

NUMÉROS.	DATE ET NOM du MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de LA TUMEUR.	NATURE.	TRAITEMENT DU PÉDICULE. — VOLUME DE LA TUMEUR.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.	
215	31 décembre 1872. Dr Paquelin.	24	Union du corps et du col de l'utérus.	Kystique : 2 grandes loges et 2 petites.	Adhérence générale de l'épiploon en avant. Tumeur à parois épaisses, rouges, rappelant l'utérus par sa couleur. Ponction : 7 litres de liquide épais; consistance de pus; couleur d'ocre, résultant d'un mélange de pus et de sang. Adhérences générales dans la partie profonde de la tumeur. Après l'avoir étranglée aussi bas que possible dans une ligature, excision d'une portion de la poche. Conservation de la partie profonde qui fut traitée, comme les kystes de l'ovaire adhérents, par la méthode par suppuration au contact de l'air.		Guérison.	Menstruation revenant régulièrement par la suite. Pendant les premiers mois, un suintement sanguin se faisait aussi par la cicatrice du pédicule.	
216	6 mars 1873. Dr Amussat.	36	Corps de l'utérus.	Kyste uniloculaire.	Pas d'adhérences en avant; en arrière, quelques adhérences faciles à détacher. Le kyste ponctionné donna issue à 7 litres de liquide sanguin fortement chargé de cholestérin. Il s'implante sur le corps de l'utérus qui est hypertrophié, et qui a la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La tumeur a dédoublé les ligaments larges, et pris des adhérences au fond du bassin. Dans ces conditions, excision d'une portion du sac aussi étendue que possible; conservation du fond et traitement par suppuration.		Guérison.	La menstruation est revenue régulièrement par la suite.	
217	10 juillet 1873. Dr Bauchez.	28	Cul-de-sac vésico- utérin.	2 fibromes.	FIBROMES PÉRI-UTÉRINS. Coque celluleuse enveloppant entièrement la tumeur. On l'incise, puis on la décolle; de nombreux vaisseaux, venant de l'utérus et de l'ovaire, rampent dans son épaisseur; plusieurs sont plus gros que le petit doigt. Le feuillet pariétal du péritoine a été soulevé par la tumeur qu'il coiffe par en haut; en même temps, la vessie, l'utérus et ses annexes ont été entraînés en haut, par le développement du fibrome; le fond de la vessie dépasse l'ombilic. Ablation de la tumeur par morcellement; ligature de la surface d'insertion qui fut fixée entre les lèvres de la plaie. Conservation de l'utérus et de tous ses annexes intacts. Avant de refermer le ventre, le chirurgien, qui avait reconnu la présence d'une autre petite tumeur fibreuse indépendante, grosse comme un œuf de poule, développée au côté gauche du vagin et dans la cloison recto-vaginale, tenta de l'énucléer avec le doigt. Mais cette tumeur était comme enclavée au milieu des vaisseaux utéro-ovariques et utéro-vaginaux qui nourrissent la grande tumeur; pendant les tentatives d'enucléation, le doigt déchira un de ces vaisseaux; hé-morrhagie de 3 à 400 grammes, aussitôt réprimée au moyen d'une vingtaine de pinces qui furent laissées en place; on abandonna ce fibrome à lui-même et on ferma la suture. A l'angle inférieur se trouvent : 1° le pédicule de la tumeur; 2° une portion de la coque celluleuse formant un deuxième pédicule; 3° les pinces hémostatiques. Poids du fibrome, 9 kilogrammes.		Morte le 4 ^e jour par hémorrhagie.		

