De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus : thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) et soutenue à la Faculté de médecine de Paris / par Samuel Pozzi.

Contributors

Pozzi, Samuel, 1846-1918.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : G. Masson, 1875.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/nj9vsxn4

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

au Collège des Chirurgiens
de Londres

Hommage de l'auteur

Samuel Sorel

2

DE LA VALEUR

DE L'HYSTÉROTOMIE

DANS LE TRAITEMENT

DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

PRESENTED
by the
AUTHOR

V. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DE LA VALEUR

DE L'HYSTÉROTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES

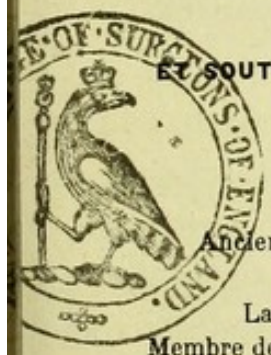
TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



PRESENTED
by the
AUTHOR.

PAR

LE Dr SAMUEL POZZI,
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris,
Lauréat de la Faculté,
Lauréat des Hôpitaux (prix des internes, médaille d'or),
Membre de la Société anatomique et de la Société d'Anthropologie.

Avec une planche lithographiée, 5 figures et de nombreux tableaux intercalés dans le texte.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

1875

DE LA VALEUR

DE L'HYSTÉROTOMIE

DANS LE TRAITEMENT

DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

NOTIONS PRÉLIMINAIRES. — DIVISION DU SUJET.

Les corps fibreux (1) de l'utérus offrent trois variétés bien distinctes dans leurs rapports anatomiques.

Les uns, développés rapidement au voisinage des couches les plus internes de l'organe, les dépriment, s'en coiffent, et tendent à franchir le col utérin et à se porter au dehors sous forme de *polypes* dont le pédicule donne au chirurgien une prise plus ou moins facile.

Nous ne nous occuperons pas ici de ces productions morbides. Les opérations qu'elles réclament sont parfaitement distinctes; l'expérience en a depuis longtemps fixé la valeur, et, du reste, n'y aurait-il pas un véritable

(1) Nous prenons ce mot dans son acception clinique, sans vouloir rechercher s'il répond exactement à la nature histologique des tumeurs formées par l'hypertrophie des éléments constitutifs de l'utérus. Nous y comprenons les tumeurs mixtes, dites fibro-kystiques.

abus de langage à qualifier d'hystérotomie la section de leur pédicule, zône intermédiaire et neutre pour ainsi dire, qui appartient bien moins à la matrice qu'à la production morbide elle-même?

Mais il est d'autres corps fibreux qui, au lieu de faire effort pour être expulsés, restent confinés dans les parois de l'organe, enveloppés de toutes parts par une sorte de coque du tissu normal qu'ils ont refoulé. Ils peuvent bien, à la vérité, répondre par une large face à la cavité utérine agrandie. Mais ils n'ont pas de tendance à s'y engager; ils font corps avec l'utérus, ils sont, comme on dit, *interstitiels*.

Enfin, d'autres corps fibreux sont *péri-utérins* ou *sous-péritonéaux*, c'est-à-dire qu'ils prennent leur développement vers la surface externe de l'utérus, auquel parfois ils restent attachés par une large base, dont ils se détachent plus ou moins dans d'autres cas.

Aller sectionner les parois utérines pour extraire les corps fibreux, tel est le procédé opératoire qui constitue l'*hystérotomie*.

Or, le museau de tanche et la face interne de la matrice, après dilatation du col, sont assez facilement accessibles par le vagin. On a donc eu l'idée d'adopter cette voie pour les myômes du col et pour les corps fibreux interstitiels, séparés de la cavité utérine par une véritable capsule musculaire. Telle est l'*hystérotomie vaginale*.

La surface externe de l'utérus plonge dans la cavité péritonéale. C'est là que font saillie les myomes dits sous-péritoneaux, et aussi cette variété particulière de corps fibreux dont la nature contestée ne doit pas nous arrêter ici, les tumeurs fibro-cystiques. Pour extraire ces

tumeurs, il faut faire la gastrotomie et, le plus souvent, enlever une notable partie, sinon la totalité du corps utérin. Cette grave opération constitue l'*hystérotomie abdominale*.

Je ne puis douter que celle-ci ne soit la partie la plus importante de l'étude critique qui m'est demandée. Aussi bien c'est sur elle que je me propose d'insister principalement.

Mais est-ce à dire que je doive pour cela passer complètement sous silence ou même ébaucher à peine l'examen de l'hystérotomie vaginale? Je ne le crois pas. Les opérations de cette nature se sont trop multipliées à l'étranger dans ces dernières années, elles y ont eu un trop grand retentissement, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en déterminer la valeur.

J'aurai donc à les rechercher avec soin. Toutefois, je ne donnerai que le second rang à cette partie de mon sujet, et ce n'est qu'après l'hystérotomie abdominale que j'aborderai, avec moins de développements l'hystérotomie vaginale et ses différents modes.

PREMIÈRE PARTIE

Hystérotomie abdominale.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

C'est l'ovariotomie qui a conduit à pratiquer l'hystérotomie pour les corps fibreux. Cette opération, à ses débuts, n'a pas été préméditée; elle a été le produit d'erreurs de diagnostic. Après avoir ouvert l'abdomen pour enlever une tumeur présumée ovarique, il est arrivé à des chirurgiens de se trouver en présence de corps fibreux de l'utérus. Les premiers qui firent cette méprise reculèrent devant les difficultés et les dangers d'une opération inconnue. Ils se hâtèrent de refermer le ventre sans achever l'opération. Tels sont les cas de Lizars en 1825 (1), de Dieffenbach en 1826 (2), et, plus récemment, de Atlee (3) (1849-51), de Baker-Brown (4), de Cutter (5), de Deane (6), de Mussey (7), de Smith (8). On compte en tout 14 faits de ce genre publiés, dont 5 ont été suivis de mort.

(1) R. Lee. *Med. chir. transact.*, XXXIV, p. 14.
(2) *Rust's Magaz.*, t. XXV, 1, 2, p. 349.
(3) *Americ. Journal of med. science*, april 1855.
(4) C. H. F. Routh. *On some points connected with the pathology, diagnosis and treatment of the fibrous tumours of the womb.* London, 1864.
(5) *American journal of medical science*, 1854, vol. LIII, p. 34.
(6) *Boston med. and. surg. journ.*, october 1848.
(7) *Ohio med. and surgic. journal*, nov. 1859. (*Hamilton's Report*).
(8) *Lyman's Report, Boston*, 1856.

Ch. Clay et Heath, de Manchester, furent les premiers chirurgiens qui enlevèrent par la gastrotomie l'utérus atteint de tumeurs fibreuses. Ces deux opérations furent faites la même année, en 1843, à quelques mois de distance (1) : celle de Clay au mois d'août et celle de Heath au mois de novembre.

L'une et l'autre succédèrent à la gastrotomie faite par erreur de diagnostic. Après l'avoir pratiquée pour enlever un kyste de l'ovaire, Clay et Heath, rencontrant à sa place une tumeur fibreuse, prirent le parti de l'extirper. L'un de ces faits peut être porté à l'actif de l'hystérotomie. En effet, la malade de Clay vécut jusqu'au quatorzième jour, et la péritonite à laquelle elle succomba fut occasionnée par la maladresse de sa garde-malade qui la laissa tomber par terre en la changeant de lit.

M. Burnham (1853) paraît avoir obtenu, en Amérique, le premier succès. Il croyait à une affection de l'ovaire gauche. La matrice portait une tumeur fibreuse, et les deux ovaires étaient malades. L'utérus fut séparé au-dessous du point où il s'unit au vagin, et l'on appliqua deux ligatures sur les deux artères utérines.

L'opérée se levait le trente-cinquième jour.

Après cette opération viennent, par ordre de date, celles de Peaslee (1855), Kimball (1855), Boyd (1856), Sp. Wells (1859), Sawyer (1860), Kœberlé (1863).

C'est celui-ci qui, le premier, pratiqua l'hystérotomie de propos délibéré, après avoir fait le diagnostic (19 décembre 1863).

(1) Storer. *Successful removal of the uterus and both ovaries.* Boston, 1866.

Son opération marque donc une étape importante.

A partir de ce moment, l'hystérotomie fut faite assez fréquemment dans des circonstances analogues par divers chirurgiens, en France, en Angleterre et en Amérique.

Toutefois, la conduite de ces chirurgiens fut loin d'être généralement approuvée, malgré l'appui que vint lui prêter successivement le mémoire de Routh (1), le travail de Kœberlé (2), la publication de Storer (3), et surtout la thèse remarquable de M. Caternault (4). Bientôt après, M. Boinet (5) présentait à l'Académie de médecine un long mémoire pour la combattre, où il analysait avec talent tous les cas publiés jusqu'alors.

L'Académie avait déjà reçu, en 1869, de M. Kœberlé (6), la relation d'une hystérotomie suivie de succès, pratiquée six mois auparavant. Une même commission fut chargée d'examiner les deux travaux. M. Demarquay, son rapporteur, conclut, comme M. Boinet, qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques lorsqu'elles sont compatibles avec la vie, et que, dans les cas plus graves, il

(1) *The Lancet*, 1863, vol. II, p. 653 et 679 ; 1864, vol. I, p. 10. *On some points connected with the pathology, differential diagnosis and treatment of fibrous tumours of the uterus.*

(2) *Gazettte médic. de Strasbourg*, 1864, n° 2 et suiv. *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne.*

(3) *Successful removal of the uterus and both ovaries.* Boston, 1866.

(4) *Essai sur la gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses péri-utérines.* Paris, 1866.

(5) *De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines*, etc., mémoire présenté le 26 avril 1870 à l'Acad. de médecine (*Gazette hebdomadaire*, 1873, p. 117).

(6) *Extirpation d'une tumeur fibro-cystique de la matrice du poids de 14 kilog. et demi. Guérison.* (*Gaz. heb.*, 1869).

faut les respecter encore, parce que la mort est la conséquence presque fatale de la perte de sang et de l'ébranlement de toute l'économie.

L'Académie, tout en se réservant, par l'organe de M. le professseur Richet de revenir plus tard sur ce sujet, adopta les conclusions du rapport (1).

La réserve formulée à cette occasion montrait que, tout en réprouvant la hardiesse trop grande de certains opérateurs, l'Académie ne considérait pas la question comme définitivement jugée pour tous les cas. Le souvenir de la réprobation injuste longtemps infligée à l'ovariotomie engageait à ne pas condamner sans appel une opération qui faisait son apparition dans des conditions très-analogues.

Depuis lors, de nombreux faits nouveaux se sont produits. Beaucoup sont résumés ou consignés dans l'ouvrage de MM. Péan et Urdy (2). D'autres sont disséminés dans les journaux français et étrangers, où je les ai recueillis ; enfin, quelques observations inédites m'ont été communiquées.

A l'aide de tous ces matériaux je dois m'efforcer de déterminer la valeur de la gastrotomie appliquée au traitement des corps fibreux de l'utérus. Ces données nouvelles sont-elles suffisantes pour qu'il soit possible aujourd'hui de prononcer un jugement absolu? C'est ce que nous allons rechercher par l'étude attentive des faits.

(1) *Bulletins de l'Acad. de médecine*, 1872, pp. 1062, 1075.

(2) *Hystérotomie. — De l'ablation partielle ou totale de l'utérus*, etc. Paris, 1873.

CHAPITRE II.

DES CAS AUXQUELS L'OPÉRATION A ÉTÉ APPLIQUÉE.

Avant d'examiner les résultats que donne une opération, il est nécessaire de connaître exactement les cas où elle a été mise en usage. Sa valeur peut ensuite être déterminée en comparant la gravité du mal avec celle de l'intervention thérapeutique. En d'autres termes, afin de se rendre compte des indications et contre-indications de l'hystérotomie, il importe tout d'abord de se demander quelle est l'évolution naturelle et le pronostic des corps fibreux.

Les corps fibreux ne constituent pas ordinairement une affection grave. On sait combien il est fréquent d'en rencontrer à l'autopsie, qui n'avaient jamais été soupçonnés. Mais il y a plus : parmi ceux qui ont donné lieu durant la vie à des symptômes plus ou moins inquiétants, il en est peu qui aient amené des accidents mortels. West (1) a fait à ce sujet une statistique instructive. Dans 96 cas, où il avait reconnu l'existence de myômes utérins, qui avaient plus ou moins altéré la santé il n'a observé qu'un seul cas de mort par hémorrhagie, neuf ans après l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Dans deux autres cas, également funestes, la mort fut le résultat d'une inflammation pé-

(1) *Leçons sur les maladies des femmes*, traduites par Ch. Mauriac. Paris, 1870, p. 351.

ritonéale, suite d'accouchement, et l'influence du corps fibreux sur cet accident n'est pas absolument certaine. Le tableau ci-joint, qui indique la durée des symptômes au moment où les malades furent soumises au traitement montre la marche relativement lente de l'affection.

Les symptômes avaient duré	moins de 1 an	dans 23 cas.
—	environ 1 à 2 ans	8
—	— 2 à 3	5
—	— 3 à 4	13
—	— 4 à 5	10
—	— 5 à 6	9
—	— 6 à 7	4
—	— 7 à 8	4
—	— 8 à 9	2
—	— 9 à 10	3
—	— 10 à 11	4
—	— 11 à 12	3
—	— 12 à 13	2
—	— 13 à 16	3
—	pendant 20	1
—	— 23	dans 1

suivi de mort après l'accouchement ; l'existence de la tumeur ne fut soupçonnée qu'au moment du travail.

Total : 96 cas.

Mais, à côté de ces corps fibreux *bénins*, si l'on peut ainsi dire, il en est d'autres, plus rares à la vérité, qui donnent lieu à des symptômes tellement alarmants, qu'ils compromettent la vie des malades et semblent justifier les interventions les plus hardies ; c'est pour des cas de ce genre qu'on a pratiqué l'hystérotomie abdominale. Ajoutons qu'elle n'a jusqu'ici été tentée que pour les corps péri-utérins ou intra-utérins, faisant une notable saillie dans l'abdomen.

En analysant les observations publiées, on remarque bientôt qu'il est possible d'établir deux variétés assez

distinctes parmi les corps fibreux *graves* dont nous venons de parler.

Le premier de ces types cliniques est constitué par des tumeurs ayant mis plusieurs années à se développer, d'un volume variable, parfois même assez peu considérable, mais donnant lieu à des accidents sérieux d'hémorrhagie ou de compression.

Le second type clinique comprend à la fois certaines tumeurs fibreuses (léio-myômes, ou fibro-léio-myômes) pures, et des productions mixtes, creusées de kystes multiples, les tumeurs fibro-cystiques. Leur caractère commun est d'avoir une marche rapide, continue, d'évoluer ordinairement en un petit nombre d'années ou même en quelques mois, et d'entraîner presque fatalement la mort par des phénomènes comparables à ceux que produisent les kystes de l'ovaire, alors même que les métrorrhagies ne viendraient pas accélérer l'épuisement de la malade.

Assurément ces distinctions ne sont pas absolues. Il existe nombre de faits intermédiaires dont la classification serait difficile ; cette différence importante n'en est pas moins appréciable, nous semble-t-il, dans la majorité des cas, et nous sommes disposé à lui accorder une grande valeur.

Examinons en effet de plus près l'évolution des tumeurs appartenant à ces deux variétés.

§ I. — *Premier type clinique* (tumeur à marche relativement lente, mais déterminant des accidents sérieux.)

Les principaux accidents que provoquent ces corps fibreux sont de deux ordres : les *hémorrhagies*, dues à leur développement du côté de la cavité utérine, à

l'excitation, à la fluxion de la muqueuse. La *compression* des organes contenus dans le petit bassin.

Il est digne de remarque que ce sont surtout les tumeurs d'un volume relativement médiocre qui occasionnent le plus d'accidents de ce genre; cela tient sans doute à ce que, d'une part, elles sont souvent interstitielles, et, par suite, peu éloignées de la muqueuse; d'autre part, à ce qu'elles restent logées dans l'enceinte pelvienne, au lieu de remonter dans la cavité abdominale, comme le font les tumeurs très-grosses.

Les phénomènes de compression manquent rarement dans les corps fibreux ayant acquis un certain volume; mais il n'est pas fréquent qu'ils soient assez prononcés pour déterminer des accidents inquiétants pour la vie des malades (1).

(1) M. Faucon a récemment présenté sur ce sujet, à la Société de chirurgie, un mémoire basé sur des observations intéressantes :

La *première*, due à M. Duchaussoy, est relative à une femme chez laquelle l'étranglement du rectum était produit par un fibrôme, qu'il suffit de déplacer pour faire disparaître les accidents. La tumeur, semble-t-il, agissait ici simplement par son poids. Il est regrettable que ce fait soit relaté sous une forme trop laconique, qui lui enlève une partie de son importance.

Dans la *seconde*, empruntée à M. Nélaton, le fibroïde remplissait l'excavation pelvienne et comprimait à la fois le col de la vessie et l'intestin. Vainement, pour remédier aux accidents d'étranglement, on tenta d'introduire des sondes dans le rectum; celles-ci ne purent pénétrer au-delà de l'obstacle, des vomissements fécaloïdes apparurent, et l'on fut conduit à pratiquer dans la fosse iliaque gauche, un anus artificiel. La malade, d'abord soulagée, succomba le huitième jour.

Le *troisième* fait, observée par M. Hergott concerne une femme qu'on tenta d'opérer, par la gastrotomie, d'un fibroïde qui provoquait des accidents d'occlusion intestinale. L'opération ne put être achevée, et la femme mourut le lendemain. L'autopsie révéla que la tumeur remplissait étroitement le petit bassin et qu'elle avait pour base le fond de la matrice. Celui-ci avait été infléchi en arrière et en bas, mais on pouvait aisément le redresser en glissant la main de bas en haut, entre la tumeur et la face antérieure du sacrum. Cette manœuvre ayant été négli-

La répétition non moins que l'abondance de métrorrhagies et l'anémie qui en résulte sont souvent très-

gée dans le cours de l'opération, tous les efforts d'extraction étaient restés infructueux.

La *quatrième* observation, empruntée à Holdhouse, renferme, comme la précédente d'importants détails. La malade qui en fait le sujet, présentait depuis deux ans des accidents de dysentérie lorsque se manifestèrent des symptômes d'étranglement. Pendant douze jours, on chercha en vain à provoquer des évacuations à l'aide des purgatifs, des lavements, des sondes, etc. Enfin on se décida à ouvrir par la région lombaire le côlon descendant. Un grand soulagement succéda à l'opération, mais la malade mourut au bout de dix jours. A l'autopsie, on reconnut que quatre tumeurs adhéraient à l'utérus. Trois d'entre elles étaient des fibroïdes et la quatrième un kyste de l'ovaire gauche. Les deux plus volumineuses reposaient sur le rectum, auquel elles adhéraient entièrement; elles avaient même, en divers points, détruit ses parois et faisaient une légère saillie dans sa cavité. On trouve en outre une adhérence étendue de l'iléon au côlon ; ces deux intestins avaient été ouverts, ainsi que le péritoine par le bistouri de l'opérateur.

Enfin le *cinquième* fait a été recueilli par M. Faucon, dans le service de M. Broca, à l'hôpital de la Pitié ; c'est cette observation qui a suggéré à l'auteur l'idée de son travail. La malade offrait des accidents graves d'occlusion intestinale, accidents dont on reconnut aisément la cause dans la présence d'un fibroïde utérin qui comprimait le rectum. Au quatrième jour, survinrent des vomissements fécaloïdes, et tous les moyens tentés pour provoquer une évacuation restèrent infructueux. Dès lors, M. Broca se décida à pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire. Malgré l'état de maigreur du sujet, qui rendait les points de repère plus apparents, l'opération fut laborieuse et la cavité du péritoine ouverte avant celle de l'intestin. La malade, quoique devenue plus calme mourut cinquante et une heure après.

L'autopsie, très-incomplètement faite, permit néanmoins de constater que les anses intestinales étaient reliées entre elles par des adhérences anciennes et formaient une masse assez compacte. D'une autre part, le fibroïde qui comprimait le rectum fut trouvé inclus dans la partie postérieure de l'utérus, et d'un volume qui n'était nullement en rapport avec l'intensité des accidents.

Quelques faits nouveaux ont été mentionnés dans la discussion qui a suivi le rapport présenté sur ce mémoire.

M. *Dolbeau* a vu plusieurs cas analogues, et entre autres, une femme qu'il soigna avec M. le Dr Voisin, médecin de la Salpêtrière. Un corps fibreux obstruait le rectum au point d'arrêter le cours des matières fécales. Ce qu'il tient surtout à remarquer, c'est que ces symptômes déter-

alarmantes et ont paru, à certains chirurgiens, une indication suffisante de pratiquer l'hystérotomie.

minent presque toujours de la péritonite et notre malade mourut autant de la péritonite que de l'occlusion intestinale.

