



Fig. 3.



Fig. 2.

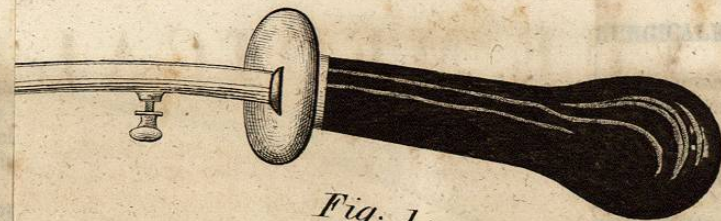


Fig. 1.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JANVIER 1839.

Opération pratiquée par M. RÉCAMIER pour la cure radicale d'une hydropisie enkystée de l'ovaire (1). (Observation recueillie et rédigée par M. FAUVEL, interne à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. RÉCAMIER.)

Avec figures.

Kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche, opéré par une ponction pénétrant par la ligne blanche et venant ressortir à la partie supérieure du vagin en passant derrière l'utérus.

Angélique Vincent, âgée de 26 ans, ravaudeuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1838. Cette femme, d'une constitution saine et assez vigoureuse, a été bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à l'époque actuelle.

Antécédents. — A 19 ans, couche à terme; six mois plus tard, fausse couche probable; six mois encore après ce dernier accident, douleurs abdominales survenues subitement sans cause appréciable; les règles appaurent abondamment et la malade garda le lit plusieurs jours.

Début et marche de la maladie. — Au bout de six semaines cette femme s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente, tellement mobile qu'elle pouvait la faire rouler avec la main. Un an après, cette tumeur était assez volumineuse pour ne pouvoir plus être déplacée.

(1) Cette opération, aussi hardie qu'ingénieuse, fixera l'attention du monde médical comme pouvant ouvrir une nouvelle voie à la thérapeutique dans le traitement d'une maladie regardée à peu près généralement comme incurable. C'est pourquoi nous nous empressons de publier ce fait important de clinique, avec tous les détails de l'observation, recueillie par M. Fauvel sous les yeux de M. Récamier, qui a bien voulu y ajouter quelques réflexions pratiques, et décrire lui-même son opération, telle qu'il l'a conçue et exécutée à l'Hôtel-Dieu de Paris, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Une planche lithographiée, représentant fidèlement, dans leurs formes et dimensions, les instruments qui ont servi à cette opération, aura le double avantage de faciliter l'intelligence de la description, et d'éviter de longs tâtonnements aux chirurgiens qui voudraient faire construire loin de Paris des instruments semblables pour tenter la même opération. (N. R.)

L'abdomen augmenta lentement de volume pendant 5 ou 6 ans (il avait alors la saillie d'une grossesse de quatre mois); puis son accroissement suivit une marche plus rapide.

État de la malade avant l'opération. — Huit ans se sont écoulés depuis la première apparition de la tumeur, et la malade est dans l'état suivant. Abdomen plus volumineux que dans une grossesse à terme, dépassant en saillie la poitrine, repoussant en dehors les fausses côtes, et descendant inférieurement jusqu'à la partie supérieure des cuisses.

Il est lisse, tendu, rénitent, uniformément développé, sans bosselures.

La percussion donne une matité complète dans toute son étendue, si ce n'est à la région épigastrique, où existe un son tympanique dû à la présence des intestins; fluctuation dans tous les sens.

Les parois ne sont pas infiltrées, on ne voit pas de veines dilatées sous la peau.

Jamais la malade n'a éprouvé de douleurs dans le ventre.

Les règles ont continué à paraître comme auparavant, et même, du 13 au 20 juillet, elles sont venues.

Depuis six ans, cette femme a l'habitude de rendre tous les six mois par l'anus environ un pot de nuit plein de sang pur, sans symptômes précurseurs et sans autre accident qu'une grande faiblesse.

Diagnostic. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. — Le lundi, 25 juillet, la malade se trouvant dans de bonnes conditions, l'opération suivante, ayant pour but d'ouvrir le kyste par sa partie inférieure à travers le vagin, est pratiquée en présence de MM. Marjolin, Nacquart, Cruveilhier, Guersent père et fils, Chomel, et d'un grand nombre d'autres médecins et d'élèves.

