

nous devons faire remarquer que 5 seulement de ces gastrotomies ont été suivies de l'amputation de l'utérus. En effet, chez la malade qui fait l'objet de l'observation 211, la tumeur fibrocystique, qui était complètement enveloppée dans une coque cellulo-fibreuse, était simplement adhérente à l'utérus et elle a pu être énucléée sans qu'on fût obligé de mutiler cet organe ni ses annexes.

Les 6 observations de tumeurs fibro-cystiques se prêtent beaucoup moins aux vues d'ensemble que les autres tumeurs rangées dans les groupes qui précèdent. D'une fréquence relativement peu commune, elles présentent aussi dans leur implantation, dans les dispositions et les rapports qu'elles affectent, fort peu d'uniformité. C'est ainsi que dans 4 cas les kystes étaient creusés dans l'épaisseur du fibrome et il n'y avait qu'une tumeur unique (obs. 211, 212, 213, 214), fibreuse par places, kystique dans d'autres; — chez les 2 autres malades, des tumeurs fibreuses et kystiques coexistaient, tout en restant indépendantes. Par exemple, chez la malade n° 209, nous avons trouvé sur l'ovaire droit un corps fibreux de 0^m,12 de haut sur 0^m,06 de large et sur l'utérus un kyste; ces deux tumeurs voisines adhéraient entre elles. Dans l'observation 210, c'est bien l'utérus hypertrophié qui porte toutes les tumeurs, mais elles sont indépendantes: trois corps fibreux et un kyste.

Trois fois les tumeurs avaient pris des *adhérences* avec les organes voisins (obs. 209, 211, 214), et chez la dernière de ces malades les adhérences étaient devenues générales et des plus intenses. Leur formation succéda sans doute à une ponction faite cinq semaines avant l'opération dans la portion kystique. A la suite de cette ponction, il se déclara une péritonite des plus violentes et des signes d'infection putride. En effet, la portion solide de la tumeur s'était spontanément enflammée et avait suppuré. Lors de l'opération nous la trouvâmes ramollie et infiltrée de pus jusqu'au voisinage de son point d'implantation sur l'utérus. Les anses d'intestin grêle, qui lui étaient contiguës, étaient devenues adhérentes et trois d'entre elles, en contact avec une partie suppurée de la tumeur, étaient ulcérées. Nous

fimes l'adossement des séreuses et ne parvînmes qu'à grand'peine à suturer les lèvres des pertes de substance, tant les tuniques de l'intestin étaient ramollies et devenues friables par suite de l'inflammation.

Chez la malade de l'observation 209, les adhérences étaient aussi fort étendues et s'étendaient à l'épiploon, aux intestins, à tout le fond du bassin: utérus, rectum, vagin, cul-de-sac rectovaginal. Une seule fois (obs. 211), les adhérences n'étaient que partielles et n'apportèrent pas de trop grandes complications.

Chez 2 malades seulement la tumeur fut trouvée enveloppée par une *coque cellulo-fibreuse* (obs. 211 et 213). Dans les deux cas, cette coque était très-vasculaire et parcourue par de gros vaisseaux veineux dont quelques-uns avaient le volume du doigt. Elles ont été traitées de la même manière: la partie supérieure excisée, et le fond conservé était disposé de façon à être abandonné à la suppuration.

Chez toutes ces malades le corps et le col de l'utérus avaient subi une hypertrophie considérable. L'une d'elles (obs. 213) surtout nous frappa par l'énorme volume que cet organe présentait après que nous avions déjà enlevé une tumeur bien volumineuse, puisque la portion fibreuse pesait 7,300 grammes et que le kyste avait donné 10 litres de liquide. Mais nous eûmes bientôt l'explication de cette hypertrophie qui dépassait tout ce que nous avons vu, puisque la malade expulsait spontanément le lendemain un œuf de quatre mois et demi de conception. Cette malade, qui a guéri très-rapidement, avait 43 ans; elle était veuve depuis neuf ans, et nous ne pensons pas qu'il fût venu à l'idée d'aucun chirurgien d'aller rechercher s'il n'existait pas une grossesse au-dessous d'une telle tumeur.

Notre conduite à l'égard des *ovaires* a varié. Les malades des observations 211, 212 et 213 les ont conservés. Deux fois un ovaire a été enlevé et l'autre conservé. A la malade n° 209 nous avons enlevé l'ovaire qui portait le fibrome, la trompe et le ligament large correspondants. Chez la malade de l'observation 214 nous avons extirpé l'ovaire gauche, qui était dégénéré et flot-

tant, ainsi que la trompe correspondante, qui portait un kyste sanguin.

Il y a peu de chose à dire sur l'âge des malades quand le relevé porte sur un groupe aussi restreint. Nous nous bornons donc à noter que 3 opérées avaient entre 30 et 40 ans et que les 3 autres étaient entre 40 et 45 ans.