Cette circonstance de la péritonite doit donc engager les chirurgiens à n'agir qu'à bon escient, et dans tous les cas ce serait à l'entérotomie et non à la gastrotomie qu'il faudrait avoir recours.

M. *Depaul* fut appelé il y a quelques jours, à Laon, pour une jeune femme parente de MM. Danyau et Bucquoy, qui présentait les phénomènes de l'étranglement interne. Je reconnus, dit-il, l'existence d'un corps fibreux utérin et d'une grossesse; le cas me parut si grave que je proposai l'avortement. Ma proposition, d'abord repoussée, fut acceptée le lendemain. L'expulsion du fœtus eut lieu rapidement, et avec elle le rétablissement des selles et la guérison. Le fœtus était aplati et avait été comparé à un bonhomme de pain d'épice. L'avortement était d'autant plus indiqué, dans ce cas, que la grossesse avait déterminé une suractivité dans le développement des fibrômes utérins.

M. *Demarquay* rappelle qu'il a présenté à la Société des pièces anatomiques relatives au point en discussion. Il y avait eu suppression des garde-robes et une compression telle de la vessie, que celle-ci était perforée. (*Bull. Soc. chir.*, 1873, p, 479.)

On trouve dans la *Clinique de Lisfranc* deux cas de perforation de la cloison vésico-vaginale avec pénétration dans la vessie, qui se terminèrent par la mort (p. 791).

La compression des uretères par les corps fibreux pouvant causer des accidents d'urémie lente ou, rarement, aiguë, a été récemment étudiée par M. Milliot (thèse de Paris 1875, *Sur les complications des corps fibreux*) et par M. Fourestié (*Sur les compressions*, etc.), *Gazette médicale*, 13 juin 1875.

Enfin, dans un travail encore inédit dont il a bien voulu me donner communication, M. Gun iot étudie les accidents de compression qui sont parfois déterminés par les fibroïdes de la matrice ; et, de l'ensemble des observations publiées jusqu'à ce jour, il déduit les conclusions suivantes, dont je reproduis intégralement la teneur :

« 1° L'occlusion complète et permanente de l'intestin, due à la compression des fibroïdes utérins, est un accident heureusement très-rare ; mais les troubles plus ou moins profonds qu'engendre cette même cause, soit dans les fonctions des nerfs intra-pelviens, soit dans l'excrétion des urines et des matières intestinales, paraissent être, au contraire, assez communs ;

« 2° L'albuminurie et certaines altérations graves des reins sont quelquefois la conséquence de cette entrave apportée à l'excrétion urinaire ;

« 3° Les fibroïdes les plus redoutables, au point de vue de la compres-

De ce nombre sont la plupart des observations de M. Péan Nous passons sans nous y appesantir. (1).

En terminant, mentionnons sans nous y arrêter non plus les accidents que peuvent occasionner les myômes, durant la grossesse, le travail et l'accouchement.

La péritonite à la suite de corps fibreux a été observée. M. Guyon en cite trois cas dans sa thèse, et nous même nous en rapportons un plus loin ; ce n'est point une complication fréquente, et elle ne peut guère entrer en ligne de compte dans le pronostic ordinaire de ces tumeurs.

Tels sont les principaux accidents auxquels donnent lieu les corps fibreux dont nous nous occupons actuel-

sion, ne sont pas ceux qui offrent les plus grandes dimensions ; les tumeurs particulièrement dangereuses sous ce rapport sont celles qui, occupant l'excavation pelvienne, se développent dans cette enceinte osseuse sans s'élever dans la grande cavité de l'abdomen ;

« 4° Dans les cas de compression du rectum, la gravité des accidents n'est pas toujours due à cette unique cause ; souvent d'autres causes, quoique secondaires, concourent pour une large part à leur intensité. (Ces dernières sont : la dureté et l'accumulation des fèces, la péritonite et les brides péritonéales, les ulcérations de l'intestin, l'atonie de ce dernier par l'usage des opiacés, étc.)

« 5° Enfin, la thérapeutique de ces accidents, jusqu'ici constamment impuissante lorsqu'on a dû recourir à l'entérotomie, s'est montrée au contraire très-efficace toutes les fois que la tumeur a pu être refoulée au-dessous du petit bassin. »

(1) Cet auteur dit expressément dans sa seconde observation : « Dans ce cas comme dans tous les autres, le symptôme, qui lui seul justifiait notre intervention, était constitué par les hémorrhagies graves que rien ne pouvait arrêter. »

(2) Magdelaine. *Etude sur les tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.* Thèse de Strasbourg, 1866.

Lambert. *Des grossesses compliquées de myômes utérins.* Thèse de Paris, 1866.

lement. Nous devons maintenant nous demander quelle est leur évolution. A la manière d'autres tumeurs abdominales, ont-ils une tendance à augmenter constamment jusqu'à ce que les altérations de la santé qu'ils entraînent aient amené la mort des malades?

Il n'en est rien, et c'est là le point important qui doit, me semble-t-il, être mis en relief. Les gros corps fibreux causent des accidents graves, mais ils causent rarement la mort; bien plus, ils tendent pour la plupart vers une diminution spontanée de leur volume et un amendement de leurs symptômes.

On peut se convaincre de la vérité de ces propositions en faisant des recherches dans les publications périodiques et les bulletins des sociétés savantes. Rien n'est plus exceptionnel que les observations de corps fibreux (je ne parle pas des polypes) ayant eu un pareil résultat. On lit bien dans les observations, que les malades sont profondément anémiées, que la vie est rendue insupportable par la constipation opiniâtre, la gastralgie, l'œdème des membres inférieurs, les douleurs dues à la compression des nerfs, etc., mais en somme très-peu d'observations de morts déterminées par ces accidents.

Ne peut-on pas en conclure que, dans la plupart des cas, ces symptômes alarmants n'ont eu qu'une durée temporaire, et ont fini par faire place à un état de choses plus supportable qui a transformé la maladie en infirmité? Ce qui donne quelque poids à cette supposition, c'est l'abondance des faits publiés où cette diminution de la tumeur et cet amendement des symptômes ont été observés. Bayle (1), dans son remarquable ar-

(1) Dict. des sciences médic., 1813, t. VII.

ticle sur les corps fibreux, avait déjà insisté sur ce point. Depuis lors, nombre d'auteurs y sont revenus et on en trouvera plusieurs observations probantes, colligées à ce propos dans lá thèse de concours de M. Guyon (1). M. Guéniot a récemment publié sur ce sujet un intéressant mémoire (2).

(1) *Loc. cit.*, p. 56.

(2) Sur la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus, in *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 30 mars 1872. Voici deux observations extraites de ce mémoire :

Observation. — Il y a cinq ou six ans, M. Depaul fut prié par le Dr Louis Fleury d'examiner une malade âgée d'environ trente-huit ans, qu'une métrorrhagie abondante avait rendue profondément anémique. La cause de cette perte sanguine fut aisément reconnue. Il existait en effet sur la paroi antérieure de la matrice une tumeur dure, globuleuse, plus grosse que le poing, qui était manifestement constituée par un myome utérin. La palpation hypogastrique, de même que le toucher vaginal, ne laissait aucun doute à cet égard. C'était un fibroïde ou sessile ou interstitiel.

Environ huit mois plus tard, cette dame complètement rétablie vint se faire examiner de nouveau par M. Depaul, qui constata la disparition entière de la tumeur. M. Fleury avait dans l'intervalle soumis la malade à un traitement hydrothérapique. Celle-ci avait eu antérieurement des enfants, mais la naissance du dernier remontait à une époque éloignée.

Observation.—En 1867, M. Béhier reçut dans son service une blanchisseuse âgée de 29 ans, d'une constitution assez forte, et n'ayant jamais eu la santé troublée, si ce n'est depuis environ treize mois à la suite d'un second accouchement. Ses règles alors devinrent douloureuses, plus abondantes et de plus longue durée. En même temps, la malade reconnut dans l'hypogastre l'existence d'une petite tumeur qui peu à peu augmenta de volume, jusqu'au moment où, le 28 avril 1867, elle prit brusquement un énorme développement. Celui-ci se produisit à une époque menstruelle et coïncida avec une métrorrhagie très-abondante.

En explorant l'abdomen, M. Béhier constata dans l'hypogastre une tumeur qui en occupait toute l'étendue, mesurant 22 centimètres de large, 18 de hauteur et remontant ainsi jusqu'à l'ombilic ; elle était parfaitement limitée, à contours réguliers, dépourvue de bosselures ; sa consistance était solide et elle donnait un son mat à la percussion. Par le toucher, on trouvait les culs-de-sacs vaginaux effacés, et les mouvements communiqués à la matrice se transmettaient rigoureusement à

En résumé, on peut ordinairement distinguer dans l'évolution des gros corps fibreux trois phases succes-

la tumeur. Celle-ci était donc manifestement adhérente à celle-là. Bref, après une discussion approfondie du diagnostic, M. Béhier arriva à conclure que la tumeur ne pouvait être qu'un fibroïde utérin.

L'anémie et les douleurs pelviennes qui existaient furent combattues par des moyens appropriés, et la malade qui était sans fièvre se remit assez promptement de ces accidents. Mais la surprise de M. Béhier fut grande lorsque, peu de temps après, il constata que la tumeur avait sensiblement perdu de son volume et son étonnement atteignit le comble quand, environ trois mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, il fut reconnu que la production pathologique avait totalement disparu ; j'ajouterai qu'aucun traitement spécial n'avait été dirigé contre elle et que dans la pensée de M. Béhier, la guérison avait été entièrement spontanée.

Voici trois observations qu'a bien voulu me remettre M. Guyon, et qui sont comparables aux précédentes. Je le répète, il s'agit là d'un fait qui a été observé par tous les praticiens.

Observation. — Madame X..., de Laval, me fut présentée il y a plusieurs années dans une situation jugée désespérée ; il y avait en effet une anémie profonde. Je constatai la présence de corps fibreux interstitiels multiples très-volumineux. Il n'y eut aucun traitement chirurgical ; moins d'une année après, les pertes avaient cessé, et la malade se portait bien. Pas de renseignements sur l'état local.

Observation. — Sœur X..., supérieure d'une école en Seine-et-Marne. Hémorrhagies successives pendant les époques, ayant alarmé à ce point que je dus me rendre près de la malade qui refusa de se laisser pratiquer le toucher vaginal. On constata au palper abdominal une tumeur dure dépassant de plusieurs travers de doigt le pubis et ayant tous les caractères d'un corps fibreux. Aucun traitement chirurgical. Diminution des pertes après quelques mois et actuellement retour à la santé. Pas de nouvel examen local.

Observation. — Madame X..., de Saint-Germain, opérée il y a plusieurs années par Nélaton d'une tumeur fibreuse faisant saillie dans le col. Guérie à ce moment de ses hémorrhagies, elle les a vues reparaître quelques années après, sous l'influence du développement d'une nouvelle tumeur de même nature, mais interstitielle. Les hémorrhagies, quoique graves, cessèrent sans traitement chirurgical après plusieurs années. J'ai eu l'occasion de constater il y a peu de temps par le palper abdominal que la tumeur était grosse comme la moitié d'une tête d'adulte, mais

sives : une première période ou d'augment; une seconde, d'état, où les accidents à leur *summum* sont parfois très-graves, et dont la durée est variable ; enfin, une troisième période de décroissance des symptômes, et souvent même d'atrophie partielle de la tumeur. Cette troisième période coïncide généralement avec l'époque de la ménopause; cependant, à cette période on observe parfois une dernière oscillation ascendante dans le développement de la tumeur, dont les symptômes sont momentanément exagérés avant de commencer à décroître.

§ 2. *Second type clinique.*— A côté du type précédent, dont nous avons esquissé rapidement les traits, il en existe un second qui ne nous paraît pas moins nettement

cette tumeur ne gêne en rien la malade dont la santé est parfaite et qui est forcée seulement de porter une ceinture.

Voici enfin un exemple curieux de grosse tumeur fibreuse n'ayant donné lieu à aucun accident malgré son volume.

Observation. — M. Broca fut consulté en 1851 par la tante d'un de ses amis pour une volumineuse tumeur abdominale.

Cette dame, de très-haute taille et d'une constitution athlétique, était âgée de 50 ans. La tumeur, dont la présence avait été reconnue depuis plusieurs années, avait pris en 1849 un assez grand accroissement. à l'époque de la ménopause. Elle n'avait d'ailleurs donné lieu à aucun accident et ne gênait que par son volume.

M. Broca constata la présence de deux « corps fibreux » utérins très-fermes, dont l'un, situé à gauche, n'avait que le volume du poing; l'autre, situé un peu à droite, remontait jusqu'à l'ombilic et était presque aussi gros qu'un tête d'adulte.

M. Broca se borna à prescrire une ceinture abdominale. Depuis lors il a souvent revu la malade et l'a examinée plusieurs fois. Les tumeurs, loin de s'accroître, ont plutôt un peu diminué. Elles n'ont produit aucun accident, quoique la malade ait mené une existence très-active.

Elle a aujourd'hui près de 75 ans. Elle n'a point d'infirmités. Elle est seule et dirige son ménage.

caractérisé. Ici le phénomène capital est la rapidité et la continuité dans le développement de la tumeur. La marche de la maladie est alors tout à fait comparable à celle des tumeurs ovariques. Elle est incessante, fatale, et voue les malades à une mort certaine.

Les tumeurs qui offrent ainsi une *marche galopante* sont surtout celles de la variété fibro-kystique. Les observations de Keith, que nous rapportons plus loin (voir *Pièces justificatives* obs. IV, V, VI), en sont des exemples frappants. Cet auteur fait lui-même remarquer que « les grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus tuent souvent aussi vite que les kystes de l'ovaire. » Nous voyons, en effet, dans la première de ses observations, que la tumeur, au bout de six mois, atteignait l'ombilic ; au bout d'un an, le rebord des fausses côtes. Dans la seconde observation, l'abdomen entier était rempli par la tumeur un an après son apparition.

On peut, il est vrai, à propos de ces tumeurs, se poser une question : A-t-on bien là affaire à des productions de *nature* bénigne, ou à des variétés de cancer ? Virchow (1) fait remarquer avec justesse que, sous un nom commun, on a parfois confondu les deux formes. Ce qui est vrai au point de vue anatomo-pathologique où se place cet auteur, l'est probablement au point de vue clinique, qui doit seul être le nôtre ; en d'autres termes, les confusions faites à l'autopsie l'ont sans doute été sur les malades. Mais il faut avouer que, pour juger cette question, les éléments nous manquent absolument. Je n'ai trouvé que très-peu d'observations d'opérations de tumeurs fibro-kystiques où l'examen microsco-

(1) Pathologie des tumeurs, t. III, p. 313.

pique ait été fait. En outre, quand les malades ont guéri, nous n'avons aucun renseignement sur leur santé ultérieure.

Tout nous porte à croire, du reste, que les tumeurs fibro-kystiques peuvent affecter cette marche rapide sans être pour cela autre chose que des *tumeurs fibreuses* (au sens clinique du mot), ou, pour parler avec plus de rigueur histologique, des fibro-myomes composés.

Nous voyons, en effet, que cette même marche peut être revêtue par des tumeurs fibreuses exemptes de tout élément kystique. C'est là une seconde variété du type clinique que nous étudions maintenant.

Parmi les myomes utérins pour lesquels on a pratiqué l'hystérotomie nous trouverons assez souvent l'indication de ce développement particulier. L'observation I^re^ de Kœberlé (1) en est un exemple remarquable : Une jeune fille de 19 ans, ayant, jusque-là, joui d'une bonne santé, bien réglée depuis an, est prise de dysménorrhée ; puis le ventre devient gros; au bout de cinq ans il était monstrueux ; membres pelviens infiltrés, face cyanosée, dyspnée prononcée. La tumeur enlevée ne pesait pas moins de 33 kilogrammes. « Elle était constituée par un corps fibreux interstitiel de la matrice développé sur le fond de l'organe. »

Le myome enlevé par M. Ollier (obs. VIII, *Pièces justificatives*), s'était également développé chez une femme jeune (29 ans), et en quatre ans avait acquis le volume de *deux têtes d'adulte*. Enfin, dans les deux observations du professeur Richet, la rapidité de la marche de la tumeur doit aussi être notée. Sur la malade

(1) Caternault. *Loc. cit.* p. 2.

opérée à l'Hôtel-Dieu, le corps fibreux n'avait manifesté sa présence qu'à l'âge de 37 ans, et au bout de deux ans il était assez gros pour « soulever le foie. » Chez la malade opérée à Ivry, âgée de 26 ans, le myome avait atteint très-rapidement *le volume d'un utérus au huitième mois de la grossesse.*

L'observation suivante, extraite des comptes-rendus de la *Société de biologie*, à laquelle elle a été présentée en 1867 par le Dr Laboulbène, est bien faite pour montrer l'allure suraiguë que peut revêtir, dans certains cas, le développement des corps fibreux. La relation de ce fait contient en outre plusieurs particularités rares et intéressantes qui m'ont engagé à le rapporter presque en entier.

Obs. — La nommée Aup... (Marie), âgée de 28 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 10 juin 1867, salle Sainte-Thérèse, n° 7, et meurt le 11 juillet.

Cette femme, d'une constitution ordinaire, d'une taille moyenne, frappe au premier abord par la teinte pâle des téguments et la décoloration des lèvres ; elle s'est aperçue que son ventre grossissait ; le développement du ventre s'est fait presque sur la ligne médiane, sans être d'abord plus prononcé à droite ou à gauche : à ce moment elle n'a éprouvé aucune perte de sang.

La santé de cette femme s'est dérangée il y a au plus seize mois, et à ce moment le ventre a grossi ; la malade a éprouvé des coliques et des difficultés de digestion, une constipation assez forte. Il y a deux mois, entre deux époques menstruelles, elle a eu une perte abondante qui lui a fait croire d'abord que ses règles revenaient. Cette perte l'a fort affaiblie. Il y a quinze jours, une nouvelle perte a eu lieu, aussi forte que la première ; enfin, il y a huit jours, une nouvelle perte s'est déclarée ; la malade dit avoir rempli de sang un plein vase de nuit. C'est à la suite de cette dernière perte qu'elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. Téguments décolorés, d'une teinte de cire sur tout le corps ; muqueuses des lèvres et de la bouche pâles ; sclérotiques très-blanches ; cheveux châtain clair ; chairs molles ; sensation de faiblesse très-grande ; sensibilité au froid malgré la température

assez élevée, dès qu'une fenêtre ou une porte sont ouvertes et que l'air est agité.

L'abdomen à parois souples, sans coloration spéciale, sans vergetures, est très-développé et présente à la palpation une tumeur dure, inégale, s'élevant au-dessus de l'ombilic dans la région épigastrique et vers l'hypochondre gauche. Cette tumeur, bosselée et lobulée, offre une portion plus spécialement épigastrique, située à gauche, également lobulée, et une tumeur médiane et inférieure, sensiblement lisse et arrondie, s'avançant dans les fosses iliaques des deux côtés. Ces tumeurs sont absolument mates à la percussion, sans fluctuation, sans adhérence avec les parois abdominales qui glissent sur elles. Les intestins sont refoulés sur les côtés des tumeurs.

Par le toucher vaginal, on trouve que l'utérus est peu mobile et que le col abaissé, facile à atteindre, dur, présente un petit orifice transversal, sous forme de pli, ne pouvant pas recevoir l'extrémité du doigt; la lèvre supérieure est plus avancée que l'inférieure; toutes les deux sont lisses, sans granulations.

En pressant la paroi abdominale et déprimant la tumeur avec la main gauche, le mouvement se communique au doigt de la main droite, qui touche le col; la tumeur fait manifestement corps avec l'utérus. Le toucher rectal montre le segment postérieur de l'utérus développé, arrondi, sans bosselures. L'examen au spéculum n'a pas lieu, à cause de l'état de faiblesse de la malade et d'une crainte excessive manifestée par elle.

L'appétit est languissant. La langue assez nette, large et sans enduit blanchâtre ou jaunâtre. Peu de sensibilité épigastrique. Constipation durant depuis quatre jours.

Respiration libre, mais un peu fréquente. Poitrine sonore, ne présentant ni en avant ni en arrière aucun bruit anormal soit à la percussion, soit à l'auscultation.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade a des pertes abondantes, des vomissements incessants, sans signes de péritonite, et meurt dans un état d'épuisement complet.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Cavité abdominale. En ouvrant l'abdomen, qui renferme très-peu de liquide citrin, on a remarqué immédiatement une grosse tumeur irrégulière qui, détachée, extraite et mise dans la balance, pèse 5 kilogr. 60 grammes.

