

myome : il faut un accroissement rapide de la tumeur, un volume énorme, des symptômes de compression ou des pertes de sang abondantes, il faut un désordre quelconque, une douleur suffisante pour troubler l'existence et qui résiste à nos moyens thérapeutiques habituels. Dans ces conditions, et dans ces conditions seules, l'intervention nous paraît opportune. Trois opérations, l'une palliative et les deux autres radicales, y peuvent être employées : la castration, l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale; mais vous le prévoyez déjà, aucune de ces méthodes n'exclut les autres, et chacune répond à des indications spéciales.

La *castration* n'est qu'une opération palliative; aussi perd-elle du terrain chaque fois qu'une conquête nouvelle dans la technique rend moins meurtrières les interventions radicales. Il y a quelques années, lorsque la mortalité oscillait entre 30 et 50 p. 100, je la pratiquais non seulement quand elle était indiquée, mais toutes les fois qu'elle n'était pas contre-indiquée. Et je lui ai dû de beaux succès : sur 11 castrations, je n'ai pas eu une seule catastrophe; toutes mes malades ont survécu. Une fois, il est vrai, je n'ai réussi à enlever les ovaires ni à droite ni à gauche, et une autre fois la castration n'a été qu'unilatérale. Malheureusement je ne saurais rien vous dire du succès thérapeutique; je n'ai suivi que trop peu de temps ces malades opérées à l'hôpital. Mais je puis vous parler de trois femmes de ma clientèle que j'observe, deux depuis six ans, et une depuis cinq ans après la castration.

Chez ces trois malades les tumeurs étaient énormes et

de celles que nous opérons maintenant par la voie abdominale; dans les trois cas, les métrorrhagies étaient inquiétantes par leur abondance et par leur durée, et dans un il survenait parfois des signes redoutables de compression; il se produisit même une véritable obstruction intestinale au cours d'un voyage en Grèce. Dans aucun de ces trois cas la castration ne fut difficile; les annexes, remontées avec l'utérus, étaient presque à la hauteur de l'ombilic, et, pour lier le pédicule à droite et à gauche, il me suffit de faire basculer en sens opposé la matrice hypertrophiée; les trois fois la guérison opératoire fut rapide.

Voici quel fut le résultat thérapeutique. Chez une de mes malades la tumeur, qui dépassait de beaucoup l'ombilic, avait perdu le tiers de sa hauteur au bout de sept jours, dès le premier pansement, et, maintenant, elle ne déborde le pubis que de deux travers de doigt; les pertes sanguines ont totalement tari; il y a eu quelques menstrues irrégulières et peu abondantes et c'est tout. Même disparition des hémorrhagies chez les deux autres malades, mais seulement au bout de trois et huit mois. Enfin, chez l'une, la tumeur a beaucoup diminué, tandis que chez l'autre il y a eu une poussée nouvelle au bout d'un an, mais elle fut de courte durée; mes trois opérées vivent avec un fibrome « innocent », en tout semblable à ceux que, pour ma part, je n'opère pas.

Je considère donc la castration comme une opération utile, mais je ne crois guère à son avenir, et, sans la condamner, je n'y ai pas eu recours depuis plus de deux ans. Bouilly, un de ses derniers défenseurs, ne la préconise que pour des cas relativement rares. Pour lui, les seules

indications de l'extirpation tubo-ovarienne sont les métrorrhagies et les douleurs liées à l'existence d'un fibrome interstitiel. Encore faut-il que l'opération soit facile, et, pour cela, la tumeur ne doit pas, comme limite extrême, avoir dépassé l'ombilic.

