

se gonflerait, et sa réintégration deviendrait pénible; enfin, on courrait le risque de thromboses et d'embolies. Mais on se trouvera très bien de la faire pivoter sur son axe dans le ventre, pour aborder les annexes.

Adhérences
de l'ovaire et de
la trompe.

Les adhérences de l'ovaire et de la trompe aux parties voisines ne devront être rompues qu'avec de grandes précautions et le plus possible sous le contrôle de la vue, à cause du développement considérable de la circulation veineuse qui accompagne parfois les fibromes.

Brièveté
des ligaments
larges.

La brièveté des ligaments larges, et, en particulier, de l'aileron ova-

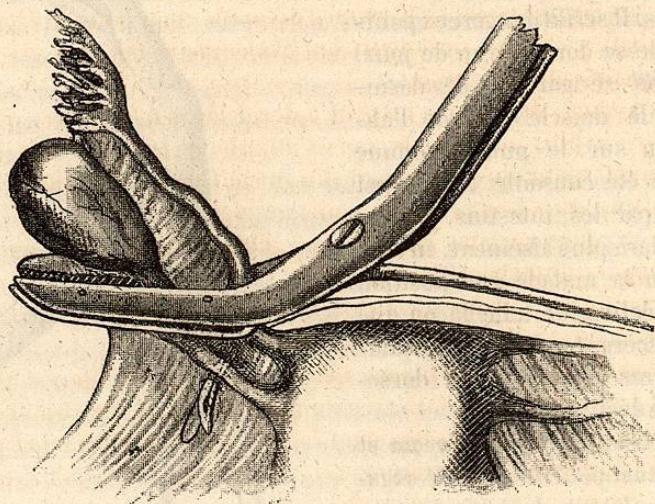


Fig. 172. — Castration.

La trompe et l'ovaire sont saisis par des pinces de Hegar; un fil est passé au travers du pédicule par une aiguille mousse.

rien, peut constituer une difficulté insurmontable : les ligatures glissent, on ne peut pas constituer de pédicule. Dans un cas semblable, Hegar dut terminer l'opération par l'hystérectomie pour ne pas perdre sa malade d'hémorragie. On tâchera d'arrêter le sang par une forte suture en surjet. Parfois on pourra, à l'exemple de Hegar¹, faire une ligature élastique perdue du pédicule ovarien.

Certains chirurgiens attribuent, dans la castration, une très grande importance à la ligature des vaisseaux tubo-ovariens, en dehors de l'ablation même de l'ovaire. Elle agirait en amenant la dégénérescence graisseuse de l'ovaire, ou en modifiant directement la vitalité de l'utérus et la nutrition du néoplasme dont elle favoriserait l'atro-

¹ HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, p. 599.

phie¹. Ces ligatures atrophiantes (von Antal), qu'il serait certainement abusif de préconiser comme procédé de choix, doivent-elles être conservées, même comme procédé de nécessité, quand l'ablation des ovaires offre des difficultés insurmontables ou des dangers trop grands? Terrier s'en est déclaré partisan et Segond² les accepte comme un expédient opératoire propre à diminuer le nombre des laparotomies, simplement exploratrices. J'avoue qu'une pareille considération me touche peu, et que cet *expédient*, dont l'utilité est problématique, ne me paraît pas inoffensif.

Ligatures
atrophiantes.

La castration unilatérale semble avoir pris naissance bien plutôt à la suite de nécessités opératoires qu'après des conceptions théoriques; ces dernières ne sont venues qu'après coup pour la légitimer. Sims, Battey et leurs imitateurs ont évidemment fait fausse route en préconisant cette opération.

Castration
unilatérale.

Mieux vaudrait, si l'on ne peut enlever les deux ovaires, refermer le ventre le plus tôt possible, sans s'attarder à pratiquer une ligature atrophiante pour théoriquement diminuer l'afflux sanguin. C'est par ce mécanisme, a-t-on prétendu pourtant, que la castration unilatérale aurait eu, dans certains cas, quelque influence sur le développement d'un myome franchement unilatéral.

L'ablation de l'ovaire n'est rationnelle ici que lorsqu'elle est faite des deux côtés, pour produire la ménopause.

