

l'âge suivant, de 20 à 25 ans, donne encore des résultats analogues : 14 opérations, 12 succès ; — ensuite arrivent la première période de l'âge adulte (de 30 à 35 ans) : 32 cas, 26 guérisons ; — puis la seconde période de l'âge adulte (de 40 à 45 ans), 14 guérisons sur 20 opérations ; enfin, l'âge de retour et la seconde période de la jeunesse paraissent donner encore des résultats sensiblement analogues : de 45 à 50 ans : 15 opérations, 11 guérisons ; — de 50 à 55 ans : 19 opérations, 12 guérisons ; — et, d'autre part, de 25 à 30 ans : 26 opérations donnant 17 succès. Pour ce qui est de l'influence de la vieillesse, elle paraît être manifeste. Ainsi, de 55 à 60 ans, nous trouvons 5 succès sur 7 opérations, et après 60 ans, de 60 à 70, nous avons vu nos efforts rester toujours impuissants. Mais il faut bien convenir que cette série n'est pas assez nombreuse pour devenir absolument significative ; d'un autre côté, nos 5 malades présentaient des conditions de santé générale on ne peut plus mauvaises.

Sous le point de vue du *siège*, nous voyons que, d'une façon générale, c'est bien l'ovaire même ou les points très-immédiats de son voisinage qui donnent le plus souvent insertion au pédicule de la tumeur : 111 fois sur 138 cas notés. Quatre fois seulement la production kystique était double et intéressait en même temps les deux ovaires. Quant à savoir lequel des deux de ces organes est trouvé le plus souvent atteint, question longuement débattue par certains auteurs et avec une certaine insistance, nous avouons ne pas bien comprendre l'importance pratique de cette discussion. Nous nous bornerons à noter que dans les cas par nous observés nous remarquons une certaine prédominance en faveur de l'ovaire gauche, prédominance qui se chiffre par un cinquième environ : 59 contre 48 à droite.

Il reste un dernier point à examiner : *quelles affections se sont produites le plus souvent à la suite de l'opération* et ont amené une terminaison fatale ? En première ligne il faut placer la péritonite (19 fois), qui s'est toujours produite dans les premiers jours qui ont suivi l'opération. Après vient l'épuisement, le défaut de réaction, en un mot cet ensemble de symptômes

graves succédant aux grands traumatismes, que les Anglais représentent par un seul mot, le *shock* : 9 fois. Une malade a été emportée par une hépatite aiguë (obs. 23), une autre par une péricardite aiguë (obs. 183) ; deux par des accidents thoraciques (obs. 3 et 96). Les complications d'ordre nerveux ont été relativement fréquentes. Parmi celles-ci il faut placer d'abord le tétanos, qui est bien la plus terrible de toutes puisqu'elle vient frapper les opérées au commencement de la convalescence. Trois de nos malades ont été enlevées par cette affection : la première (obs. 31) a succombé en pleine convalescence, le 32<sup>e</sup> jour après l'ablation d'un kyste simple, non adhérent et à contenu séreux (1) ; la seconde (obs. 95), le 9<sup>e</sup> jour, et il s'agissait encore d'un kyste simple et sans adhérence ; la troisième (obs. 124), le 12<sup>e</sup> jour ; seule cette dernière malade était âgée. Quatre autres ont été emportées par des accidents nerveux graves, avec délire et, dans deux cas, avec symptômes de véritable manie aiguë (obs. 35, 101, 122, 149). Deux malades ont été frappées de mort subite, l'une (obs. 50) le 19<sup>e</sup> jour, l'autre (obs. 131) le 9<sup>e</sup>. L'étranglement interne et les symptômes d'occlusion intestinale ont aussi été notés trop souvent : deux malades ont péri par étranglement, et l'une d'elles le 26<sup>e</sup> jour après l'opération ; quatre autres ont présenté des accidents d'occlusion temporaire, soit peu de jours après l'opération, soit, au contraire, alors qu'elles étaient en pleine convalescence, mais n'ont pas succombé.