NUMÉROS.	DATE ET NOM du MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de LA TUMEUR.	NATURE.	TRAITEMENT DU PÉDICULE. — VOLUME DE LA TUMEUR.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
218	6 novembre 1873. Dr Voury.	40	Mésentère.	Fibrome.	TUMEURS DU MÉSENTÈRE. Adhérences en avant avec les parois non très-résistantes, mais saignant facilement. Tumeur fibreuse de consistance assez molle, et complètement dépourvue de résistance. Elle adhère en deux points au bassin du côté droit, par deux prolongements qui se fixent entre la branche horizontale du pubis et l'épine iliaque antérieure. Ces digitations sont saisies dans des ligatures et inclinées. Ablation du reste de la tumeur par morcellement. Mais au voisinage de son insertion, elle est plongée au milieu des anses intestinales; en effet, l'implantation se fait dans l'épaisseur du mésentère sur une surface plus large que la paume de la main. Ligature de cette surface, puis excision. On ferme avec les trois surfaces de section (deux sur le bassin, une sur le mésentère) trois sortes de pédicules qui sont fixés entre les lèvres de la plaie. Poids, 8 kilogrammes.		Guérison.	
219	Novembre 1871.	62	Mésentère.	Fibro-lipome ossifié.	Énorme tumeur fibro-vasculaire, simulant une tumeur fibro-cystique de l'utérus, du poids de 20 kils chez une malade déjà très-débilitee. Cette tumeur est remplie, dans son centre, de pétrifications. Incision allant du pubis à l'épigastre; nécessité de scier la tumeur pour l'écarter par morcellement. Pas de perte de sang, grâce aux pinces hémostatiques. Enucleation longue et difficile, entourant la tumeur. Adossement à elle-même de la face profonde ou laponanteuse du péritoine. Rapprochement de toute l'étendue de la surface saine à l'angle inférieur de la plaie pour la mettre en contact avec le feuillet pariétal du péritoine.		Pas de phlegmon ni de péritonite. Mort le 16 ^e jour par épuisement nerveux.	
220	18 septembre 1873.	40	Mésentère.	Cancer encéphaloïde.	Énorme masse encéphaloïde développée dans l'épaisseur du mésentère, et rappelant assez au palper, les caractères des kystes aréolaires de l'ovaire, pour que plusieurs chirurgiens aient affirmé l'exactitude de ce dernier diagnostic. Après des hésitations prolongées et suscitées par les toutes que provoquait l'exactitude de ce diagnostic, l'opération est tentée. Pas d'ascite.		Morte par péritonite et épuisement le 3 ^e jour.	
221	14 octobre 1875.	48	Ligament large droit.	Sarcome médullaire.	TUMEUR SOLIDE DU LIGAMENT LARGE. Aménorrhée pendant trois mois, en même temps développement du ventre, puis retour régulier des règles. Opération. Pas d'ascite. Tumeur à surface un peu bosselée, d'un jaune grisâtre un peu châtre par les tractions. Elle a le volume d'une tête d'adulte. Une seule adhérence avec l'épiploon sous forme d'un long vaisseau veineux roulé en spirale, et s'engageant dans l'épaisseur de la tumeur. La tumeur provient du ligament large, droit, à environ 4 centimètres de la corne utérine, par un pédicule court, gros comme le pouce. Ce pédicule est lié et traité comme un pédicule de kyste ovarique.		Morte le 2 ^e jour par péritonite. A l'autopsie : trompes, ganglions iliaques et mésentériques cancéreux.	

Par la lecture des tableaux qui précèdent, on voit que, jusqu'au 31 décembre 1875, nous avons eu l'occasion de pratiquer 221 fois la gastrotomie dans le but d'extraire de volumineuses tumeurs intra-abdominales de nature diverse.