3^e temps. Toilette du péritoine. Suture. — Cette toilette est généralement très rapidement faite, à moins qu'il n'y ait eu rupture d'un kyste des trompes ou du ligament large, lésion qui coïncide parfois avec les fibromes. On enlèvera les fils de soie passés à travers les parois abdominales, au début de l'opération, et on procédera à la suture continue, au catgut, du péritoine, puis des plans musculo-fibreux. On terminera par la suture des téguments et des tissus sous-tégumentaires avec des points séparés à la soie forte, et on placera quelques points complémentaires au catgut fin (fig. 158, 160).

Si les lèvres de la plaie ont été très froissées et sont un peu contuses, il est bon d'insinuer entre la suture des muscles et celle des téguments, un petit tube à drainage qu'on retirera, au bout de vingt-quatre heures.

On ne drainerait la cavité péritonéale que s'il y avait eu effusion de pus (pyo-salpinx) dans l'abdomen; ou encore, si les manœuvres avaient été exceptionnellement longues et pénibles; on ferait avant tout, dans le premier cas, un lavage du péritoine à l'eau chaude.

Soins consécutifs. — On voit souvent, peu de temps après l'opéra-

Soins
consécutifs.

¹ HOFMEIER. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 106. — GEZA VON ANTAL. *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 50, p. 465. — G. CRONE. *Dissert. inaug.*, Berlin, août 1885

² SEGOND. *Loc. cit.*, p. 451.

tion, survenir une métrorrhagie, qui ne doit pas surprendre le chirurgien; on prescrira alors des injections vaginales chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine.

Il est nécessaire de ne pas exercer une compression trop forte du ventre, à cause de la présence de la tumeur et de la paresse intestinale qui suit toujours une laparotomie. On fera même bien de donner à la malade une position un peu décline, en élevant le bassin, pour permettre au paquet intestinal d'occuper la partie supérieure du ventre. On devra faire administrer un lavement laxatif, dès le lendemain, pour évacuer les gaz.

Gravité de l'opération. Résultats. — Conformément à la méthode que j'ai adoptée, j'indiquerai les résultats de la pratique des chirurgiens qui présentent le plus d'autorité sur ce sujet spécial.

Hegar¹, sur 55 opérations, a observé 6 morts, soit près de 11 p. 100, dont 5 par septicémie (un cas provenant d'une infection antérieure à l'opération et un autre, par altération des reins), 16 malades, soit 29 pour 100, présentèrent des accidents plus ou moins graves (3 péritonites légères, 7 abcès, 4 thromboses du membre inférieur, 1 pneumonie, 1 catarrhe de la vessie).

55 malades guérirent sans le moindre trouble, soit 60 pour 100².

En déduisant des 55 opérées les 6 morts, 12 cas encore trop récents, et 9 cas où l'extirpation d'un gros fibrome pédiculé a été faite simultanément, il reste 28 cas de castration, opérés depuis plus d'un an et demi. Voici les résultats au point de vue curatif :

a. — **Résultats relatifs à l'hémorrhagie** : 20 fois cessation immédiate des hémorrhagies; — 4 fois, cessation après quelques pertes de sang irrégulières; — 1 fois, persistance de métrorrhagies irrégulières; — 1 fois, ménopause, puis métrorrhagies irrégulières; — 1 fois, ménopause temporaire, puis hémorrhagie, et développement kystique de la tumeur; — 1 fois, ménopause, puis hémorrhagies, énucléation commençante de la tumeur, qui est finalement extirpée par Fehling.

b. — **Résultats relatifs à la tumeur** (sur la même série de 28 cas) : 22 fois, diminution marquée, et le plus souvent très importante; — 3 fois, pas de diminution; — 1 fois, diminution douteuse; — 1 fois, apparition d'une tumeur fibro-kystique; — 1 fois, énucléation.

Donc, on le voit, la ménopause et l'atrophie de la tumeur ne marchent pas de pair. Il peut se faire que l'hémorrhagie cesse entièrement, sans que le corps fibreux diminue. Toutefois, cela est exceptionnel; le plus souvent Hegar a vu l'atrophie suivre l'aménorrhée.

Deux des opérées de Hegar sont devenues obèses; une autre a présenté, cinq ans après l'opération (qui avait été suivie de ménopause

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 405 et suiv.