Des 12 *tumeurs kystiques de mauvaise nature* que nous avons rencontrées et qui étaient développées dans le ligament large, le bassin et le mésentère, 7 étaient franchement kystiques

(1) Cette jeune malade, habitant un de nos départements des Pyrénées, était en état de rentrer chez elle le vingtième jour. Nous l'avions vivement engagée à le faire, ayant nous-même à nous absenter de Paris à ce moment. Au lieu de cela elle prolongea son séjour à Paris en vue de visiter cette ville qu'elle ne connaissait pas. A la suite d'une très-vive émotion, ressentie le vingt-quatrième jour, elle présenta quelques accidents nerveux ; les jours suivants, trismus léger ; ce ne fut qu'au bout de trois jours que cette complication devint manifeste. Quand nous fûmes averti le tétanos était déclaré, et la malade succomba après huit jours d'accidents nerveux.

et à contenu liquide, toujours plus ou moins chargé de pus et de cellules épithéliales. A leur base se trouvait une surface plus ou moins épaisse, sorte de *gâteau* de substance encéphaloïde. Les 5 autres avaient l'apparence colloïde : dans 3 cas la matière colloïde était complètement enkystée dans une membrane cellulo-fibreuse très-mince, extrêmement friable, pourvue de vaisseaux sanguins en grand nombre et complètement adhérente aux organes voisins ; 2 étaient formées par la dégénérescence en masse des épiploons, du mésentère et même d'une grande partie du feuillet viscéral du péritoine qui enveloppe l'intestin.

2° *Hystérotomies pratiquées pour l'ablation de tumeurs fibreuses utérines.*

Les 47 hystérotomies pratiquées en vue de débarrasser les malades de volumineux fibromes utérins ont abouti 41 fois à la guérison et ont donné 6 insuccès ; c'est une proportion de 64,7 guérisons pour 100 opérations. Ajoutons que nous ne nous sommes jamais décidé à recourir à l'hystérotomie qu'en présence de fibromes d'un gros volume occasionnant des accidents graves et menaçant l'existence des malades à bref délai (métrorrhagies répétées, anémie profonde, épuisement, troubles de la digestion, de l'innervation (paraplégie, troubles intellectuels) et, dans un cas (obs. 197), devant l'imminence d'une asphyxie par cause mécanique.

Notre *manuel opératoire* a peu varié dans chacun de ces cas, mais il n'en est pas de même de notre conduite à l'égard des annexes de l'utérus (trompes, ovaires, ligaments larges) ou des complications que nous avons rencontrées au cours des opérations. Nous en reparlerons plus loin. D'une façon générale, voici en quoi a consisté le manuel opératoire :

Après incision des parois abdominales sur la ligne blanche et division du feuillet antérieur du péritoine pariétal, la tumeur se trouvant mise à nu, nous procédons à son extraction partielle. Dans ce but nous traversons la partie qui se présente entre les

lèvres de la plaie avec des fils métalliques qui, recourbés en anses, permettent d'exercer facilement des tractions ménagées. Dès qu'une portion de la tumeur a pu être dégagée, nous la traversons de nouveau, aussi bas que possible, au moyen d'un double fil métallique dont les chefs sont parallèles et adossés ; chaque fil, formé en anses et ses bouts engagés dans un ligateur, va fournir une solide ligature latérale qui assure l'hémostase. Il faut nécessairement avoir le soin d'assujettir ces ligatures, de peur qu'elles ne se déplacent, et être prêt à les resserrer suivant les besoins. Si la tumeur est très-volumineuse les premiers fils ne peuvent qu'affecter une direction oblique par rapport au grand axe du corps, et nos coupes de morcellement prennent une disposition angulaire à sommet inférieur, en vue de diminuer autant que possible le diamètre du néoplasme et de faciliter le dégagement ultérieur de sa partie profonde. La tumeur est-elle moins volumineuse, nos deux premières ligatures peuvent prendre d'emblée une direction équatoriale ou même, pour des tumeurs de diamètre médiocre, être passées très-près de la surface d'implantation. Dans ce dernier cas le morcellement pourrait devenir superflu. Mais quand il est nécessaire nous passons nos ligatures d'attente de plus en plus bas, à travers la tumeur ; nous excisons tout ce qui est au-dessus des fils, jusqu'à ce que, enfin, nous ayons pu attirer hors du ventre tout le fibrome. Nous ne cessons nos manœuvres que lorsque la section porte sur le tissu utérin sain, à moins que le fibrome n'envoie un prolongement jusque dans le museau de tanche, auquel cas il faut bien se résigner à en laisser un fragment, que nous voulons le plus petit possible, au-dessous de la ligature définitive. Celle-ci est encore faite à l'aide de deux fils métalliques passés à travers le moignon conservé et étreignant la surface en deux moitiés, droite et gauche. Cette surface, attirée et fixée vers l'angle inférieur de la plaie, reçoit la disposition ordinairement donnée aux pédicules des kystes ovariens. En agissant ainsi, nous n'avons jamais eu d'hémorrhagie ni pendant l'opération, ni après elle, complication si fortement redoutée par quelques chirurgiens distingués, qu'ils ont déclaré

renoncer à pratiquer l'hystérotomie dans la crainte de ne pouvoir la maîtriser. Une seule fois il nous advint, pendant les dernières manœuvres du morcellement, qu'une de nos ligatures d'attente se rompit; un gros jet de sang jaillit. Il nous suffit de saisir dans la main la portion d'utérus déliée et de la comprimer pour faire aussitôt cesser tout écoulement pendant qu'on remplaçait le fil rompu.

