-même; on a lieu de regretter que la canule métallique n'ait pas été fixée à demeure tout d'abord; car il est évident que dans cette seconde tentative de ponction qu'on a été obligé de faire, la maladie aurait eu un beaucoup plus grand nombre de chances en faveur de sa guérison. — Nous profiterons donc de cet accident pour dire en terminant qu'une fois la ponction faite et le liquide évacué, on fixera la canule du trois-quarts à demeure dans le kyste pendant un temps assez considérable; et ce ne sera que beaucoup plus tard, qu'on pourra rationnellement agiter la question de son renouvellement (1).

Conclusions. — 1° L'hydropisie enkystée de l'ovaire est plus fréquente chez les femmes mariées, et qui ont eu un plus ou moins grand nombre d'enfants, que chez celles qui vivent dans le célibat.

2° Elle est plus fréquente après la cessation naturelle du flux menstruel qu'avant cette époque.

3° Les causes efficientes de cette maladie sont encore enveloppées de la plus profonde obscurité.

4° On a remarqué une fréquence plus considérable à droite qu'à gauche.

5° Son diagnostic ne peut guère être établi d'une manière positive qu'à une certaine période (deuxième); au delà et en deçà il n'y a que des probabilités.

6° Le kyste peut être simple ou multiloculaire, libre dans le centre ou ayant déjà contracté des adhérences plus ou moins nombreuses.

7° Le traitement devra être, au début, interne ou médical; sudorifiques, diurétiques, mercuriaux, iodures, etc.

(1) Il est des circonstances spéciales qui peuvent gêner singulièrement, et parfois même rendre impossible la ponction par le vagin, 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. Je livre cette idée, vierge encore d'application, à la méditation des praticiens.

8° Le traitement chirurgical se compose : A. de ponctions sur la partie antérieure du kyste, avec ou sans injections émoullientes, injections de vin ou de térébenthine, etc.; B. la compression que l'on doit employer comme moyen adjuvant; C. l'incision que l'on a peut-être trop dédaignée; D. l'extirpation qui compte de nombreux succès (1); E. enfin, la ponction vagino-ovarienne qui, toute récente encore, semble appelée à d'heureux résultats, mais en réalité n'en a fourni jusqu'ici qu'un nombre assez restreint.

Ce sera donc aux faits ultérieurs à juger en définitive la valeur d'une opération aussi simple et facile dans son exécution, qu'elle semblerait devoir être efficace dans son résultat.

(L'Expérience, n° 160.)

175. Des injections faites dans l'utérus.

Un fait grave vient de se passer à l'hôpital de Loursine, dans le service de M. Hourmann. Une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, à l'hôpital depuis plusieurs mois, était tourmentée d'un écoulement leucorrhéique intarissable; l'utérus en était le foyer exclusif. Tous les moyens habituels étaient épuisés; suivant alors l'avis de praticiens dont l'autorité est fort recommandable, M. Hourmann résolut de porter la médication topique jusque dans le foyer même, c'est-à-dire dans la cavité utérine. Une injection fut donc pratiquée à travers le col. La matière de cette injection était une décoction de feuilles de noyer, l'instrument qui la poussait un clyso-pompe. Au premier coup de piston, la malade jeta un cri aigu en portant vivement la main sur la région iliaque gauche. Remontée dans son lit, elle fut prise d'un violent frisson pendant plusieurs heures, suivi d'une réaction fébrile intense. La douleur abdominale se prolongeait dans le bassin, où sa nature se modifiait, elle était *expultrice*; il semblait à la malade qu'un corps étranger faisait effort pour sortir de la matrice. A ces caractères, on ne pouvait méconnaître une métrite-péritonite. Un traitement énergique a été opposé par M. Hourmann à la maladie; mais ce n'est qu'à grand'peine qu'il est parvenu à conjurer la double phlegmasie provoquée par l'injection; encore la guérison n'était-elle pas bien complète, quand, au bout de quinze jours, la malade a réclamé sa sortie. Il lui restait une douleur sourde, augmentant à la pression dans la région iliaque.

L'induction pratique rigoureuse à tirer de cette observation serait, qu'il faut s'abstenir des injections de l'utérus, à cause de l'imminence de péri-

(1) On pourra suivre le procédé de Récamier, qui cherche à établir des adhérences préalables à l'aide du caustère potentiel, ou bien celui de Bégin, qui veut arriver au même résultat en pratiquant l'opération en deux temps.

tonite suraiguë où l'on placerait les malades qui y seraient soumises. Cependant un chirurgien du même hôpital de Loursine, M. Vidal de Cassis, se sert journellement des injections dans l'utérus; et il est venu assurer à l'Académie que, sur près de trois cents faits observés dans son service, il n'a pas eu un accident sérieux. Cette question très-importante de pratique mérite donc d'être examinée avec soin. Elle a commencé à l'être par les médecins et chirurgiens de Loursine, qui ont, plus que tous autres, l'occasion de recourir à ces moyens pour tarir les écoulements que présentent les femmes vénériennes auxquelles est destiné cet hôpital.