² HEGAR indique 70 pour 100, mais il y a là une erreur de calcul évidente.

et de rétraction de la tumeur), un double foyer de paramérite suppurée, provenant à coup sûr du pédicule. Enfin, une malade fut délivrée par l'opération d'une toux sèche excessivement invétérée¹.

Le soin avec lequel ces faits ont été observés, la garantie absolue que donne le nom de Hegar, prêtent à ces chiffres un intérêt particulier. Il est nécessaire toutefois de connaître les résultats d'ensemble, réunis dans des statistiques provenant d'opérations de divers auteurs.

Voici ceux qu'avait rassemblés Tissier, un peu moins récemment.

Sur 171 opérations : 25 morts, soit 14,6 pour 100 de mortalité. Les causes de la mort se répartissent ainsi : 12 fois, septicémie; — 1 fois, hémorrhagie secondaire et septicémie; — 1, embolie de l'artère pulmonaire; — 1, pyélo-néphrite; — 1, débilité cardiaque (mort onze jours après l'opération)²; 9, causes indéterminées.

a. — **Résultats relatifs à l'hémorrhagie**, constatés dans 146 cas : 89 fois, cessation complète; — 21 fois, ménopause survenue après une période plus ou moins longue d'hémorrhagies irrégulières; — 10 fois, retour des règles après un court répit. Dans cette catégorie se trouvent un cas d'extirpation unilatérale et un cas de ligature d'un ovaire; dans trois cas, on note que les pertes de sang ne sont pas visées dans l'observation, qui porte simplement que la malade est guérie.

b. — **Résultats relatifs à la tumeur** (sur 146 cas) : 9 fois, aucun changement; — 66 fois, diminution rapide; — 71 fois, aucun renseignement (la malade est portée guérie).

Wiedow³ a publié une statistique faite avec grand soin, où il s'est astreint à ne consigner que des résultats observés sur des femmes, opérées depuis un an au moins. Elle porte sur 56 faits, dont beaucoup se confondent avec ceux de la statistique précédente de Hegar : 39 fois l'opération a été suivie à la fois de la ménopause et de la régression de la tumeur; — 5 fois, la ménopause est seule notée, sans renseignements sur le volume de la tumeur; — 5 fois, pertes irrégulières peu abondantes, diminution de la tumeur; — 1 fois, ménopause durant 3 mois; après quoi la tumeur commence spontanément à s'énucléer et finit de l'être par le chirurgien; — 1 fois, d'abord aménorrhée, puis retour des règles, avec atrophie de la tumeur; — 1 fois, légères pertes durant un jour, après des intervalles d'aménorrhée de trois mois, pas de renseignements sur la

¹ Ce cas, intéressant au point de vue des réflexes utéro-ovariens, a été décrit en détail par H. SCHNYDER. *Ein Beitrag zur Lehre vom Husten (Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, 1882, n° 7, p. 193).*

² TISSIER (*loc. cit.*, p. 74), attribue à tort ce cas à Hégar; il est de Freund.

³ WIEDOW, *loc. cit.*, p. 301.

tumeur; — 5 fois, ménopause et diminution du fibrome, durant deux ans, puis retour des hémorrhagies et développement de la tumeur (dans un de ces cas, le néoplasme devint fibro-kystique); — 1 fois, hémorrhagies irrégulières et importantes, sans diminution de la tumeur.

Lawson Tait¹ a fait 262 fois la castration pour des fibromes avec une mortalité qu'il évalue à 1,25 pour 100. Nous manquons de renseignements précis sur tous les effets curateurs de ses opérations.

Je citerai encore des résultats portant sur quelques séries moins nombreuses, mais qui n'empruntent pas moins un grand intérêt au nom de leurs auteurs : Fehling² a fait 8 fois la castration pour des fibromes, sans une mort; 5 fois la ménopause est survenue et ne s'est pas démentie; 2 fois, au bout de la première et de la seconde année, sont survenues des hémorrhagies irrégulières. Dans tous les cas la tumeur a diminué de volume.

Prochownick³ sur 12 cas n'a pas perdu de malades, a vu toutes les fois la tumeur diminuer, et n'a observé qu'exceptionnellement le retour d'hémorrhagies irrégulières.