Des 17 fibromes utérins qui furent le sujet des observations qui précèdent, 15 étaient franchement interstitiels; 1 seul était sous-péritonéal (obs. 201); chez une malade (obs. 202), il existait un fibrome interstitiel du fond de l'utérus, et un autre sous-péritonéal développé sur la face antérieure de l'organe. Chez deux malades (obs. 195 et 203), nous avons trouvé des fibromes multiples enchatonnés au milieu de fibres utérines hypertrophiées. Il va sans dire que les plus superficiels de ces fibromes étaient sous-péritonéaux, et ceux qui étaient plus profondément situés, interstitiels.

15 de ces myomes étaient compactes dans toute leur étendue, mais toujours plus ou moins infiltrés de sérosité. Chez la malade qui fait le sujet de l'observation 199, la quantité de sérosité était rapidement devenue si abondante dans les derniers jours qui précédèrent l'opération, que la tumeur donnait une fausse fluctuation et que le diagnostic aurait été impossible pour qui n'eût pu s'appuyer sur de précédents examens. Chez une autre malade, qui portait un corps fibreux à géodes (obs. 201), l'infiltration de sérosité était telle, que des chirurgiens de grand mérite affirmèrent jusqu'au dernier moment qu'il devait s'agir d'un kyste ovarique mixte. Par contre une autre malade nous offrit un tissu fibreux tellement dense, qu'on n'y découvrait trace de sérosité infiltrée (obs. 197); ce tissu criait sous le couteau, était même calcifié par places, et son morcellement exigea des efforts d'autant plus grands que son volume était énorme; il pesait 16,500 grammes. Une tumeur sous-péritonéale était si dure, qu'il fallut recourir à la scie, tandis que le fond de l'utérus de la même malade (obs. 202) portait un fibrome à géodes qui se laissait facilement attaquer par le

histouri. Deux fois seulement nous avons rencontré des corps fibreux à géodes (obs. 201 et 202).

La portion de l'utérus qui s'est trouvée le plus souvent être le siège du néoplasme est le fond de l'organe. Quatre cas seulement font exception: deux fois le fibrome occupait la paroi postérieure (obs. 206 et 207); — une fois, la paroi antérieure (obs. 211); — une autre fois, cette même paroi et le fond de l'organe (obs. 213). Il est d'ailleurs assez difficile de préciser rigoureusement ce siège, car pour peu que la forme du fibrome ne soit pas régulière, qu'elle soit mamelonnée et bosselée, la forme de l'organe qui le supporte est d'ordinaire également modifiée. C'est ainsi que chez la malade de l'observation 196, le néoplasme occupait plus spécialement le fond et la moitié droite de l'organe; il en résultait des changements importants dans la direction du corps et du col de l'utérus, ainsi que dans les rapports présentés par les organes intra-pelviens. Ces modifications ne furent pas sans importance sur le manuel opératoire, puisqu'elles nous obligèrent à changer notre procédé habituel et à nous abstenir de certaines précautions que nous avons toujours eues jusque-là, notamment celle d'enlever les deux ovaires. Or cette malade ayant été emportée par une hématoécèle rétro-utérine qui prit sa source dans l'ovaire conservé, nous nous reprochâmes cette conduite et nous crûmes alors devoir en tirer une conclusion qu'une pratique plus étendue devait bientôt nous montrer être sans fondement.

