

nant ma décision, j'avais demandé un délai de quelques semaines. Le délai fut prolongé par la malade de quelques mois, pendant lesquels les accidents continuèrent, et, lorsque je la revis, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, il devenait évident qu'elle avait un fibrome.

L'utérus avait le volume d'un gros poing, il était lisse et régulier ; la paroi antérieure semblait faire une saillie plus accentuée, mais elle avait sa consistance normale. La cavité utérine avait une longueur de 11 centimètres. Les pertes s'étaient reproduites tous les mois avec une grande abondance.

Le diagnostic me parut donc fort simple, et je pensai qu'il y avait un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. La femme était jeune, la tumeur unique : c'étaient les meilleures conditions désirables pour l'énucléation, et j'espérais donc, en opérant cette malade, enlever le fibrome et respecter l'utérus.

Je fais la laparotomie ; l'abdomen ouvert, j'examine l'utérus : il est globuleux, sa surface est régulière ; rien, dans son aspect extérieur, ne traduit la présence d'un myome, pas plus en avant qu'en arrière. J'incise tout de même en avant, exactement sur la ligne médiane, pour chercher le corps étranger que j'avais cru sentir. Mais je ne vois rien ; la paroi utérine est hypertrophiée. J'incise plus profondément, je ne vois pas davantage le fibrome ; je ne trouve qu'une paroi doublée ou triplée d'épaisseur. C'est elle qui donnait la sensation d'une tumeur. J'essaie tout de même de réséquer une partie de cette paroi, mais il n'y a pas d'énucléation possible, et, renonçant bientôt à une manœuvre que je juge irréalisable, j'enlève l'utérus.

J'ai conservé cette pièce, parce qu'elle me paraissait avoir un grand intérêt au point de vue spécial qui nous occupe, et je vous la présente (fig. 64). Vous n'y voyez pas de noyau fibreux : partout la paroi utérine, énormément hypertrophiée, ne vous présente à la coupe que la stratification dense et serrée d'une paroi épaissie ; mais nulle part ne se trouve un noyau isolable.

L'énucléation était donc impossible, et, pour diminuer cet utérus, il m'eût fallu creuser son tissu et sculpter dans la paroi elle-même ce que j'aurais voulu enlever. Ce n'est point ce que doit faire l'énucléation, et je ne pouvais faire autrement que pratiquer l'hystérectomie supravaginale, dont notre malade est depuis longtemps complètement guérie.

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer ainsi des utérus fibromateux, dans lesquels le processus d'hyperplasie est diffus, disséminé à toute la paroi utérine. Claisse a bien étudié, dans sa thèse, ces

tumeurs qui sont, d'ordinaire, des adénomyomes, et dont j'ai moi-même rapporté quelques exemples dans mon *Traité de Gynécologie*.

Ces cas sont l'échec de l'énucléation ; car celle-ci suppose l'isolement du fibrome dans une loge, dans une sorte de cavité d'où on peut le sortir. Et, quand on se trouve en présence de la disposition

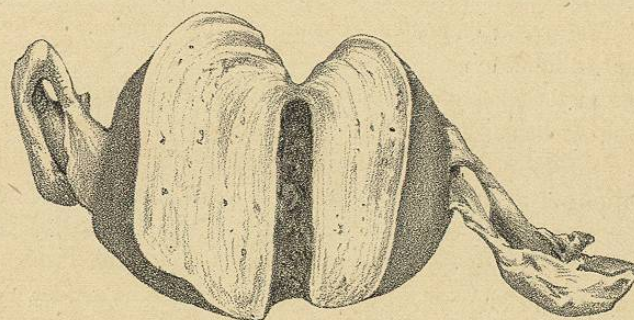


Fig. 64. — Utérus fibromateux : impossibilité d'énucléation.

que nous montre cette pièce, alors le mieux est de renoncer à une énucléation qui ne pourrait qu'être artificielle et d'enlever l'utérus comme je l'ai fait ici.

Le *volume* me paraît aussi devoir constituer une contre-indication de l'énucléation. Je n'ignore pas, cependant, que des fibromes très volumineux ont été enlevés par cette méthode ; je sais qu'un fibrome énucléé par Müller pesait près de trois kilogrammes ; je sais que Blanc en a enlevé un dont le volume correspondait à celui d'une tête d'adulte, que Témoïn en a énucléé qui pesaient jusqu'à 18 kilogrammes.

