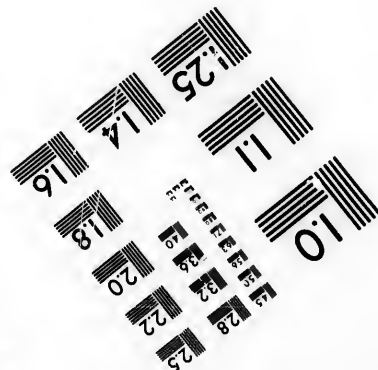
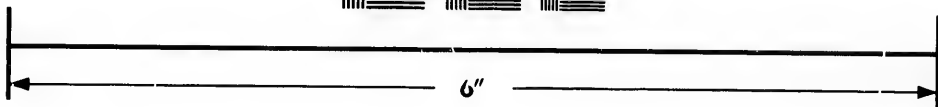
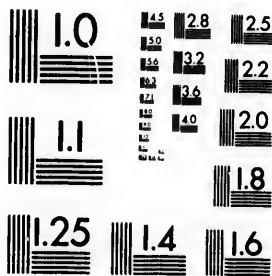


**IMAGE EVALUATION  
TEST TARGET (MT-3)**



**Photographic  
Sciences  
Corporation**

23 WEST MAIN STREET  
WEBSTER, N.Y. 14580  
(716) 872-4503

**CIHM/ICMH  
Microfiche  
Series.**

**CIHM/ICMH  
Collection de  
microfiches.**



Canadian Institute for Historical Microreproductions / Institut canadien de microreproductions historiques

**© 1982**

Technical and Bibliographic Notes/Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for filming. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of filming, are checked below.

L'Institut a microfilmé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de filmage sont indiqués ci-dessous.

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coloured covers/<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/> Coloured pages/<br>Pages de couleur  |
| <input type="checkbox"/> Covers damaged/<br>Couverture endommagée  | <input type="checkbox"/> Pages damaged/<br>Pages endommagées  |
| <input type="checkbox"/> Covers restored and/or laminated/<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée  | <input type="checkbox"/> Pages restored and/or laminated/<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/> Cover title missing/<br>Le titre de couverture manque   | <input checked="" type="checkbox"/> Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/> Coloured maps/<br>Cartes géographiques en couleur   | <input type="checkbox"/> Pages detached/<br>Pages détachées   |
| <input type="checkbox"/> Coloured ink (i.e. other than blue or black)/<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)   | <input checked="" type="checkbox"/> Showthrough/<br>Transparence  |
| <input type="checkbox"/> Coloured plates and/or illustrations/<br>Planches et/ou illustrations en couleur  | <input type="checkbox"/> Quality of print varies/<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input type="checkbox"/> Bound with other material/<br>Relié avec d'autres documents   | <input type="checkbox"/> Includes supplementary material/<br>Comprend du matériel supplémentaire  |
| <input type="checkbox"/> Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin/<br>La reliure serrée peut causer de l'ombre ou de la<br>distortion le long de la marge intérieure   | <input type="checkbox"/> Only edition available/<br>Seule édition disponible  |
| <input type="checkbox"/> Blank leaves added during restoration may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from filming/<br>Il se peut que certaines pages blanches ajoutées<br>lors d'une restauration apparaissent dans le texte,<br>mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont<br>pas été filmées. | <input type="checkbox"/> Pages wholly or partially obscured by errata<br>slips, tissues, etc., have been refilmed to<br>ensure the best possible image/<br>Les pages totalement ou partiellement<br>obscuries par un feuillet d'errata, une pelure,<br>etc., ont été filmées à nouveau de façon à<br>obtenir la meilleure image possible. |
| <input type="checkbox"/> Additional comments:/<br>Commentaires supplémentaires:  |   |

This item is filmed at the reduction ratio checked below/  
Ce document est filmé au taux de réduction indiqué ci-dessous.

10X	14X	18X	22X	26X	30X
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12X	16X	20X	24X	28X	32X

The copy filmed here has been reproduced thanks to the generosity of:

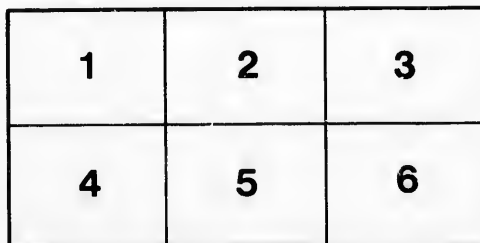
Bibliothèque nationale du Québec

The images appearing here are the best quality possible considering the condition and legibility of the original copy and in keeping with the filming contract specifications.

Original copies in printed paper covers are filmed beginning with the front cover and ending on the last page with a printed or illustrated impression, or the back cover when appropriate. All other original copies are filmed beginning on the first page with a printed or illustrated impression, and ending on the last page with a printed or illustrated impression.

The last recorded frame on each microfiche shall contain the symbol → (meaning "CONTINUED"), or the symbol ▼ (meaning "END"), whichever applies.

Maps, plates, charts, etc., may be filmed at different reduction ratios. Those too large to be entirely included in one exposure are filmed beginning in the upper left hand corner, left to right and top to bottom, as many frames as required. The following diagrams illustrate the method:



L'exemplaire filmé fut reproduit grâce à la générosité de:

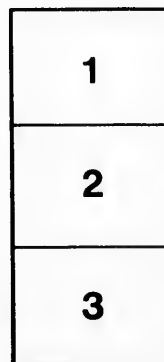
Bibliothèque nationale du Québec

Les images suivantes ont été reproduites avec le plus grand soin, compte tenu de la condition et de la netteté de l'exemplaire filmé, et en conformité avec les conditions du contrat de filmage.