L'idée du passage du liquide injecté dans le péritoine par la trompe de Fallope devait d'abord se présenter à l'esprit, à la vue des accidents immédiats survenus chez la malade de M. Hourmann, accidents qui avaient été les mêmes chez deux malades de M. Bretonneau, lequel avait constaté, par des expériences sur les cadavres, le passage dont il s'agit.

De nouvelles expériences ont été faites à l'hôpital de Loursine, avec le plus grand soin, par MM. d'Astros et Petit, internes, en présence de MM. Hourmann, médecin, Vidal de Cassis et Nelaton, chirurgiens.

Trois séries d'expériences ont été faites sur les cadavres de neuf femmes. 1° Des *injections forcées* ont été pratiquées avec une seringue à injection artérielle, avec ligature du col sur la canule; dans ces cas, le liquide a passé dans les vaisseaux utérins et dans les trompes. 2° Des *injections abondantes*; celles-ci ont été faites avec une seringue à capacité double de celles des seringues urétrales, et avec plus de force qu'on n'en emploie dans les injections pour l'oreille. Dans deux cas, le liquide a reflué par l'orifice des trompes; dans six autres, leur conduit a paru imperméable, et dans un autre, le liquide a reflué, non par les trompes, mais par les vaisseaux utérins. 3° *Injections modérées*. Dans celles-ci, le liquide n'est jamais parvenu dans le péritoine et n'a même pas abordé les trompes; il est toujours retourné dans le vagin, en passant entre le col et la canule.

Ce sont ces dernières injections modérées que M. Vidal de Cassis pratique, et dont l'innocuité est établie pour lui par des centaines de faits. Voici le procédé qu'il met en usage, et les précautions qu'il regarde comme indispensables à son application : l'appareil nécessaire se compose d'un spéculum ordinaire, d'une seringue à injections urétrales, d'un tube en argent, droit, plus long et moins volumineux qu'une sonde ordinaire de femme, et qui se termine par une petite boule percée en arrosoir. Le liquide est, ou une décoction de feuilles de noyer, ou l'iode, dans les proportions suivantes :

Iodure de potassium. 5 centigr.
Iode. 5 centigr.
Eau. 50 grammes.

Le spéculum mis en place, le tube droit est introduit, à travers le col, jusque dans la cavité utérine, puis le liquide poussé avec la force employée pour une injection dans l'oreille. La capacité utérine étant très-petite, le liquide l'a bientôt remplie,

et sort entre la canule et les parois du col. Ainsi petite quantité de liquide, petit diamètre de la canule, peu de force dans l'injection, retour facile du liquide, telles sont les conditions à remplir selon M. Vidal de Cassis.

Chez la malade de M. Hourmann, l'absence de ces conditions a-t-elle été cause des accidents du côté du péritoine? Nous ne le savons pas. Du reste, les opinions contradictoires qui existent touchant cette pratique réclament de nouveaux faits, afin que les médecins puissent avoir sur cette question une opinion précise et définitive.

(Bulletin de Thérapeutique, juillet.)

176. Observation curieuse d'un enfant né avant terme, qui resta pendant deux mois sans prendre de nourriture.

M. Chauvin, docteur en médecine à Sion, a communiqué à la Société Académique de la Loire inférieure le fait suivant qui, par sa singularité, mérite d'être reproduit.