Cette tumeur, constituée par l'utérus hypertrophié et couvert de masses mamelonnées, offre la forme reconnue pendant la vie à

travers les parois abdominales. Le côté droit est largement hypertrophié et arrondi, avec la trompe et l'ovaire droits à la partie supérieure et externe. Au-dessus, deux tumeurs superposées, ayant presque le volume du poing, s'élevaient près de l'épigastre à gauche et en haut, six tumeurs moindres et agglomérées allaient, en s'étageant, depuis le haut jusqu'à la moitié latérale gauche de la tumeur utérine principale. En ce point se voyaient la trompe et l'ovaire gauches.

Ces tumeurs sont dures, la plupart très-résistantes; mais à gauche la tumeur principale est mollasse, d'un rouge sombre ayant un aspect charnu, et elle offre une fausse fluctuation; partout ailleurs le tissu est d'un blanc jaunâtre, à peine rougeâtre.

Plusieurs incisions sont pratiquées; une médiane, et un peu inclinée à droite, divise un tissu dur, résistant, et permet de constater que la tumeur est plus dure et encore plus dense et grisâtre dans la partie cachée. La cavité utérine a disparu; il est extrêmement difficile d'en trouver des vestiges, à peine voit-on sur un point une trace linéaire où les tissus ne sont pas confondus; mais vers le haut et en bas surtout, il y a fusion complète entre les diverses parties de la tumeur principale. A gauche, le tissu mollasse incisé ne laisse pas sortir de sérosité ou de liquide purulent. Il n'y a qu'un tissu rougeâtre et plus mou, mais tout à fait analogue à l'œil nu à celui de la partie périphérique de la tumeur principale. Les tumeurs bosselées de la partie supérieure sont toutes constituées par un tissu dense d'un blanc jaunâtre, à fibres enroulées. Nulle part on ne trouve de cavité en forme de géode, ni de partie d'aspect crétacé.

L'orifice de la matrice est bouché; il est absolument impossible d'introduire un stylet par le repli senti pendant la vie sur le col, et qui figurait à s'y méprendre l'orifice du museau de tanche. La cavité cervicale a disparu, et les coupes les plus attentives ne peuvent la mettre en évidence. Tout est confondu en un tissu homogène d'un blanc jaunâtre.

Les vaisseaux sont développés dans la portion périphérique de la tumeur utérine; dans la partie centrale ils sont à peine visibles; il en est de même pour les tumeurs de la partie supérieure épigastrique et de l'hypochondre gauche.

Les trompes et les ovaires n'offrent que peu de chose à noter; à droite, il existait un petit kyste ovarique de la grosseur d'une len-

tille. Le reste du stroma était sain aussi bien à droite qu'à gauche. Les trompes étaient à l'état normal, leur cavité n'était point obturée.

Le *péritoine* renferme une quantité modérée de sérosité non floconneuse; les intestins sont à l'état presque normal; ils ne présentent que des arborisations rares, et après l'incision, les plaques de Peyer n'offrent point de saillie. La valvule de Bauhin est à l'état normal.

Le *foie* et la *rate* paraissent à l'état sain, ainsi que les ganglions mésentériques.

Les *reins* et la *vessie* sont pâles, mais sans offrir rien de notable.

J'ai fait l'examen histologique en prenant des portions de la tumeur ramollie à gauche et des parties périphériques de la tumeur droite; enfin des portions des tumeurs supérieures.

J'ai trouvé en majeure partie les éléments de l'utérus normal, des fibres musculaires lisses, très-reconnaissables après avoir ajouté à la préparation de l'acide acétique, et presque aussi développées sur certains points que dans l'utérus gravide. C'est principalement sur la tumeur gauche qu'elles étaient bien reconnaissables; ailleurs elles étaient réunies fortement par une matière amorphe dense, parsemée de fines granulations moléculaires; sur plusieurs points, le tissu connectif à fibres lamineuses très-serrées, très-difficiles à isoler, existait en majorité.

Les portions des divers viscères, foie, rate, poumon, etc., que j'ai examinées, ne m'ont rien offert qui méritât d'être noté.

Réflexions. — Les symptômes offerts pendant la vie par cette malade sont dignes d'intérêt. On est frappé du développement rapide effectué en seize mois; la tumeur n'a pas beaucoup grossi pendant le séjour de la malade à l'hôpital, la masse était formée et s'est peu accrue. Il n'y a pas eu de retrait ni d'augmentation notables, seulement la partie gauche a diminué de consistance, et elle donnait la sensation mollasse d'une collection liquide. Plusieurs personnes qui suivaient la visite pensaient à la possibilité d'un abcès ou d'une collection de liquide; j'ai toujours affirmé qu'il n'y avait qu'une sensation trompeuse de fausse fluctuation, qu'en ce point l'hystérôme était plus mou, et la constatation anatomique a prouvé que j'étais dans le vrai.

Le spéculum aurait sans doute fait reconnaître l'occlusion de l'orifice du col utérin ; il eût été impossible d'introduire l'hytéromètre ; le repli senti par le toucher pendant la vie, et qui faisait croire à un orifice légèrement transversal du col, nous a induits tous en erreur. C'est un des points les plus remarquables de cette observation que l'hémorrhagie considérable qui s'est produite par le col lui-même, non ulcéré, ni même granuleux, mais lisse, assez ferme, ainsi que la nécropsie a permis de le constater. Aucune portion du vagin n'était érodée; de plus, aucune partie de la tumeur n'était le siége de ruptures ou d'ecchymoses sanguines. L'hémorrhagie ne s'est point faite sur une muqueuse utérine qui avait disparu, ni dans une cavité dont on retrouvait à peine trace, mais par le col utérin qui ne paraissait pas s'éloigner beaucoup de l'état normal. L'explication de ces pertes hémorrhagiques si considérables est, on le voit, fort difficile à donner.

Les vomissements dont la malade a été si souvent atteinte auraient pu faire penser à une péritonite pelvienne ou abdominale; mais cette pelvi-péritonite n'existait pas, et je ne l'ai point admise, parce que je ne trouvais pas de caractères suffisants pour la diagnostiquer. On a dû remarquer, au contraire, les troubles causés par le poids de la tumeur, la miction rendue difficile et la constipation opiniâtre éprouvée par cette femme.

Je dois insister sur les signes d'anémie profonde que présentait la malade. La teinte de cire des téguments et surtout le frémissement vibratoire des vaisseaux superficiels du cou qui, sous une pression modérée du doigt, donnaient une sensation de vibration extraordinaire. L'autopsie a montré l'intégrité complète du système circulatoire central et périphérique, car une des veines supercielles a été ouverte et trouvée à l'état normal. Les globules rouges n'avaient subi aucune altération et il n'existait pas de leucocythose appréciable.

Enfin, l'examen histologique m'a confirmé dans mon idée première de tumeur formée en grande partie par les fibres-cellules utérines ; j'ai examiné surtout les portions de la tumeur mollasse et sur des préparations ayant longtemps éprouvé l'action de l'acide acétique. Ces fibres lisses musculaires étaient aussi évidentes que possible. J'ai parfaitement vu depuis ces mêmes fibres lisses en me servant d'acide azotique étendu. MM. Ch. Robin, Ordonez et d'autres collègues, ayant pris des portions de cette tumeur, ont

trouvé, surtout à la partie centrale et un peu vers la droite, du tissu fibreux condensé, des fibres de tissu connectif et lamineux Ces éléments prédominaient au centre, et le fibrôme, d'abord interstitiel, a refoulé la muqueuse utérine, qui avait fini par disparaître; puis les deux parois, plus spécialement connectives, s'étaient soudées de manière à ne laisser qu'une faible trace de la cavité utérine. Cette abondance du tissu fibreux au centre de la tumeur explique pourquoi j'ai donné le nom d'hystéro-fibrôme ou de myôme fibreux à cette production mixte. De là encore la précaution indispensable d'examiner tous les points d'une tumeur pour avoir une idée complète de sa composition.

Il n'existait aucun point calcifié dans la tumeur.

CHAPITRE III.

DE L'HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE ET DE SES RÉSULTATS.

L'hystérotomie se rapproche par plus d'un point de l'ovariotomie. Dans l'une et l'autre de ces opérations on ouvre largement le péritoine, on en extrait une masse morbide volumineuse, on sectionne des vaisseaux dilatés au point que leur calibre, dans certains cas, est comparé par Sp. Wells à celui d'*intestins de lapin*; on manœuvre au voisinage d'organes importants, unis souvent à la tumeur par de larges adhérences. Enfin on laisse, soit dans la cavité péritonéale elle-même, soit dans son voisinage immédiat, un pédicule autour duquel devra se faire promptement un travail protecteur, sous peine d'une inflammation aiguë de la séreuse.

Mais, si les deux opérations se ressemblent par tous ces dangers communs, elles diffèrent aussi par différents points, et, il faut bien le dire, ces particularités sont loin d'être en faveur de la section de l'utérus. Bien au contraire, chacun de ces caractères distinctifs vient rendre l'opération plus grave que celle dont nous venons de la rapprocher.

S'il ne s'agissait, à la vérité, que d'enlever des corps fibreux péri-utérins, nettement pédiculés, d'un volume médiocre, et développés en dehors de l'enceinte pelvienne, l'hystérotomie serait une sorte d'ovariotomie compliquée seulement par l'impossibilité de vider la tu-

meur. Mais, disons-le dès l'abord, ce fait est exceptionnel. Les corps fibreux dont nous venons de parler ne donnent, en effet, guère lieu par eux-mêmes à des accidents qui justifient l'opération (1).

Toutes les fois que l'on pratiquera la gastrotomie, pour des corps fibreux, on devra s'attendre à être obligé d'enlever une plus ou moins grande partie de l'utérus.

Donc, au lieu d'une poche kystique à parois souvent peu épaisses, qui, après l'évacuation du liquide, reviennent sur elles-mêmes et constituent un pédicule peu volumineux, recevant facilement l'étreinte d'une ligature, on se trouvera ici en présence d'un pédicule formé par le corps ou le col de l'utérus lui-même, tellement gros qu'on est obligé de le diviser en deux parties et de serrer séparément chacune d'elles. Il faut serrer suffisamment le lien pour qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie, mais aussi il faut prendre garde de broyer les tissus qui sont assez friables. La ligature faite, il reste à attirer ce pédicule au dehors. Or, il n'est pas extensible, et il en résulte de si forts tiraillements qu'ils ont pu, dans certains cas, être une des principales causes de la mort (Voir aux *pièces justificatives* l'observation XI du professeur Stadsfeldt).

Souvent enfin, l'impossibilité d'affronter partout autour du pédicule des surfaces séreuses permet la formation d'une sorte de cavité où s'accumulent le pus et les liquides putrides. (Voir aux *pièces justificatives* l'observation I^re^ du professeur Richet et l'obs. XVII de M. Gayet.)

Dans certains cas même, la brièveté et l'épaisseur du pédicule sont si grandes, qu'on ne peut l'amener à l'ex-

(1) Keith. Lancet, may, 1875.

térieur et qu'il faut refermer au-dessus de lui la plaie des parties molles, en le laissant dans l'abdomen. (Voir aux *pièces justificatives* l'observation XVIII de Pope.)

Pareille difficulté se rencontre parfois, il est vrai, dans l'ovariotomie, mais elle y est beaucoup plus rare, et Spencer Wells insiste du reste fortement sur ses résultats fâcheux (1), lorsqu'il a été obligé de l'employer. Sur 36 ovariotomies faites par lui à Samaritan Hospital, en une année (1867-68), 31 malades guérirent et les 5 qui moururent furent précisément celles chez qui le pédicule n'avait pas été assez long pour être fixé à l'extérieur par un clamp.

Une autre cause particulière de gravité pour l'hystérotomie abdominale, c'est le volume et l'irréductibilité des tumeurs fibreuses. L'incision doit, par suite, dépasser, presque toujours, de beaucoup l'ombilic, et souvent elle s'est étendue du pubis à l'appendice xyphoïde.

Je sais bien qu'on remédie, dit-on, à cet inconvénient en morcelant la tumeur, après l'avoir traversée par plusieurs anses de fils métalliques serrées ensuite avec des serre-nœuds de manière à interrompre la circulation et à éviter l'hémorrhagie. Ce procédé a été bien décrit par M. Péan (2). Il n'en résulte pas moins de la condition ci-dessus signalée une complication évidente du manuel opératoire, une plus grande longueur pour l'opération, et enfin, nous semble-t-il, la perte inévitable d'une certaine quantité de sang.

Du reste, ce procédé ne peut pas toujours éviter les

(1) *Diseases of the ovaries*, p. 361.
(2) *Hystérotomie*, p. 200.

énormes incisions (1). Or, Spencer Wells a montré l'influence considérable de la longueur de l'incision sur la gravité de la gastrotomie (2). Dans 440 cas où l'incision n'avait pas dépassé 6 pouces anglais, il a eu 103 décès, soit 23, 4 pour cent. Sur 60 cas où elle avait excédé cette limite, il a compté 24 morts, soit 40 pour cent, presque le double. Enfin, ces grandes dimensions de l'ouverture abdominale augmentent les chances d'éventration.

En résumé : pédiculisation difficile ; irréductibilité de la tumeur; dimensions plus longues de l'incision ; chances plus grande d'hémorrhagie, complication du manuel opératoire,— tels sont les traits principaux qui accusent la gravité de la gastrotomie pratiquée pour les corps fibreux de l'utérus et l'élèvent au-dessus de celle de l'ovariotomie.

L'équilibre est loin d'être rétabli par la rareté plus grande, pour les tumeurs fibreuses que pour les kystes, des adhérences entre elles et les parois abdominales ou les organes qui y sont contenus ; circonstance due suivant le professeur Richet (3), à ce que, dans les kystes ovariques, le liquide peut se déplacer, la paroi restant fixe, tandis que les tumeurs fibreuses se meuvent toujours en totalité sous l'influence des mouvements.

Au point de vue de la gravité de leur extirpation par l'abdomen, les corps fibreux pourraient être divisés en deux classes, suivant qu'ils se développent au-dessous ou au-dessus du détroit supérieur du bassin. Les pre-

(1) Urdy. *Examen au point de vue du manuel opératoire de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie.* Paris, 1875, p. 45.

(2) *Loc. cit.*, p. 352.

(3) *Progrès médical*, 1874, p. 2.

miers, qu'on pourrait appeler *pelviens*, prennent ordinairement leur origine de la partie inférieure du corps de l'utérus, ou même de la portion sus-vaginale du col. En se développant, ils soulèvent le cul-de-sac recto-utérin, dédoublent le ligament large, et parfois s'insinuent jusqu'à la base du mésentère ; ce sont eux qui donnent lieu aux accidents de compression les plus graves. Pour les enlever, il faut les énucléer, en quelque sorte, de l'enceinte pelvienne, où ils sont enchassés, et manœuvrer à l'étroit entre le rectum, la vessie et les gros vaisseaux qu'on court le risque de blesser. En outre, comme ils dépendent de la portion inférieure de l'utérus, le pédicule qu'on pourrait alors constituer par la section de l'organe, serait tout à fait insuffisant pour être amené à l'extérieur. On voit en face de quelles difficultés se trouve alors l'opérateur.

Lorsque le point de départ du myôme n'est plus la partie de l'utérus attachée au fond du bassin, mais sa portion libre et mobile, la tumeur franchit bientôt le détroit supérieur et se développe dans l'abdomen ; le corps fibreux est *abdominal*, si l'on peut ainsi dire. Ce n'est pas que de pareilles productions ne puissent aussi pousser des prolongements dans le bassin ; mais la plus grande partie en est dégagée, et c'est là un bénéfice très-réel pour le chirurgien. En effet, non-seulement la tumeur est ainsi accessible, mais encore elle a produit naturellement, par sa croissance, l'élévation de l'utérus, et parfois même une sorte d'allongement de son col, qui se prête plus facilement à l'apposition du clamp ou de la ligature.

Nous venons d'esquisser rapidement les conditions

défavorables de l'hystérotomie ; nous avons vu combien sont nombreuses les dispositions anatomiques et anatomo-pathologiques qui semblent concourir à en provoquer l'insuccès. Examinons maintenant par quel processus s'effectue la guérison.

Deux cas peuvent se présenter :

Dans un premier cas, le pédicule est fixé à l'extérieur. — Parfois alors le mécanisme de la cicatrisation ne paraît pas différer de celui qui a lieu après l'ovariotomie ; le clamp tombé, on aperçoit une surface granuleuse, en forme de bouton, qui correspond au moignon utérin. L'agglutination est parfaite autour du pédicule, et la cicatrice se forme rapidement.

Un fait de ce genre est nettement indiqué dans la seconde observation du Dr Howitg (v. *Pièces justificatives*) ; mais ces cas ne sont pas sans doute les plus fréquents. Souvent le pédicule, un peu court, étreint par les ligatures métalliques, occupe le fond d'une espèce d'entonnoir, à la partie inférieure de l'incision abdominale par laquelle sortent les fils. Comment va se défendre le péritoine contre l'irritation incessante qui peut lui venir par cette voie? C'est ce qu'éclairent parfaitement les détails de l'autopsie de la première observation de M. Richet, détails mis en relief à sa clinique par ce professeur (*Pièces justificatives*, obs. 1re *ad finem*) ; il s'opère un travail de péritonite partielle adhésive, qui unit les anses intestinales, l'S iliaque à la face postérieure de la vessie et aux parois abdominales, et qui se trouve circonscrire un petit foyer de suppuration autour du moignon utérin ; ce foyer a la forme d'un entonnoir, dont la partie évasée est profonde, dont le goulot donne passage aux fils métalliques et s'ouvre à l'extérieur. Une

membrane granuleuse, veloutée, en recouvre le contour, et la diminution progressive de sa cavité se fait ainsi par un double mécanisme : d'une part, la rétraction graduelle de cette *membrane pyogénique;* d'autre part, la poussée incessante des intestins, dont les anses accumulées font une sorte de compression méthodique qui tend à en rapprocher les parois. Cependant, avant que le travail de cicatrisation ait eu le temps de se produire, il reste en ce point un véritable clapier, où la stagnation du pus est favorisée par le décubitus de la malade. De là la nécessité d'y maintenir une sonde à double courant, ou un drain. On a parfois fait passer ce drain par le cul-de-sac postérieur du vagin, ce qui assure mieux encore l'écoulement des liquides, et l'on a même proposé, pour éviter la pression des corps étrangers sur le rectum, de le conduire à travers le moignon utérin dans la cavité du col (1).

Enfin, qu'adviendrait-il si le pédicule, au lieu d'être maintenu entre les lèvres de la plaie ou tout au moins dans leur voisinage immédiat, était laissé dans l'abdomen, au-dessous des parties molles suturées, et abandonné dans le péritoine après écrasement, ligature ou cautérisation ? Nous avons vu que la nécessité d'une pareille conduite s'était parfois imposée, qu'elle avait été tenue. Comment, en pareil cas, se comporte le moignon utérin ? Comment se fait sa cicatrisation ?

Nos connaissances, à ce sujet, sont loin d'être complètes ; quelques indications intéressantes nous sont pourtant fournies par les expériences de Spiegelberg et de Waldeyer (2), instituées pour reconnaître les consé-

(1) Urdy, *loc. cit.*, p. 54.
(2) Archives de Virchow, 1868.

quences des ligatures perdues dans le péritoine. Ils ont lié et cautérisé les cornes de l'utérus sur des chiennes, puis, refermé exactement le péritoine. Au bout de vingt jours, ils trouvaient les ligatures infiltrées de cellules, un peu plus tard elles étaient enchâssées et comme enkystées dans les tissus, sans qu'il y eût la moindre trace d'inflammation aiguë du péritoine ou de mortification des parties étreintes par les ligatures. Dans les expériences où on avait enlevé des portions d'utérus, quatre à six jours suffisaient pour que la surface de section fût unie par des adhérences aux ligaments larges, à l'intestin, à la vessie. Après la cautérisation, même travail adhésif et protecteur; ces expériences ont été confirmées par celles du Dr Maslowsky, de Saint-Pétersbourg (1).

On peut conclure de ces faits qu'à l'abri du contact de l'air, une cicatrisation rapide peut se faire sans inflammation vive ni gangrène, par un prompt travail adhésif. Mais, nous l'avons dit, ce n'est pas sans exposer les malades à de grands dangers, qu'on se confie à un pareil processus.

Nous venons de voir comment les malades ayant subi l'hystérotomie peuvent guérir; nous devons rechercher maintenant dans quelle proportion elles guérissent.

C'est le Dr Routh (2) qui, le premier, a tenté de réunir en une statistique les opérations d'hystérotomie éparses dans les publications périodiques des divers pays. M. Kœberlé reproduisit ces documents dans ses

(1) Archives de Langenbeck, 9e vol.