Je ne suis point désireux, je vous l'avoue, de suivre ces chirurgiens dans cette voie ; je veux bien croire que l'énucléation est possible avec les plus gros fibromes, mais je me demande s'il est vraiment utile de garder l'utérus dans ces cas, et si la gravité de l'hystérectomie est supérieure à celle de l'énucléation.

Vous énucléez un fibrome du volume d'une tête d'adulte ; vous avez, pour y arriver, des difficultés réelles à surmonter. Pour décoller le pôle postérieur de la tumeur, il faut contourner les faces latérales ; l'accès postérieur est difficile ; vous ouvrez sûrement des bouches vasculaires en grand nombre, et, quand c'est fait, il vous reste une grande cavité que vous avez peine à combler et qui, cependant, si elle n'est pas effacée intégralement, vous exposera à tous les incidents

qu'on reproche à l'énucléation. Et tout cela pour conserver un utérus gros, énorme même après l'énucléation, qui reviendra d'autant plus lentement sur lui-même qu'il sera depuis plus longtemps habitué à son hypertrophie.

Je ne vois donc point les avantages de l'énucléation dans ces cas; j'y vois, au contraire, beaucoup d'inconvénients, et, à plusieurs reprises, ayant énucléé des fibromes de moyen volume, j'ai cru devoir enlever quand même l'utérus déshabité, parce que les avantages de sa conservation ne me paraissaient pas valoir les risques qu'elle faisait courir. Et, toutes les fois que le fibrome atteint un gros volume, je préfère l'hystérectomie à l'énucléation.

Autre question : voici, après le volume, le *nombre* des fibromes qui se pose encore comme un point discuté dans l'histoire de l'énucléation.

*A priori*, il est évident qu'en multipliant les incisions à la surface de l'utérus, autant de fois qu'il y a de fibromes, on parviendra à désenclaver toutes les tumeurs incluses dans la paroi. Souvent, une seule incision conduit sur plusieurs fibromes. Aussi, le nombre est-il pour ainsi dire illimité des fibromes que l'on a pu enlever de cette façon : Alexander, une fois, en enleva 25 sur la même malade; Keller est allé jusqu'à 17, et je suis bien sûr que ces chiffres ne sont pas exceptionnels, et que d'autres chirurgiens sont allés aussi loin dans cette voie.

Pour ma part, je ne les y suivrai pas. Tout en reconnaissant les avantages très réels de l'énucléation, je ne l'admets pas pour des tumeurs aussi multiples. Je me demande quelle sécurité présente, pour le présent, cet utérus lardé de coups de couteau, tailladé de son parenchyme, et dilacéré dans son tissu : la réparation de ces brèches est difficile à bien faire, les chances d'hémorragie, d'infection se multiplient autant qu'il y a de plaies. Et, pour l'avenir, je vous demande, à vous, qui escomptez la grossesse, quelle sera l'attitude de cet organe couvert de cicatrices devant la distension d'une grossesse et l'effort d'un accouchement.

C'est surtout dans ces cas-là, Messieurs, que j'aurais peur de laisser quelque part un ou plusieurs noyaux méconnus. Aussi, quand je vois ou quand je soupçonne plusieurs fibromes, je préfère encore enlever l'utérus tout entier.

Voici, par exemple, un utérus que j'ai enlevé, il y a huit jours : il y avait, comme vous le voyez (fig. 63), un fibrome central d'un assez

beau volume, et je l'aurais très volontiers énucléé. Mais je voyais ailleurs des saillies se dessiner sur la paroi utérine, qui indiquaient des noyaux multiples. J'ai préféré enlever l'utérus, et la malade a guéri. Je ne m'étais pas trompé sur le nombre des fibromes : ils sont loin les uns des autres, il leur fallait des incisions isolées, et il m'a paru plus simple, plus facile, plus rapide et surtout plus sûr pour une malade de 40 ans, de supprimer l'utérus en totalité, en laissant

