

changements brusque de la température qui ont lieu si souvent dans cette saison. Les spécialistes les plus autorisés s'accordent à reconnaître que ces variations atmosphériques ont une influence funeste dans l'ovariotomie. Mais il y avait urgence; il me fallait procéder sans retard. Heureusement que je fus favorisé d'une température splendide le jour de l'opération et les trois jours consécutifs.

*Opération.* Comme ce n'est pas une clinique que j'ai la prétention de vous donner sur cette importante question chirurgicale, mais d'en faire un rapport que j'ai préparé à la demande de quelques membres de la Société Médicale, je m'abstiendrai de décrire minutieusement le mode opératoire que j'ai suivi; je ne vous en décrirai que les particularités importantes. Cette opération a été trop bien décrite dans les ouvrages didactiques par Kœberlé, Spencer, Wells, Pean, Bilroth et d'autres grands maîtres qu'il serait fastidieux d'en entreprendre une nouvelle description devant une société de médecins dont j'ai appris à respecter depuis longtemps la science et les talents.

Et d'abord, inutile de dire que la malade fut profondément anesthésiée. En ouvrant l'abdomen, au lieu d'élection, entre l'ombilic et le pubis sur la ligne blanche, j'incisai juste sur une adhérence très résistante qui réunissait intimement un énorme kyste au péritoine. La paroi abdominale était légèrement infiltrée. J'essayai de vaincre cette adhérence, mais l'obstacle était tel que je craignis de faire fausse route entre le fascia transversale et le péritoine et je me souvins que Hutchinson appelle l'attention sur la *difficulté spéciale* que présentent les adhérences antérieures: "on peut, dit-il, avoir beaucoup de peine à reconnaître les limites du kyste. L'opérateur peut prendre l'espace cellulaire qui se trouve entre le *fascia transversalis* et le péritoine pariétal pour celui qui existe entre le péritoine et le Kyste. Cette erreur, si elle n'est pas reconnue promptement, peut causer des dangers. En cherchant à éviter cet écueil, le chirurgien peut tomber dans un autre et peut retrancher le péritoine viscéral du kyste; dans un grand nombre de cas, l'extérieur du kyste, séparé du péritoine, ne est poli, blanc et brillant, les adhérences sont celluluses et faciles à déchirer, de sorte que rien n'indique au chirurgien son erreur. Un moyen ajoute-t-il, décarter le risque de ces deux erreurs, c'est d'agrandir la plaie en haut jusqu'à ce qu'on arrive à un point où il n'existe plus d'adhérences. Quand le doigt de l'opérateur a touché l'intestin, il sait ce qu'il est, et peut rompre les adhérences sans crainte de se tromper."

Le moyen d'écarter la difficulté, recommandé par Hutchin-