Nous avons dit, en exposant le manuel opératoire, que le péritoine ouvert, la tumeur se montrait directement aux regards. Ceci n'est pas vrai dans tous les cas, puisque dans quatre d'entre eux (obs. 197, 200, 206, 207), nous avons trouvé le myome utérin complètement enveloppé d'une *coque cellulo-fibreuse* assez fortement vasculaire et tapissée, dans toute l'étendue de sa surface, qui proémine dans la cavité abdominale, par un feuillet séreux. Cette coque peut devenir la cause d'importantes complications, d'abord par les adhérences qu'elle prend souvent sur de larges surfaces avec les organes voisins, tandis que les myomes utérins dépourvus de cette enveloppe ne

sont jamais adhérents. C'est ce qui se produisit notamment dans les opérations 197 et 206. Mais c'est surtout chez la malade dont l'observation est consignée sous le n° 200 que cette disposition nous suscita les difficultés les plus grandes. Non-seulement la coque avait contracté des adhérences à peu près générales avec les intestins, mais l'incroyable élongation qu'elle avait fait subir à la vessie, qu'il ne nous fut pas possible de reconnaître à l'avance dans son épaisseur et qui fut atteinte par le bistouri presque dès le début de l'opération, suffit à en faire comprendre la gravité.

Un autre embarras apporté par l'existence de cette coque provient de son extrême vascularité, du nombre et du volume des vaisseaux veineux qui la traversent toujours. C'est pour les réprimer, lors de la section, que nous avons fait construire, il y a plusieurs années, nos pinces à longs mors linéaires, dites en *T*, et nos pinces hémostatiques pour larges surfaces, dites, à cause de leur forme, *pinces en cœur*.

Un troisième inconvénient résultant de la présence de cette coque est qu'il n'est pas possible d'exciser celle-ci à son insertion au fond du bassin, sous peine de faire subir au péritoine, qui la double extérieurement et qui se continue par en bas avec le feuillet séreux du bassin, un délabrement dont on s'expliquerait aisément les conséquences dangereuses. Il faut donc, après en avoir excisé la partie la plus étendue, conserver la portion profonde que l'on réapplique autour du pédicule utérin et que l'on fixe avec lui vers l'angle inférieur de la plaie. On agit alors comme pour les kystes ovariens complètement adhérents que nous soumettons à cette méthode de traitement que nous avons nommée par suppuration.

Un dernier ennui est que cette coque vasculaire n'ayant pas été prise, dans plusieurs cas, dans la ligature à demeure placée sur le pédicule utérin, nous avons dû laisser sur sa ligne de section des pinces hémostatiques pendant six, huit ou même douze heures, pour mettre la malade à l'abri de toute chance d'hémorragie. D'après ce que nous venons de dire, on a déjà compris qu'elle est notre conduite à l'égard de cette coque dès

le début de l'opération : aussitôt sa présence reconnue, nous l'incisons crucialement et nous la décollons de la surface de la tumeur pour rejeter les lambeaux en dehors jusqu'au moment où le myome a pu être complètement énucléé. Celui-ci enlevé par morcellement et le pédicule utérin lié, nous excisons alors la majeure partie de la coque celluleuse pour n'en conserver que la partie la plus profonde, que nous disposons comme il vient d'être dit.

Deux fois (obs. 197 et 206) nous avons dû reséquer des lambeaux d'épiploon qui, après la rupture des adhérences qu'ils avaient prises sur les coques, étaient restés si éraillés et si saignants qu'il nous parut périlleux de les réduire dans le ventre. Dans les deux cas, la surface de section épiploïque fut fixée entre les lèvres de la plaie des parois. Chez la malade de l'observation 197, nous avons eu à nous repentir de ne pas avoir poussé cette résection plus loin ou tout au moins de ne pas avoir fixé entre les lèvres de la plaie des parois une seconde bride épiploïque également fort éraillée. En effet, cette bride, tombant dans le fond du bassin, y avait pris des adhérences, comme nous le vîmes à l'autopsie, et causé un étranglement interne qui enleva la malade.

*Quelle conduite tenir à l'égard des trompes et des ovaires?*  
A l'origine, nous nous faisons un devoir d'enlever toujours ces derniers, qu'ils fussent malades ou sains. De 9 malades ainsi traitées, 6 guérirent, soit les deux tiers. Mais nous voyons que 3 autres malades chez lesquelles nous n'enlevâmes qu'un seul ovaire, le second étant laissé en place, donnent une proportion de succès identique : 2 guérisons, 1 insuccès. Enfin, sur 5 malades hystérotomisées, mais avec conservation des deux ovaires, nous trouvons 3 succès et 2 morts. S'il ne résulte pas de ces chiffres, trop peu nombreux, une conclusion bien précise, on serait pourtant tenté d'admettre que l'avantage reste au groupe qui n'a pas subi l'extirpation des ovaires. Cette conclusion est importante pour nous qui avons professé, à une certaine époque, une opinion diamétralement opposée, et que nous nous croyons d'autant mieux fondé à défendre que nous avons

vu succomber une de nos malades à une hématocele rétro-utérine de source ovarique. Quant aux trompes, elles ont été partiellement enlevées chez toutes les malades, et il n'en pouvait être autrement puisque nous excisions le fond de l'utérus sur lequel elles s'insèrent; elles ont été totalement enlevées toutes les fois que les deux ovaires ont été eux-mêmes extirpés, c'est-à-dire dans 9 cas.