Les exemplaires originaux dont la couverture en papier est imprimée sont filmés en commençant par le premier plat et en terminant soit par la dernière page qui comporte une empreinte d'impression ou d'illustration, soit par le second plat, selon le cas. Tous les autres exemplaires originaux sont filmés en commençant par la première page qui comporte une empreinte d'impression ou d'illustration et en terminant par la dernière page qui comporte une telle empreinte.

Un des symboles suivants apparaîtra sur la dernière image de chaque microfiche, selon le cas: le symbole → signifie "A SUIVRE", le symbole ▼ signifie "FIN".

Les cartes, planches, tableaux, etc., peuvent être filmés à des taux de réduction différents. Lorsque le document est trop grand pour être reproduit en un seul cliché, il est filmé à partir de l'angle supérieur gauche, de gauche à droite, et de haut en bas, en prenant le nombre d'images nécessaire. Les diagrammes suivants illustrent la méthode.



616.07  
P929

*Compliments de l'auteur*

TROIS  
ERREURS DE DIAGNOSTIC

PAR LE

DR L. COYTEUX PRÉVOST

GYNÉCOLOGISTE DE L'HÔPITAL ST-LUC, OTTAWA

REPRODUIT DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

BIBLIOTHÈQUE  
SAINT-SIXTE

MONTREAL  
EUSÈBE SENÉCAL & CIE, IMPRIMEURS-ÉDITEURS  
20, Rue SAINT-VINCENT.

1899

616 07

P 929

LIBRARY  
OF THE  
CONGRESS

## TROIS ERREURS DE DIAGNOSTIC.

---

Par le Dr L. COYTEUX PRÉVOST,  
Gynécologiste de l'Hôpital St-Luc, Ottawa.

---

Commises par moi, évidemment. Nos recueils périodiques ne contiennent pas d'aveu de ce genre : par conséquent, je suis le seul coupable. Aussi je m'offre, avec le bèlement plaintif du agneau qu'on immole, aux regards courroucés des saintes âmes qui n'ont jamais péché. Sans autre préambule, je procède à la confession détaillée de mes fautes. Toutefois, afin d'ajouter à l'intérêt de mon récit, un mot seulement concernant la symptomatologie de l'appendicite :

1° Début soudain.

2° Douleur vive dans le flanc droit, autour d'un point auquel McBurney a attaché son nom.

3° Vomissements.

4° Constipation, et voilà. La chose est connue et devenue banale à force d'être répétée. Ajoutons si vous le voulez, comme satellites assez fréquents de ces symptômes cardinaux : l'histoire d'attaques analogues antérieures plus ou moins intensées (coliques appendiculaires) ; de la fièvre, rigidité du muscle droit et peut-être un peu d'obscurité du son à la percussion de la fosse iliaque. Maintenant, allons.

Au commencement du mois de juin dernier, je fus appelé à Arnprior par le Dr C... pour voir en consultation Delle R..., âgée de 41 ans. A cette longue virginité, elle pouvait se glorifier d'ajouter celle de tout traitement thérapeutique : jamais elle n'avait été malade. Grande, forte, admirablement constituée, les fonctions utéro-ovariennes s'étaient toujours accomplies chez elle d'une façon absolument normale. Jamais de suppression menstruelle, jamais de métrorrhagies,

pas de leucorrhée ni de dysménorrhée. Quelques jours auparavant, après une course en ville, elle ressentit soudainement une vive douleur dans l'abdomen, plus intense dans le flanc droit. Elle se mit immédiatement au lit et souffrit toute la nuit.

Le lendemain on fit appeler le médecin qui prescrivit un purgatif suivi d'une potion opiacée ; des fomentations chaudes furent appliquées sur l'abdomen. Le soir, la fièvre apparut ; les douleurs étaient toujours vives et paroxystiques. Durant la nuit il survint des vomissements qui continuèrent toute la journée du lendemain, mais qui cédèrent définitivement à l'administration de quelques gouttes de créosote. La douleur et la fièvre persistèrent. Le soir du second jour, le thermomètre indiquait 101°, tout le côté droit était sensible à la pression.

Pendant cinq à six jours, les symptômes ne subirent aucune amélioration et la veille du jour où je vis la malade pour la première fois, la température s'éleva à 102° Fah. et les souffrances étaient extrêmement intenses. Au moment de ma visite, le calme s'était un peu rétabli. Température, 99, pouls, 80, fort, régulier. Les nausées, les vomissements n'avaient pas reparu, les intestins étaient libres. Elle souffrait moins ; cependant, de temps en temps, il survenait encore des poussées douloureuses d'une extrême acuité. L'abdomen était légèrement distendu et la sensibilité à la pression très vive dans le côté droit, principalement au niveau du point de McBurney. Peut-être un peu d'empatement, mais pas de tumeur. Sonorité à la percussion superficielle dans toute la région, où il était possible de percevoir des anses intestinales météorisées.

En questionnant la malade, j'appris que, dans le cours de l'année dernière, elle avait eu, à cinq ou six reprises, des attaques offrant absolument les caractères de la colique appendiculaire. Subitement elle était prise d'une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, accompagnée de nausées et de vomissements. Au bout de quelques heures, tout rentrait spontanément dans l'ordre. Ce qu'elle éprouvait aujourd'hui, disait-elle, ressemblait aux attaques antérieures, seulement les symptômes étaient beaucoup plus accusés.