Si nous faisons le relevé des causes qui ont motivé ces opérations, nous trouvons que :

- 142 gastrotomies ont été entreprises pour l'ablation de tumeurs kystiques n'intéressant qu'un seul ovaire ;
 - 4 pour de doubles tumeurs siégeant à la fois sur les deux ovaires ;
 - 2 pour des kystes dermoïdes occupant la région ovarique ;
 - 24 pour des tumeurs kystiques ayant pris leur expansion dans l'épaisseur du ligament large seul ou en même temps dans le mésentère.
 - 1 pour une tumeur fibro-cystique de l'ovaire compliquée d'une double grossesse extra-utérine (obs. 5).
 - 16 pour des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus ;
 - 1 pour un fibrome sous-péritonéal de l'utérus (obs. 201) ;
 - 8 pour des tumeurs fibro-cystiques de l'utérus ;
 - 2 pour des tumeurs occupant le cul-de-sac vésico-utérin : l'une fibreuse (obs. 218), l'autre formée par un kyste hydatique (obs. 159) ;
 - 6 pour des tumeurs siégeant dans l'épaisseur du mésentère, ainsi réparties d'après leur nature : 2 cancéreuses, l'une encéphaloïde et entièrement solide (obs. 219) ; l'autre encéphaloïde et kystique (obs. 167) ; — une fibreuse (obs. 217) ; — 1 fibro-graisseuse (obs. 219) ; — 1 d'apparence fœtale, à la fois solide, osseuse et kystique (obs. 122) ; — la dernière, franchement kystique (obs. 86).
 - 1 pour une tumeur développée à la suite d'une entéro-péritonite adhésive, qui avait agglutiné ensemble toute la masse des intestins, des épiploons et du mésentère, compliquée d'une ascite énorme, et qui résultait d'in-

jections iodées faites, par erreur, directement dans la cavité abdominale (obs. 72).

- 1 pour une tumeur kystique développée dans la rate hypertrophiée (obs. 191) ;
- 12 enfin pour des tumeurs cancéreuses de forme kystique, développées dans la région de l'ovaire ou pour des dégénérescences colloïdes du péritoine, enkystées ou non, mais qui formaient des tumeurs occupant en grande partie la cavité abdominale.

Outre ces tumeurs cancéreuses de forme kystique ou de consistance molle et comme liquide, nous avons rencontré :

- 1 tumeur cancéreuse solide (sarcome médullaire) développée sur le ligament large en un point très-voisin de l'ovaire (obs. 220).

221

Examinons maintenant séparément chacun de ces groupes.

1° Tumeurs kystiques de l'ovaire ou du ligament large.

Les méthodes employées pour le traitement des kystes de l'ovaire ont été : 1° l'ablation totale, toutes les fois que le kyste a été trouvé non adhérent, ou bien lorsque les adhérences plus ou moins étendues qui l'unissaient aux organes voisins ont pu être rompues et que la tumeur kystique était pourvue d'un pédicule. Cette méthode a pu être employée dans 126 cas ; 2° l'ablation partielle avec destruction par suppuration de la portion profonde de la poche conservée, quand les adhérences se sont présentées si généralisées, si résistantes qu'il n'était pas possible de les diviser sans faire courir de grands risques aux organes voisins sur lesquels elles s'inséraient (l'intestin, le péritoine ou la vessie, par exemple), — ou quand le pédicule a été trouvé si court qu'il n'eût pas été possible de l'amener et de le fixer à l'angle inférieur de la plaie. Nous avons recouru seize fois à cette méthode.

Chez les quatre malades qui portaient un kyste sur chaque ovaire, les deux pédicules ont été également fixés vers l'angle inférieur de la plaie, bien que, dans un cas, l'un des pédicules ait été tellement court qu'il ne pût être fixé et maintenu qu'à l'aide de pinces hémostatiques laissées à demeure.

La conduite tenue au sujet des deux malades qui portaient des kystes dermoïdes de la région de l'ovaire a été la même que pour les tumeurs kystiques ordinaires de l'ovaire et pourvues d'un pédicule.

Résultats généraux. — 142 kystes de l'ovaire soumis par nous à la gastrotomie ont donné :

110 succès.
32 insuccès.

Soit une proportion de 77,4 guérisons pour 100 opérations.

Les deux ovariectomies tentées pour l'extraction de kystes dermoïdes ont abouti à la guérison.

Des quatre malades qui portaient en même temps un kyste sur chaque ovaire, deux seulement ont guéri.