On retire neuf litres de sérosité incolore. (Voir ci-après la description de l'opération par M. Récamier.)

Immédiatement après l'opération, un bandage compressif a été appliqué sur l'abdomen, et les douleurs que la malade ressentait ont cessé de suite.

A trois heures après-midi, un bain d'une heure et demie a été donné. Quand la malade en est sortie, elle se trouvait parfaitement bien. Le bandage mouillé fut remplacé. Un peu de liquide sanguinolent s'était écoulé par le vagin. Apyrexie complète.

Vers huit heures du soir, des douleurs très-vives, précédées d'un petit frisson, se sont fait sentir dans l'abdomen, à l'hypogastre.

Une saignée de trois palettes fut pratiquée et l'on

appliqua sur le bas-ventre 50 sangsues; on avait eu la précaution de ne pas enlever le bandage compressif.

Le 24 juillet, le mardi matin la malade est soulagée; les douleurs ont presque entièrement cessé; la peau est sans chaleur fébrile; le pouls à 80.

Le toucher par le vagin, aidé du palper de l'abdomen, fait reconnaître que le kyste ne contient plus de liquide, et que l'ouverture pratiquée en arrière et à droite du museau de tanche est béante, et laisse couler la sérosité à mesure qu'elle se produit.

(On maintient le bandage; bain, bouillon.)

Le 25 juillet, de temps en temps, quelques petites coliques à l'hypogastre; écoulement séreux par le vagin; abdomen souple; aspyrexie; le pouls est à 60; miction facile; constipation depuis plusieurs jours.

(Bandage; lavement; soupe.)

Le 26 juillet, hier au soir quelques douleurs dans le côté gauche de l'hypogastre; léger mouvement fébrile.

On donne un bain prolongé de trois heures, et ce matin les douleurs ont disparu, le pouls est à 70.

Sitôt qu'on enlève le bandage, les douleurs se reproduisent, et la malade éprouve des défaillances. Du reste, le ventre est souple et l'on ne peut apprécier l'existence d'aucune tumeur.

(Même prescription.)

Le 27 juillet, abdomen indolent et souple. Un peu de sérosité rougeâtre s'écoule par le vagin. Insomnie; aspyrexie.

(Même prescription. Une pilule d'un grain d'opium pour le soir.)

Le 28 juillet, absence de douleur dans l'abdomen, si ce n'est à une très-forte pression sur l'hypogastre. Pas de chaleur fébrile; pouls régulier, 60 pulsations.

(Même prescription.)

Dans la journée, la malade, dont le caractère est très-irascible, s'est levée et assise sur une chaise; elle dormait un peu, lorsqu'elle fut réveillée brusquement, ce qui fut la cause d'une colère violente....

Apparition des accidents. — Le 28 juillet, en se recouchant, léger frisson; vers quatre heures, la peau est chaude, le pouls à 90; mais le ventre est encore indolent. Plus tard, des douleurs très-vives se sont développées à l'hypogastre, spécialement vers le côté droit; partant de ce point, elles s'irradient dans tout l'abdomen. Ces douleurs ont été assez violentes pour arracher des plaintes à la malade; en même temps des nausées et quelques efforts de vomissements ont eu lieu.

A minuit, les douleurs sont un peu calmées; mais la pression, même légère, les reproduit à l'hypogastre.

La peau est chaude, sans sécheresse; le pouls petit, serré, dur, dépasse 100 pulsations.

(50 sangsues à l'hypogastre sans enlever le bandage; cataplasme, bain prolongé vers le matin.)

Le 29 juillet, la malade est restée trois heures dans le bain; lorsqu'elle en sort, le pouls est petit, irrégulier (90); les douleurs dans l'abdomen existent encore, mais à un degré moindre; il n'y a pas de ballonnement, ni de tumeur appréciable; un peu de liquide s'est écoulé par le vagin.

La constipation persiste malgré les lavements.

(Une pilule d'un grain de calomel toutes les deux heures; lavements; le bandage est réappliqué.)

Peu de temps après, des nausées surviennent et la malade éprouve des défaillances qui donnent de l'inquiétude; le pouls devient d'une faiblesse extrême, la face pâlit, les yeux se ferment, la peau se refroidit et la malade ne répond plus.