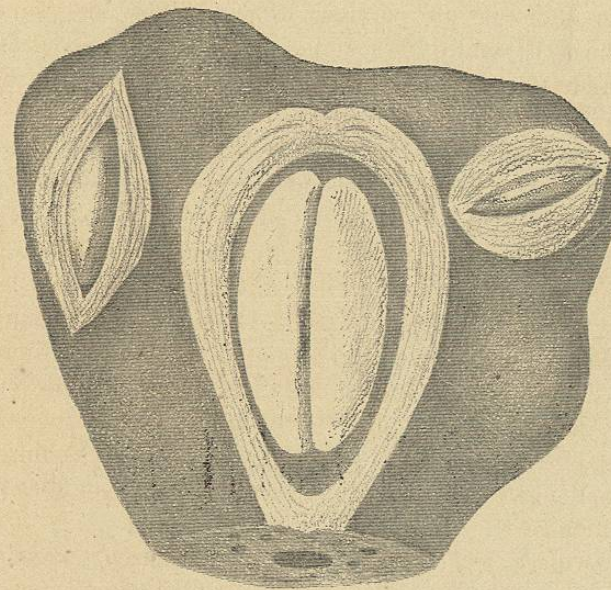


Fig. 63. — Noyaux fibromateux multiples. Avantage de l'hystérectomie sur l'énucléation.

le col, comme je le fais toujours. A une opération irrégulière, atypique et forcément aléatoire, je substituais une opération réglée, méthodique et partant à peu près sûre.

Le nombre des fibromes est donc pour moi une contre-indication de l'énucléation. Mais où est la limite? A quel nombre s'arrêter?

Je me garderais bien de répondre par des chiffres, les indications opératoires ne se résolvent pas comme des équations. Elles sont subordonnées à une foule de circonstances qui, variables avec chaque cas, comportent pour chaque malade une décision immédiate et conforme à la bonne conduite de l'opération. Enlever deux, trois ou quatre fibromes, me paraît une bonne pratique, mais, vouloir pour-

suivre par autant d'incisions une dizaine de fibromes, voilà une chose que j'aime mieux ne pas faire et que je ne saurais conseiller.

Certaines tumeurs, par leur nature ou leurs transformations, me paraissent constituer encore une contre-indication, je veux parler des myomes kystiques, infectés, sphacelés ou encore suspects de dégénérescence cancéreuse. Pour les myomes polykystiques, l'énucléation sera encore possible quelquefois, bien que, en général, la délimitation de ces tumeurs soit moins nette, moins précise. Mais, pour les tumeurs dégénérées, infectées ou sphacélées, il y aurait des dangers, non à enlever le fibrome par énucléation, mais à laisser une paroi utérine remplie des germes qui ont altéré la tumeur. Ici l'hystérectomie me paraît moins aléatoire et moins dangereuse.

Enfin, il est encore à l'énucléation une contre-indication tirée de l'état des annexes. L'énucléation n'a, au fond, sa raison d'être que dans l'intégrité des trompes et des ovaires, assurant la perspective d'une grossesse. Si les annexes sont malades et doivent être enlevées, l'énucléation perd ses droits, puisque j'ai dit qu'elle n'était pas moins grave que l'hystérectomie.

C'est cette raison qui m'a empêché de recourir à l'énucléation chez cette malade de cinquante ans, couchée au numéro 17 de la salle Saint-Jean, et que j'opérai le 1<sup>er</sup> août dernier.

L'année dernière, elle avait été déjà opérée par la voie vaginale, pour un polype de l'utérus. A la suite de l'opération, elle avait été prise de phénomènes de pelvi-péritonite: il y avait eu certainement infection ascendante et les trompes avaient été touchées.

Cependant, une fois remise, après quelques semaines d'immobilisation, de douleurs et d'hyperthermie, cette malade revint à la vie commune, elle continua à perdre, et, au bout d'un an à peine, elle venait nous demander de la réexaminer à nouveau.

L'utérus est gros, du volume du poing au moins; la paroi abdominale est épaisse, elle se contracte énergiquement, aussi l'exploration est très gênée, et je ne sens pas d'irrégularité à la surface de l'utérus. Tout ce que je puis dire, c'est que l'utérus est gros. Mais en outre, il existe de chaque côté, dans le cul-de-sac postérieur, des indurations douloureuses, à limites indécises, et que je suppose constituées par des trompes enflammées, suppurées même, et tombées dans le cul-de-sac postérieur.

Au cours de la laparotomie, je trouve dans l'utérus trois noyaux fibreux: ils existaient certainement l'année dernière, mais avaient été

méconnus. En outre, il y avait des deux côtés une salpingo-ovarite double suppurée, que je dus traiter par la castration bilatérale. L'énucléation perdait ici sa raison d'être: l'âge de la femme déjà constituait une contre-indication. Mais, même si elle eût été plus jeune, j'aurais encore enlevé l'utérus, puisque la suppression nécessaire des trompes altérées, supprimait ici toute chance de grossesse.