Il y a trois ans qu'il naquit au village de Grée, en la commune de Ruffigné, un enfant du sexe masculin qui n'était pas à terme. La mère, qui se nomme Anne Hupel, était primipare et incommodée depuis le commencement de sa grossesse : elle n'était enceinte que de sept mois. Après l'accouchement, elle ne présenta rien de remarquable; mais son enfant, quoique bien conformé, était plus petit qu'un enfant à terme. Il avait assez d'embonpoint, la peau délicate et d'un rouge vif, et les yeux constamment fermés. La fonction respiratoire s'établit facilement, mais la voix et les fonctions digestives et locomotrices restèrent dans l'assoupissement le plus complet pendant sept semaines. Pendant tout ce temps il paraissait dormir constamment; tous ses mouvements consistaient, quand on le démaillottait, à se pelotonner les cuisses sur le ventre, les jambes sur les cuisses et les bras sur la poitrine, pour reprendre la position qu'il avait dans le sein de sa mère. Les autres enfants nouveau-nés opèrent ce mouvement pendant deux ou trois jours seulement, et ils en font d'autres; mais celui-ci le fit pendant sept semaines, et ne fit que cela. Il ne poussa pas un seul cri; il ne but ni ne mangea. Si on lui mettait dans la bouche quelques gouttes de lait, de vin ou autre chose, même de la bouillie, on le retrouvait, vingt-quatre heures après, dans le même endroit sans qu'aucun mouvement de succion ni de déglutition lui eût fait subir aucun déplacement. Il n'évacua, pendant tout ce temps, aucune matière stercorale; il n'urina point, et ne salit nullement les linges sur lesquels il était déposé. En un mot, il paraissait, à la respiration près, vivre de la même manière que pendant qu'il avait été renfermé dans le sein de sa mère. Il n'augmenta pas, mais aussi il ne diminua point; sa fraîcheur et son embonpoint restèrent toujours dans le même état.

Lorsque les sept semaines furent écoulées, tous

les organes sortirent à la fois de leur assoupissement; il se mit à crier jour et nuit, à boire, à manger et à évacuer par toutes les voies ordinaires; il prenait beaucoup de nourriture, eu égard à sa force, et cependant il dépérit considérablement: il devint jaune, maigre et ridé, et on désespéra encore une fois de pouvoir l'élever: cependant, après un espace de temps de deux à trois mois, il prit le dessus, et maintenant qu'il a trois ans, il est aussi bien portant que n'importe quel enfant de son âge.

(J. de méd. et de Chir. Prat., juin.)

177. *Résumé des travaux sur la fièvre typhoïde chez les enfants*: par HENRY ROGER, D. M. P., ancien interne de l'hôpital des Enfants-malades.

« Les enfants sont, dès leurs premières années, exposés à presque toutes les maladies communes à tous les âges, et de plus à beaucoup d'autres qui leur sont particulières. » Cette remarque si juste de M. Guersant trouve parfaitement son application à propos de la fièvre typhoïde, affection regardée jusqu'à ce jour, non-seulement par la plupart des médecins, mais encore par les pathologistes qui l'ont décrite avec le plus de talent, comme l'apanage à peu près exclusif de l'âge adulte. De même que la phthisie pulmonaire, la fièvre intermittente, la néphrite albumineuse, de même que tant d'autres maladies dont on croyait à tort le premier âge exempt, la dothinentérie est, au contraire, extrêmement fréquente dans l'enfance.

Jetons un coup d'œil rapide sur la *bibliographie* de la fièvre typhoïde observée dans les premières années de la vie; rassemblons les matériaux peu connus que la science possède sur ce sujet. L'exposé des travaux qui ont été publiés plus ou moins récemment, aura le double avantage de rendre évidente pour tous la fréquence de la dothinentérie chez les enfants, et, en même temps, d'indiquer à ceux qui désireraient faire de la maladie une étude plus complète et plus approfondie, les sources où ils pourront puiser (1).

En 1820, le docteur Abercrombie (*Edinb. med. and surg. Journ.*) dans une monographie sur les maladies du canal intestinal, décrit l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse chez les enfants, et la fièvre typhoïde s'y trouve comprise; l'examen de quelques observations particulières ne laisse point de doutes à cet égard.—Deux ans après, Wendt (*Traité des maladies des enfants*) signala quelques traits de l'entérite folliculeuse dans son tableau de la *fièvre mézaraique*.

Billard paraît avoir observé souvent la fièvre typhoïde chez les nouveau-nés; car, parlant de la

(1) Voy. Rilliet, de la fièvre typhoïde chez les enfants (dissertation inaugurale.)

fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serres, il dit que les enfants plus âgés présentent seuls des phénomènes d'ataxie et de putridité, tandis que, sur vingt cas d'inflammation de l'appareil folliculeux des intestins chez des enfants âgés de quelques jours à deux mois, il n'a constaté que les phénomènes ordinaires de l'entérite.

On trouve quelques indications assez vagues sur la dothinentérie dans la dernière édition (1857) du *Traité de Hencke*.—MM. Evanson et Maunsell (*Practical treatise on the manag. and disease, of Child*, 1856) la signalent également dans les chapitres intitulés *ileitis* et *fièvre rémittente*. Si, du reste, leur tableau nous semble assez vague, il ne faut pas oublier qu'en Angleterre, comme dans l'Amérique, deux affections sont confondues sous le nom de *fever*, l'une qui est notre fièvre typhoïde, et l'autre qui en diffère assez notablement, et qui paraît être le typhus. Il est fort présumable que dans ces pays, les deux formes de la fièvre se retrouvent chez les enfants, comme chez les adultes.