Tel est aussi notre avis, mais, dans ces cas, l'*hystérectomie vaginale* se présente comme opération concurrente. La gravité en est un peu plus grande; mais il est si tentant de pratiquer une opération radicale, de ne plus avoir à craindre les poussées nouvelles, les récurrences, les compressions que peut exercer la tumeur laissée dans le ventre, de tarir à coup sûr les hémorrhagies qu'on voit persister parfois quelques mois après la castration! Et voilà pourquoi, même dans les faits favorables, l'hystérectomie vaginale est préférée à la simple extirpation des annexes. Aussi, je limiterai la castration aux seuls cas visés par Bouilly, et encore dans l'hypothèse d'une anémie telle, qu'on redouterait une opération plus complexe.

Je ferai même une réserve à propos des castrations pour douleurs. Bouilly donne ce symptôme comme une indication de l'ablation des annexes; je le veux bien, mais à la condition que l'ovaro-salpingite n'ait pas provoqué de grands désordres autour d'elle. Dans une de mes dernières observations, je n'ai pas voulu m'arrêter après l'extirpation des annexes adhérentes au milieu de membranes épaisses distendues par le pus. A la castration, j'ai ajouté l'hystérectomie abdominale et j'ai eu un beau succès; mais je crois que le morcellement par la voie vaginale est alors l'opération la mieux indiquée,

Dans un autre cas semblable, c'est à elle que j'ai eu recours, et, bien que l'une de ces interventions se soit terminée par la mort, je pense encore que, dans ces fibro-myomes de volume exagéré, compliqués d'ovaro-salpingite et de pelvi-péritonite, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut s'adresser.

Lors donc que certaines circonstances particulières de prudence ou de sécurité ne commandent pas la castration tubo-ovarienne, lorsqu'on veut pratiquer une opération radicale, l'extirpation du fibrome et de l'utérus, quelle voie devons-nous choisir? Cela dépend du volume et un peu du siège des tumeurs. Lorsque la matrice myomateuse atteint ou dépasse l'ombilic, l'hystérectomie vaginale deviendrait trop difficile et trop longue, et c'est à l'hystérectomie abdominale qu'on devra recourir. Dans trois de mes cas, la tumeur était énorme, et il a fallu inciser bien au-dessus de l'ombilic pour lui permettre de basculer. Il existait, dans les trois cas, un pédicule gros et court qu'il a été difficile de maintenir au dehors. Nous n'avons pas hésité cependant à pratiquer cette fixation extra-abdominale. La sécurité prime tout, et de la lecture des innombrables observations publiées sur la matière, il ressort que les diverses méthodes imaginées pour rentrer le pédicule sont encore bien contestables: les hémorrhagies, les suppurations et la mort en sont la conséquence trop fréquente.

Je ne crois cependant pas que la fixation du pédicule au dehors soit le dernier mot de l'hystérectomie abdominale; c'est un pis aller dont les inconvénients sont connus: d'abord la chute du pédicule demande souvent

plus d'un mois; elle laisse parfois après elle une fistule purulente qui peut persister longtemps; enfin l'angle inférieur de l'incision abdominale, point où était fixé le pédicule, offre, après la cicatrisation, une bien faible résistance, et les hernies consécutives sont loin d'être rares. Aussi, à cette heure, tous les hystérectomistes s'ingénient-ils, non plus à rentrer le pédicule, mais à le supprimer, et nous sommes au seuil du succès.

Nombre de nos collègues se trouvent déjà bien d'une sorte d'opération double; ils enlèvent le gros du fibrome par la voie abdominale; puis ils passent à l'extirpation vaginale du pédicule. C'est une méthode trop compliquée pour qu'elle soit acceptable; l'hystérectomie totale doit se faire par une seule voie, et déjà on a préconisé plusieurs procédés dont quelques-uns ont fait leurs preuves. Nous nous proposons, lors de notre première hystérectomie abdominale, d'essayer les manœuvres et les instruments imaginés par Farabeuf et par Nélaton; leur méthode nous paraît facile et leur pratique sans danger.