Evidemment nous avons affaire à une appendicite : c'était clair. Mais, j'étais loin de ma salle d'opération, et puis, vu l'amélioration survenue depuis le matin dans l'état de la malade, je pris la détermination de temporiser. Seulement, si le soir même ou le lendemain, les symptômes devenaient alarmants, il fut entendu qu'on me ferait prévenir et que je reviendrais, armé jusqu'aux dents, pour opérer sans retard. Dans tous les cas, je conseillai fortement à la malade,



aussitôt l'attaque actuelle passée, de se rendre à Ottawa pour faire enlever son appendice, ce à quoi elle consentit.

Le lendemain, on m'apprit par téléphone que tout allait assez bien. Température, 99, douleurs très modérées. Mais, au niveau de l'endroit où j'avais cru constater un peu d'empâtement, il existait, disait le médecin, une saillie appréciable et fluctuante. Une collection purulente, évidemment.

Deux jours après, la malade se jugeant en état d'entreprendre le voyage, se rendit à Ottawa où je la fis transporter à mon hôpital privé. Tout fut préparé pour pratiquer, le jour suivant, l'ouverture de l'abcès et l'appendicectomie.

Le 10 juin, éthérisation. Nouvel examen de la région. A l'extrémité interne d'une ligne tracée de l'épine antéro-supérieure de l'iléum à l'ombilic, il existe une large saillie offrant trois à quatre pouces dans tous ses diamètres; fluctuation évidente. Les caractères de cet abcès me parurent bien un peu étranges à cause de ses dimensions et de la situation plus élevée que celle offerte ordinairement par les collections purulentes dues à l'appendicite, mais je n'attachai aucune importance à ces irrégularités. J'ordonnai à l'assistant d'approcher un bassin pour recueillir le pus et j'incisai latéralement l'abdomen couches par couches à la base de la tumeur, divisant successivement la peau, les muscles, les aponévroses et le péritoine. La paroi brunâtre de la collection apparut, j'y plongeai le bistouri..... Pas une goutte de pus! Mais une gerbe de sérosité limpide jaillit: j'en recueillis dix-huit onces.

C'est un kyste!... Je saisis aussitôt la paroi dans les mors d'une pince et me mis en mesure de séparer les adhérences molles, récentes qui l'unissaient au péritoine pariétal. Je recherchai alors le pédicule, mais ce dernier me parut si bas que je résolus de pratiquer une nouvelle incision sur la ligne médiane pour mieux voir ce que je faisais. L'abdomen rapidement ouvert, j'explorai de nouveau. A ma grande surprise, je tombai sur une multitude de fibromes dont l'utérus était littéralement farci.

Position de Trendelenburg; incision élargie, examen du bassin. Le kyste appartenait à l'ovaire droit et adhérait à l'intestin, au bassin et à la paroi abdominale. Outre les nombreux nodules qui couvraient l'utérus, il existait un large fibrome attaché au fond de cet organe par un pédicule d'un pouce de long sur un pouce de large, permettant à la masse de plonger entièrement dans le cul-de-sac de Douglas où elle était incarcérée et retenue par des adhérences que je séparerai facilement. Après avoir libéré le kyste, je pratiquai l'hysté-

rectomie supra-cervicale et recouverts le moignon au moyen de deux lambeaux de péritoine que je réunis par une suture continue au catgut.

Puis l'appendice ? En effet, j'oubliais. Eh bien ! il était absolument normal, l'appendice ! pas même trace de la moindre émotion. Les risques qui venaient de menacer son existence méritaient bien que j'eusse la générosité de lui accorder sa grâce : je le laissai dans l'abdomen.

*Examen des pièces.*—Quatorze fibromes ornaient la face externe de l'utérus. Il y en avait de toutes dimensions, les uns sessiles, les plus gros pédiculés. La cavité interne en contenait également quatre ou cinq de la grosseur d'une amande, situés sous la muqueuse et facilement énucléables. Sur le côté droit, l'un d'eux, pédiculé, et gros comme une orange, était sous-péritonéal. Le plus volumineux offrait six pouces de diamètre. C'est lui qui, attaché au fond de l'utérus, s'était replié sur son étroit pédicule et comblait absolument la cavité pelvienne en repoussant l'utérus sous le pubis. L'ovaire droit a disparu ; c'est à ses dépens que s'est développé le kyste monoculaire. A la base du sac existe une masse épaisse, de la grosseur d'un œuf de poule et paraissant formée par du sang à demi-coagulé de couleur sépia. La trompe, hypertrophiée, est allongée sur la paroi du kyste avec laquelle elle est intimement adhérente.

La convalescence fut rapide et sans incidents.

J'avoue humblement qu'au point de vue du diagnostic, passez-moi l'expression, je me suis fourré le doigt dans l'œil jusqu'à l'ombilic. Certes, il eût été plus rationnel de l'introduire dans le vagin de la malade avant de me prononcer péremptoirement sur la nature du mal dont elle souffrait ; j'aurais, sans aucun doute, constaté la présence de cet énorme fibrome qui remplissait le bassin tout entier. Cependant, sans chercher à amoindrir l'étendue de mon erreur, qu'il me soit permis d'invoquer en ma faveur, comme on dit au palais, le bénéfice des circonstances atténuantes. J'hésite toujours à pratiquer, sans une nécessité absolue, chez les vierges, un examen vaginal. Or, rien ne me faisait soupçonner la présence d'un néoplasme génital de ce genre, chez une femme qui n'avait jamais eu de métrorrhagie, jamais éprouvé aucune douleur, jamais remarqué de développement anormal de l'abdomen, la longueur du pédicule permettant à la plus grosse des tumeurs de se dissimuler traitreusement sous le promontoire. Puis encore, pourquoi cette fièvre ? Je sais bien maintenant qu'elle devait être sous la dépendance d'une poussée de péritonite, comme me l'ont démontré ces adhérences que j'ai