(2) The Lancet, 1863, vol. II, p. p. 653 et 679; 1864, vol. I, p. 10. — *On some points connected with the pathology differential diagnosis and treatment of fibrous tumours of the uterus.*

articles publiés en 1864 dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1), en y joignant les premiers faits de sa pratique.

L'*Essai sur la gastrotomie*, de Caternault, paru deux ans plus tard (1866), porte à 42 le nombre des observations d'amputation de la matrice ; mais ce travail contient 10 cas, dont la source n'est indiquée que par ces mots vagues « communiqués, non encore publiés. » Le livre sur l'Hystérotomie, de MM. Péan et Urdy, renferme 44 observations, avec indication des sources où toutes ont été prises ; 8 appartiennent à M. Péan.

Quelques mots sur ces deux statistiques importantes, avant d'aborder l'analyse des 119 cas que j'ai pu rassembler.

M. Caternault place, dans une première série, 20 cas « de gastrotomie avec extirpation de tumeurs fibreuses *pédiculées* de la matrice, par la *ligature* ou *l'énucléation*. » Sur ces 20 cas, il y a eu 12 morts et 8 guérisons, soit 60 pour cent de morts.

Certes, c'était une idée très-rationnelle que de séparer ainsi les cas où l'utérus n'avait pas subi de perte de substance de ceux où il avait été enlevé en totalité ou en partie. Mais, il faut le reconnaître, une pareille division perd entièrement son intérêt pratique, si l'on envisage la longue série des observations actuellement publiées. On peut y voir, en effet, combien sont rares les cas où l'on a pu se dispenser de l'ablation d'une portion de la matrice elle-même.

Si l'on considère, d'autre part, que suivant la très-

(2) *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne.*

juste remarque de M. Boinet (1), le diagnostic de la disposition pédiculée des corps fibreux est absolument impossible, on conviendra que le chirurgien, avant d'entreprendre une hystérotomie, ne devra jamais compter sur cette condition exceptionnelle. Or, c'est la gravité de l'opération telle qu'elle est ordinairement pratiquable qu'il importe de lui indiquer : et cette opération, c'est l'hystérotomie portant sur le corps ou sur le col utérin (2).

Tel est l'objet du second tableau statistique de Caternault, sur lequel nous allons nous arrêter quelque peu pour examiner la valeur des conséquences qu'il en tire.

Ce tableau comprend 42 cas dits *compliqués* par l'auteur que nous citons, et cela pour cette seule raison qu'une portion de l'utérus a été enlevée : c'est *ordinaires* qu'il eût fallu dire.

Sur ces 42 cas opérés, 32 ont été suivis de mort ; quelle est, d'après cela, la proportion des insuccès ? — 76 pour 100, répond l'arithmétique ; mais tel n'est pas l'avis de notre auteur, qui, dans son zèle pour l'hystérotomie, prétend arriver à démontrer qu'elle n'est pas plus grave que l'ovariotomie. Il est curieux de suivre pour cela les raisonnements de M. Caternault. De ces 32 cas de mort, il commence par retrancher 10 « cas fâcheux à tous égards, faits isolément en différents pays par des chirurgiens étrangers à la pratique de la gastrotomie. » Restent 32 cas et 22 morts, soit 68 pour 100. C'est encore trop ! Mais il est bien simple d'arriver à un

(1) Mémoire cité, *Gaz. hebd.*, 1872, p. 289.
(2) Cf. Péan et Urdy, *Hystérotomie*, p. 211.

chiffre plus rassurant. Il suffit pour cela, (quoi de plus naturel !) de retrancher de ces 32 opérations « faites dans des conditions convenables, par des chirurgiens spécialistes versés dans la gastrotomie, le nombre des victimes (15), emportées par l'hémorrhagie, infortunées que l'on pourrait sauver aujourd'hui »; car, « les perfectionnements déjà signalés et d'autres améliorations inspirées par l'expérience, ne doivent pas seulement diminuer, mais faire disparaître ces terribles accidents. » Effectivement après cette dernière élimination, on ne garde que 17 opérations avec 7 morts et 10 guérisons, c'est-à-dire sur 100 cas, 58,82 guérisons!

Mais, ce n'est pas tout; en effet, nous n'avons pas encore parlé de la « pratique spéciale de M. Kœberlé.» Ici, nous devons citer textuellement tout le passage :

« Le nombre des ablations de tumeurs fibreuses péri-utérines enlevées par cet habile opérateur, s'élève à 8; savoir : 2 ablations de tumeurs pédiculées (cas simples); 6 ablations de tumeurs sessiles, avec amputation de la matrice (cas graves).

« Les deux opérations de tumeurs pédiculées ont été malheureuses. A qui la faute? Certes, on voudra bien reconnaître que, dans ces deux cas, l'insuccès doit être imputé, non à l'opération, mais à un fâcheux concours de circonstances indépendantes.

« En effet, l'une de ces observations a été pratiquée dans des conditions déplorables, en dehors, pour ainsi dire, de toutes chances sérieuses de réussite, et uniquement pour accéder aux supplications, pour obéir à la volonté bien arrêtée de la pauvre malade, qui, malgré tout ce qu on put lui dire de défavorable, d'effrayant,

n'en persista pas moins d'une façon inébranlable dans la résolution qu'elle avait prise d'être opérée.

« La seconde, relativement peu grave au point de vue du manuel opératoire, présentait une contre-indication manifeste : ascite à marche rapide et continue. Nous nous sommes déjà expliqués sur les dangers de cette complication ; mais, quand M. Kœberlé opéra Mme R..., les dangers qu'implique une ascite de ce caractère n'étaient encore qu'à l'état de doute dans l'esprit de l'opérateur, et il pensait que la cause enlevée, l'effet devait disparaître. . . . . .

« Ainsi s'expliquent les insuccès de M. Kœberlé, dans les cas simples.

« Au contraire, les 6 cas graves offrent un chiffre de résultats heureux, supérieur au chiffre que fournit le relevé général. En effet, sur 6 cas d'amputation de matrice, M. Kœberlé compte, résultat brut, 50 pour 100 de guérisons. Que si maintenant nous défalquons 2 cas, dans lesquels les opérées sont mortes d'hémorrhagie immédiate, due exclusivement à des fautes commises dans le manuel opératoire, nous arrivons au chiffre de 75 succès sur 100, chiffre sensiblement égal aux résultats de l'ovariotomie. »

Et voilà comment, avec une bonne foi parfaite, une sincérité évidente, le savant disciple de M. Kœberlé arrive à mettre sur le même rang l'hystérotomie et l'ovariotomie, « ces deux filles d'une même mère..., la gastrotomie » !

M. Péan, que nous devons remercier de la grande courtoisie avec laquelle il nous a renseigné sur ses procédés et communiqué les résultats inédits de ses opé-

rations est, actuellement, sans contredit, le chirurgien français le plus versé dans la pratique de l'hystérotomie.

Est-il étonnant qu'une tendance analogue à celle que nous venons de trouver chez M. Caternault, le pousse à présenter cette opération par le côté le moins sombre? Dans les 44 cas qu'il a réunis, nous trouvons 14 guérisons et 30 décès ; soit environ 68 morts pour 100. Bien que MM. Péan et Urdy trouvent que c'est là « déjà un assez beau résultat, digne d'entrer en parallèle avec la statistique de l'ovariotomie à ses débuts, » ils ne se dissimulent assurément pas qu'il est loin d'être encourageant. Aussi, par un travail de *sélection*, qui rappelle les procédés de M. Caternault, les auteurs que nous citons se hâtent-ils « de prendre comme critérium, non pas la statistique fournie par l'ensemble de ces opérations, mais plutôt celle qui résulte des faits publiés dans ces dix dernières années. » Alors, en effet, sur 24 opérations pratiquées de 1863 à 1872, on trouve 11 guérisons, ce qui réduit la mortalité à 54 pour 100 environ.

Si nous usions du même procédé de discussion, nous pourrions objecter à une pareille manière de compter que dans cette nouvelle série figurent les 8 cas (6 guérisons, 2 morts) de M. Péan, à propos desquels, ce chirurgien dit lui-même : « Peut-être sommes-nous tombés sur une de ces séries heureuses, comme il s'en rencontre parfois dans la pratique des ovariotomistes! » Or, en faisant abstraction de ce groupe exceptionnel, on trouve, d'après le tableau de M. Péan, de 1867 à 1872, 16 opérations avec 5 guérisons et 11 morts, soit 68 pour 100 de mortalité.

D'autre part, veut-on savoir quel est le résultat d'une des séries *les plus récentes* en Amérique? 12 opérations, 11 morts (1)!

On le voit donc, ce n'est pas avec des catégories isolées d'une opération qu'on peut arriver à juger impartialement de sa valeur; il faut se résigner à comprendre la totalité des faits dans une même statistique, raisonner d'après tous les résultats de tous les chirurgiens.

Vouer une opération à n'être pratiquée que par des spécialistes, ce serait implicitement la bannir de la chirurgie.

Que penser enfin de cette affirmation de MM. Péan et Urdy : « que l'amputation sus-vaginale de l'utérus n'est pas une opération beaucoup plus grave que l'ablation des kystes de l'ovaire, compliqués d'adhérences (2)? » Ici, l'illusion est évidente. En effet, même en prenant, selon le désir des auteurs que nous citons, la série des 24 cas publiés de 1863 à 1872, débarrassée des 20 premières opérations, on trouve, avons-nous dit, 45,8 pour 100 de guérisons, soit environ 54 pour 100 de morts. A quels chiffres faut-il comparer ce résultat, produit des opérations pratiquées exclusivement dans ces dernières années? Est-ce aux statistiques déjà anciennes, portant sur les 140 premiers cas d'ovariotomie, avec adhérences, de Sp. Wells, avec les 50 premiers de B. Brown, avec les 35 premiers de Keith, avec les opérations de M. Kœberlé antérieures à 1866? Certes, les conditions

(1) T. Gaillard Thomas. *A pratical treatise of the diseases of women* Philadelphia, 1874, p. 520.

(2) Hystérotomie, p. 23.

du parallèle sont ainsi établies d'une manière bien défavorable pour l'extirpation laborieuse des ovaires. Ce sont elles, cependant, qui règlent la comparaison de M. Péan ; malgré cela, à une seule exception près (celle qui est fournie par Brown, où la proportion est sensiblement la même), la lutte donne à l'ovariotomie grave une très-grande supériorité :

Pour B. Brown. . . .	45 0/0	guérisons.
Sp. Wells. . . .	55 0/0	—
Keith.	60 0/0	—
Kœberlé	62 0/0	—

Ces chiffres sont empruntés à la thèse de Caternault, publiée en 1866. M. Péan y joint sa statistique personnelle qui lui a donné 68 pour 100 de guérisons dans les cas de kystes ovariques avec adhérences étendues.

Il est regrettable que, pour établir ce parallèle, M. Péan se soit servi de documents d'aussi vieille date. Si cet auteur avait fait profiter l'ovariotomie du bénéfice qu'il accorde à l'hystérotomie, en choisissant de préférence les documents récents pour la juger, il aurait été amené, sans nul doute, à démontrer que la mortalité de la première, même dans des conditions défavorables, ne peut nullement être comparée à l'ablation de l'utérus. Ainsi, un an avant la publication du livre de MM. Péan et Urdy, Sp. Wells (1) faisait connaître les résultats suivants : « Dans 204 cas, dit-il, où j'ai trouvé des adhérences très-étendues, 136 malades ont guéri, 68 sont mortes, mortalité de 33,33 pour 100. Cela : semblerait prouver que la mortalité, dans les cas où il y a des adhérences considérables, est plus forte d'environ 13 pour

(1) *Diseases of the ovaries*, London, 1872, p. 319.

100 que celle des cas où il n'y en a que peu ou point. »

Cette statistique, il est vrai, s'applique à la pratique d'un seul auteur, mais elle porte sur un si grand nombre de cas que sa valeur en est singulièrement accrue, et du reste, si on ne la prend pas pour terme unique de comparaison, ne convient-il pas au moins de la faire entrer en ligne de compte?

Arrivons maintenant, après cet examen critique dont nous ne pouvions nous dispenser tout d'abord, à l'exposé des résultats que nous avons rassemblés.

Il nous a été possible de réunir par nos recherches ou par les communications qu'on a bien voulu nous adresser, 119 cas où l'hystérotomie a été pratiquée pour des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques. Il y a eu 77 morts, ce qui donne une proportion de 64,7 pour 100.

En dépouillant les observations (1), on voit que les accidents qui entraînent le plus souvent la mort, sont :

(1) Il y a plus de onze ans que M. Kœberlé écrivait les lignes suivantes (*loco citato*, p. 69) : « Les observations relatives aux opérations d'extirpation de tumeurs fibreuses sont, en général, très-incomplètes et difficiles à se procurer. On ne se rend pas compte, le plus souvent, de la cause des difficultés et des insuccès, de la séméiotique, des indications et des contre-indications. »

Il est regrettable que les auteurs n'aient pas tenu plus de compte de ces réflexions. Sans parler de la difficulté de remonter, pour tous les cas, aux sources, nous avouons nous être trouvé fréquemment dans l'embarras signalé par M. Kœberlé pour apprécier des observations écourtées, évidemment écrites après coup, et où les détails rapportés ne sont parfois pas moins schématiques que les figures qui les accompagnent.

Nous avions recommencé un relevé analytique que nous avons dû bien vite abandonner faute de renseignements suffisants dans la plupart de nos documents. La statistique eût été tellement incomplète qu'elle eût perdu toute utilité. Nous avons dû nous en tenir à ces aperçus généraux; bien qu'ils soient l'expression certaine de la réalité, nous regrettons vivement de ne pouvoir les appuyer de chiffres.

1° Le *choc* ;
2° L'hémorrhagie, primitive ou secondaire ;
3° La péritonite ;
4° La septicémie.

1° La longue durée de l'opération, selon la remarque très-juste de M. Péan, paraît être la cause principale de cette mort rapide, par épuisement, ou par *choc*, comme disent les Anglais, dont nous avons conservé le mot. C'est surtout après les opérations laborieuses qu'on la voit survenir. La perte de sang, toujours notable en pareil cas, alors même que l'hémorrhagie est presque insensible, intervient sans doute aussi efficacement que l'excitation nerveuse allant paralyser le cœur, dont parle Storer.

2° L'*hémorrhagie* peut être un accident formidable au moment même de l'opération. On connaît la grande vascularité de certains fibromes mous et des tumeurs fibro-cystiques. Même dans l'ablation des fibromes durs (1), on ouvre parfois de gros sinus veineux, dont le sang *pleut*, pour ainsi dire, au fond de la plaie. Il nous paraît difficile que la *méthode du morcellement* ne s'accompagne pas quelquefois de perte de sang ; ce procédé, auquel M. Péan donne pourtant une grande importance est jugé très-sévèrement par M. Kœberlé (2).

(1) Le Dr Micars (*American Journal*, 1869, p. 127), dans une gastrotomie faite pour une tumeur de l'utérus adhérente à la paroi abdominale, rencontra une hémorrhagie si incoercible que malgré ses efforts et de nombreuses ligatures, il fut obligé de tamponner la tumeur, d'appliquer un bandage et d'abandonner l'extirpation. Mort cinq jours après. On vit à l'autopsie qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse *ayant subi la dégénérescence calcaire !*