On la place horizontalement, des sinapismes sont appliqués aux extrémités et de l'eau fraîche est projetée sur la face. Sous l'influence de ces moyens, la demi-syncope disparaît.

Dans la journée, ces phénomènes se sont reproduits plusieurs fois, et l'on a administré avec succès, pour les combattre, une goutte d'essence de menthe dans un demi-verre d'eau sucrée.

Le 30 juillet, hier au soir et pendant la nuit, les douleurs ont reparu plus intenses; la malade a eu des nausées et des vomissements bilieux.

Ce matin, le facies exprime la souffrance; il n'y a plus de tendance à la syncope. Le pouls est petit, serré (92).

Hypogastre douloureux, moins souple, plus développé; il ne s'est plus écoulé de liquide par le vagin.

Trois selles liquides, très-fétides, miction facile. (25 sangsues à l'hypogastre; cataplasme.)

Le 31 juillet, les sangsues ont donné beaucoup de sang et n'ont pas produit de défaillances.

Pouls à 92, petit.

Même état du reste.

(Cataplasme; 4 ventouses sèches aux cuisses; lavement; bouillon coupé.)

1^{er} août, des efforts de vomissements ont eu lieu pendant la nuit, et ce matin quelques défaillances pour lesquelles on a administré l'eau de menthe.

Depuis hier soir l'abdomen a considérablement augmenté de volume, il donne un son tympanique et est moins douloureux à la pression.

En palpant profondément, on sent dans le bassin une tumeur inappréciable hier.

(Limonade citrique; cataplasme; un bain tiède prolongé.)

Le 2 août, encore des vomissements et des défaillances.

Abdomen plus ballonné que la veille; douleur vive à droite de l'ombilic, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque. Le météorisme et la douleur empêchent de percevoir la tumeur. Pas d'écoulement par le vagin; pouls petit, faible, (116); 4 ou 5 selles liquides; le facies présente plus d'altération que les jours précédents.

(Pour boisson, de l'eau; deux bains prolongés; cataplasme sur le ventre; bouillon.)

Le 3 août, ce matin, en sortant du bain, d'après la malade, il s'est écoulé un peu de liquide par le vagin.

Exploration par le vagin. — M. Récamier pratique le toucher et s'assure que l'ouverture pratiquée est presque entièrement oblitérée; alors il essaie avec une sonde de rétablir une communication avec le kyste.

Après plusieurs tentatives, une sonde de femme pénètre, et il s'écoule de suite quatre à cinq cuillerées de liquide limpide et incolore.

Les autres symptômes sont les mêmes. (Même prescription; bain prolongé.)

Le 4 août, abdomen toujours ballonné; vomissements bilieux; deux selles liquides, verdâtres, très-abondantes; pouls petit, faible, fréquent.

Règles. — Dans la nuit les règles ont paru.

(Même prescription, moins de bain.)

Le 10 août, le sang a continué à couler par le vagin pendant quatre jours, mais en petite quantité; le liquide séreux n'a pas reparu.

Du reste la malade est dans le même état; le pouls conserve de la fréquence; les vomissements bilieux se renouvellent tous les jours; l'abdomen est ballonné, moins douloureux à la pression.

Hémorrhagie intestinale. — Le 12 et le 13 août, évacuation par l'anus d'une quantité de sang pur que la malade évalue à plusieurs verres. Cet écoulement n'a pas été précédé ni accompagné de douleur; le sang sortait abondamment.

Évacuation abondante de matières fétides, coïncidant avec la diminution du ventre. — Le 13 août, cette nuit, après avoir éprouvé des coliques assez vives, la malade a rendu par le rectum, en huit ou dix fois, plusieurs grands bassins d'un liquide jaune verdâtre très-fétide; ce matin le ventre est moins volumineux, il est plus souple; pas de réaction fébrile; état général satisfaisant.

Du 16 au 19 août, la malade a continué à rendre par les selles, en moins grande quantité, un liquide verdâtre fétide, et en outre elle a eu quelques garde-robes solides. L'abdomen a considérablement diminué de volume, au point qu'il est dans le même état qu'aussitôt après l'opération; il est indolent, sa souplesse permet de constater qu'il n'existe pas de tumeur.

