établissant un drainage et par l'angle inférieur de la plaie abdominale et par le cul-de-sac postérieur.

Les suites opératoires furent normales et la malade est actuellement guérie.

Nous insisterons sur l'importance du drainage et plus particulièrement du drainage vaginal : c'est là en effet la partie la plus déclive, où naturellement se collectera le liquide, et rien n'est plus naturel que d'ouvrir à ce niveau une porte de sortie. Nous préférons pour ce drainage une mèche de gaze stérilisée introduite par le ventre, aux différents tubes soit de caoutchouc, soit métalliques, dont le maintien en place est parfois difficile à obtenir et dont l'asepsie au bout de quelques jours est bien problématique, tandis que rien n'est plus aisé que de changer, même tous les jours, une mèche de gaz.

Bien des chirurgiens soutiennent encore l'inutilité du drainage et à l'appui citent des observations heureuses. Sans vouloir établir ici une discussion, je me contenterai de vous signaler ce qui s'est passé chez notre malade : le lendemain de l'opération il y eut une ascension de température de 38,2 qui tomba dès que l'on eut fait le pansement vaginal et donné issue, par le changement de la mèche, à environ 40 ou 50 grammes de liquide sanguinolent très foncé : le même fait se produisit 48 heures après, et ce ne fut que le 5e jour que la température redevint tout à fait régulière, en même temps que cessait l'écoulement du cul-de-sac postérieur. Que serait-il advenu si nous n'eussions pas donné une issue au liquide susceptible de se collecter ? Probablement la température se fût maintenue jusqu'au jour où son ascension et sa persistance devinrent inquiétantes nous eussent contraint d'ouvrir le cul-de-sac postérieur pour vider cette collection purulente : heureux encore de ne pas avoir à déplorer une complication plus redoutable.

Voici, Messieurs, la pièce :

Une tumeur relativement grosse, bilobée, couverte d'adhérences, occupant les deux tiers externes de la trompe, et n'offrant à l'examen le plus attentif aucune trace de rupture. En examinant son extrémité libre nous voyons à sa surface le pavillon étalé, à son pourtour les débris des adhérences qui le maintiennent fixé à la paroi pelvienne, et du sang noir sourdre par son orifice lorsqu'on exerce une pression sur la tumeur. Ceci nous conduit à penser que nous nous sommes trouvé en présence d'une hémorrhagie intra-kystique, avec écoulement lent par l'orifice du pavillon, écoulement qui a déterminé à ce niveau la formation d'adhérences de telle sorte qu'à un moment donné, le sang ne trouvant plus d'issue, il s'est produit dans la trompe une véritable auto-compression mettant fin à l'hémorrhagie.

C'est également à la lenteur du flux sanguin que nous attribuons l'absence du cortège symptomatique habituel de l'hématocèle intra-péritonéal, surtout si nous considérons la quantité de caillots, indice certain d'une hémorrhagie abondante.

La coupe de la pièce nous montre une grande cavité qui n'est autre que la trompe elle-même dilatée et subdivisée à sa partie la plus externe en deux autres cavités plus petites, disposition évidente.