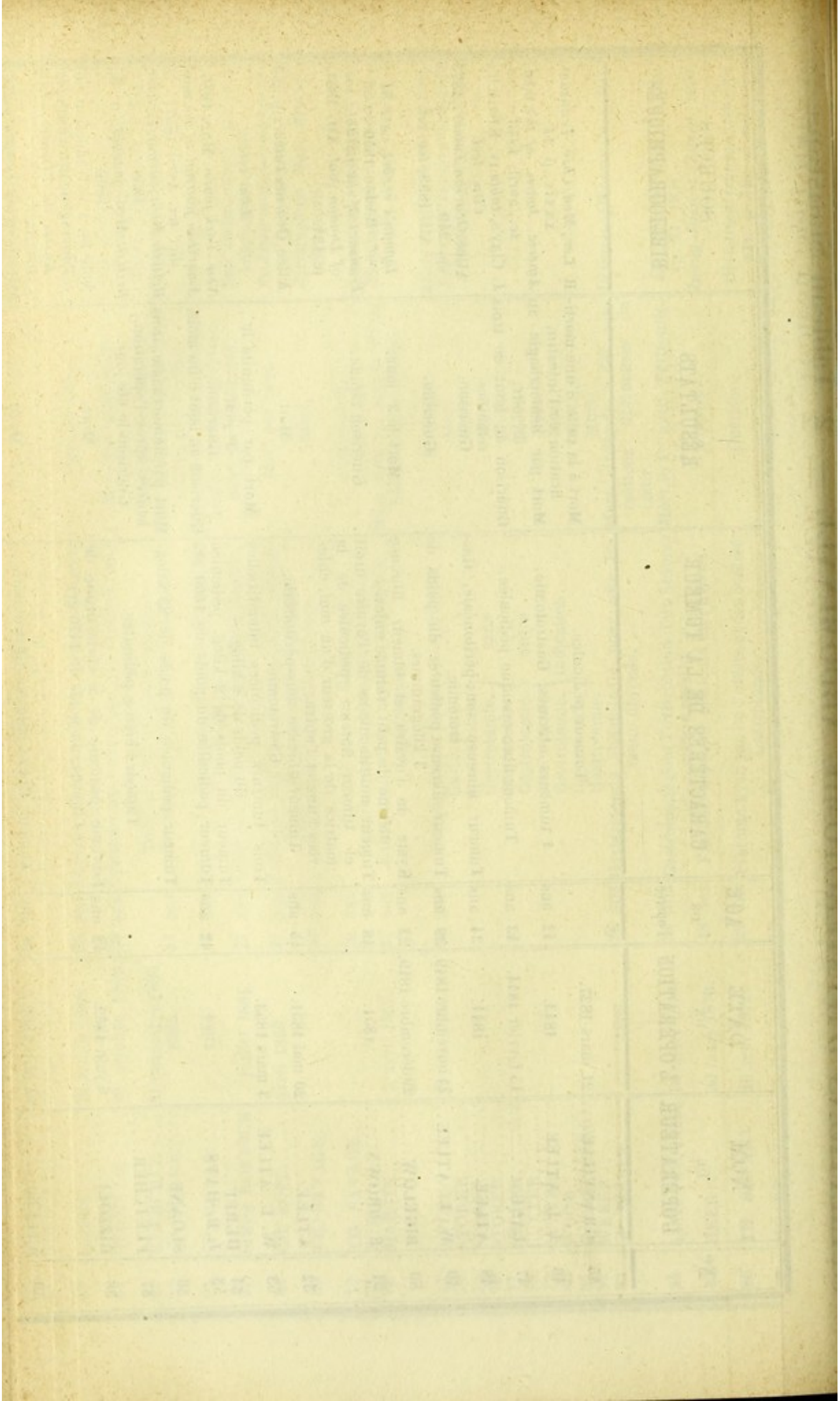
(2) *Communication écrite.*

N°s	NOM DE L'OPÉRATEUR	DATE DE L'OPÉRATION	AGE DE l'opérée.	CARACTÈRES DE LA TUMEUR	RÉSULTATS	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES
1	CH. CLAY.....	Août 1843.		Tumeur fibreuse, ablation d'une grande partie de l'utérus et des ovaires.	Mort par hémorrhagie 1 h. 1/2 après l'opération.	*Medical Times*, n. 164, p. 18.
2	HEATH.....	Novembre 1843.	46 ans	Amputation de l'utérus.	Mort par hémorrhagie 17 heures après l'opération	*Medic. Gaz.* Londres, 8 décembre 1843.
3	CH. CLAY.....	Janvier 1844.	52 ans	Extirpation de l'utérus et des 2 ovaires. Tumeur fibreuse.	Mort par péritonite le quinzième jour(accident).	*Results of Ovariotomy*, etc. case XXII.
4	PARKMAN.....	Janvier 1848.	27 ans	Tumeurs fibreuses interstitielles. Amputation de la matrice.	Mort par hémorrhagie 17 heures après l'opération.	*Lyman's Report*, Boston 1856.
5	BURNHAM.....	Juin 1853.	42 ans	Tumeurs fibreuses. Amputation de l'utérus et des ovaires.	*Guérison.* La malade se levait le 35e jour.	*Nelson's american Lancet*, 1854. *Worcester medic. Journ.* 1854.
6	KIMBALL.....	Septembre 1853.		Tumeur fibreuse intra-utérine. Amputation de la matrice.	*Guérison.* 8 mois après l'op. les ligat. n'étaient pas tombées.	*Boston medic. and surgical journ.* 1855.
7	PEASLEE.....	Septembre 1853.	35 ans	Tumeur fibreuse de la matrice. Amputation de la matrice.	Mort par péritonite le cinquième jour.	*Americ. Journ. of the medic. sc.* avril 1855.
8	KIMBALL.....	Date antérieure à 1863.		Extirpation de la matrice.	Mort.	Cité par Storer, *Americ. Journ. of the medic., sc.* janv. 1866.
9	KIMBALL.....	Date antérieure à 1863.		Extirpation de la matrice.	Mort.	*Id.*
10.17	BURNHAM.....	Date antérieure à 1863.		Extirpation de la matrice.	Mort.	*Id.*
18	BOYD.....	Date antérieure à 1863.		Tumeur fibreuse. Amputation sus vaginale de la matrice.	*Guérison* trois mois après l'opération.	*Americ. Journ. of the medic. sc.* septemb. 1856. *Southern Journ. of the medic. sc.* juin 1857.
19	SAWYER S. F.	1860		Tumeur interstitielle.	Mort le sixième jour par péritonite.	*Americ. Journ. of the medic., sc.* 1860, p. 46.
20	SP. WELLS....	Octobre 1861.		Tumeur fibreuse. Ablation d'une partie de l'utérus et des ovaires.	Mort quatre jours après	S. Wells, *Diseases of the ovaries*, Londres, 1865, vol 1, p. 350.
21	CH. CLAY.....	Janvier 1863.		Tumeur fibreuse de l'utérus. Amputation de la matrice. Extirpation des ovaires.	*Guérison*	*Medic. Times and Gazette*, 18 avril 1867.
22	KOEBERLÉ.....	Avril 1863.	30 ans	Extirpation du corps de la matrice et des ovaires. Tumeur fibreuse interstitielle.	*Guérison* le trente-unième jour.	*Gaz. médic.* de Strasbourg, octob. 1863.
23	KOEBERLÉ.....	Décembre 1863.	35 ans	Tumeur fibro-cystique. Ablation d'une grande partie de la matrice.	Mort par hémorrhagie le troisième jour.	*Gaz. médic.* de Strasb., 1864 *Op. d'ovariotomie*, Paris, 1865
24	BAKER-BROWN	1864			Mort par hémorrhagie le deuxième jour.	Cité par Storer. *Successfull removal of the uterus and both ovaries*, etc. Boston, 1866, p. 17
25	BOINET.....	Mars 1864.		Tumeurs fibreuses interstitielles. Amputation de la matrice et des ovaires.	Mort.	Cité par Kœberlé. *Gaz. médic.* de Strasbourg.
26	KOEBERLÉ.....	Septembre 1864.	39 ans	Tumeurs fibreuses. Amputat. de l'utérus.	Mort par hémorrhagie.	P. Caternault. *Essai sur la Gastrotomie dans des cas de tumeur fibreuse péri-utérine*, Paris, 1866.
27	DUSSERIS.....	1864			Mort.	
28	SANDS.....	Juin 1865.		Donné par Storer comme un cas d'amputation de l'utérus.	Mort.	Storer. *Loco citato.*
29	BUCKINGHAM.	Juin 1865.		Id.	Mort.	*Id.*
30	R. STORER....	Septembre 1865.	47 ans	Tumeur fibro-kystique. Amputation de l'utérus. Extirpation des 2 ovaires.	*Guérison.*	*Americ. Journ. of the medic. sc.* 1856,
31	KOEBERLÉ.....	Mars 1866.	29 ans	Tumeur fibreuse. Amputation de l'utérus.	*Guérison* très-prompte.	Caternault, *loco citato.*
32	KOEBERLÉ.....	Avril 1866.	35 ans	Tumeur fibreuse. Amputation de l'utérus.	Mort 2 heures après opérat.	*Id.*
33	KOEBERLÉ.....	Juillet 1866.	27 ans	Tumeur fibreuse péri-uterine. Amputation de l'utérus.	Guérison.	*Id.*
34	DEMARQUAY..	Juin 1868.	43 ans	Kystes du fond de l'utérus. Amputation de tout le fond de l'organe.	Mort 36 heures après l'op.	*Union médic.*, 24-26 sept. 1868
35	PÉAN.....	Septembre 1869	41 ans	Tumeur fibro-cystique. Extirpation complète de l'utérus et des ovaires.	Guérison.	*Union méd.*, déc. 1869.
36	PÉAN.....	Août 1870.	45 ans	Tumeur fibro-cystique. Amputation d'une grande partie de l'uterus.	Guérison.	Malade présentée à l'Académie de Médecine.
37	PÉAN.....	Août 1871.	32 ans	Tumeur fibreuse intra-utérine. Amputation sus vaginale de l'utérus.	Guérison.	Observation inédite, voyez l'observation in Péan et Urdy (hystérotomie), p. 52.
38	PÉAN.....	Octobre 1871.	37 ans	Id.	Guérison.	Obs. 2 *Eodem loco*, p. 58.
39	PÉAN.....	Novembre 1871.	38 ans	Tumeur fibro-cystique. Amputation seulement d'une partie de l'uterus.	Mort.	Obs. 9. *Eodem loco*, p. 132
40	PÉAN.....	Decembre 1871.	46 ans	Tumeur fibreuse intra-utérine. Extirpation de l'utérus et des ovaires.	Guérison.	Obs. 3. *Eodem loco*, p. 62.
41	PÉAN.....	Décembre 1871.	42 ans	Tumeurs fibreuses interstitielles. Amputation sus-vaginale de l'uterus.	Guérison.	Obs. 4. *Eodem loco*, p. 67.
42	PÉAN.....	Janvier 1872.	39 ans	Tumeur fibreuse intra-utérine. Amputation sus-vaginale de l'utérus.	Mort.	Obs. 5. *Eodem loco*, p. 73.
43	CADGE.....	Date non indiquée		Donné par Kœberlé comme un cas d'ext. de l'utérus dans un cas de tumeur fibr.	Mort.	
44	O. REILLY.....	Id.		Id.	Mort.	

(1) Ce tableau comprend les cas d'hystérotomie abdominale enregistrés successivement par MM. Routh, Kœberlé, Caternault et Péan et Urdy. Ces derniers l'ont publié dans la forme que nous lui conservons, à l'appui de leur travail intitulé *Hystérotomie, de l'ablation partielle ou totale de l'Utérus*, etc., Paris, 1873, p. 16.

N°	NOM DE L'OPÉRATEUR	DATE DE L'OPÉRATION	AGE DE l'opérée	CARACTÈRES DE LA TUMEUR	RÉSULTATS	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES
45	GRANVILLE	21 mars 1827.		Tumeur pédiculée.	Mort à la suite d'une mortification de l'intestin.	R. Lee, *Med. Chir. Transact* XXXIV, p. 14.
46	J. L. ATLEE	1843.	42 ans	4 tumeurs utérines, Gastrotomie.	Mort par hémorrhagie au 3e jour.	*Americ. Journ. of the med. sc.*, avril, 1843
47	LANE	15 février 1844.	43 ans	Tumeur fibro-cystique pédiculée.	Guérison au bout de trois semaines	J. Clay's, *table* IV. Kiwisch's *Clin. lect.*
48	ATLEE	1844.	34 ans	Tumeur fibreuse sous-péritonéale, Gastrotomie.	Guérison.	Atlee, *Ovarian Tumors*, 1873 p. 249.
49	W. L. ATLEE	24 novembre 1849.	39 ans	Tumeur fibreuse pédiculée du poids de 3 kilogrammes.	Guérison.	Atl. 1855, *loc. cit.*
50	BIGELOW	29 décembre 1849.	22 ans	Kyste de l'ovaire et tumeur fibreuse utérine de petit volume enlevés.	Mort le 3e jour.	*Lyman's report*, case 84 Boston 1856
51	B. BROWN	1851.	48 ans	Tumeur multiloculaire de l'ovaire droit et tumeur fibreuse pédiculée de la matrice de la grosseur d'un œuf, enlevées l'une et l'autre.	Guérison rapide.	*Transact of the pathol. soc. of London*. vol. XII, 1851, p. 154.
52	ATLEE	20 mai 1851.	45 ans	Tumeur fibreuse sous-péritonéale. Gastrotomie.	Mort.	Atlee, *Ovarian Tumors*, p. 253
53	W. L. ATLEE	3 mars 1853.		Trois tumeurs pédiculées interstitielles du poids de 2 kilog.	Mort par péritonite le 3e jour.	*Loc. cit.*
54	DERFF			Tumeur du poids de 2 kilog. pédiculée	Guérison.	*New-York journ.* Mars 1856.
55	J. B. HAYS		42 ans	Tumeur pédiculée du poids de 1600 gr.	Guérison au bout d'un mois.	*American journal of the medic. sci.* Avril 1857.
56	SLOANE			Tumeur pédiculée du poids de 25 kilog.	Mort par hémorrhagie, trois heures après l'opération.	*British Med. journal*, Février 1858.
57	FLETCHER			Tumeur fibreuse pédiculée.	Guérison le 66e jour.	*British Med. journal*, n° 8, 1862.
58	RIZZOLI	6 juin 1862.	52 ans	Fibrome pédiculé de la corne droite de l'utérus, du poids de 1470 gr.	Mort.	Note 8e, à la traduction de l'ouvrage de Brown sur les *Kystes de l'Ovaire*, par Perruzzi.
59	ATLEE	12 juin 1862.	40 ans	Tumeur fibro-cystique. Gastrotomie.	Mort.	Atlee. *Ovarian Tumors*, p. 276
60	STOKES			Tumeur fibro-cystique.	Mort par le choc.	*British. med. journ.* fév. 1863.
61	KOEBERLE	14 mars 1863.		Tumeur pédiculée du poids de 33 kilog.	Mort par épuisement le 4e jour.	Thèse de Caternault, p. 28.
62	GAYET	22 juillet 1863.	38 ans	Tumeur fibreuse de la partie latérale droite de l'utérus. Gastrotomie.	Mort de choc.	*Lyon médical*, 1869, n. 5.
63	GERMANN	22 octobre 1863.	30 ans	Cystosarcome volumineux de l'utérus remplissant tout l'abdomen.	Mort par péritonite.	*Sull' ovariotomia.*, par Parruzzi Milan, 1875.
64	KOEBERLE	21 novembre 1863.		Tumeur pédiculée très vasculaire.	Mort par péritonite.	Thèse Caternault, p. 28.
65	SP. WELLS	1863.	53 ans	Tumeur fibro-cystique de l'utérus.	Mort 4 heures après l'opération, par le choc.	*Diseases of the ovaries*, p. 201
66	SP. WELLS	1864.	45 ans	Hystéro-ovariotomie. Tumeur fibreuse de l'utérus.	Mort par le choc, quelques heures après l'opération	*Id*
67	SIMON ROSTOCK	juillet 1864.	27 ans	Tumeur solide de l'utérus. Gastrotomie.	Mort par péritonite.	*Sull' Ovariotomia*, par Perruzzi-Milan, 1875.
68	CH. POPE	avril 1866.	47 ans	Tumeurs fibreuses interstitielles. Amputation sus-vaginale de l'utérus.	Mort par choc.	*St-Louis medical and surgical Journal* 1866.
69	TH. SAVAGE		48 ans	Fibrome utérin. Gastrotomie.	Mort.	*Birmingham Med. Review*, 1874, april.
70	TH. SAVAGE		29 ans	Fibrome utérin, Gastrotomie.	Guérison.	*Id.*
71	ECK		31 ans	Hypertrophie utérine. Gastrotomie.	Guérison.	*Centralblatt*, 1875, n. 7
72	MARTIN	7 avril 1867.	27 ans	Extirpation d'un myome utérin par la parotomie.	Mort avec les signes d'une hémorrhagie interne.	*Monatschrift f. Geburtsk.* XXXIII, p. 242.
73	ATLEE	5 juin 1868.	56 ans	Tumeur fibro-kystique. Gastrotomie.	Guérison.	Atlee, *Ovarian tumors*, p. 279.
74	STORER			Gastrotomie.	Mort.	Cité dans Thomas Gaillard.
75	STORER			Gastrotomie.	Mort.	*Diseases of Women*, 1874.
76	STORER			Gastrotomie. sans	Mort.	
77	STORER			Gastrotomie.	Mort.	
78	CUTTER			Gastrotomie. autre	Mort.	
79	CUTTER			Gastrotomie.	Mort.	
80	WOOD			Gastrotomie. indication.	Mort.	
81	HACKENBERG			Gastrotomie.	Mort.	
82	WEBER			Gastrotomie.	Mort.	
83	SP. WELLS	1869.	36 ans	Hystérotomie abdominale pour une tumeur fibreuse.	Mort attribuée à des concrétions fibrineuses du cœur.	*Diseases of the ovaries*, p. 191.
84	SANDI PASQUALE	30 mars 1870,	34 ans	Gastrotomie pour l'extirpation d'un fibrome utérin sessile.	Mort le 1er avril. Péritonite.	*La Sperimentale* XXIII, p. 21, 1871.
85	HEER	30 mars 1870.	48 ans	Fibrome kystique pédiculé de l'utérus.	Guérison.	*Inaug. Dissert.*, Zurich, 1874.
86	TH. BRYANT	19 mai 1871.	25 ans	Fibrome kystique de l'utérus et des ovaires, Gastrotomie.	Guérison.	*Obstetrical transactions*, vol. XIV, p. 79.
87	MEARS	30 septembre 1871.	32 ans	Tumeur fibreuse sous-péritonéale. Gastrotomie.	Mort.	Atlee, *Ovarian tumors*, p. 253
88	PÉAN	6 décembre 1872.	24 ans	Énorme tumeur fibreuse interstitielle du poids de 37 livres, très-dure et calcifiée par places.	Mort.	Inédite (Communiquée).
89	PÉAN	31 décembre 1872.	23 1/2	Tumeur utéro-cystique.	Guérison.	*Id.*
90	LAWSON TAIT	16 janvier 1873.	—	Ablation d'un fibro-myome volumineux du fond de l'utérus par la gastrotomie.	Guérison.	*Med. Times and Gaz.* 1874, p. 265.
91	VOGT		31 ans	Fibrome utérin. Laparotomie.	Mort d'épuisement.	*Norsk Magaz. f. Lagevid.* R. 3, Bd. 2, 663.
92	PÉAN	6 mars 1873.	36 ans	Tumeur fibro-kystique de l'uterus.	Guérison.	Inédite (communiquée).
93	RICHET	31 mai 1873.	26 ans	Myome. Hystérotomie.	Mort par épuisement (choc), le soir même.	Communiquée.
94	PÉAN	26 juin 1873.	40 ans	Tumeur fibreuse interstitielle, du volume d'une tête d'adulte, les 2 ovaires conservés.	Guérison.	*Id.*
95	PÉAN	3 juillet 1873.	43 ans	Tumeur fibreuse interstitielle.	Guérison.	*Id.*
96	PÉAN	15 juillet 1873.	51 ans	Tumeur fibreuse interstitielle.	Mort.	*Id.*
97	PÉAN	31 juillet 1873.	41 ans	Tumeur sous-péritonéale.	Guérison.	*Id.*
98	PÉAN	7 août 1873.	48 ans	Tumeur interstitielle.	Guérison.	*Id.*
99	PÉAN	23 septemb. 1873.	39 ans	Tumeur interstitielle.	Mort.	*Id.*
100	PÉAN	4 décembre 1873.	41 ans	Tumeur interstitielle.	Guérison.	*Id.*
101	PÉAN	11 décembre 1873.	—	Hystéro-ovariotomie.	Guérison.	*Id.*
102	RICHET	1874	39 ans	Corps fibreux de l'utérus.	Mort par infection purulente, survée le soir du 23e jour.	*Progrès Médical*, 3 janv. 1874
103	TAPPEHOW		—	Fibrome utérin pris à tort pour une tumeur ovarienne. Opération.	Mort.	*Deutsche Klinik*, 1871, p. 30
104	PÉAN	27 janv. 1874.	31 ans	Tumeur fibreuse interstitielle.	Guérison.	Communiquée.
105	EUG. BECKOEL	12 mars 1874.	44 ans	Fibro myxôme développé dans la paroi antérieure d'un utérus bicorne. Extirpation de la matrice et des deux ovaires.	Mort par épuisement.	*Gazette Médic.* de Strasb., 1er juin 1875.
106	LABBÉ	3 avril 1874.	52 ans	Tumeur fibreuse.	Mort 32 heures après l'opération.	Inédite (Communiquée).
107	STADFELDT	13 avril 1874.	56 ans	Hystéro-ovariotomie. Kyste de l'ovaire. Tumeur fibreuse de l'utérus.	Mort par épuisement le 9e jour.	Inédite (Communiquée).
108	GAILLARD THOMAS	19 mai 1874.	—	Ablation de l'utérus et des deux ovaires : tumeur fibreuse pesant 50 livres.	Mort.	Gaillard Thomas, *Diseases of Women*, 1874, p. 520.
109	PÉAN	22 octobre 1874.	35 ans	Tumeur fibreuse interstitielle.	Guérison.	Inédite (communiquée).
110	THOMAS KEITH	2 novembre 1874.	22 ans	Tumeur fibro-cystique. Gastrotomie.	Guérison.	*The Lancet*, 15 mai 1875.
111	OLLIER	15 novembre 1874.	33 ans	Tumeur fibro-cystique. Gastrotomie.	Mort.	Communiquée.
112	THOMAS KEITH	12 décembre 1874.	44 ans	Tumeur fibro cystique. Gastrotomie.	Guérison.	*The Lancet*, 15 mai 1875.
113	THOMAS KEITH		40 ans	Tumeur fibro-cystique Gastrotomie	Guérison.	*Id.*
114	PÉAN	15 décembre 1874.	49 ans	Tumeur fibro-kystique.	Guérison.	Communiquée.
115	PÉAN	12 janvier 1875.	31 ans	Tumeur fibro-kystique.	Mort.	*Id.*
116	LABBÉ	9 mars 1875.	50 ans	Hystéro-ovariotomie pour un kyste de l'ovaire et quatre corps fibreux sous péritonéaux.	Mort. Tétanos.	Communiquée.
117	HOWITG (Danemark).		53 ans	Ovario-hystérotomie, l'utérus fut trouvé considérablement hypertrophié, mais on n'indique pas s'il contenait des corps fibreux.	Mort par le choc le lendemain.	Inédite (envoyée par M. Levison, d'Edimbourg, à M. Péan).
118	HOWITG		62 ans	Kyste de l'ovaire. L'utérus (adhérent) et ses annexes furent pris par le clamp et tout fut coupé un peu au-dessus du clamp.	Guérison.	*Id*
119	PÉAN	27 avril 1875.	33 ans	Tumeur interstitielle de l'utérus.	Mort.	Communiquée.

(1) Ce Tableau renferme les cas que j'ai pu réunir et qui n'étaient pas mentionnés dans le tableau précédent, ou qui ont été publiés depuis le travail cité de MM. PÉAN et URDY.



Une cause fréquente d'hémorrhagie, c'est l'épaisseur du pédicule; il peut échapper à la ligature qui l'étreint, et on a parfois de la difficulté à le ressaisir.

Il est certain que la *forcipressure* a rendu et rendra de grands services dans cette opération, comme dans l'ovariotomie. Une des raisons de la grande proportion de succès obtenus par M. Péan, nous paraît résider dans l'usage habile qu'il fait des pinces à pression, dont il a varié les modèles.

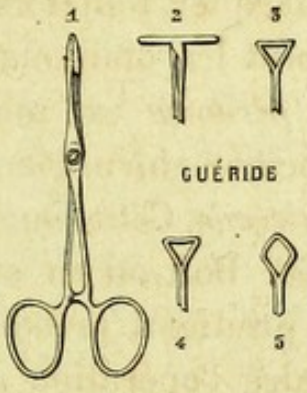


Fig. 1.

Mais une cause d'hémorrhagie contre laquelle tous les moyens sont impuissants, c'est la vascularité intrinsèque de la tumeur. Celle-ci, creusée de sinus vasculaires souvent énormes, gorgée de sang, comme une véritable éponge incompressible, donne parfois issue, lorsqu'elle est sectionnée, à une perte très-considérable.

« Une ligature étant placée autour du pédicule *qui avait la grosseur du poignet*, lisons-nous dans l'observation 1 de M. Kœberlé (2), et serrée dans un serre-nœud, il s'en échappa un *violent flot de sang*, *dont la quantité peut être évaluée à près de* 2 *litres* ! »

(2) Thèse de Caternault, p. 4.

Ce n'est pas seulement l'hémorrhagie primitive qui est à redouter. Elle peut apparaître, et dans des proportions formidables, dans les premiers jours qui suivent l'opération (1) ; ce fait est encore dû, sans doute, à la dilatation des sinus veineux du moignon utérin, qui est étreint par le clamp ou la ligature.