Quant aux 2 malades qui ont succombé (obs. 212 et 214), elles ont été enlevées l'une et l'autre par une péritonite. Mais comme la maladie existait depuis longtemps déjà chez la seconde (obs. 214), on peut dire qu'elle fut tuée par un simple retour à l'état aigu. La durée du traitement a été la même qu'à la suite des hystérotomies pour ablation de tumeurs fibreuses. Parmi les complications survenues pendant la durée du traitement consécutif, une seule mérite d'être signalée : la malade de l'observation 210 eut un abcès péri-vésical qui intéressa une partie de la paroi du réservoir de l'urine. Si bien qu'il en résulta une fistule vésicale qui venait s'ouvrir au bas de la ligne blanche et laissait échapper l'urine en petite quantité. Cette fistule guérit au moyen de cautérisations répétées.

4° Tumeurs utéro-cystiques.

Les deux tumeurs utéro-cystiques que nous avons opérées (obs. 215 et 216) étaient constituées l'une et l'autre par une cavité qui s'était formée dans l'épaisseur des parois utérines dédoublées et distendues pour former le sac. L'une était multiloculaire (obs. 215) et composée de deux loges plus grandes et de deux petites. La seconde était uniloculaire. L'une et l'autre contenait un liquide d'origine manifestement hématique. Dans l'observation 215, le sang déjà épanché depuis longtemps sans doute, modifié dans sa nature, présentait une teinte ocreuse et une certaine quantité de pus. Chez la malade n° 216, le liquide avait la couleur et les caractères d'un sang veineux un peu poisseux. A sa surface nageaient en grande quantité de cristaux de cholestérine.

Ces deux malades ont guéri.

Dans les deux cas, il y avait des *adhérences*. Mais elles étaient bien plus étendues et bien plus générales dans l'observation 215. Dans la suivante, au contraire, il n'y en avait pas sur la face antérieure de la tumeur. Celles qui existaient en arrière étaient sans grande résistance. Les seules qui eussent une grande solidité s'étendaient au fond du bassin. C'est cette considération qui nous décida à recourir dans les deux cas à notre procédé de *traitement par suppuration*, en tenant au contact de l'air la portion profonde de la poche. La partie libre d'adhérences et supérieure ayant été excisée, nous avons formé avec la portion du sac conservée une sorte de bourse dont nous avons suturé les bords sur les lèvres de la plaie des parois. Tout le reste de l'incision des parois fut refermé, comme de coutume, à l'aide de points de suture disposés alternativement avec anses profondes, et simplement entortillés. Un double tube de caoutchouc fut engagé jusqu'au fond du sac pour permettre l'écoulement facile du pus et les lavages.

Chez l'une et l'autre malade les *ovaires* furent conservés. La menstruation persista régulière par la suite. Chez la malade n° 215 un suintement sanguin se fit aussi, à chaque époque menstruelle, par la surface du pédicule, au moins pendant les premiers mois qui suivirent l'opération. Nous ignorons s'il continue encore à se faire. Il résulta temporairement, chez les deux malades, une fistule qui bientôt n'intéressait plus guère que l'épaisseur des parois abdominales et qui correspondait à la surface suppurée. Ces fistules ont pu être fermées dans un temps assez court, mais chez l'une d'elles elle se rouvre encore de temps en temps sans que la santé générale en soit altérée.

En résumé, si, ne tenant plus compte de la nature de la tumeur qui nous a déterminé à entreprendre l'opération, nous cherchons seulement quelle est la proportion des succès, comparés aux insuccès, que nous a donnés l'hystérotomie, nous trouvons que 25 (1) hystérotomies pratiquées par nous ont

(1) Dans ce total figure la malade de l'obs. 107, gastrotomisée pour un kyste du ligament large, mais chez laquelle nous nous vîmes forcé d'amputer l'utérus.

abouti 17 fois à la guérison et 8 fois à une terminaison fatale : soit une proportion de 68 guérisons pour 100.

5° Tumeurs fibreuses péri-utérines.

Quant à l'unique fibrome péri-utérin que nous ayons attaqué par la gastrotomie (obs. 217), il siégeait dans le cul-de-sac vésico-utérin. Il était enveloppé d'une coque cellulo-vasculaire épaisse, et celle-ci était en grande partie nourrie par les vaisseaux utéro-ovariques. Cette tumeur, en refoulant le péritoine en haut, avait fait subir aux organes pelviens des changements de rapports considérables : le fond de la vessie dépassait l'ombilic, l'utérus et ses annexes se trouvaient exhaussés dans la même proportion. La malade aurait sûrement guéri si nous nous en étions tenu à l'ablation du gros fibrome (9 kilogr.), bien que son morcellement ait été laborieux. Mais ayant reconnu au côté gauche du vagin et dans la cloison recto-vaginale la présence d'un petit fibrome du volume d'un œuf de poule, nous crûmes prudent de tenter de l'énucléer. Et bien que nous ayons eu la précaution de ne nous servir que du doigt pour cette énucléation, car nous avions reconnu tout autour de la tumeur un réseau très-fourni de gros vaisseaux, nous eûmes le regret d'ouvrir la paroi de l'un d'eux, ce qui nous donna sur-le-champ une hémorrhagie de 3 à 400 grammes que nous pûmes aussitôt réprimer avec nos pinces hémostatiques. Mais c'est de ce même point que partirent les hémorrhagies qui quatre jours plus tard devaient emporter la malade.