Dans l'ouvrage le plus récent sur la pathologie de l'enfance (*Meissner*, Leipsick, 1858), la description de la fièvre typhoïde est assez complète. Constant a publié (*Gaz. méd.* de 1855 à 1856) plusieurs cas d'entérite folliculeuse recueillis à la clinique de M. Guersant.—Dans un travail sur la pneumonie, M. Becquerel (*Archives*, avril 1859) a analysé dix-huit faits de fièvre typhoïde qu'il avait observés chez M. Jadelot en 1858.—Les ouvrages d'Abercrombie, de Parent-Duchâtelet et Martinet, renferment plusieurs observations de dothinentérie, données, par suite d'erreurs de diagnostic, comme des exemples d'affections cérébrales.

Ce n'est que tout à fait dans ces derniers temps qu'ont paru deux mémoires où il est traité spécialement de la fièvre typhoïde chez les enfants. Celui de M. le docteur Taupin a été inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (nov. et déc. 1859, janvier 1840); ce travail, d'ailleurs remarquable par l'élégance de la forme, est important par le nombre considérable de faits analysés par l'auteur (cent vingt et un, dont une centaine recueillis pendant trois semestres d'hiver). Le second mémoire est dû à M. le docteur Rilliet (*Thèse de la Fac.* 3 janvier 1840). Cette dissertation à laquelle nous avons emprunté l'historique exposé plus haut, se distingue par une grande précision dans les détails, par la rigoureuse sévérité de l'analyse et par l'esprit éminemment pratique qui a présidé à sa composition.

Ajoutons, pour prouver encore combien la dothinentérie est fréquente dans la première période de la vie, que pendant notre internat à l'hôpital des Enfants, nous avons observé pendant deux semestres d'été, quarante-quatre cas, lesquels se trouvent répartis par moitiés égales, au nombre de vingt-deux chaque année.

Notre intention n'est pas de tracer, à l'aide de ces matériaux assez nombreux, une description générale de la fièvre typhoïde. Les analogies qui rapprochent la dothinentérie des enfants de celle des adultes sont trop nombreuses et trop frappantes, les différences qui les séparent sont trop peu tranchées pour que nous puissions songer ici à un travail de ce genre.

D'ailleurs, la dothinentérie de l'enfance n'est, en définitive, qu'une *variété* dans l'espèce; et décrire *in extenso* cette variété, ce serait s'exposer à n'être, dans bien des endroits, que le copiste des auteurs qui ont traité si complètement de la fièvre typhoïde; nous croyons au moins inutile d'essayer de refaire après eux une histoire à laquelle il n'y a, sur certains points, presque rien à ajouter. Aussi, laissant de côté les éléments de la maladie communs aux deux âges, nous n'insisterons guère que sur les considérations spéciales relatives à l'entérite folliculeuse des enfants, et sur le petit nombre des caractères qui la différencient de la fièvre typhoïde chez les adultes. Nous osons espérer que les résultats mentionnés par nous ne seront pas sans quelque valeur, puisqu'ils ressortiront de l'analyse de deux cent vingt-six faits, dus à des observateurs différents, qui sont arrivés cependant à des conclusions à peu près identiques. Du reste, ce travail ne doit être considéré que comme un résumé où, la plupart du temps, nous n'avons eu qu'à ajouter aux propositions énoncées par d'autres le contrôle de notre propre observation.

Anatomie pathologique.— Comme on doit naturellement le présumer, la fièvre typhoïde des enfants diffère à peine, sous le point de vue des caractères anatomiques, de celle qui affecte l'adulte. La description que tout le monde connaît, et qui a été tracée avec tant d'exactitude et de précision par les pathologistes de nos jours, convient à l'une et à l'autre. Toutes les altérations primitives ou secondaires, telles qu'on les observe à un âge plus avancé, se retrouvent ici: gonflement et ramollissement ulcèreux des plaques de Peyer, développement anormal et ramollissement des follicules isolés des ganglions mésentériques et de la rate, congestions ou phlegmasies des organes encéphaliques et thoraciques, etc., aucun trait ne manque au tableau morbide.

Deux faits seulement méritent d'être notés: la *rareté des plaques dures* et le *développement plus tardif des ulcérations*.