de séparer entre le kyste et la paroi abdominale, mais en ajoutant cette élévation de température aux autres symptômes, pouvais-je penser à autre chose qu'à une appendicite ? Enfin, ce kyste, au lieu de rester chez lui et de soulever tout bonnement la paroi de l'abdomen, comme le font ordinairement les honnêtes tumeurs de ce genre, par quelle singulière fantaisie a-t-il jugé à propos de ramper sournoisement le long du muscle droit en cachant sa matité, lors de mon premier examen, sous des anses intestinales distendues ? Uniquement pour me dérouter et m'humilier, c'est évident. En un mot, du côté de l'appareil utéro-ovarien : Signes négatifs. Signes positifs, classiques du côté de l'appendice. Résultat inévitable : phénoménale erreur de diagnostic. Jusqu'aux renseignements anamnestiques qui s'étaient mis de la partie. En effet, en questionnant de nouveau la malade après l'opération, je crus pouvoir attribuer une autre explication à ces attaques antérieures que je pensais avoir été des coliques appendiculaires. Au commencement de l'année dernière, elle essayait un jour, à calmer un jeune enfant de 8 ans, excessivement colère, irascible. Au moment où elle le prenait dans ses bras pour le transporter dans une autre chambre, le petit malheureux lança une ruade dans l'aîne droite de la pauvre femme qui en éprouva une telle douleur qu'elle faillit s'évanouir. Elle a toujours souffert depuis dans la région atteinte et cinq à six fois, les souffrances, accompagnées de vomissements, se montrèrent si intenses qu'elles simulaient à s'y méprendre les caractères d'une appendicite au début. La masse d'apparence cruorique située à la base du kyste n'aurait-elle pas quelque rapport de causalité avec ce singulier traumatisme ?

Et d'une.

---

Lundi, le 12 juillet 1897

je fus appelé par le Dr A.... de Hull, pour voir avec lui madame M... Petite femme, 27 ans. Mariée depuis dix-huit mois. A eu un enfant en juillet 1896. Est enceinte de quatre mois. A toujours joui d'une bonne santé, à part une coxalgie survenue pendant son enfance et qui l'a laissée infirme avec la jambe droite raccourcie, le pied en adduction.

Vendredi le 9, elle eut une abondante diarrhée toute la nuit. Néanmoins le lendemain elle ne s'en porta pas plus mal et mangea même, au diner, un gigantesque concombre. Deux ou trois heures après, elle fut prise d'une douleur atroce dans le côté droit de l'abdomen. Elle vomit une partie de son repas, moins le concombre qui

ne reparut jamais. La douleur et les vomissements persistent jusqu'au soir et on fit appeler le médecin qui pratiqua une injection de morphine. Un lavement fut suivi d'effet. Cependant les douleurs ne se calmèrent pas, la malade prit le lit et n'a jamais cessé de souffrir depuis. Nausées continuelles, vomissements fréquents. Une constipation opiniâtre s'établit et ne céda qu'à l'administration réitérée des purgatifs.

Je priai le médecin de la famille de me faire connaître son opinion. " J'ai d'abord pensé, me dit-il, à une indigestion, mais hier j'ai constaté de la tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen et j'ai conclu que ce devait être une *pérityphlite*."

En dehors des grands centres, la fashionable appendicite est encore relativement inconnue; le peuple est resté fidèle à l'inflammation d'intestins d'antan que le médecin, plus complet, nomme volontiers: typhlite, péri-typhlite; et certes, pouvons-nous dire qu'ils ont toujours tort?

Dans tous les cas, cette assertion de mon confrère apportait un nouvel appui à la conviction déjà faite dans mon esprit. En effet: parfaite santé antérieure, douleurs apparues brusquement dans la fosse iliaque droite et persistant avec la même intensité les jours suivants, accompagnée de vomissements et de torpeur des intestins; enfin, tuméfaction au lieu d'élection, on sait ce que cela veut dire. En un mot, la quinte, quatorze et le point; toute la lyre, quoi!

Y avait-il eu de la fièvre?

Ici, je demande la permission d'ouvrir une parenthèse.—Il existe, entre praticiens, deux sortes de consultation. Celle qui se présente le plus fréquemment est celle qui est réclamée par le malade ou ceux qui composent son entourage. Le médecin est sûr de son diagnostic et sait parfaitement à quoi s'en tenir sur toute la ligne; mais, on a perdu confiance, que voulez-vous? On se décourage et quelques perfides commères aidant, on insiste pour avoir l'opinion de monsieur le docteur Un Tel. Gardez-vous bien (et ici je m'adresse aux jeunes) gardez-vous bien de ne pas accéder aux désirs exprimés par la famille. Subissez avec bonne grâce l'ennui que peut vous causer ce qui, après tout, n'est le plus souvent qu'un caprice bien pardonnable. Consentez, la bouche en cœur et avec force salamaleks à ce qu'on vous demande; vous n'avez qu'à y gagner. On vous trouvera conciliant, charmant et le médecin consultant, s'il n'est ni jaloux, ni imbécile, dira comme vous, ce qui ajoutera à votre réputation. Le malade paiera doubles honoraire et ressaisira la confiance qu'il avait perdue. Qui sait, même, si cette quiétude morale ne produira pas

un effet thérapeutique favorable sur l'évolution ultérieure de sa maladie.