Durée du traitement. — Quant au temps après lequel nos malades ont été remises sur pied et complètement rendues à la santé, il a varié beaucoup, suivant le procédé de traitement employé. C'est ainsi qu'après l'ablation totale nos malades ont pu presque toutes se lever du quinzième au vingtième jour après l'opération, et quitter la maison où elles avaient été opérées après un délai qui n'a jamais excédé un mois. Au contraire, avec l'ablation partielle et avec le mode que nous avons qualifié dans les tableaux « Traitement par suppuration, » certaines malades ont vu écouler plusieurs mois et même des années avant d'arriver à une guérison complète. Mais, à part l'inconvénient d'un trajet fistuleux qui peut parfois suppurer pendant un temps aussi long, on peut dire que la guérison est la règle après la cinquième ou la sixième semaine qui suit l'opération; deux de ces malades conservent encore un trajet fistuleux, mais sont hors de danger.

Les 24 kystes du *ligament large*, traités par la gastrotomie, ont donné :

13 succès.
11 insuccès.

Soit une proportion de 54,2 guérisons pour 100 opérations, et qui représente la moyenne la plus défavorable de nos divers groupes de gastrotomies.

Presque tous ces kystes étaient dépourvus de pédicules et avaient décollé plus ou moins profondément le feuillet pariétal du péritoine qui tapisse la fosse iliaque, le fond du bassin et le mésentère; le plus grand nombre d'entre eux ont dû être traités par la méthode de suppuration avec canule à demeure. Dans plusieurs cas, le décollement du tissu cellulaire sous-péritonéal s'étendait si loin qu'il a fallu, pour assurer l'écoulement du pus, faire le drainage du cul-de-sac postérieur du vagin. Dans un cas, l'adhérence du kyste avec le côté correspondant de l'utérus, qui était lui-même hypertrophié, a été telle qu'il a fallu pratiquer en même temps l'hystérotomie. Cette malade a guéri (obs. 107). Avec presque tous les kystes du ligament large, nous avons rencontré des adhérences très-étendues et très-graves.

Si, ne tenant plus compte du point d'implantation des tumeurs kystiques, on cherche à se renseigner sur le degré de fréquence relative du *mode suivant lequel leur intérieur est disposé* (1), on reconnaît que 25 d'entre elles seulement étaient uniloculaires; — 75 multiloculaires; — 43 mixtes, c'est-à-dire formées à la fois de plusieurs loges et d'un ou de plusieurs espaces aréolaires; — et, enfin, que 12 étaient complètement

(1) On remarquera que les totaux indiquant le mode de disposition intérieure des kystes et la nature du contenu ne correspondent pas rigoureusement à la somme des kystes opérés. Cela tient à ce que quelques-unes de nos observations, notamment celles de certaines malades opérées en 1869, 1870 et 1871 ont été recueillies par M. Tilloy et se sont trouvées égarées après sa mort presque subite. Nos indications se trouvent ainsi fatalement incomplètes. Si regrettables que soient ces lacunes, elles ne portent que sur des détails secondaires, mais nos résultats généraux sont complets.

aréolaires. Nous ferons observer, toutefois, que le plus grand nombre des kystes multiloculaires contiennent presque toujours des parties aréolaires; nous les avons donc qualifiés de multiloculaires lorsque ces espaces aréolaires étaient très-bornés. Nous avons rangé parmi les kystes mixtes les tumeurs dont les portions aréolaires formaient au moins le cinquième ou le quart de leur masse totale. Sous le rapport du résultat définitif, les 35 kystes uniloculaires ont donné : 30 guérisons, 5 insuccès, soit une proportion de 85,7 p. 100; — les résultats des 75 kystes multiloculaires se répartissent ainsi : guérisons, 57; insuccès, 18; soit 76 p. 100; — les 43 kystes mixtes : guérisons, 33; insuccès, 10; soit 76,74 p. 100; — les 13 aréolaires : guérisons, 9; insuccès, 4; soit 69,2 p. 100.