Aspyrexie; sommeil; la malade demande à manger. (Un bandage lacé compressif a été réappliqué. On a prescrit le quart de la portion.)

Angine pseudo-membraneuse. — Le 20 août, légère douleur à la gorge, qui gêne la déglutition, sans autres symptômes.

(Gargarisme simple; quart de portion.)

Le 21 août, le pouls a pris de la fréquence (90), la peau est chaude.

La douleur de gorge a augmenté au point de rendre toute espèce de déglutition très-pénible.

M. Récamier examine la gorge, et reconnaît sur les amygdales, le voile du palais et la partie postérieure du pharynx, des plaques blanchâtres, de nature pseudo-membraneuse.

Il touche immédiatement ces parties avec du nitrate acide de mercure, au moyen d'une longue pince portant un petit bourdonnet de charpie imbibée du caustique et pressée pour la dessécher.

(Gargarisme; lait; diète.)

Le 22 août, diminution notable de la douleur de gorge et de la gêne dans la déglutition; la voix n'est pas altérée; aucune gêne dans la respiration.

Légère fréquence du pouls.

Abdomen indolent; douze ou quinze selles liquides peu abondantes, sans ténésme depuis hier matin, quelques-unes contenant des traces de sang.

(Riz gommé sucré; décoction blanche; gargarisme; lait.)

Le 23 et 24 août, même état; affaiblissement; plusieurs garde-robes liquides par jour: deux d'entre

elles contenaient du sang pur, dont la malade évalue la quantité à un verre.

(Même prescription.)

Le 25 et 26 août, des pellicules blanchâtres commencent à se détacher de la gorge, qui n'est plus douloureuse; mais le pouls reste fréquent et misérable; la malade vomit tout ce qu'elle boit, en même temps que des matières bilieuses; elle a une diarrhée abondante, verdâtre, et s'affaiblit beaucoup; elle demande à quitter l'hôpital.

Le 27 août, jour de la sortie, l'état général est loin d'être satisfaisant. Hier, dans la journée, la malade a eu une défaillance qui a duré plus d'un quart d'heure, et le soir elle a encore rendu une petite quantité de sang pur dans une garde-robe. Grande faiblesse ce matin; quelques vomissements.

Pouls (102), petit, faible, pas de chaleur fébrile à la peau.

Les pellicules blanchâtres sont en partie détachées au pharynx, et laissent voir une surface rosée. Déglutition très-facile.

Abdomen aplati, souple, toujours maintenu avec un bandage lacé. La main plonge dans le bassin avec facilité; on ne peut y constater la présence d'aucune tumeur.

La malade ne peut marcher; on l'emporte sur un brancard.

Depuis sa sortie de l'hôpital elle a été souvent visitée à son domicile et le même régime a été maintenu; sa position, loin de s'améliorer, a été en s'aggravant: la faiblesse et le marasme ont fait des progrès rapides.

Les vomissements ont persisté, et, malgré les astringents et les narcotiques employés convenablement, la malade a conservé une diarrhée abondante, fétide, quelquefois sanguinolente.

Tous les jours des défaillances ont eu lieu avec menace de mort; on administrait alors avec succès pour ranimer la malade quelques cuillerées d'eau de menthe. Le pouls très-faible conservait une grande fréquence.

Bientôt une toux opiniâtre avec gêne dans la respiration vint se joindre à ces symptômes. Enfin la malade ayant demandé à revenir à l'Hôtel-Dieu, y rentra le 8 septembre 1838, dans le dernier degré de marasme, vomissant toutes les boissons et ne pouvant garder les lavements laudanisés.

Les symptômes thoraciques annonçaient une pneumonie que l'extrême faiblesse de la malade ne permettait pas de constater par l'auscultation; l'abdomen médiocrement distendu, sonore, peu douloureux, était le siège d'un fort gargouillement. Cet état persiste pendant deux ou trois jours avec des défaillances continuelles que l'on combat par l'essence de menthe.

Le 11, la respiration devient stertoreuse et la malade meurt le 12 septembre vers 2 heures après-midi.

Nécropsie, 24 heures après la mort.

Marasme très-prononcé.