L'autre genre de consultations ? Ah ! C'est une autre affaire. C'est vous alors qui hésitez. Un point obscur dans le diagnostic, une allure anormale et inexplicable dans la marche des symptômes. Vous appartenez à la classe privilégiée des médecins qui ont assez étudié pour être convaincus qu'il existe une chose ou deux en pathologie qu'il leur est permis d'ignorer ; vous ressentez qu'il est de votre devoir de chercher à vous éclairer auprès d'un confrère ami que vous choisissez *vous-même* alors et dont vous connaissez l'expérience spéciale en certaines matières. Faites-le appeler. Mais, de grâce, facilitez sa tâche souvent assez difficile. S'il s'agit surtout d'établir ou de confirmer un diagnostic, rassemblez les matériaux dont il aura besoin. Couchez sur le papier l'histoire détaillée du cas, mentionnant tous les symptômes que vous avez observés. En mettant ainsi sous les yeux du médecin consultant le tableau complet de la maladie, vous lui éviterez la nécessité de faire subir au malade un réquisitoire toujours pénible et souvent insuffisant.

Je m'empresse d'ajouter que les remarques ci-dessus ne s'appliquent pas tout entières au cas qui nous occupe, cependant, et quoique je n'accorde pas plus d'importance qu'il n'en faut à l'élévation de la température dans le diagnostic de l'appendicite, j'avoue que j'aurais bien aimé, tout de même, savoir s'il avait existé de la fièvre depuis le commencement de la maladie. Malheureusement, le thermomètre n'avait pas été appliqué et les renseignements étaient absolument nuls à ce sujet.

Je montai vers la malade. Je la trouvai tout en pleurs et paraissant en proie aux plus vives souffrances. Impossible de l'approcher, à cause de l'exquise sensibilité de son abdomen. C'est à peine si elle me permit seulement une simple inspection qui me fit constater, tout de même, une tuméfaction évidente du côté droit du ventre. Je pus palper le côté gauche que je trouvai absolument normal ; mais inutile de songer à toucher même du bout du doigt l'autre côté qu'elle protégeait contre toute exploration, par ses deux mains réunies.

Température axillaire = 100° Fah. Pouls, 125.

Je fis immédiatement transporter la malade à mon hôpital privé, décidé à opérer sans retard et à enlever cet appendice que je trouverais indubitablement perforé et peut-être gangrené.

Ethérisation. Incision au lieu d'élection dans le flanc droit. L'abdomen est ouvert. L'épiploon se présente aussitôt dans la plaie ; il n'est ni enflammé, ni épaissi, ni adhérent, je le repousse dans le

ventre et le maintiens au moyen d'une compresse. Je tombe bientôt sur l'appendice : il est dur, énorme, de la grosseur du doigt. Couché le long du colon auquel il adhère intimement, il traverse diagonalement la direction de l'incision, pointant vers le nord-ouest. Poursuivant mon investigation à la partie interne, je reconnais l'utérus gros, mou, dont le fond s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Je cherchai alors à relever la situation exacte du gros intestin en prenant pour point de repère mon gros appendice, mais le résultat de mon examen ne me parut pas satisfaisant. Je résolus d'agrandir l'incision afin de faire une inspection plus parfaite du champ de bataille. J'attirai sans peine au niveau des lèvres de l'incision l'énorme corps du délit qui apparut congestionné, bleu, presque noir. Evidemment la gangrène l'avait déjà envahi. Je suivis du doigt l'organe, en me dirigeant du côté de l'extrémité libre qui, au lieu de se terminer en un cul-de-sac à surface unie, lisse, arrondie, était inégale, déchiquetée.

Un examen plus attentif me fit soupçonner pour la première fois que ce que j'avais pris pour l'appendice pouvait bien être la trompe de Fallope. En effet, plongeant le doigt explorateur dans le bassin, je sentis aussitôt son insertion sur la corne droite de l'utérus. Dirigeant de nouveau mon exploration du côté de la partie interne où j'avais cru l'appendice adhérent au gros intestin et attirant les organes près des lèvres de l'incision pour voir ce que c'était, je constatai que ce corps dur et allongé était comme soudé à un autre plus gros offrant la même coloration bleu noirâtre. Je plongeai quatre doigts dans cette direction et je constatai aussitôt qu'au lieu de l'intestin, c'était une grosse tumeur fluctuante, libre d'adhérence et dirigée vers l'ombilic, postérieurement à l'utérus. Je fendis immédiatement l'abdomen sur la ligne médiane et réussis sans peine à extérioriser le néoplasme qui n'était ni plus ni moins qu'un kyste de l'ovaire, tordu sur son pédicule, bleu d'étranglement et de la grosseur d'une tête de fœtus à terme ! Alors, toute l'affaire fut élucidée. Le pédicule était tordu cinq fois sur son axe de droite à gauche ; je le détordis cinq fois de gauche à droite et pus voir alors clairement la trompe, offrant une coloration rosée au niveau de son insertion, mais presque noire à partir du point d'étranglement jusqu'à son extrémité frangée.

Ligature et ablation du kyste et de la trompe. Fermeture de l'abdomen au moyen de trois plans de suture au catgut. Crins de Florence sur la peau, occlusion à l'airol collodioné. Douze onces de sérum artificiel par hypodermoclyse sous-mammaire. L'opération dura 55 minutes.