Lorsque l'utérus fibromateux n'atteint pas l'ombilic, surtout dans les cas où sa plus grande masse s'est développée dans le petit bassin, l'hystérectomie vaginale est indiquée, et c'est une opération excellente; pour le prouver, je n'invoquerai pas mes statistiques de cette année; j'ai pratiqué trois extirpations abdominales, j'ai eu trois guérisons, tandis que j'ai eu une mort sur quatre hystérectomies vaginales; mais de si petits chiffres ne prouvent rien, et mon cas funeste n'a rien à faire avec la méthode: ma malade, malgré son opération, a con-

tinué sa péritonite... D'ailleurs nous pourrions enregistrer ici de longues séries où ce mode d'intervention a été suivi de succès: Jacobs, de Bruxelles, accuse 11 guérisons sur 11 cas, Jules Bœckel 3 sur 3, Paul Reynier 5 sur 5, Richelot 33 sur 34. De tels relevés sont plus qu'éloquents, et nous nous expliquons l'abandon dans lequel semble tomber l'extirpation tubo-ovarienne.

On a beaucoup discuté sur la technique: les chirurgiens semblent d'accord pour attaquer la matrice par sa face antérieure; les pinces saisissent la périphérie de l'organe, car le centre est souvent ramolli et se déchire sous les mors; l'hémostase est facile et se fait d'elle-même sous l'influence des seules tractions jusqu'à ce qu'enfin le fond de l'utérus apparaisse, bascule, et permette l'application d'une pince sur le ligament large. On est arrivé à pratiquer rapidement l'opération, et si nous sommes encore loin de certains virtuoses qui, pour mener à bien une hystérectomie vaginale, demandent de 5 à 10 minutes, nous n'en avons, pour notre part, jamais dépassé 35. Nous doublerions ce temps, que l'opérée n'aurait pas encore eu à souffrir du choc opératoire et de l'inhalation chloroformique.

J'ai voulu être rapide; aussi ai-je à peine effleuré le sujet, un des plus vastes de la chirurgie abdominale; voici pourtant mes conclusions: Lorsque les tumeurs, stationnaires, ne traduisent leur existence par aucun symptôme pénible, le mieux est de s'abstenir de toute intervention; lorsque des douleurs, des métrorrhagies, des pertes blanches surviennent, on doit tenter un traitement médical dont le repos, l'hamamelis virginica, l'er-

gotine, les lavements à 55 degrés centigrades, le curetage, forment le fond; si cette thérapeutique reste impuissante, si la tumeur tend à s'accroître, si ces symptômes deviennent inquiétants et si, d'ailleurs, la malade, affaiblie, ne peut supporter une intervention plus sérieuse, la castration tubo-ovarienne sera parfois une utile ressource; mais d'ordinaire on préférera les opérations radicales, l'hystérectomie abdominale lorsque la tumeur atteindra ou dépassera l'ombilic, l'hystérectomie vaginale lorsque la matrice ne s'élèvera que de quelques travers de doigt au-dessus du pubis.

## VI

**Kyste proligère et dermoïde de l'ovaire avec  
dégénérescence sarcomateuse.**

MESSIEURS,

Ces jours derniers quittait l'hôpital une malade opérée d'un kyste de l'ovaire à la fois proligère et dermoïde, et dont un point présentait une dégénérescence sarcomateuse adhérente au mésocôlon transverse. Cette observation est trop rare, elle soulève des problèmes pathogéniques trop obscurs pour être passée sous silence.

Il s'agit d'une femme de 63 ans que nous avait envoyée un confrère de Nemours, le D<sup>r</sup> Chopy. Son histoire était simple: pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires; réglée à 15 ans, en ménopause à 51; six grossesses normales, pas de fausses couches et pas d'infection utérine. Tout était donc pour le mieux lorsque, cinq mois avant son entrée à l'hôpital, elle éprouve, dans le bas-ventre, une vague sensation de pesanteur qui augmente jusqu'à devenir d'abord une gêne, puis une douleur légère, ensuite une souffrance des plus vives. En même temps l'abdomen augmente de volume et, sous sa paroi antérieure, se dessine une tumeur appréciable. Cet état effraye la malade qui, sur les