Abdomen. — En incisant les parois abdominales on trouve des adhérences très-fortes sur la ligne médiane à partir de l'ombilic jusqu'à la partie inférieure.

rière; ces adhérences occupent toute la largeur des muscles droits. Sur les parties latérales, les anses intestinales sont libres.

Péritoine. — Le péritoine est lisse, sans fausses membranes ni injection morbide. On constate seulement la présence d'un verre environ de sérosité limpide incolore.

Poche ou cavité purulente. — En détachant la paroi abdominale sur la ligne médiane, on pénètre dans une cavité remplie de gaz fétides et contenant à peu près huit onces d'une bouillie purulente, grisâtre, avec de petits flocons blancs, friables.

Cette poche est assez grande pour contenir un litre au moins de liquide; elle a une forme globuleuse;

Enveloppée extérieurement par le péritoine, elle se comporte de la manière suivante avec les organes voisins :

Rapports de cette poche purulente avec les organes voisins. — En haut, elle remonte jusqu'à l'ombilic où sa paroi très-mince adhère avec le grand épiploon qui contribue à la fortifier. Elle offre aussi quelques brides fibro-celluleuses lâches qui l'unissent aux anses intestinales.

En avant, elle est adhérente par sa surface séreuse au péritoine pariétal jusque vers la vessie. Arrivée là, elle plonge entre cet organe et l'utérus.

En cet endroit les surfaces sereuses ne sont pas complètement adhérentes; mais de fortes brides celluleuses unissent la tumeur au sommet, à la face postérieure de la vessie et à tout le bord supérieur de la matrice: c'est là surtout que ces brides sont épaisses et présentent un pouce ou un demi-pouce de longueur.

Parvenue à ce point, la poche passe au-dessus de l'utérus, envoie des brides assez fortes au péritoine qui recouvre le rectum; et même le cul-de-sac rectovaginal, bien que lisse et non enflammé, offre quelques prolongements fibro-celluleux dans son étendue. Puis, la tumeur remonte en avant du rectum envoyant des adhérences celluleuses au mésentère et formant une espèce de canal fibreux pour le passage de la fin de l'intestin grêle.

Enfin elle vient rejoindre la partie supérieure.

Latéralement, on constate les rapports suivants: A droite la tumeur est fortement accolée au colon ascendant, puis elle adhère au cœcum à l'aide de brides qui laissent entre elles des espaces lisses où le péritoine est intact.

Plus bas, dans le petit bassin, elle envoie quelques adhérences au ligament large, à l'ovaire et à la trompe.

Du côté gauche les adhérences sont moins fortes; quelques brides se rendent à l'S iliaque, qui passe derrière la tumeur pour former le rectum; mais de ce côté elle est intimement unie à l'ovaire et à la trompe. Ces rapports étant déterminés on enlève avec soin la tumeur en masse, les organes génitaux et le gros intestin, afin de déterminer le siège et la structure intime de cette poche purulente, et de voir comment se comportent relativement à elles tous ces différents organes.

Description de la poche. — Après avoir débarrassé la cavité purulente de la bouillie blanchâtre et fétide qu'elle renfermait, on aperçoit dans son in-

érieur, à sa partie la plus déclive, une autre poche blanche plissée sur elle-même, dont la surface externe inégale est couverte de pseudo-membranes à l'aide desquelles elle adhère dans une certaine étendue, mais surtout inférieurement et latéralement, avec les parois de la cavité purulente. Ces adhérences sont faibles, et il est possible de la séparer complètement et de l'enlever.

Cette poche ainsi isolée, et rendue à ses dimensions propres, a une capacité au moins égale à celle de la cavité dans laquelle elle était contenue. Elle est fermée de toutes parts et renferme un demi-verre environ de sérosité incolore et transparente.

Sa surface interne est lisse, d'un blanc mat, nacré en certains points, et présente en quelques parties un aspect mamelonné, avec un peu d'infiltration séreuse dans l'épaisseur des parois.

Ces dernières ont une structure fibreuse, une épaisseur très-peu considérable, et sont tellement amincies à la partie supérieure qu'elles se déchirent avec facilité.