C'était un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Neuf onces de liquide coagulé de purée de pois s'écoulèrent à l'incision de la poche. Puis, au milieu d'une grande quantité de matière caséuse, je trouvai une masse grosse comme une orange constituée par des cheveux dorés, fins, soyeux comme le sont toujours les cheveux contenus dans les tumeurs de ce genre. La paroi interne du kyste était lisse, excepté en deux ou trois endroits où elle était incrustée d'écailles osseuses. Vers le fond de la poche, existaient deux petites élevures coniques, de la grosseur d'un jaune d'œuf et recouvertes de petits poils hérissés.

Il me semble que ce cas est intéressant à plus d'un titre. Evidemment la malade portait ce kyste depuis longtemps sans que rien fit soupçonner son existence. Ces torsions multiples du pédicule n'étaient pas toutes de date récente et elles ont dû se former graduellement. La mère me dit qu'un mois auparavant la malade avait éprouvé comme le commencement d'une attaque semblable à la dernière. Ainsi, elle avait ressenti une douleur subite dans le flanc droit, accompagnée d'une sensation pénible de suffocation au creux épigastrique. Mais les accidents avaient été de courte durée et disparurent spontanément. Ces symptômes n'auraient-ils pas été causés par une torsion nouvelle du pédicule ?

Maintenant, étant donnée l'impossibilité absolue d'examiner l'abdomen, qui était d'une sensibilité extrême, j'ai dû faire le diagnostic exclusivement au moyen des renseignements fournis par l'histoire du cas. Cette douleur brusque dans la région iliaque, survenant après le repas chez une personne jusque là en parfaite santé ; les vomissements, la constipation, la fièvre, la sensibilité au toucher au niveau du point de McBurney. La continuation de ces symptômes malgré le repos au lit, les purgatifs, les fomentations chaudes, l'opium. Puis cette tuméfaction de la fosse iliaque plus apparente que réelle cependant, à cause de la position du membre inférieur en adduction ; la difficulté de constater l'état des organes contenus dans le bassin, vu la grosseur, en fallait-il davantage pour croire à l'existence d'une appendicite ? Même après l'ouverture de l'abdomen, la situation et les caractères de la trompe apparaissant en plein dans la région de l'appendice contribuaient à confirmer la justesse de ce diagnostic. J'ai péché, je le confesse, mais il me semble qu'en dépit des promesses formelles de l'évangile, les tentations ont été audessus de mes forces.

Et de deux.

---

Madame D..., 48 ans. Mariée depuis 29 ans ; elle n'a jamais eu d'enfants, jamais fait d'avortements. Toujours très bien réglée, sans douleur. Il y a 4 ans, début de la ménopause. Réglée deux fois par année depuis cette époque. Menstruée en octobre 1897 et la dernière fois en janvier 1898. Pas de leucorrhée ; antécédents personnels et héréditaires négatifs.

Le 15 janvier 1898, environ deux semaines avant ses dernières règles, elle fut saisie, durant la nuit, d'une douleur pongitive atroce sous le sein droit, avec irradiation vers la région dorsale. Un médecin fut appelé et diagnostiqua une colique hépatique. Au moment où il s'appretait à pratiquer une injection hypodermique, avant même qu'il eut administré aucun traitement, la douleur disparut spontanément d'une manière complète ! Déplorable dérision du sort pour le médecin, je l'avoue. Le lendemain et durant les trois semaines qui suivirent, la malade se porta comme un charme. Elle eut ses règles en quantité normale et comme toujours, sans la moindre douleur.

Le 23 février, sans cause appréciable, elle fut prise d'un violent frisson, suivi de fièvre, douleurs dans les lombes et l'abdomen, se propageant du côté de l'anus. Elle crut à des douleurs de matrice. Toux légère sans expectoration.

Le jour suivant, retour du frisson. Les douleurs continuent, mais pas de diarrhée ni de constipation. Inappétence absolue.

Le 26 février, je la vis pour la première fois et lui trouvai très mauvaise mine. Teinte sub-ictérique de la conjonctive : langue blanche, molle, conservant l'empreinte des dents. Selles argileuses. La malade elle-même avait remarqué la coloration jaunâtre de sa peau ; elle craignait la jaunisse. Elle ne se plaignit pas de douleurs abdominales qui, au moment de ma visite, étaient insignifiantes. Je prescrivis du calomel et de l'acide muriatique. Elle n'éprouva aucun soulagement. Les douleurs de ventre avec sensation de pression pénible sur l'anus, revinrent et je fus appelé de nouveau le 1er mars. La malade était au lit. Ses traits sont altérés ; la langue est toujours saburrale, mais la bouche est sèche. Un peu de toux, pas de diarrhée ni constipation. Pas de nausées. Les selles ont repris leur coloration normale. Rien du côté de la vessie et des reins ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Je ne revis la malade qu'au bout de huit jours. Toujours à peu près le même état, cependant elle se dit plus faible. Puis, elle a de la fièvre ; température, 102°, pouls, 105. Inappétence absolue. Elle ne se plaint pas beaucoup de son ventre, néanmoins je pratique un examen minutieux rendu difficile par l'énorme obésité des parois de



l'abdomen. L'utérus est dans sa position normale, aucune douleur au toucher, rien d'appréciable dans le cul-de-sac.