En effet, la forme de lésion des follicules agminés, connue sous le nom de *plaques molles*, a été dans les observations faites chez les enfants, de beaucoup la plus commune: sur quarante autopsies, sept fois seulement on trouva des plaques dures. On sait, au contraire, que la proportion des cas où l'on rencontre sous la muqueuse des glandes de Peyer un dépôt de matière jaunâtre est bien plus forte chez l'adulte, puisque M. Louis l'estime à un tiers environ du chiffre des faits recueillis par lui, et que M. Chomel paraît regarder ces plaques dures comme un des caractères de la dothinentérie à sa première période.

Les ulcérations si nous en jugeons d'après nos observations et celles de M. Rilliet semblent se développer plus tardivement chez les enfants. Dans quatre-vingt-douze cas réunis à l'Hôtel-Dieu, et dont M. Chomel a fait le relevé, le travail d'ulcération des plaques commença, terme moyen, du huitième au douzième et quinzième jour. Chez quatre enfants dont parle M. Rilliet, la mort eut lieu le quinzième, le dix-neuvième, le vingtième et le vingt et unième jour, et aucune des plaques saillantes n'était encore ulcérée: chez deux autres, que nous avons observés, et qui ont succombé, l'un le vingt-troisième et l'autre

le dix-neuvième jour, les glandes de Peyer, notablement gonflées et ramollies ne présentaient cependant aucune ulcération.

Peut-être aussi, dans la fièvre typhoïde de l'enfance, la cicatrisation s'opère-t-elle plus tôt que dans l'âge adulte; c'est du moins ce que prétend M. Rilliet; mais nous attendons des faits plus nombreux pour nous prononcer sur cette question. Mentionnons toutefois que chez un petit malade, mort d'une méningite tuberculeuse quatre mois après une dothinentérie des mieux caractérisées, il fut impossible de distinguer aucune trace de cicatrice. Quoi qu'il en soit, les propositions d'anatomie pathologique énoncées plus haut, rapprochées de plusieurs considérations tirées de l'étude de la symptomatologie, expliqueraient d'une manière assez rationnelle pourquoi la fièvre typhoïde est moins grave dans l'enfance que dans l'âge adulte.

Causes.— Nous avons insisté sur la fréquence de la fièvre typhoïde dans l'enfance en général; mais la maladie n'est pas également commune à toutes les périodes du premier âge. Sur deux cent dix malades, quatre-vingt-huit n'avaient pas dix ans; le reste avait dépassé cette limite. Les années qui correspondirent aux chiffres les plus élevés furent la quatorzième (quarante-sept cas), la onzième (vingt-six cas), et la neuvième (vingt-cinq cas). De deux à cinq ans on ne compta que vingt-trois cas, tandis qu'il y en eut cent vingt-quatre de onze à quinze ans. La dothinentérie aurait donc son maximum de fréquence de onze à quinze ans, et décroîtrait, dans une proportion assez régulière, jusqu'à la deuxième année où serait son maximum.— Peut-elle se développer avant la deuxième année? Nous avons cité un passage de Billard, qui semble résoudre cette question par l'affirmative. Nous espérons trouver dans l'excellent ouvrage de M. Valleix (*Clin. des mal. des enfants nouveau-nés*) des renseignements relatifs à ce sujet; mais il n'y est fait mention de la fièvre typhoïde dans aucun chapitre, et nous regrettons d'autant plus ce silence (qu'il soit fondé ou non), que l'opinion formelle de Billard appelait le contrôle d'une observation rigoureuse. A défaut des faits recueillis par nous-même, nous rappellerons que M. Littré a vu un enfant de 22 mois atteint de dothinentérie, et nous empruntons à la thèse de M. Rilliet une citation d'Abercrombie qui prouve que cet auteur a indiqué manifestement la lésion des plaques et des ganglions chez des enfants de 6 et 7 mois. « Les intestins étaient sains à l'extérieur, sauf quelques taches superficielles; à la surface interne de l'intestin grêle il y avait, en plusieurs points, des taches limitées, couvertes de petites ulcérations. Ces taches étaient blanchâtres ou cendrées, d'une apparence de rayon de miel; elles étaient légèrement élevées au-dessus du niveau des parties environnantes; celles de l'intérieur de l'intestin correspondaient à celles de l'extérieur: les ganglions mésentériques étaient tuméfiés, les autres viscères sains. »

L'acclimatement a, de même que chez l'adulte, une influence évidente sur le développement de l'affection typhoïde, puisque les deux tiers environ des enfants étaient récemment arrivés à Paris, le plus grand nombre n'ayant que plusieurs mois de séjour.