3° La *péritonite* ne paraît avoir ici rien de spécial ; elle survient après l'ablation de l'utérus comme après celle de l'ovaire ; c'est un des dangers de la gastrotomie. Il est bon de remarquer toutefois que l'expérience a démenti sur ce point les opinions accréditées, et que la *susceptibilité du péritoine* est moins grande que ne le pensaient les anciens chirurgiens.

4° *Pyohémie, septicémie.* Cette cause de mort est exceptionnellement notée. Doit-on en attribuer la rareté à la précaution que prennent presque constamment les chirurgiens de faire l'opération en dehors des hôpitaux et même à la campagne, entourés des meilleures conditions hygiéniques ? Nous sommes très-porté à le penser. L'observation de la malade opérée par M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu (2), est un exemple frappant de l'influence pernicieuse de l'atmosphère nosocomiale. Arrivée au vingt-unième jour sans aucun accident notable, elle eût certainement guéri dans un autre milieu.

Nous avons dit, à propos de la physiologie pathologique de la guérison, qu'il se forme dans beaucoup de cas, au niveau du pédicule, un petit clapier infundibuliforme où stagne le pus, si l'on n'en favorise pas

(1) Voir aux *pièces justific.* l'observ. VI, de Keith.
(2) Pièces *justificatives*, obs. I.

l'écoulement à l'aide d'une sonde à double courant ou d'un drain passé dans le cul-de-sac vaginal. Nul doute que, lorsque cette précaution n'est pas prise, la résorption de matériaux putrides ne puisse devenir une cause d'infection. Dans l'observation de M. Bœckel (1), nous relevons les détails suivants notés à l'autopsie : « Les anses intestinales les plus inférieures adhèrent, ainsi que le péritoine, à la partie inférieure de la plaie. En décollant ce dernier, on tombe dans une cavité contenant un liquide noirâtre. C'est dans cette cavité que plongent le serre-nœud et les fils à ligature; en enfonçant dans le vagin une sonde cannelée, on peut la faire pénétrer à travers l'ouverture du col dans la cavité qui renfermait le pus. »

Assurément, le drainage n'eût pas en pareil cas été inutile. Combien sa nécessité ne s'impose-t-elle pas davantage dans les cas où, après l'ablation des corps fibreux que nous avons appelés *pelviens*, il a fallu énucléer la tumeur en décollant par places le péritoine, et où on a constitué au-dessous de la séreuse une sorte de *poche*, ou pour mieux dire de *bourse*, où le pus pourrait s'accumuler? L'observation XII, contenue dans la thèse de M. Urdy, fournit à ce sujet des détails pleins d'intérêt.

(1) *Pièces justific.*, obs. VII.

CHAPITRE IV.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. — CONCLUSIONS.

Pour qu'on soit autorisé à pratiquer une opération qui tue en moyenne environ 64 opérées sur 100, il faut assurément qu'on la considère comme l'unique chance de salut de la malade. Il ne suffit pas que sa vie soit compromise; il est nécessaire qu'elle soit fatalement menacée, et que le chirurgien puisse dire avec assurance: si l'opération n'est pas faite, la malade mourra prochainement.

Telle est la situation du chirurgien en présence des kystes de l'ovaire. « Quand les tumeurs ovariennes, écrit Sp. Wells (1), ont acquis un volume tel que la santé générale en est affectée, et qu'on a employé sans succès les moyens médicaux et palliatifs, *la durée probable de la vie réservée à la patiente n'excède certainement pas deux années*, et ces deux ans sont le plus souvent une suite de maux, parfois même de tortures et de désespoir. Les cas, où l'expectation ou les ponctions successives ont pu prolonger la vie pendant plusieurs années, constituent une exception très-rare à la règle précédente. »

Certes, un pareil pronostic autorise une grande hardiesse. Elle justifiait les premières tentatives d'ovariotomie, malgré la rareté de leurs succès; elle l'indique

(1) *Loc. cit.*, p. 315.

aujourd'hui d'une manière formelle, toutes les fois qu'elle est jugée praticable et que des moyens plus simples sont trouvés insuffisants (1).

En est-il de même de l'hystérotomie?

Les développements dans lesquels nous sommes entré dans le chapitre II nous dispensent de revenir longuement sur ce point. Nous avons tâché d'y établir que, parmi les corps fibreux volumineux, donnant lieu à des accidents graves, on pouvait distinguer deux catégories au point de vue de l'évolution de la tumeur, de la marche des accidents et par suite du pronostic de la maladie. Les corps fibreux de la première catégorie peuvent, à la vérité, amener la mort, comme ceux de la seconde; cependant le chirurgien n'est pas autorisé à la prédire presque à coup sûr dans un cas, comme il l'est, nous semble-t-il, dans l'autre. Il peut toujours espérer, dans les faits qui se rapportent à notre premier type clinique, que la malade échappera aux accidents qui la menacent et pourra atteindre la ménopause; en se bornant à l'expectation, à l'usage des moyens médicaux, il lui arrivera certainement de laisser

(1) Voici, d'après les derniers relevés, quelle est la mortalité dans l'ovariotomie: « Jusqu'au commencement de 1871, le résultat général des opérations n'est certainement pas inférieur à 60 0/0 de guérison. Ce résultat varie cependant beaucoup selon les pays. Aux Etats-Unis (où l'opération est assez souvent exécutée par des médecins qui ne penseraient jamais à faire d'autre opération chirurgicale, même la plus simple), la moyenne des guérisons est de 63 0/0. Dans la Grande-Bretagne, les 7/8e au moins des opérations ont été pratiquées par deux ovariotomistes expérimentés (Sp. Wells et le Dr Keith) et la moyenne n'est pas au-dessus de 66 0/0. En France cependant, la moyenne des succès est tombée à 39,67 0/0 en 1867, au lieu de 46,15 0/0, moyenne atteinte en 1864 et doit être maintenant de 50 0/0. En Allemagne, elle était de 41,66 0/0 en 1870, tandis qu'en 1864 elle était de 27,27 0/0. » (Peaslee. Ovarian tumours. New-York, 1872, p. 327).

un petit nombre de malades mourir; mais, combien n'en laissera-t-il pas vivre qui n'auraient pas échappé aux 64/100es de chances de mort que leur eût fait courir l'hystérotomie?

La question se pose tout différemment pour les cas que nous avons eus en vue en essayant de constituer un *second type clinique*. Là, tout autorise à prévoir une terminaison fatale et à courte échéance; ces corps fibreux, nous l'avons dit, évoluent sensiblement comme les kystes ovariques; nous croyons aussi qu'on peut se conformer pour eux à des règles analogues au point de vue de l'intervention chirurgicale. Donc, lorsque une tumeur fibreuse ou fibro-cystique se sera rapidement développée, et qu'on aura observé pendant quelque temps sa tendance progressive; — quand même la malade aurait dépassé la ménopause, pour les tumeurs fibro-cystiques (1); quand elle en est encore très-éloignée, s'il s'agit de tumeurs fibreuses péri-utérines ou interstitielles; — lorsque, outre la marche *galopante* de la tumeur, des accidents graves viennent menacer la vie de la malade — en l'absence de toutes les conditions mauvaises, dépendant, soit du sujet, soit du milieu, qui contre-indiquent les grandes opérations, en général — on est, croyons-nous, autorisé à pratiquer l'hystérotomie.

Les deux observations suivantes, dont je dois la communication à l'obligeance de MM. Ollier et Nicaise, sont des exemples de cas appartenant à cette catégorie.

(1) Voir aux pièces justificatives les obs. de Keith. (IV, V, VI.)

Tumeurs fibreuses de l'utérus, mobiles dans la cavité péritonéale, developpées chez une jeune femme. Mort de péritonite spontanée.

(Observation recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Ollier, salle Sainte-Marguerite.)

Au n° 2 de la salle Sainte-Marguerite, était couchée en avril 1874 une jeune femme de 26 ans, ayant toutes les apparences de la santé, mais portant dans le ventre des tumeurs volumineuses qui étaient le siége de temps à autre, soit au moment des règles, soit en dehors de cette époque, de douleurs tellement pénibles qu'elle était venue demander à M. Ollier une opération. Ces tumeurs grossissaient, disait-elle, tous les mois et devenaient de plus en plus douloureuses.

M. Ollier constata deux tumeurs fibreuses tenant à l'utérus, l'une située sur la ligne médiane, empiétant un peu à droite, l'autre à gauche se prolongeant dans la fosse iliaque. Tumeurs mobiles; pas de traces de péritonite, par d'adhérences appréciables, col sain, celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfants, profondeur de la cavité cervico-utérine, 7 cent. 1|2. M. Ollier refusa l'opération et soumit la malade pendant un an à divers traitements.

Aucun traitement n'amena d'amélioration. La malade souffrait de temps en temps et réclamait toujours l'opération. M. Ollier se décida à intervenir, et tout était préparé pour l'opération, quand le mari qui y avait consenti et l'avait même demandée plusieurs fois, s'y refusa.

La malade fut alors abandonnée à elle-même, mais la souffrance et les malaises allèrent en augmentant; elle fut prise de douleurs suraiguës, et mourut trois jours après de péritonite. L'autopsie ne fut pas faite.

Cette observation est intéressante, en ce qu'elle présente un des cas les plus favorables pour l'opération, en raison de la pédiculisation et de la mobilité des tumeurs.

Elle montre, en outre, que ces tumeurs, quoique le plus souvent bénignes et bien tolérées pendant longtemps, peuvent devenir le point de départ de complications aiguës qui font regretter qu'on ne soit pas intervenu au moment opportun.

Corps fibreux (myomes) sous-péritonéaux. Hypertrophie de l'utérus. Indication de l'hystérotomie, par M. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté.

M^me^ X..., 29 ans, entre le 25 juin 1875, à la Maison de santé.

Fièvre muqueuse à 14 ans, pas d'autres maladies antérieures. La maladie a été réglée à 14 ans, n'a eu ni enfants, ni fausse couche.

Depuis cinq à six mois, le ventre a augmenté de volume, des douleurs vagues se sont fait sentir dans le côté gauche ; la malade a eu plusieurs fois des vomissements et de la fièvre, dit-elle, mais on ne reconnaît pas dans les commémoratifs l'existence d'une peritonite franche aigue. Il n'y eut sur le ventre ni application de sangsues, ni vésicatoire. Jusqu'il y a trois ou quatre mois, les règles se sont toujours montrées d'une façon régulière, mais depuis cette époque, elles avancent de cinq à six jours, c'est-à-dire qu'elles viennent tous les vingt ou vingt-deux jours. Elles ne sont pas plus abondantes qu'autrefois, et durent deux à trois jours ; elles seraient même moins douloureuses qu'elles ne l'étaient auparavant.

Le ventre n'est pas douloureux à la pression ; on constate par la palpation l'existence d'une tumeur considérable qui occupe l'hypogastre, la fosse iliaque, le flanc gauche, et qui s'étend assez loin aussi du côté droit ; elle ne se présente pas partout sous le même aspect.

Sur la ligne médiane on sent une tuméfaction régulière qui remonte jusqu'au-dessous de l'ombilic, à surface unie, de consistance ferme, et qui rappelle assez la forme d'un utérus gravide. On n'imprime à cette tumeur que de très-légers mouvements de latéralité, et il est impossible de la repousser en arrière. La vessie n'est pour rien dans cette tuméfaction, j'ai au préalable pratiqué le cathétérisme.

A gauche de la tuméfaction médiane, on sent une tumeur très-irrégulière, mobile, à mamelons distincts, qui occupe la fosse iliaque et remonte assez haut jusque vers le rebord des fausses côtes du même côté. Un des mamelons situés dans la fosse iliaque paraît plus mobile que les autres. La tumeur est partout de consistance égale, elle est dure, résistante, plus dure que la tuméfaction médiane.

A droite on trouve une autre tuméfaction qui paraît se continuer

avec la partie supérieure droite de la tumeur médiane, aussi elle est située au-dessus de la fosse iliaque, et se porte en haut et à droite vers le flanc. La surface est irrégulière, moins toutefois que celle de la tumeur du côté gauche, la consistance est très-ferme aussi, plus également que celle de la tumeur médiane. Cette tumeur du côté droit est moins mobile que celle du côté gauche. Quand on imprime des mouvements de latéralité à l'une ou à l'autre tumeur, toute la masse se déplace en même temps.

Toucher vaginal. Le col est porté en haut un peu à gauche; il est entraîné en haut; la forme et la consistance sont normales. Pour bien examiner le col, il faut toucher la malade debout. Il n'y a rien dans les culs de sac vaginaux qui sont moins profonds par suite de l'ascension de l'utérus. Les mouvements imprimés à la tumeur médiane se transmettent au col. La malade est parfois gênée pour uriner ; le cathétérisme est facile et non douloureux.

L'hystéromètre pénètre facilement de 7 centimètres dans la cavité utérine; à cette profondeur l'extrémité de l'instrument rencontre une résistance bien nette. Pas d'œdème des membres inférieurs.

L'état général est bon et ne paraît pas influencé par l'affection actuelle. La malade est d'un tempérament lymphatique; elle a un embonpoint assez marqué, qui aurait même augmenté dans ces derniers temps.

Il s'agit là d'une affection qui a son siége dans les organes génitaux internes; la forme, les caractères de la tumeur ne permettaient pas d'admettre qu'elle a pour siége exclusif un ovaire; on ne peut s'arrêter non plus à l'idée d'une grossesse extra-utérine.

Les tumeurs latérales donnent la sensation de corps fibreux multiples; par suite de leurs rapports avec la tumeur médiane, des renseignements fournis par les mouvements qu'on leur imprime, je pense que l'on se trouve en présence de corps fibreux multiples, adhérant à la face postérieure de l'utérus; la tumeur gauche paraît mieux pédiculée que celle qui est située à droite. Je ferai en outre remarquer que la tuméfaction médiane, formée par l'utérus, ne peut être repoussée en arrière, aussi je crois qu'entre les deux tumeurs latérales, il y a derrière l'utérus d'autres corps fibreux qui empêchent ce déplacement.

La tumeur qui occupe la région hypogastrique, de consistance moins ferme que les tumeurs latérales, est formée par l'utérus augmenté de volume. L'absence de tous signes de grossesse, l'hystérométrie permettainet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un utérus

gravide compliqué de corps fibreux. On est autorisé à attribuer l'hypertrophie de l'utérus à la présence de myomes peut-être interstitiels. La cavité utérine est agrandie, puisqu'il s'agit d'une femme nullipare et que l'hystéromètre a pénétré de 7 centimètres.

En résumé, je crois avoir affaire ici à des corps fibreux développés sur la face postérieure de l'utérus, et faisant saillie dans la cavité péritonéale; l'utérus lui-même est augmenté de volume et renferme probablement des corps fibreux dans son épaisseur.

La malade a 29 ans, l'état général est bon, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, pas de pertes, ni même de ménorrhagie. Les règles sont seulement plus fréquentes.

J'ai pensé un moment à proposer l'hystérotomie, mais en présence de la conservation de la santé, de l'absence de pertes et d'œdème, je crois que l'on doit attendre des indications plus impérieuses.

Le développement de ces corps fibreux peut s'arrêter, et si la malade peut arriver jusqu'à l'époque de la ménopause, on a l'espérance de voir des corps fibreux ne plus former qu'une infirmité.

Cette malade doit être tenue en observation et si, dans quelque temps, les tumeurs augmentent, s'il survient de l'œdème, je crois qu'alors on devra pratiquer l'hystérotomie ; seulement aujourd'hui je le répète, je ne trouve pas les indications assez impérieuses, je préfère attendre.

Mais, est-il besoin de l'ajouter, on ne devra entreprendre cette grave opération de l'hystérotomie que lorsque l'examen clinique de la tumeur, de son volume, de ses connexions avec le bassin et les organes qu'il renferme aura démontré que l'opération est praticable, sans exposer la malade à une mort à peu près certaine. M. Kœberlé considère comme impropres à être opérées par la méthode sus-pubienne « les tumeurs qui ont envahi le col et se sont développées dans l'excavation pelvienne (1). »

Une pareille règle nous paraît répondre à la prudence. Les antécédents de pelvi-péritonite, autorisant à craindre

(1) Gaz. méd. de Strasbourg, n° 6, 1875.

de fortes adhérences, seraient aussi, à nos yeux, une contre-indication formelle. Enfin, si la tumeur est énorme, remplit tout l'abdomen, et ne peut être extraite que par une très-longue incision ou un morcellement laborieux, l'hésitation sera permise.

M. Kœberlé, d'après un cas funeste de sa pratique, considère comme une contre-indication une ascite très-prononcée (1). Est-ce à cause de la susceptibilité plus grande du péritoine que semble révéler cet épanchement? Est-ce par suite du doute que cette ascite peut laisser sur la nature bénigne de la tumeur? L'auteur ne s'explique pas à ce sujet, mais une opinion de cette importance doit assurément être prise en grande considération.

Avant de terminer, nous devons dire quelques mots sur deux cas particuliers qui peuvent se présenter.

Il est arrivé fréquemment, il arrivera sans doute encore, de faire la gastrotomie pour un kyste de l'ovaire qu'on a diagnostiqué, et de se trouver en présence d'une tumeur fibro-cystique de l'utérus; les plus habiles peuvent s'y tromper, ainsi que le prouve l'exemple récent de Keith (2), qui a pourtant une si grande habitude des affections de ce genre. En pareille occurrence, que doit-on faire? Faut-il ne tenter l'extirpation de la tumeur fibreuse que si elle est pédiculée, et refermer l'abdomen sans poursuivre l'opération, pour peu que celle-ci doive compromettre le corps de l'utérus? Tel est l'avis émis par M. Boinet dans son mémoire présenté à l'Académie. On doit comprendre, après les développements

(1) Caternault. Loc. cit.
(2) Pièces justificatives. (Obs. IV et V.)

qui précèdent, que nous ne saurions partager cette opinion, et qu'on ne doit pas hésiter, selon nous, à pratiquer en pareil cas une hystérotomie, dont une partie des dangers sont déjà affrontés. Conseiller d'agir autrement, c'est presque légitimer les *incisions exploratrices*, que l'expérience a définitivement condamnées (1).

Un point plus sujet à discussion est celui-ci : dans le cours d'une ovariotomie on s'aperçoit que l'utérus contient des corps fibreux d'un certain volume. Doit-on *profiter de l'occasion* (qu'on nous passe l'expression), pour enlever la matrice ? La question est épineuse. Nous croyons qu'il est bien difficile, sinon impossible, de poser des règles fixes relativement à des cas aussi peu comparables entre eux que ceux de cet ordre. La conduite qu'on tiendra dépendra à la fois du volume des corps fibreux, de la simplicité ou de la complication de l'ovariotomie déjà effectuée, des accidents antérieurement causés par les myomes, de l'âge de la malade, etc... et aussi, peut-être, du tempérament du chirurgien. Nos tendances personnelles, nous devons l'avouer, nous pousseraient, en pareil cas, plutôt vers la prudence que vers l'audace.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des faits semblables à celui de M. Labbé (2), où l'hystérotomie a été pratiquée avec préméditation et n'a nullement été une opération *de circonstance*.

Arrivé au terme de cette discussion, nous résumerons les conclusions auxquelles elle nous a conduit :

(1) Sp. Wells. Loc. cit., p. 461 et suiv.
(2) Voir pièces justificatives.

1° L'hystérotomie abdominale, dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, est une opération qui, bien que très-grave, est parfaitement justifiable dans certains cas ; elle mérite de prendre définitivement rang dans la chirurgie.

2° Toutefois, il n'y a aucune comparaison à établir entre les indications de la gastrotomie pour les corps fibreux utérins et celles de la même opération pour les kystes de l'ovaire.

Tandis que la plus grande partie de ceux-ci réclame ou légitime cette opération, en raison de leur marche fatalement mortelle, l'immense majorité des gros corps fibreux de l'utérus ne l'indique pas d'une façon suffisante.

3° L'opération doit être réservée aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, qui ont une évolution rapide, *galopante*, et s'accompagnent de phénomènes graves qui menacent l'existence.

4° Les gros corps fibreux, qui ne rentrent pas dans la précédente catégorie, alors même qu'ils déterminent des accidents alarmants, doivent être traités par des moyens moins dangereux. On sait en effet que ces tumeurs tendent à s'amoindrir et à être *tolérées* à une période plus ou moins tardive ; et en tout cas, il paraît démontré par l'expérience que la mortalité résultant alors de l'expectation est moins forte que celle qui suit les opérations d'hystérotomie.

5° Quand, dans une gastrotomie faite par suite d'une erreur de diagnostic, on trouve une tumeur utérine au lieu d'un kyste de l'ovaire, il faut en pratiquer l'ablation plutôt que de laisser l'opération incomplète, alors même que le corps fibreux ne serait pas pédiculé.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATION I. — Hystérotomie faite pour un corps fibreux de l'utérus, à marche rapide. Mort, le vingt et unième jour, d'infection purulente. (Résumé de l'observation d'après la clinique de M. le professeur Richet, recueillie par M. Remy, *Progrès médical*, 3 janvier 1874.)