Bouilly⁴ a fait 8 fois la castration pour tumeurs fibreuses : les résultats ont été excellents. Les tumeurs ont, pour ainsi dire, diminué à vue d'œil.

Segond⁵ a obtenu 4 succès, sans aucun revers. Chez deux de ses malades, ménopause immédiate et atrophie rapide. Chez une opérée où la castration a été unilatérale, les règles sont devenues normales et la malade ne souffrait plus; le fibrome est resté stationnaire. Chez une femme opérée depuis 8 mois seulement, quelques hématomésés se sont produites.

Terrillon⁶, sur 5 castrations pour fibromes, a perdu une malade au bout de deux mois, par continuation des phénomènes de compression intestinale. Il est bien évident que, dans ce cas-là, l'hystérectomie eût été faite si elle n'eût présenté des dangers excessifs, et qu'on n'a eu recours à la castration que comme pis aller. La mort n'est pas imputable à l'opération et prouve seulement que la castration est impuissante à amener la diminution rapide de tumeurs volumineuses dans tous les cas. Les hémorrhagies cessèrent chez les 4 autres opérées.

¹ LAWSON TAIT. *Brit. med. Journ.*, 1889, t. II, p. 299. Le chiffre de la fraction (1,25) est évidemment dû à une erreur de calcul et non à une erreur typographique, car il a souvent été reproduit par L. TARR, dans ses publications.

² FEHLING. *Würt. med. Corresp.-Blatt*, 1887, n° 5.

³ PROCHOWNICK. *Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, p. 185.

⁴ BOUILLY. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin 1888, p. 412.

⁵ P. SEGOND. *Ibid.*, p. 448 et *Annal. de gyn.*, 1888, t. XXIX, p. 416.

⁶ G. TERRILLON. *Annal. de gyn. et d'obstétr.*, 1888, p. 540.

Tous ces chiffres montrent à la fois la bénignité relative de l'opération et son efficacité, quand elle est judicieusement employée. Les chirurgiens¹ qui préfèrent encore, de parti pris et dans tous les cas, l'hystérectomie, deviennent de moins en moins nombreux.

CHAPITRE VI

DES CORPS FIBREUX COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

Effets de la grossesse sur le développement des corps fibreux. — Indications de l'expectation. — Refoulement. — Opération des corps fibreux du col. — Opération des polypes. — Avortement provoqué et accouchement prématuré. — Opération césarienne. — Hystérotomie et hystérectomie. — Opération de Porro.

On sait que la grossesse a pour effet de donner une impulsion très vive au développement des fibromes et d'amener souvent leur ramollissement œdémateux. Ce phénomène est d'autant plus marqué que les connexions du corps fibreux avec l'utérus sont plus intimes; il atteint son maximum dans les cas de corps fibreux interstitiel, unique ou multiple, avec énorme épaissement du tissu utérin, comme dans ces cas qui ont été parfois improprement décrits sous le nom d'*hypertrophie de la matrice*. Cette brusque augmentation de volume du corps fibreux exagère les phénomènes de compression auxquels il pouvait déjà donner lieu, les douleurs résultant de la pression sur le plexus sacré peuvent devenir intolérables². Il peut se faire qu'une rétroflexion de l'utérus gravide et myomateux amène des symptômes d'étranglement interne³. Si le corps fibreux est *pelvien*, c'est-à-dire développé au-dessous du détroit supérieur, ayant pris naissance dans la portion sus-vaginale du col ou inférieure du corps, les accidents compressifs sont rapides et redoutables⁴: ils peuvent porter sur la vessie, sur les uretères, sur le rectum, sur les nerfs, sur les vaisseaux. On a même noté des complications de péritonite⁵.

Effets
de la grossesse
sur le déve-
loppement
des corps fibreux.

¹ TILLAUX et POLAILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin 1888, p. 455 et 465.

² LEFOUR (*Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse*, Paris, 1880) cite quatre observations de ce genre, dues au prof. TARNIER.

³ LORIMER. *Edinb. med. Journ.*, juill. 1866, t. XII, 1^{re} part., p. 71.

⁴ DEPAUL. *Union méd.*, 1857, p. 548.

⁵ J. LUCAS WORSHP. *Obstet. Trans.*, Londres, 1872, t. XIV, p. 505.