A partir de cette époque, sur ma recommandation, la malade demeura au lit. Son état général était relativement satisfaisant, mais de temps en temps elle se plaignait d'une sensation de malaise dans l'abdomen qui lui semblait, disait-elle, plus gros qu'à l'ordinaire. Toujours un peu de toux ; quelques râles muqueux à la base de la poitrine. La température variait entre 100 et 102° Fah. ; pas plus élevée le soir, au contraire les exacerbations étaient ordinairement matutinales. Les frissons n'ont pas reparu

Le 21 mars, comme elle se plaignait d'avoir éprouvé la veille une douleur assez vive dans le côté droit de l'abdomen, douleur du reste qui avait spontanément disparu au bout de quelques heures, je procédai à un nouvel examen et je découvris, très profondément sous cette masse de graisse, une tumeur évidente, dure, légèrement sensible à la pression et située à mi-chemin entre l'os des îles et la ligne médiane. A l'examen bi-manuel : cette tumeur ne paraît pas attachée à l'utérus ; il faut déprimer très fortement la paroi de l'abdomen pour communiquer la sensation au doigt appuyé sur le col. Elle ne semble pas non plus avoir de rapports immédiats avec la partie inférieure de la cavité pelvienne ; le doigt, maintenu dans le cul-de-sac latéral droit, aide, il est vrai, à déterminer approximativement les dimensions de la tumeur, mais il ne perçoit qu'indirectement le choc imprimé par la main gauche qui percute extérieurement.

Ayant été forcé, à cette époque, de m'absenter de la ville pendant trois jours, je confiai la patiente aux soins d'une garde-malade expérimentée que je chargeai d'observer soigneusement les symptômes de la maladie. A mon retour, j'appris que, la veille, il était survenu un frisson intense, accompagné d'une température de 105°. Le frisson ne s'est pas reproduit, mais la fièvre persista, modérée, offrant toutefois des exacerbations vespérales atteignant 102°. Pas d'autres symptômes importants, du reste : pas de nausées, pas de troubles intestinaux, pas de tympanite. Aucune douleur excepté peut-être, un peu de gêne pénible dans l'hyponchondre droit. La tumeur est toujours là, mais elle est peu sensible à la pression et il est impossible d'y découvrir la moindre fluctuation.

Il y a certainement du pus quelque part ; je décidai d'aller voir.

Le 4 avril, éthérisation à la maison de la malade. Incision latérale entre l'os iliaque et l'ombilic. Quelle graisse, grand Dieu ! Le bistouri tout entier, le poing, le poignet disparaissent dans ce cratère

adipeux ! Le péritoine est ouvert. L'épiploon gras, épaissi, est adhérent à la partie interne. Le doigt plongé dans l'abdomen reconnaît les intestins, libres du côté de la fosse iliaque. Pas de pus. A la partie interne, je sens une grosse tumeur rénitente située profondément dans le bassin. Pas d'adhérence en haut : la main se meut librement dans la cavité abdominale. A la partie inférieure, pas de communication avec le petit bassin. En bas et en avant de la tumeur, j'atteins le cul-de-sac formé par la tumeur et la réflexion du péritoine pariétal. En introduisant l'index gauche dans l'incision et en exerçant sur l'abdomen une pression avec la main droite, il m'est facile alors de déterminer exactement les dimensions de cette tumeur qui est absolument fixe, immobile et semble occuper la cavité pelvienne toute entière.

Je fus bien tenté d'essayer de crever immédiatement les parois du néoplasme, mais comme il n'existait en haut aucune adhérence avec le péritoine, je craignis, s'il existait du pus, de contaminer la cavité abdominale. Je jugeai plus prudent de choisir la voie extra-péritonéale. J'introduisis donc le doigt entre l'ilium et la séreuse que je décollai graduellement ; je sentis distinctement le battement des vaisseaux iliaques et j'atteignis la tumeur. J'essayai mais en vain de pénétrer à l'intérieur. Je ressentis bien qu'en cheminant je brisais quelques couches de tissu, mais je ne crus pas devoir insister, redoutant les conséquences de manœuvres aveugles à travers une masse qui pourrait bien ne pas renfermer de pus après tout. Je plaçai un gâteau de gaze stérilisée dans l'incision que je venais de pratiquer et j'ouvris l'abdomen de l'ombilic au pubis sur la ligne médiane. Le grand épiploon graisseux, extrêmement épais, adhère tout autour de la tumeur qui bouche complètement la cavité du petit bassin. En bas, le péritoine pariétal se continue immédiatement sur le fond de la tumeur qu'il recouvre. Je ne vois ni vessie, ni utérus, ni annexes. La tumeur est adhérente de tous côtés à ce qui l'entoure. Je lie et détache avec précaution l'épiploon que je repousse en haut, ce qui me permet d'atteindre la limite supérieure du néoplasme, mais il m'est impossible d'explorer sa face inférieure à cause des adhérences intimes qui l'unissent au bassin et à l'intestin de chaque côté.

Pendant cette tentative d'exploration, du pus s'échappe soudainement, au niveau de la partie supérieure du bord gauche de la tumeur. Heureusement, le reste de la cavité abdominale était déjà parfaitement isolé au moyen de compresses stérilisées. Le pus est blanchâtre, extrêmement fétide. Cinq ou six onces s'écoulent spontanément.

J'introduis le doigt dans l'ouverture et je découvre bientôt le cœcum ainsi que l'appendice qui se dirigent vers le sud-est et dont l'extrémité est comme soudée dans les parois de la tumeur qui n'est ni plus ni moins qu'un vaste sac sessile, à parois épaisses et enchassé dans la cavité pelvienne à laquelle il est intimement uni ainsi qu'aux anses intestinales du voisinage.