Telles sont, Messieurs, les contre-indications générales que je reconnais à l'énucléation. Méthode conservatrice, l'énucléation a droit, certes, à toute notre sollicitude, mais il ne faut pas cependant se laisser aller sous ce rapport à une exagération. Chez les femmes âgées, l'énucléation n'aurait sa raison d'être qu'à la condition d'avoir une gravité très inférieure à l'hystérectomie, ce qui n'est pas établi.

Chez les femmes jeunes, elle doit être le but principal de notre opération, mais je crois pour ma part que ses indications seront encore assez restreintes. Je la réserve aux tumeurs de moyen et de petit volume, uniques ou peu nombreuses, alors que par ailleurs, les annexes sont assez intactes pour être conservées.

Je crois que notre malade rentre tout à fait dans ces indications et j'espère donc chez elle pouvoir mettre à exécution et avec succès le plan opératoire que je vous ai décrit.

*Opération.* — Ce jour du 22 août, l'opération est pratiquée par M. Legueu, avec l'aide de M. Theuveny, interne. Chloroforme.

L'abdomen ouvert, l'utérus apparaît du volume des deux poings, aucune saillie ne se voit à sa surface; il est extériorisé autant que possible au centre de mon écarteur abdominal, qui maintient les compresses.

Une longue incision est faite sur la paroi antérieure et exactement sur la ligne médiane. Un fibrome apparaît; il est d'une couleur noire, il a une consistance molle et gélatineuse. Le doigt s'engage entre sa surface et la paroi utérine, l'isole, le libère et l'énuclée. Il paraît



Fig. 66. — Fibrome unique: enlevé par l'énucléation abdominale.

sphacélé (fig. 66). La muqueuse utérine est déchirée et la cavité ouverte. Avec une pince, j'y glisse un drain qui ressort par le vagin et vient aboutir dans la cavité provenant de l'énucléation du fibrome.

Celle-ci ne saigne pas, je la ferme par trois plans de catgut en capiton, au-dessus de l'extrémité du drain trans-utérin.

J'enlève en outre l'ovaire droit kystique, mais je laisse la trompe droite, la trompe et l'ovaire gauches.

Comme le fibrome paraît altéré et peut-être sphacélé, je crois plus prudent de drainer la cavité pelvienne par une mèche de gaze, qui ressort avec un drain par l'angle inférieur de la paroi abdominale. Suture de la plaie comme d'habitude.

Suites normales, la mèche abdominale est retirée le troisième jour, le drain extérieur est retiré le quatrième jour, les fils le douzième jour.

La malade sort guérie, le 26 septembre.

## VI

## TUMEUR VÉGÉTANTE DE L'OVAIRE

Séméiologie de l'ascite à répétition chez la femme : importance de l'examen de l'utérus et des annexes. Lésions tuberculeuses ou tumeurs végétantes.

I. Classification histogénique des évolutions morbides de la cellule ovarienne. Variétés histologiques des tumeurs végétantes.

II. Valeur pronostique différente : difficultés cliniques de son appréciation. Résultats parfois contradictoires des opérations. Utilité constante de l'intervention. Son bénéfice est proportionnel à sa précocité.

Observations à l'appui.  
Opération et résultat.

## MESSIEURS,

Lorsque chez une femme, vous verrez paraître insidieusement et se reproduire sans altérer notablement la santé, une ascite que n'explique aucune maladie du foie, songez à l'ovaire, examinez la cavité pelvienne et vous y trouverez presque toujours la cause cherchée, sous forme de tuberculose ou de néoplasme.

C'est ce principe qui m'a guidé devant une de nos malades, et c'est lui qui m'a conduit à formuler chez elle le diagnostic de tumeur végétante des ovaires.

Pourquoi tumeur ? et pourquoi végétante ? Que sont-elles ces tumeurs végétantes de l'ovaire ? Quelle est la mesure de notre action contre elles ? Quelle est l'efficacité de notre intervention ? Voilà autant de questions qu'il me paraît utile et intéressant de discuter et de résoudre ; elles serviront, si vous le voulez bien, de thème à notre entretien d'aujourd'hui.

## I

Vous avez vu au numéro 10 de la salle Saint-Jean, cette femme de vingt-six ans, dont le ventre déformé et distendu contraste si étrangement avec le bon aspect général et l'habitus extérieur de cette malade.