6° Tumeurs du mésentère.

L'observation 218 a trait au seul cas de *tumeur fibreuse* du mésentère que nous ayons eu l'occasion de rencontrer jusqu'ici. La consistance de ce fibrome et sa résistance étaient faibles. Il avait pris des adhérences sur la crête iliaque. L'observation 219 se rapporte à un énorme lipome du mésentère calcifié par places. Une des grandes difficultés de l'extraction des tumeurs qui ont leur point de départ dans le mésentère provient de la présence

des anses intestinales qui garnissent la tumeur de chaque côté, si bien que l'incision à faire à la paroi abdominale doit être longue et que la surface d'implantation qu'il faut découvrir et mettre à nu, au milieu du tissu cellulaire sous-mésentérique, se trouve complètement masquée et inaccessible aux moyens d'action. Cette extraction exige des décollements et des dissections très-patientes et très-minutieuses.

C'est surtout pendant l'extraction de la *tumeur fibro-graisseuse* (obs. 219) et de la *masse encéphaloïde* que portait la malade rangée sous le n° 220 que nous avons pu vérifier cette disposition. Est-il besoin de dire que nous n'aurions jamais entrepris une telle opération si nous n'avions pensé, comme plusieurs confrères distingués qui avaient examiné la malade, qu'il s'agissait d'un kyste aréolaire. Dans ce cas, la masse encéphaloïde était partout solide et nous n'avons rencontré nulle part de cavité kystique.

Nous avons parlé déjà de la tumeur à la fois fibreuse, osseuse et kystique formée très-probablement par une grossesse extra-utérine et qui occupait à la fois le mésentère et le fond du bassin, nous n'y reviendrons plus. (Voyez obs. 112.)

7° Sarcome du ligament large.

Il ne nous reste plus à parler que du *sarcome du ligament large* qui fait l'objet de l'observation 221. Cette tumeur était portée par une jeune fille de dix-huit ans. C'était un sarcome médullaire dans sa période de prolifération. Elle ne présentait, lors de l'opération, aucun point ramolli, aucune adhérence. Ce sarcome était inséré sur le ligament large par un pédicule assez court, de 6 à 7 centimètres au plus, et du volume de l'index. C'est le seul cas de ce genre que nous ayons eu l'occasion de rencontrer au cours d'une opération. L'âge de la malade (dix-huit ans), la conservation de la santé générale, le bon aspect de cette jeune fille, les signes physiques fournis par le palper hypogastrique, le toucher étant impossible par suite de la présence de l'hymen, les troubles de la menstruation quoiqu'ils

consistassent non en ménorrhagies, mais en aménorrhée se reproduisant pendant plusieurs mois consécutifs, tout nous avait porté à admettre l'existence de l'affection la plus commune qui puisse s'adapter à ces symptômes, c'est-à-dire un fibrome utérin, et rien ne nous conduisait à diagnostiquer une affection aussi rare que celle que nous devons rencontrer. Tel fut le motif qui nous parut légitimer une intervention chirurgicale

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

A

Adolescents (Calculs vésicaux des).....	113
Aisselle (Kystes idiopathiques de l').....	64
— (Maladies de la région de l').....	571
Amputations (Statistique générale des).....	639
Anthrax des lèvres (Diagnostic de l').....	59
Appendice (Abréviations de l').....	650
Armes à feu (Plaies par).....	197
Arrachement (Plaies par).....	192
— du bras dans les luxations de l'épaule.....	6
Arthrites (Statistique générale des).....	354
Audition (Maladies de l'appareil de l').....	407
Autoplasties (Statistique des).....	644
Avant-bras (Fractures des deux os de l').....	240
— (Maladies de la région de l').....	581

B

Bourses muqueuses du pied (Inflammation des).....	31
Bourse prérotulienne (Hygromas de la).....	388
Bras (Maladies de la région du).....	481
— (Plaies par instruments tranchants du).....	188
Bouche (Maladies de la).....	188

C

Calculs à noyau de cystine.....	116
— prostatiques.....	119
— formés autour d'un corps étranger.....	115
Cancers des lèvres.....	60
— (Statistique générale des opérations pratiquées pour des).....	642
Caries.....	288
Cartilages du nez (Fracture des).....	311
Cataracte (Considérations sur l'opération de la).....	98