Je demeurai rapidement convaincu qu'il était inutile de tenter l'énucléation de ce sac à cause de ses nombreuses et solides adhérences. Je résequai l'appendice près du cœcum et j'invaginai le moignon. Les parois du sac étaient trop friables et trop profondément situées pour songer à la marsupialisation. Je pratiquai une large ouverture, je vidai soigneusement le reste du pus qu'il contenait et je lavai la cavité à pleins pots d'eau stérilisée. J'introduisis alors une bandelette de gaze iodoformée jusqu'au fond du sac. Une autre fut placée en arrière, puis une troisième à gauche. Je cherchai en un mot, à séparer absolument l'aire infectée du reste de la cavité péritonéale. Je refermai l'abdomen par trois plans de sutures en ménageant naturellement une ouverture à la partie inférieure pour le passage des bandelettes de gaze. Enfin, par l'incision latérale, j'introduisis de la gaze iodoformée que je poussai soigneusement jusqu'aux lanières médianes.

Au bout de trois jours, je retirai la gaze ; une grande quantité de sérosité fétide s'échappa. Je pratiquai des lavages antiseptiques et renouvelai le pansement.

La malade a parfaitement et rapidement guéri.

Dans le cours de la première semaine qui suivit l'opération, il s'est passé du côté des intestins des phénomènes assez singuliers sur lesquels je crois intéressant d'attirer l'attention. Selon mon habitude, le matin du troisième jour, je fis administrer 10 grains de calomel. La malade eut deux ou trois selles dans le courant de la journée, mais le lendemain elle commença à souffrir d'une irritation pénible, insupportable, presque constante du gros intestin. Elle offrit tous les symptômes d'une véritable entéro-colite avec évacuations muqueuses, sanguinolantes accompagnées de ténésme rectal. Pendant trois jours, elle eut jusqu'à 17, 18, 20 petites selles glaireuses dans les vingt-quatre heures. Je voulais bien croire que la situation de l'abcès péri-appendiculaire au niveau du rectum n'était pas tout à fait étrangère à cette complication, cependant l'intensité des symptômes était, à mon avis, hors de proportion avec la possibilité de cette supposition. Ce n'était pas la première fois, du reste, que j'étais témoin de ce phénomène. Quelques mois auparavant, une malade

à qui j'avais pratiqué une hystérectomie abdominale pour fibrome de l'utérus compliqué de suppuration des annexes, et chez laquelle j'avais laissé un drain à la gaze iodoformée, avait souffert pendant plusieurs jours de cette abominable irritation intestinale dont je n'ai jamais pu découvrir la cause.

Or, précisément au moment où je combattais les troubles intestinaux dont souffrait la malade qui fait le sujet de cette observation, mes yeux tombèrent sur un article publié par F. F. Simpson de Pittsburg, dans "*American Journal of Obstetrics*" avril 1898 et dont voici le résumé :

L'incompatibilité qui existe entre les sels de mercure et les iodures est un fait reconnu depuis longtemps. Nous savons en outre, que l'iodoforme absorbé par l'organisme est éliminé sous forme d'iodure de sodium dont il est facile de déceler la présence dans toutes les sécrétions. Or, que le calomel et l'iodoforme soient absorbés simultanément, le fait de la rencontre du produit de l'absorption de ces deux substances dans le liquide sécrété par les glandes intestinales donnera lieu à la formation d'iodure jaune de mercure, sel doué de propriétés éminemment irritantes sur la muqueuse de l'intestin, dont l'inflammation se traduit alors par les symptômes d'une entérocolite intense. L'auteur, à l'appui de son opinion, cite un fait clinique ainsi que les résultats intéressants qu'il a obtenus à la suite d'expériences faites sur les animaux.

Je n'ai aucun doute que les accidents survenus chez mes deux malades doivent être attribués à une intoxication locale de ce genre. La gaze dont je me sers habituellement est fortement imprégnée d'iodoforme ; j'en avais littéralement farci la cavité abdominale. La dose de calomel administrée était aussi relativement considérable ; les résultats que j'ai observés n'ont rien qui doivent nous étonner et semblent confirmer la théorie émise par l'auteur que j'ai cité.

Cette dernière observation constitue une nouvelle preuve ajoutée à toutes celles que nous possédons déjà sur la difficulté que nous éprouvons parfois d'établir un diagnostic précis dans les affections de cette boîte à surprise que nous appelons : l'abdomen. Pendant près de deux mois que cette malade demeura soumise à mon observation minutieuse, j'ai placé son affection dans presque tous les coins du cadre nosologique sans jamais songer à l'appendicite, dont rien ne pouvait faire soupçonner l'existence, à part quelques douleurs abdominales passagères et toujours mal caractérisées.

Et de trois.

Malgré mes fautes, ces trois malades ont guéri et j'accepte avec reconnaissance les félicitations bien senties que ne manqueront pas de me décerner, *in petto*, mes indulgents lecteurs. Mais je serais absolument désolé, si dans l'esprit de quelques uns surgissait l'idée que mes efforts chirurgicaux sont invariablement suivis de succès. Mes pauvres malades, je les *panse* tous et toutes avec la plus grande sollicitude, mais, hélas ! Dieu ne les *guarit* pas toujours. Je partage du moins avec mes autres frères en chirurgie, cette suprême consolation : c'est que chaque revers renferme une sanction. Les leçons si salutaires que nous donne l'expérience infligent parfois à notre amour-propre de bien cuisantes blessures, mais elles nous font gagner en sagesse ce qu'elles nous font perdre en orgueil : ceux qui souffrent ne sont certes pas ceux qui profitent le moins de cet échange.

Ottawa, janvier 1899.

---

BIBLIOTHÈQUE  
SAINT-SULPICE