Femme X..., âgée de 39 ans, bien réglée jusqu'en 1870, n'ayant jamais eu d'enfants, commença en 1871 à constater des irrégularités de la menstruation. En 1872, elle vit apparaître une tumeur qui grossit rapidement de gauche à droite ; elle eut alors des pertes qui altérèrent sa santé, mais surtout des douleurs intenses avec insomnie et de l'œdème des membres inférieurs. Tous ces phénomènes s'aggravant, elle entra à l'hôpital. A ce moment, facies ovarien (S. Wells) ou plutôt hippocratique ou abdominal ; teint plombé ; digestions pénibles ; parfois vomissements ; insomnie à cause des douleurs qui sont intolérables. Le ventre est irrégulièrement développé, très-bosselé, surtout à droite, douloureux à la pression ; à droite au-dessous du foie, tumeur élastique ; à gauche, deuxième tumeur élastique, semi-fluctuante ; une ponction démontre que c'est une tumeur solide. Ces tumeurs sont adhérentes à l'utérus qu'elles entraînent dans les mouvements de latéralité et d'abaissement. Allongement du col. Par le toucher rectal on sent plusieurs tumeurs non appréciables par l'abdomen : l'une était à la partie postérieure de l'utérus, l'autre derrière la tumeur que l'on sentait à gauche dans l'abdomen. La vessie est repoussée en avant. En raison du développement rapide en dix-huit mois, de l'amaigrissement, des pertes utérines continuelles, de la perturbation des fonctions digestives, on se décide à l'opération que demandent instamment la malade et ses parents. L'opération se fait en cinq temps :

Dans le premier temps, incision des parois abdominales, allant du pubis à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Deuxième temps : extraction de la tumeur dans sa totalité ; elle ne présente pas d'adhérences.

Troisième temps : on serre le pédicule par deux anses de gros

fil de fer; alors la tumeur, de rouge et vasculaire qu'elle était, devient pâle, et on la sectionne au-dessous du pédicule.

Quatrième temps : on fait la toilette du péritoine, puis on fait les sutures superficielles et profondes, et on termine par l'application du clamp.

L'opération a duré en tout une heure et demie.

Vomissements pendant les premiers jours. Traitement tonique.

Vers le treizième jour, la malade a été prise de diarrhée; on remplace alors le rhum que l'on avait employé jusques-là par le régime lacté.

Vers le dix-septième jour, on constate une parotide double.

Dans la nuit du dix-huitième au dix-neuvième jour, il se produit une fistule intestinale, et la malade succombe à une infection purulente larvée, le soir du vingt-troisième jour.

Autopsie. (Je dois les détails de l'autopsie à M. le professeur Richet). L'incision de l'abdomen fut pratiquée par le haut, de façon à bien voir comment s'était fait l'isolement de la plaie utérine dans le fond du petit bassin. Ce qui frappa tout d'abord, c'était l'agglutination des intestins entre eux et avec la cavité abdominale; il n'y avait plus de cavité péritonéale. Ça et là, en décollant les intestins agglutinés, on ouvrait par déchirure de petits foyers purulents de capacité variant d'un pois à une noix. Le pus qu'ils contenaient était blanc laiteux; on en pouvait compter 25 ou 30. L'intestin offrait d'ailleurs extérieurement tous les signes d'une vive phlegmasie; il en était de même à la surface muqueuse.

On trouva dans les poumons une vingtaine de foyers purulents analogues aux précédents.

Il est donc démontré que la malade a succombé à la toxicohémie purulente, qui d'ailleurs régnait à l'Hôtel-Dieu en ce moment.

Tout l'intérêt de cette autopsie est dans ce qui fut trouvé du côté du petit bassin. Il existait une ouverture immédiatement au-dessus de la symphyse, assez grande pour laisser facilement passer l'index. C'est par là que le tube à double courant pénétrait pendant la vie dans le fond du petit bassin. L'index plongeait dans cette ouverture, s'y engageait complètement, et on parvenait même à en toucher le fond sans trop de difficultés. Il était, de tous côtés, serré comme dans un canal à parois molles et tapissées par une membrane veloutée non interrompue. Dans le fond, on sentait une saillie ayant la forme d'un moignon assez résistant, de la grosseur du pouce. Dès qu'on eut fendu ce trajet pour en étudier la composition et la structure, on reconnut qu'il était

formé par une épaisse néo-membrane rouge, tomenteuse et granulée à sa surface interne, se confondant par sa surface adhérente ou profonde avec les circonvolutions de l'intestin grêle et de l'S iliaque, qui l'entouraient et la pressaient de toutes parts. En avant se trouvait la face postérieure de la vessie; elle recouvrait en bas, du côté du plancher périnéal, le moignon dont on appréciait la saillie avec le doigt, moignon qui n'était autre que la section du col utérin dans le point où il se continuait avec la tumeur enlevée.

En résumé, disait dans sa leçon M. le professeur Richet, vous voyez comment la nature a isolé, par une membrane de nouvelle formation, la cavité du péritoine de la plaie utérine. Il s'est formé autour du corps étranger, c'est-à-dire des fils métalliques qui étreignaient le moignon utérin, une sorte de canal qui conduisait les liquides purulents à l'extérieur. Seulement, comme dans le décubitus, ce canal avait son ouverture beaucoup au-dessus de son fond situé dans le cul-de-sac recto-vaginal, on se trouvait dans la nécessité, pour éviter le croupissement des liquides dans ce cul-de-sac, d'y faire des injections détersives réitérées, d'où la nécessité absolue, ainsi que cela avait été fait pendant la vie, d'entretenir une sonde à double courant dans ce trajet du canal et d'y faire des injections avec l'eau de noyer alcoolisée. C'est grâce à cette pratique qu'on doit d'avoir traversé successivement les premiers accidents. On peut même dire avec vérité que cette femme est morte guérie de son opération, et qu'elle n'a succombé qu'à l'empoisonnement nosocomial.

Obs. II. — Hystérotomie pratiquée pour un myôme utérin, par le professeur Richet. Opération faite le 31 mai 1873. Mort, cinquante heures après l'opération, d'épuisement. (Inédite, communiquée par M. le professeur Richet.)

Mme C..., âgée de 26 ans, n'ayant jamais eu d'enfant et en désirant ardemment, fut adressée au professeur Richet, par le Dr Augonard, dans le courant de janvier 1873. A la suite d'une consultation approfondie, le diagnostic porté fut: *Myôme occupant le corps de l'utérus*. Un traitement fut institué contre les hémorrhagies épuisantes, et on ne dissimula pas à la malade qu'aucune médication ne pourrait la guérir radicalement. Cette nouvelle la jeta, paraît-il, dans un sombre désespoir, et deux mois après, elle vint

trouver M. Richet, lui disant qu'elle était résolue à tout souffrir, même la mort, plutôt que de rester dans l'état où elle était.

Une nouvelle consultation eut lieu en mai, à la suite de nouvelles hémorrhagies, et la malade et son mari déclarèrent que, s'il y avait une opération possible, ils étaient l'un et l'autre bien résolus à la tenter.

L'état de Mme C... s'était aggravé, le ventre avait pris le développement qu'il atteint à huit mois de la grossesse, et l'abdomen était rempli par une tumeur dure, élastique ayant la forme de l'utérus gravide, sans qu'il fût possible cependant de croire un seul instant à une grossesse vraie ou extra-utérine. La malade ne pouvait plus marcher, ses jambes étaient considérablement enflées et douloureuses; elle ne restait pas une journée sans pertes sanguines; elle perdait de plus en plus ses forces et l'appétit. Bref, une catastrophe prochaine était inévitable.

Il fut donc décidé qu'on tenterait l'hystérotomie, et l'opération fut fixée au 31 mai. Elle fut pratiquée à Ivry, dans un pavillon situé au milieu d'un beau jardin, en présence et avec l'aide de MM. Augonard, Rémy, Longuet et Richet fils.

L'incision du ventre pratiquée, l'utérus se présenta par la face antérieure, d'apparence rosée, sillonnée de vaisseaux artériels et veineux, dont quelques-uns avaient le volûme de l'humérale. Cette vascularisation avait quelque chose de réellement effrayant; d'ailleurs point d'adhérences.

L'incision abdominale primitive, qui allait du pubis à l'ombilic, se trouvant trop peu large pour laisser passer la tumeur, on fut obligé de l'agrandir de 3 centimètres par le haut, et alors la tumeur fut attirée au dehors. Comme il n'y avait point d'adhérences, de suite on put reconnaître le point où il serait possible de faire la section, et on s'assura qu'il fallait enlever la totalité du corps de l'utérus et la moitié supérieure au moins du col, qui était un peu allongé et attiré vers le grand bassin. Une aiguille portant un chas traversa d'avant en arrière le col, de façon à le diviser en deux moitiés égales, puis un double fil métallique fut passé dans le chas de l'aiguille, de façon que dédoublé il étreignit isolément chaque moitié. Dès que la torsion se fit (simultanément sur chaque moitié), on vit distinctement la circulation si active dans la tumeur s'arrêter brusquement et sa couleur de rosée devenir livide. Malheureusement, au moment où la striction allait se compléter, un des fils se cassa net au bas du col. Force fut de le retirer et de le remplacer par un autre, ce

qui ne put se faire sans perte de sang et de temps, chose qui ne contribua pas peu à épuiser davantage encore la malade. Enfin, le nouveau fil étant régulièrement placé, on put faire l'ablation de la tumeur à 3 centimètres environ au dessus de la striction, de manière que les fils ne fussent point exposés à glisser. Le péritoine fut alors nettoyé avec le plus grand soin; des sutures abdominales, profondes et superficielles furent pratiquées, et enfin la malade, qui pendant une heure et demie qu'avait duré l'opération, avait constamment été chloroformisée profondément, fut réveillée et placée dans son lit.

Le pouls était petit et concentré, les lèvres étaient un peu pâles, mais la malade n'accusait d'autre sensation qu'une soif très-vive.

Deux heures après, la chaleur était revenue, et sans potion, Mme C... put dormir; la nuit se passa sans accident, ainsi que la journée du lendemain 1er juin. Le 2, au matin, la malade fut prise de frissons et on ne put la réchauffer; la température était normale; le pouls petit, à 120, serré et intermittent; une sueur froide couvrait le corps. Les douleurs n'étaient point très-vives et ne semblaient pas accuser de péritonite; d'ailleurs il n'y avait ni vomissement ni hoquet, seulement un peu de ballonnement du ventre. Mme C... succomba vers les cinq heures du soir, cinquante heures après l'opération, avec tous les symptômes d'un épuisement profond.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée (voir la planche) se compose d'un myôme interstitiel développé dans la paroi antérieure de l'utérus. Elle est ovoïde, offrant (après macération prolongée dans l'alcool) un grand diamètre vertical de 16 centimètres et une largeur de 12 centimètres. Elle est formée de pelotons de fibres musculaires lisses, gros comme un petit œuf chacun, juxtaposés et aplatis par pression réciproque.

La tumeur ne tient à la paroi antérieure dédoublée que par du tissu cellulaire lâche. On l'énuclée assez facilement (fig. 2, *a*). Elle se montre ainsi séparée du péritoine, d'une part, et de la muqueuse utérine, de l'autre, par une paroi musculaire n'atteignant pas une épaisseur de plus de 3 millimètres. Sur le revêtement péritonéal et à droite, on voit l'insertion d'une large bride filamenteuse reproduite sur le dessin (fig. 1, *bb'*).

En arrière de la tumeur, la cavité utérine, énormément dilatée (ouverte dans la fig. 1.—Sectionnée perpendiculairement fig. 2, c. c.) forme une cavité verticale dont les parois sont au contact. Cette

cavité est de forme triangulaire, à sommet inférieur. A l'un des angles de cette base, se montre un *ostium uterinum* (fig. 1, *d*), capable d'admettre un stylet et communiquant avec la trompe. La paroi postérieure de l'utérus est extrêmement réduite, mince comme une feuille de carton ordinaire.

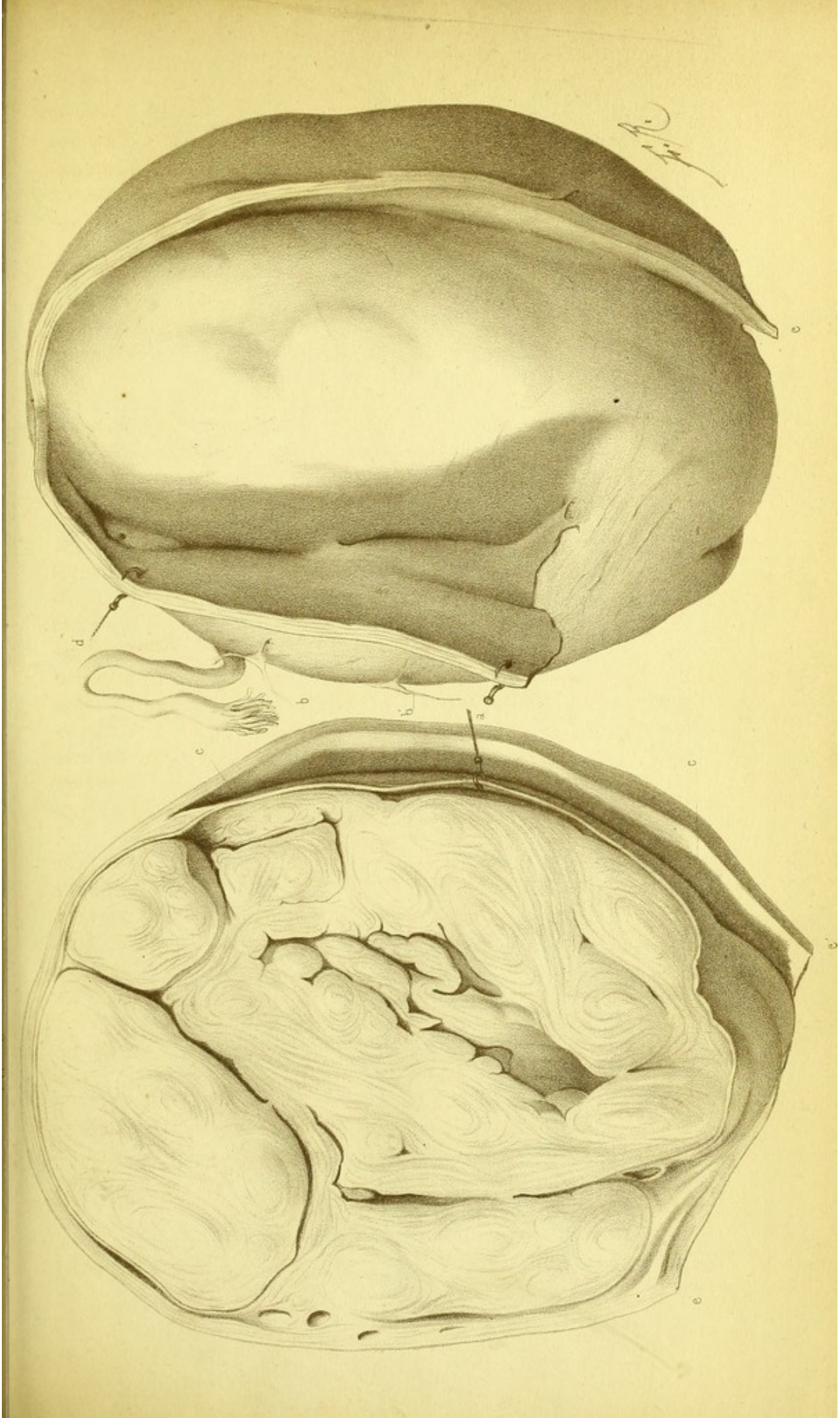
La cavité du corps embrasse le fibrôme par une courbe ouverte en avant, moulée sur sa connexité postérieure (fig. 1et 2, *cc'*).

La section des parois utérines (*ee'*) paraît avoir porté sur la partie supérieure du col ; on aperçoit au-dessus quelques-uns de de ses plis caractéristiques.

Obs. III. — Hystéro-ovariotomie, par M. le Dr Labbé, 9 mars 1875; morte de tétanos le cinquième jour après l'opération. Observation rédigée par M. Fourestié, interne des hôpitaux. (Inédite, communiquée par M. le Dr Labbé.)

Madame Lécuyer, âgée de 50 ans, a été réglée à l'âge de 11 ans; les règles ont toujours été très-abondantes. Elle a eu un enfant il y a vingt et un ans, et l'accouchement s'est passé dans les meilleures conditions. En 1867, elle a eu une métrorrhagie qui n'a pas duré moins d'un an, et qui, parfois, prenait des proportions assez inquiétantes. A cette époque, on la soigna pour une affection du cœur ; elle avait, du reste, les jambes enflées, et était parfois très-oppressée : aujourd'hui il existe encore un bruit de souffle léger à la pointe et au premier temps du cœur. Depuis quatre ans, les accidents de gêne circulatoire consécutifs à la lésion cardiaque ont complètement disparu ; elle n'a conservé qu'un peu de dyspnée antérieure au développement de l'abdomen.

Il y a deux ans, elle dit avoir remarqué, au niveau de la fosse iliaque droite, une petite tumeur, grosse comme un œuf, mais elle n'a pas senti qu'elle fût mobile. Elle a persisté, dans cet état, pendant quatre ou cinq mois, puis il lui a semblé qu'elle s'était portée brusquement du côté gauche. A ce moment, le ventre a commencé à grossir ; il y aurait par conséquent quinze ou seize mois. A cette époque aussi ont reparu des métrorrhagies qui, cette fois, n'ont jamais été inquiétantes. Depuis cette époque, les pertes n'ont jamais cessé; cependant elle est toujours réglée, et ses menstrues se font toujours remarquer par une augmentation de l'écoulement sanguin ; elles durent sept ou huit jours, et sont plus abondantes qu'elles n'étaient autrefois. Depuis cette époque aussi, la miction est devenue plus fréquente; elle se lève quatre ou cinq fois par nuit pour uriner; les garde-robes sont difficiles.



face P 64

Il y a un mois, elle a eu des vomissements qui ont aujourd'hui disparu ; elle ajoute, qu'à la même époque, son ventre était plus volumineux, que les flancs débordaient de chaque côté de la ligne axillaire prolongée, et que, dans la région sus-pubienne, la saillie était encore plus prononcée qu'elle ne l'est aujourd'ui.

Etat actuel. Bien que la malade ait le facies un peu amaigri, l'état général est encore satisfaisant, l'appétit suffisant.

Le ventre, très-volumineux, fait une saillie en pointe dans la région sus-pubienne, où l'on remarque de nombreuses vergetures ; les parois abdominales ne débordent pas l'épine iliaque.

La palpation fait découvrir une tumeur dure au-dessus de la symphyse du pubis, tumeur qui a de la tendance à faire saillie en avant de la symphyse; à 15 centimètres environ au-dessus de la symphyse, on perd cette tumeur qui paraît nettement séparée du reste de l'abdomen par un sillon où l'on enfonce le bord du doigt.

Sur le côté gauche de l'abdomen on déprime difficilement la paroi abdominale ; par une pression brusque, on n'arrive pas à sentir une tumeur sous-jacente, mais la paroi abdominale paraît glisser sur un plan résistant.

Sur le côté droit de l'abdomen, on déprime plus facilement la paroi abdominale, mais par la pression brusque, on ne butte sur aucune tumeur, si ce n'est cependant quand on se rapproche de la ligne médiane, où l'on retrouve la tumeur sus-pubienne dont nous avons parlé. La percussion est mate dans toute la partie de l'abdomen située au-dessous de l'ombilic, si ce n'est sur les parties latérales déclives où l'on retrouve quelques points à peu près sonores. A la partie supérieure, la ligne qui sépare la sonorité de la matité décrit une courbe dont la concavité regarde en haut.

Par le toucher vaginal, on trouve que les culs-de-sac postérieur et latéral gauche sont libres et d'une capacité plus grande qu'à l'état normal. Le col de l'utérus est remonté derrière la symphyse du pubis, du côté droit. On ne peut atteindre le cul-de-sac supérieur. Le doigt sur le col perçoit des pulsations artérielles très-énergiques, il perçoit en outre des mouvements lorsqu'on déplace la tumeur sus-pubienne.

16 février. A la suite du toucher vaginal, la malade a eu des pertes sanguines, assez abondantes qui ont duré cinq ou six jours ; aujourd'hui elles ont diminué, mais le ventre est douloureux. On sent du côté droit des frottements péritonéaux très-nets.

Le 23. L'état général est toujours satisfaisant, mais le poids de l'abdomen occasionne des tiraillements douloureux à l'épigastre.

9 mars. On pratique l'opération de l'ovariotomie en ville, à dix heures du matin.