Envisagés sous le rapport de la *nature du liquide contenu*, les kystes de l'ovaire et du ligament large ont donné dans 50 cas un liquide séreux, visqueux dans 48, sanguin dans 18 et complètement purulent chez 31 malades. Il n'est pas douteux que la nature du liquide rencontré dans la tumeur ne doive entrer en ligne de compte au point de vue du pronostic, puisque sur 50 kystes à contenu complètement séreux, nous avons vu le résultat de l'opération être favorable dans 46 cas; — au contraire, 48 kystes à contenu visqueux n'ont fourni que 37 succès; — 18 kystes sanguins, 13 succès, — et 31 kystes purulents, 17 guérisons seulement. Il y a là, en effet, une proportion décroissante bien accusée.

Si nous cherchons à nous former une idée *du degré de fréquence des adhérences* qui unissent le kyste au feuillet pariétal du péritoine, aux viscères, au mésentère et aux divers organes abdominaux, nous voyons que, sur l'ensemble des 142 kystes ovariens seulement : 30 étaient complètement dépourvus d'adhérences; — 18 étaient partiellement adhérents et sur des surfaces peu étendues; — 55 présentaient des adhérences très-étendues; — 39 étaient complètement adhérents. Les surfaces sur lesquelles se font les adhérences sont, par *ordre de fréquence* : 1° le feuillet pariétal du péritoine, en avant; 2° le grand épiploon; 3° le mésentère; 4° l'intestin grêle; 5° l'uté-

rus et le péritoine pariétal qui garnit le bassin. En dehors des difficultés opératoires qui résultent de la présence et de l'étendue des adhérences, et qui ont pour premier effet fâcheux de prolonger la durée de l'opération, tous les ovariétomistes ont insisté sur le grand rôle qui revient aux adhérences au point de vue des suites de l'opération et de son résultat définitif. Sans insister longuement, mais pour prendre date dès aujourd'hui, nous tenons à dire que nous nous estimons en droit de déduire, de l'ensemble de nos opérations, des opinions qui, nous le croyons bien, nous sont entièrement personnelles sur cette influence des adhérences.

C'est ainsi, par exemple, que nous serions assez disposé à abandonner l'opinion qui admet que les kystes qui sont absolument dépourvus d'adhérences sont ceux qui donnent les meilleurs résultats à l'ovariétomiste. En effet, sur 30 kystes de cette catégorie, nous n'avons constaté que 23 guérisons, soit une moyenne de 76,6 p. 100. Au contraire, sur 18 kystes présentant des adhérences partielles, mais encore peu étendues, nous avons vu guérir 17 malades et une seule succomber; et sur 55 kystes présentant des adhérences extrêmement étendues, nous comptons 47 guérisons et 8 insuccès, chiffres qui nous fournissent respectivement comme moyennes 94,4 et 85,4 p. 100, nombres supérieurs à celui du premier groupe. Nous réservons pour une publication ultérieure l'explication de ce fait qui, tout insolite qu'il puisse paraître au premier abord, nous semble, en réalité, reposer sur des causes ressortissant entièrement à la physiologie et à l'anatomie pathologique. Quant aux kystes complètement adhérents, ce sont ceux qui donnent les résultats les moins favorables : 23 guérisons, 16 insuccès sur 39 cas, soit 58,9 p. 100. Les motifs de ce fait sont faciles à tirer de la durée toujours longue de l'opération, de l'étendue et de l'importance des délabrements qu'amène nécessairement la rupture des adhérences, des complications auxquelles celles-ci prédisposent, de l'état souvent éraillé et saignant du feuillet pariétal du péritoine conservé, etc.