Une *complication des fibromes* utérins qui paraît assez fréquente, puisque nous l'avons rencontrée 6 fois, soit dans plus d'un tiers des cas, c'est la *formation de kystes*, de volume fort variable d'ailleurs, dans une ou plusieurs des annexes de l'utérus : obs. 193, un kyste du volume d'une noisette dans l'ovaire droit; — obs. 199, kyste sanguin du volume d'un œuf de poule dans un des pavillons des trompes; — obs. 201, l'ovaire gauche dégénéré et comme fibreux; — obs. 202, kystes tubulés flottants, intriqués et noués entre eux de manière à former une grappe, et provenant du corps de Rosenmüller; — obs. 203, kyste sanguin dans l'ovaire gauche; — obs. 206, un gros kyste sanguin de la forme d'une cornemuse dans l'un des pavillons des trompes. La cause de ces derniers faits était-elle toujours imputable à la présence du myome? Nous ne le pensons pas, nous croyons qu'il n'y a eu souvent qu'une coïncidence. Quoi qu'il en soit, cela nous a paru bon à noter.

Toutes les malades que nous avons soumises à l'hystérotomie étaient dans l'âge adulte, plusieurs même arrivaient à l'âge de retour. Une seule avait moins de 30 ans; — 8 étaient au-dessous de 40 ans; — 7 étaient entre 40 et 50 ans; — la plus âgée avait 51 ans. De 30 à 40 ans, nous trouvons 4 succès et 4 insuccès; — toutes les malades entre 40 et 50 ans ont guéri. La diminution de l'activité de la fonction utérine aurait-elle une influence sur la guérison? C'est une question que nous ne pouvons que nous permettre de poser aujourd'hui; nous manquons encore d'un nombre suffisant d'observations pour la résoudre. Un autre fait, que nous nous bornons également à noter, est que les malades chez lesquelles les deux ovaires ou même un seul ovaire ont été conservés, ont continué pour la

plupart à voir régulièrement leurs règles après l'opération, bien que le corps utérin fût enlevé en entier et qu'il ne restât chez quelques-unes qu'une faible portion du col. Cette persistance du flux cataménial ne s'est pas montrée chez les malades dont les deux ovaires avaient été extirpés.

Quant aux 6 insuccès, voici quelles *causes* déterminèrent la *terminaison fatale* : 4 succombèrent à une péritonite, et chez l'une de ces malades (obs. 200) l'inflammation eut son point de départ dans l'étendue et la vascularité des adhérences qu'il fallut rompre, et peut-être aussi dans le passage, à travers la boutonnière accidentellement faite à la vessie et que nous nous efforcâmes pourtant de suturer soigneusement, de l'urine dans la cavité péritonéale; — une malade (obs. 196), chez laquelle un ovaire avait été conservé, succomba à une hématocele rétro-utérine; — enfin la sixième (obs. 197) fut emportée par un étranglement interne sur la production duquel nous nous sommes déjà expliqué.

La *durée du traitement* a été la même que pour les kystes ovariens; presque toutes les malades ont pu se lever du quinzième au vingtième jour; au bout d'un mois, elles quittaient la maison de santé. L'une d'elles (obs. 201) a été retenue plus longtemps au lit par suite de la formation, pendant le traitement, d'un phlegmon de la fosse iliaque qui alla s'ouvrir spontanément dans le rectum. Les malades qui portaient une coque cellulo-fibreuse autour de la tumeur et qui furent traitées par la méthode dite par suppuration, furent plus longtemps à arriver à la guérison définitive. Elles eurent l'inconvénient de porter pendant un ou plusieurs mois, et même plus longtemps, une fistule à l'hypogastre, qui ne compromettait d'ailleurs en rien la santé générale.

### 3° Tumeurs fibro-cystiques.

Les 6 ablations par la gastrotomie de tumeurs fibro-cystiques ont donné comme résultats : 4 guérisons et 2 insuccès, soit une proportion des deux tiers pour les guérisons. En outre,