Examen des parois. — En examinant alors les parois de la cavité purulente on trouve à l'intérieur une surface rugueuse d'un gris noirâtre, hérissée d'aspérités sous toutes formes, offrant des replis flottants ou des mamelons, et présentant en plusieurs points l'aspect de la langue de certains animaux carnassiers. On peut en raclant enlever des lambeaux pseudo-membraneux.

Ouverture de communication entre la poche purulente et le colon ascendant. — Dans la partie correspondant à l'adhérence avec le colon ascendant il existe une ouverture arrondie de quelques lignes de diamètre, établissant une communication entre l'intestin et la cavité purulente.

Les parois de cette dernière, très-minces supérieurement, se laissent déchirer avec facilité et semblent constituées par le péritoine seul renforcé par le grand épiploon qui vient y adhérer; mais à mesure qu'on descend dans tous les sens, elles deviennent fibreuses et acquièrent insensiblement une très-grande épaisseur dans les parties déclives, à tel point qu'à l'endroit où la trompe gauche vient s'y perdre elles ont 3 lignes, et dans toute la région inférieure 5 à 4 lignes.

Elles sont constituées par un tissu blanc, brillant, formé de fibres entrecroisées disposées par plans parallèles, de telle sorte qu'on peut doubler la poche et en former plusieurs. Des vaisseaux artériels et veineux d'un assez fort calibre serpentent dans toute l'épaisseur.

En dehors, la surface est séreuse, entrecoupée par les adhérences dont nous avons déjà parlé.

Organes génitaux. — L'examen des organes génitaux donne les résultats suivants :

Le vagin dans toute sa longueur ne présente rien de remarquable, sa muqueuse est rosée sans injection ni ramollissement.

Le museau de tanche est bilabié; il offre un orifice transverse de huit lignes d'étendue. La lèvre postérieure est plus volumineuse que l'antérieure. En arrière de la lèvre postérieure, un peu à droite, on voit une cicatrice linéaire noirâtre ayant six lignes d'étendue et complètement fermée.

Il est impossible de faire pénétrer un petit stilet.

Cicatrice. — Cette cicatrice ne s'étend pas à plus de deux lignes de profondeur, et la dissection la plus attentive ne fait découvrir aucune trace qui puisse indiquer la route qu'a suivie l'instrument pour parvenir dans le kyste.

Utérus. — L'utérus a un volume ordinaire. Son tissu est ferme et d'un blanc rosé.

Sa surface interne est pâle, et la cavité contient un peu de mucosité transparente.

Trompe gauche. — Le côté gauche de l'utérus est fortement uni aux parois de la tumeur par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire de ce côté.

On ouvre avec soin le canal de la trompe gauche en partant de l'utérus. Son calibre, d'abord capillaire, s'élargit un peu, et après un trajet de deux pouces environ, il pénètre dans l'épaisseur des parois fibreuses du sac purulent. Là, on peut le suivre encore pendant un pouce, après quoi on n'en trouve plus de traces, il se perd insensiblement. Des artères et des veines d'un gros calibre l'accompagnent et vont se ramifier dans l'épaisseur des parois.

Ovaire gauche. — L'ovaire gauche, fortement aplati, offre une surface libre appliquée sur l'utérus et envoyant quelques brides fibro-celluleuses au péritoine qui revêt le rectum.

Mais par sa partie antérieure et supérieure, il adhère intimement au sac fibreux, et son tissu se confond avec le sien, sans qu'il soit possible de tracer de limite.

On trouve dans son intérieur une petite cavité du volume d'un gros pois remplie de sang.

Son tissu est spongieux, parcouru par de nombreux vaisseaux artériels et veineux.

Les vaisseaux ovariens sont très-dilatés, ils se distribuent dans les parois du sac fibreux. Plusieurs veines ont le calibre d'une petite plume à écrire.

Trompe droite. — En suivant le canal de la trompe droite, on arrive, après un trajet d'un pouce 1/2, dans une cavité allongée du volume d'une noix, à parois lisses, anfractueuses, comparables à celles d'une veine variqueuse. Cette cavité renferme un caillot noirâtre avec de la sérosité sanguinolente.

On ne peut trouver d'autre orifice que celui du canal capillaire qui mène à l'utérus.