Enfin, il est des cas où l'étendue, la solidité des adhérences

sont telles, qu'il n'y a pas à songer à les rompre dans la crainte de déchirer les organes délicats, tels que l'intestin ou de gros vaisseaux, sur lesquels elles s'insèrent, ou bien sous peine de s'exposer à une hémorrhagie en nappe, tant leur texture est vasculaire ; c'est alors que nous avons mis en pratique notre procédé par ablation partielle de la poche, en conservant le fond de la tumeur que nous abandonnons à la suppuration, avec une canule à demeure pour conduire le pus et faciliter les lavages. Cette méthode appliquée 16 fois, tant pour des kystes ovariens complètement adhérents que pour des kystes développés dans l'épaisseur du ligament large et dépourvus de pédicule, dont il a déjà été parlé, a donné 11 succès et échoué chez 5 malades. C'est donc une moyenne de 68,7 succès p. 400, proportion supérieure de près d'un dixième à la moyenne fournie par le précédent groupe. Et comme il s'agissait, en général, quand nous avons recouru à la méthode de traitement par suppuration, des complications les plus graves et les plus insurmontables, nous ne croyons pas nous abuser en avançant que ce mode de traitement paraît être encore des plus avantageux.

Il y aurait grand intérêt aussi à insister sur l'influence que peuvent avoir la *structure et le degré d'organisation des adhérences*. Cette influence, en effet, est de premier ordre ; mais ce serait nous engager dans des considérations hors de proportion avec les limites de ce relevé général. Nous les réservons donc pour un travail plus complet qui paraîtra ultérieurement. Toutefois, il est un fait qui doit trouver place ici : c'est le relevé des opérations dans lesquelles nous avons excisé, après avoir préalablement appliqué une ligature en masse, un lambeau d'épiploon plus ou moins étendu. Chaque fois que nous avons tenu cette conduite, nous avons eu le soin de fixer le moignon épiploïque, avec l'anse métallique qui l'étreignait, entre les lèvres de la plaie des parois abdominales, à la manière du pédicule ordinaire d'un kyste. Nous en sommes venu à cette extrémité chez neuf malades qui présentaient des surfaces épiploïques trop disposées à saigner ou à s'enflammer pour qu'il n'y eût

pas danger à réduire dans le ventre tout le feuillet séreux ; sept de ces malades ont guéri.

A quelle période de la vie les productions kystiques siégeant sur l'ovaire ou dans son voisinage sont-elles le plus fréquentes ? Nous voyons, sur un groupe de 168 observations dans lesquelles l'âge des malades a été soigneusement noté, que :

32	étaient	entre	30	et	35	ans.
26	—	—	25	et	30	—
23	—	—	35	et	40	—
20	—	—	40	et	45	—
19	—	—	50	et	55	—
15	—	—	45	et	50	—
14	—	—	20	et	25	—
7	—	—	15	et	20	—
7	—	—	55	et	60	—
5	—	—	60	et	70	—

C'est donc à la période moyenne de la vie que les productions kystiques de l'ovaire paraissent avoir leur maximum de fréquence. Partant de ce point comme d'un sommet, on voit cette fréquence décroître graduellement et dans une proportion sensiblement analogue à mesure que l'on descend ou que l'on remonte le cours de la vie, la fréquence étant un peu plus grande toutefois quand on se rapproche de la première jeunesse que lorsque la femme avance vers la vieillesse. Pourtant, aux deux âges extrêmes de la vie, à l'adolescence et à la vieillesse, nous voyons la proportion redevenir identique et être représentée dans notre groupe par le même chiffre : 7.

Si d'un autre côté et sans tenir compte du volume du kyste, de la nature de son contenu, des adhérences qu'il a pu présenter ou non, ni des complications opératoires, nous cherchons à nous rendre compte de la *part que l'âge paraît avoir sur le résultat définitif* de l'opération et du traitement, nous trouvons que la proportion la plus forte des guérisons a été donnée par des femmes dans toute la force de l'âge adulte, de 35 à 40 ans : sur 23 opérations, 20 guérisons ; — puis par les jeunes filles de 15 à 20 ans : 6 guérisons sur 7 opérations ; —