La trompe ainsi convertie en une poche remplie de sang adhère postérieurement par sa surface externe avec le péritoine qui tapisse le rectum, et en bas avec l'ovaire, sans présenter le pavillon libre. Les parois sont très-vasculaires.

Ovaire droit. — L'ovaire droit, situé au-dessous de la trompe, a le volume d'une petite noix; sa surface sillonnée ressemble assez bien aux circonvolutions cérébrales. Il adhère en haut avec la trompe, en bas avec le ligament large. Sa face postérieure est entièrement libre et regarde le rectum.

Son tissu est le même que celui de l'ovaire opposé. Il résulte de là que les connexions de la poche fibreuse avec la trompe et l'ovaire du côté droit sont faibles, et n'ont lieu qu'au moyen de quelques adhérences fibro-celluleuses.

Canal alimentaire. — La bouche et le pharynx n'offrent pas de traces de fausses membranes. La muqueuse est un peu injectée, sans ramollissement ni ulcérations.

L'œsophage n'offre rien de remarquable.

L'estomac, d'un volume ordinaire, contient un peu de liquide jaunâtre; sa surface interne est lisse, d'un blanc grisâtre avec des stries rouges sur la grande courbure.

La muqueuse n'est pas notablement ramollie. Tout l'intestin grêle est généralement d'un blanc rosé, sans offrir de points ramollis ou ulcérés.

Le cœcum renferme une assez grande quantité d'une matière fétide, jaune-verdâtre, demi-liquide, avec des flocons blancs et quelques grumeaux friables.

Ses parois ont une couleur rosée plus foncée que dans l'intestin grêle. La muqueuse s'y déchire avec plus de facilité. On ne voit pas d'ulcération.

Colon ascendant. — Le colon ascendant, qui adhère aux parois de la cavité par son côté interne, est distendu par des gaz, et renferme à l'intérieur la même matière que le cœcum.

Sa surface interne est d'un rouge plus prononcé encore que celle du cœcum. La muqueuse est boursoufflée et se déchire par une faible traction. Son épaisseur est au moins augmentée d'un tiers, ce qui est dû à une légère infiltration séreuse.

La réunion des deux tiers inférieurs de cet intestin avec le tiers supérieur, on voit au fond d'une lacune une ouverture à peu près arrondie, assez large pour laisser pénétrer le petit doigt, et qui fait communiquer l'intestin avec la cavité purulente. Les bords de cette ouverture sont lisses et non ulcérés. La muqueuse qui l'avoisine est rouge et boursoufflée plus que partout ailleurs, dans l'étendue d'un demi-pouce en tous sens. Elle est molle, et se déchire facilement.

Les colons transverse et descendant sont légèrement dilatés par des gaz et par cette matière; mais ils ne présentent pas d'ulcération.

A mesure qu'on s'éloigne du colon ascendant, la muqueuse est de moins en moins injectée, et même à la fin du colon descendant, elle offre seulement une teinte rosée. Sa consistance est plus ferme.

L'S iliaque et la partie supérieure du rectum ne renferment pas de gaz, et offrent le même aspect que le colon descendant.

Rectum. — Dans les quatre derniers pouces du rectum et au pourtour de l'anus, la muqueuse est rouge et parsemée de tumeurs hémorrhoidales tuméfiées, spongieuses, très-vasculaires, mais non ulcérées.

Le foie, la rate et les reins, n'ont rien présenté de remarquable. La vessie, très-petite, pourrait à peine contenir un œuf de poule. Du reste, ses parois ne sont pas altérées.

Thorax. — Quelques cuillerées de sérosité rougeâtre dans chaque plèvre. Le poumon droit légèrement emphysémateux est engoué à la partie déclive sans avoir perdu de sa consistance. Le poumon gauche offre les mêmes caractères que le précédent; mais le lobe inférieur est le siège d'une pneumonie au premier et au deuxième degré. Le tissu est grenu, friable, rougeâtre, ou bien ailleurs gorgé de liquide.

Le péricarde est sain; le cœur a un volume ordinaire, son tissu a une bonne consistance; les orifices ne sont pas altérés.

Crâne. — La dure-mère et les autres membranes n'offrent rien de remarquable.

Une quantité médiocre de sérosité existe sous l'arachnoïde et dans les ventricules.