On fait une première incision qui, partant de l'ombilic, s'arrête à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, sur la ligne médiane. Cette incision, pratiquée à travers un tissu cellulaire œdémateux, donne issue à beaucoup de sérosité et à très-peu de sang; c'est à peine si on place quatre ou cinq pinces hémostatiques. Quand les lèvres de l'incision sont exsangues, on fait une petite ouverture au péritoine et on l'incise ensuite sur la sonde cannelée; à ce moment, il s'écoule du liquide ascitique. Une incision faite avec le bistouri, à travers la paroi du kyste, donne issue à un liquide gommeux et coulant difficilement. A ce moment, on saisit le kyste avec de fortes pinces, et on l'attire au dehors. Le chirurgien introduit sa main dans la cavité kystique, et déchire de nombreuses cloisons qui divisaient le kyste, en une multitude de petites poches.

Malgré cet écoulement de liquide, malgré de fortes tractions, le kyste ne cède que difficilement; on agrandit l'incision de la peau, et on la fait remonter jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tandis qu'un aide presse fortement sur la partie supérieure du kyste, de façon à le chasser au dehors; tandis que deux aides s'opposent à l'entrée du liquide dans le péritoine, le chirurgien saisit de nouveau le kyste; à ce moment, de gros sinus veineux parcourant la paroi kystique se déchirent en plusieurs points, mais l'hémorrhagie est promptement arrêtée avec des pinces hémostatiques. Une adhérence très-résistante au grand épiploon, retient encore le kyste dans la cavité abdominale; on excise cette adhérence après avoir préalablement passé une ligature au-dessus et au-dessous du point excisé.

En quittant l'abdomen, le kyste entraîne avec lui l'utérus et ses annexes. Cet utérus est très-volumineux : à sa face externe, sont appendus, quatre polypes fibreux, sous-péritonéaux, dont le plus gros égale le volume d'une grosse noix. Le simple toucher indique la présence de plusieurs corps fibreux interstitiels. On se décide à faire l'excision de tout l'appareil génital. A l'aide d'un serre-nœud, on enserre l'utérus à un centimètre au-dessus des insertions vaginales. On passe un deuxième serre-nœud un peu plus haut. Au-dessous de ces deux ligatures métalliques, on passe deux aiguilles en croix, on coupe ensuite l'utérus à trois centimètres au-dessus de la dernière ligature, en sorte que c'est le col qu'on maintiendra au dehors; c'est lui qui nous servira de pédicule. On fait les sutures métalliques profondes, en ayant soin d'adosser le péritoine à

lui-même. On fait ensuite avec des épingles des sutures superficielles. Des éponges, montées et introduites jusque dans les profondeurs du petit bassin, ne ramènent qu'un peu de sérosité rougeâtre.

On porte la malade dans son lit, on touche le pédicule avec du perchlorure de fer, et on recouvre l'abdomen d'ouate, en exerçant une légère compression.

L'examen du kyste ne révèle rien de particulier : des poches nombreuses, en plusieurs points un tissu auréolaire contenant un liquide gélatineux : poids 35 à 40 livres.

L'examen de l'utérus nous révèle en outre huit corps fibreux interstitiels, dont le plus gros atteint le volume de la moitié du poing, et le plus petit celui d'une petite noisette.

L'ovaire droit est le siége de deux petits kystes, gros chacun comme un gros pois. La trompe droite est dilatée et bleuâtre.

Soir. On a administré des pilules d'opium de 1 centigr. toutes les deux heures. La malade a pris plusieurs grogs à l'eau-de-vie et sucé de la glace. Elle a uriné seule plusieurs fois. Les deux premières fois, la miction a été douloureuse, mais en ce moment elle ne l'est plus. Elle se plaint de cuisson dans le ventre.

Le 10. Température axillaire, 38°; 110 pulsations. La nuit a été bonne; elle a pris dix pilules de 1 centigr; les deux dernières ayant été suivies de vomissements, on les suspend. Elle a pris des bouillons, du Bagnols. Elle urine souvent, mais sans douleur, et ses urines sont normales.

A 11 heures du matin, le ventre commence à se ballonner. Aussitôt on recouvre tout l'abdomen de collodion, et on applique deux vessies de glace. On badigeonne le pédicule au perchlorure de fer.

Soir. Le ballonnement a diminué. 116 pulsations, pouls plein ; la peau est bonne, le facies est excellent.

La malade a pris plusieurs bouillons et deux biscuits trempés dans du vin de Bagnols.

On badigeonne de nouveau avec du collodion. La malade se plaint que l'odeur d'éther qui s'exhale, pendant qu'on la badigeonne, lui donne des nausées; la garde ouvre la fenêtre et la malade prend froid.

Le 11. Température, 37°,8. 96 pulsations. Nuit excellente : pas de douleur, pas de vomissements ; miction régulière, un peu fréquente; nouveau badigeonnage au collodion. Application de glace; on permet des potages.

Soir. — Etat général excellent. Le ballonnement du ventre a

presque disparu. On ajoute du collodion sur les points seulement où la couche s'est rompue et où la paroi abdominale fait hernie. Aucune espèce de douleur.

Le 12. Température axillaire, 37°,2; 96 pulsations. Nuit excellente, demande à manger : on permet des potages et un peu de poulet ; on ne maintient plus la glace continuellement sur le ventre ; mais on ne la suspend pas complètement.

Soir. — On a lavé les parties génitales externes et les cuisses à l'eau chaude. L'état général est toujours excellent ; le ventre est très-souple, indolore; mais elle a toussé plusieurs fois par quintes.

Le 13. Température axillaire, 37°,4; 100 pulsations. Nuit excellente, sauf un peu de toux ; on permet une côtelette.

Soir. — On nous dit que la malade a déjeuné avec appétit, vers midi. A deux heures, les quintes de toux sont devenues plus violentes ; on était obligé de l'asseoir, car les quintes de toux s'accompagnaient de dyspnée. Expectoration peu abondante.

A quatre heures elle accuse une légère douleur dans le masséter et se plaint de ne pouvoir ouvrir complètement la bouche. La déglutition est également difficile et la parole un peu gênée.

A sept heures, on administre 6 grammes de chloral en lavement, 2 grammes en potion, et une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine de 0,05 centigr. dans la région sterno-cléido-mastoïdienne. Aussitôt après, la malade s'endort complètement ; elle commence à se réveiller à onze heures du soir ; aussitôt on lui administre de nouveau 6 grammes de chloral en lavement, 2 grammes de chloral en potion et une injection hypodermique de 0,05 centig. de chlorhydrate de morphine. La malade retombe immédiatement dans le coma ; ses pupilles se rétrécissent, deviennent ponctiformes et insensibles à la lumière ; on remarque également que sa respiration s'est ralentie : on compte 6 à 7 respirations par minute, 120 à 126 pulsations ; le pouls est bon ; mais la température des extrémités a baissé. Les râles trachéaux sont plus abondants et rendent sa respiration très-bruyante.

A 3 heures on compte 11 à 12 respirations par minute. La température axillaire est de 37°,2; les pupilles sont toujours très-serrées et insensibles à la lumière.

A 5 heures, la respiration est plus fréquente ; on compte 16 à 16 à 17 respirations à la minute; le pouls est plein et plus fort ; il est à 120 pulsations ; la malade se couvre de sueurs.

A 8 heures. La malade fait quelques mouvements ; sa respiration est très-gênée; elle fait signe qu'on la soulève pour qu'elle

puisse vider ses bronches : elle rend par deux fois des crachats blancs.

Température axillaire, 40°. Sueurs abondantes. La respiration va en s'accélérant ; elle fait quelques efforts pour cracher. On veut lui faire prendre un peu de bouillon, mais une partie du liquide passe dans les bronches ; l'asphyxie se prononce de plus en plus. Les pupilles se dilatent tout à coup ; ses lèvres et sa face se décolorent. Mort à 9 heures.

Autopsie. Les surfaces péritonéales juxtaposées sont en partie réunies ; on ne trouve pas la moindre trace d'inflammation ; pas de liquide dans la cavité péritonéale.

On coupe le vagin au-dessus du pédicule, et on peut s'assurer que le serre-nœud étrangle le vagin au-dessus du col de l'utérus, de façon que celui-ci se trouvait complètement hors de la cavité abdominale.

Obs. IV, V, VI. — Trois cas heureux d'extirpation de tumeurs fibro-cystiques de l'utérus, par Thomas Keith, M. D., F. R. C. S. (*The Lancet*, may 15, 1875.)

1er *cas*. En décembre 1873, Miss S..., âgée de 22 ans, consulta le Dr Perry, de Glasgow, pour une tumeur abdominale dont elle venait de constater l'existence. Le Dr Perry diagnostiqua une petite tumeur fibreuse de l'utérus, et lui dit que cette production suivrait la marche qu'on observe ordinairement pour les fibrômes survenus à cet âge et ne donnerait lieu qu'à des désordres nuls ou de peu d'importance. Deux mois après, j'exprimai une semblable espérance, ajoutant cependant, que si la malade craignait quelque affection cancéreuse et que si sa santé venait à être sérieusement compromise, une opération pourrait être tentée pour établir une cure radicale. La tumeur s'accrut rapidement, et en juin, six mois après son apparition, elle montait au niveau de l'ombilic ; elle était nettement kystique.

La santé générale de la malade fut alors troublée ; après un séjour de deux mois à la campagne, elle avait repris un peu de force, et désirait qu'on intervînt, avant l'hiver, pendant lequel elle était obligée de garder la chambre depuis l'époque où elle avait été atteinte d'une bronchite tenace. Ayant de la répugnance à enlever les petites tumeurs fibreuses de l'utérus, je la remis de mois en mois. Elle revint me voir à la fin du mois d'octobre dernier avec de la toux et du catarrhe bronchique. La malade est

d'une bonne complexion, mais anémique, très-amaigrie, d'apparence débile; elle est le plus jeune enfant d'une famille composée de douze frères et sœurs; elle n'a jamais été bien forte. A 16 ans, elle eut une pleurésie grave, à la suite de laquelle le côté droit de la poitrine s'est rétracté. Ce côté est très-aplati, et la saillie des côtes est surtout déprimée le long de la colonne vertébrale.

Cet aspect contraste singulièrement avec le développement de l'abdomen. La tumeur atteint le bord libre des côtes droites. L'ascite est considérable. Les parois abdominales étant minces, la fluctuation est très-distincte sur le côté droit de la tumeur. Sur ce point existe une cavité kystique de la grosseur d'une tête. Une partie de la tumeur s'enfonçait dans l'espace de Douglas, et, sur ce point, elle était kystique et non adhérente. Le col de l'utérus était aminci, nullement élargi, occupant une situation centrale relativement abaissée dans le petit bassin. Les mouvements imprimés à la tumeur retentissaient légèrement sur le col, comme cela arrive dans un grand nombre de tumeurs ovariennes entourées de liquide. On ne fit pas l'examen plus circonstancié pour le moment, car je ne doutais pas alors que la tumeur fût de nature ovarique. Je pensais que nous avions affaire à un de ces cas communs dans lesquels certains kystes ont jeté du liquide dans l'abdomen par rupture, déterminant ainsi une péritonite chronique En pareil cas, j'ai depuis longtemps pris pour règle d'opérer plus tôt que lorsque les kystes ne sont pas accompagnés de liquide libre dans le péritoine, l'expérience m'ayant appris que l'opération est moins heureuse après une longue expectation. En outre, il existe une autre raison d'opérer rapidement de pareilles tumeurs, car le résultat des opérations faites, depuis quelque temps, par le Dr Foulis, a montré que les productions épithéliales secondaires peuvent naître dans le péritoine aux dépens d'éléments épithéliaux rejetés dans la séreuse par les kystes rompus, d'où la production d'une péritonite consomptive.

Vers le 2 novembre dernier, la malade fut éthérisée, la tumeur mise à nu, le liquide ascitique évacué, et le grand kyste proéminent ponctionné.

Il sortit quatre ou cinq pintes de sérosité sanguinolente. En exerçant des pressions, on fit sortir encore du liquide. L'ouverture fut élargie de façon à admettre la main, et la portion kystique de la tumeur, située dans le bassin, fut ponctionnée. On s'aperçut alors que le liquide kystique se coagulait rapidement à l'air; en outre, la tumeur tenait à l'utérus, l'incision fut encore élargie, et la tumeur

fut attirée au dehors avec l'ovaire gauche, qui présentait la grosseur d'un œuf de poule. On vit alors l'utérus émerger d'une masse kystique, *le col ayant l'épaisseur du bras* et beaucoup trop gros pour être enserré dans un clamp. Après avoir rejeté la vessie en arrière, une ligature métallique fut placée autour de la partie inférieure du col, juste au-dessus du vagin, à l'aide de l'instrument de Kœberlé. L'ovaire droit était saisi et ne fut pas enlevé. La tumeur fut alors sectionnée au niveau de la ligature métallique, la cavité de l'utérus fut ouverte. Elle contenait un petit polype, et ses dimensions étaient probablement moindres qu'à l'état normal. La plaie fut suturée tout autour du col de l'utérus, une aiguille forte et flexible le traversant de part en part et garantissant toute disjonction, bien que les parois abdominales fussent minces et relâchées, le pédicule se rétracta du côté du sacrum, la tumeur était un véritable fibro-kyste de l'utérus et pesait onze livres.

La malade guérit et retourna à Glasgow trente-trois jours après l'opération.

2e *cas*. Une femme célibataire, âgée de 44 ans, fut admise en février 1874 à l'Infirmerie royale, où je la vis, à la demande du Dr Mathews Duncan. Elle était pâle, maigre, paraissant faible de santé; elle avait de la conjonctivite granuleuse, et d'anciennes inflammations cornéennes l'avaient rendue presque aveugle. Elle portait au cou des cicatrices de ganglions suppurés.

Au mois de juin dernier, sa santé avait été assez bonne; à cette époque, elle fut obligée de quitter son état de cuisinière à Londres, où elle avait vécu depuis plus de vingt ans. La menstruation avait toujours été régulière et normale. Cinq semaines avant son admission, on avait découvert une tumeur abdominale. Elle était dure, élastique, fixe et remontait jusqu'à l'ombilic. Le col de l'utérus était déjeté à gauche. On pouvait à peine l'atteindre avec le doigt et le sentir au milieu de la tumeur.

On ne pouvait douter qu'on eût affaire à un fibroïde utérin. Après deux mois de séjour à l'hôpital, elle fut congédiée, toute intervention chirurgicale ayant été repoussée.

Dans le courant de l'été, elle écrit plusieurs fois pour dire qu'elle avait grandement souffert, et que la tumeur s'était considérablement accrue; la malade était devenue impotente et réclamait du soulagement. Bien qu'on l'eût avertie que le cas n'était pas opérable, elle revint au commencement de septembre. La tumeur avait grossi, était devenue très-proéminente du côté

droit, déjetant le rein en dehors. Le sentiment d'élasticité était moins marqué dans la tumeur, qui était devenue sensiblement fluctuante, s'accompagne d'un certain degré d'ascite. Les rapports dans le bassin étaient restés les mêmes. Elle remplissait tout le grand bassin. Malgré la présence du fluide ascitique, la tumeur était fixe sur tous ses points et impossible à déplacer.

Le 5 septembre, on fit une ponction au niveau de l'ombilic. Le liquide retiré était d'un brun sombre, déposant par le repos une petite quantité de sang; il contenait des globules rouges et des globules blancs en grand nombre, ainsi que quelques éléments cellulaires ressemblant à ceux du pus.

Une irritation considérable suivit cette ponction; le liquide ascitique s'accrut. Dix jours après, le kyste était de nouveau distendu. On retira alors 60 onces de liquide semblable au précédent; la douleur fut amoindrie par cette opération, et la malade fut de nouveau congédiée. Elle revint presque immédiatement après, réclamant l'opération à quelque risque que ce fût, à cause des douleurs qui lui rendaient la vie intolérable. Le kyste était de nouveau distendu, et toute la tumeur allait croissant rapidement; on résolut d'essayer d'enlever la tumeur, la malade comprenant d'ailleurs parfaitement que cette tentative pourrait rester infructueuse.

Le 12 décembre, la tumeur fut mise à découvert par une large incision. Elle était d'une couleur brun sale, recouverte d'énormes veines et solidement adhérente à la fosse iliaque droite, à la région lombaire droite et en partie à la paroi abdominale.

Ces larges adhérences rendaient parfaitement compte de l'extrême fixité qu'avait présentée la tumeur.

On ne put passer la main au-dessous de la tumeur pour pénétrer dans le bassin, et environ 60 onces de sérum rougeâtre et sale furent extraits du kyste sans diminuer sensiblement les dimensions de la tumeur; mais on put passer alors la main derrière la tumeur et, en employant toute la force du bras, on arriva à rompre toutes les adhérences, puis l'incision étant élargie, la tumeur fut extraite de l'abdomen en même temps que l'ovaire gauche. En peu de minutes, la malade fut prise d'une syncope complète, occasionnée par la perte rapide du sang qui coulait sur une large surface à la périphérie de la tumeur. Le pédicule, c'est-à-dire le col de l'utérus, fut sectionné comme dans le cas précédent. Les ligaments larges étaient extrêmement vasculaires. Seul, l'ovaire gauche fut compris dans la ligature. Le pédicule restant put être placé dans l'angle inférieur de la plaie avec une moindre traction que dans le

cas précédent, à cause de l'élévation préalable du col de l'utérus. Un certain nombre de points saignants, situés au voisinage du bord postérieur du foie, an niveau des adhérences les plus supérieures, furent liés avec plus de difficultés. La première partie de l'opération fut faite en quelques minutes, et ce ne fut qu'au bout d'un peu plus de deux heures que la plaie put être fermée. On laissa un drain de verre plongeant dans la partie la plus déclive du bassin. La malade était sans pouls quand on la reporta dans son lit. Les pulsations ne reparurent à la radiale gauche qu'au bout d'une demi-heure. Cette opération fut donc très-laborieuse, à cause de la quantité exceptionnelle de sang que la malade perdit.

Il est inutile de donner les détails de la convalescence, qui fut longue. On enlevait d'heure en heure, de la cavité pelvienne, un sérum rougâtre, dont la quantité n'excéda pas 3 onces dans les trois premiers jours. La malade les eût certainement résorbés facilement. Dans la deuxième et la troisième semaine, il se produisit du météorisme à un haut degré, et l'on craignit une obstruction intestinale. L'espèce de canal formé de lymphe plastique qui, au bout de quelques jours, s'organise au bout du tube à drainage, paraissait avoir adhéré à l'intestin et l'avoir aplati en le repliant, d'où les accidents précités. Comme dans le cas précédent une eschare se forma tout autour de la ligature et laissa après son élimination une excavation assez considérable, qui fut complètement cicatrisée en cinq semaines.

Six semaines après l'opération, la femme retourna chez elle, d'où elle m'écrit maintenant qu'elle est rétablie complètement.

2e *cas*. Cette malade était âgé de 40 ans, et m'avait été envoyée par le Dr Millar, de Londonderry. Il s'agissait d'un fibrôme cystique mou, à développement rapide, déterminant de la douleur et de l'hémorrhagie. La diagnostic fut fait avec le plus grand soin. L'utérus et les deux ovaires furent enlevés ainsi que de nombreux kystes des ligaments larges. Bien que parfaitement rétablie, la malade n'est pas encore retournée en Irlande. Le compte-rendu de ce cas sera publié ultérieurement.

Obs. VII. — Fibro-myxôme développé dans la paroi antérieure d'un utérus bicorne. Extirpation de la matrice et des deux ovaires Mort, par Eug. Bœckel. Observation recueillie par M. E. Tourneret interne du service. Gaz. méd. de Strasbourg (1er juin 1875).

Kutmat (Marie), âgée de 44 ans, non mariée, sans enfants, entre à la salle 34 de l'hôpital civil, le 9 mars 1874. Elle est adressée à M. le professeur Bœckel, par le Dr Adam de Wentzenheim. C'est une femme petite, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique. Elle n'accuse aucune maladie antérieure ; il y a huit ans, elle s'aperçut que son ventre était le siége d'une tumeur, qui pouvait avoir la grosseur d'une pomme quand elle la sentit pour la première fois. Sa sœur, dit-elle, portait aussi une tumeur remplie d'eau dont elle mourut ; une tumeur semblable est également en voie de développement chez une de ses cousines. Depuis huit ans, avons-nous dit, elle remarque que son ventre grossit et elle prétend que la tumeur a débuté à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic. Malgré cela, elle se portait bien et n'éprouvait aucune douleur, aucun trouble des appareils digestifs, respiratoires ou urinaires.

Actuellement le ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 84 centimètres de circonférence ; son centre est occupé par une tumeur assez arrondie, saillante, située exactement sur la ligne médiane, remontant en haut à 12 centimètres au-dessus de l'ombilic (3 centimètres plus bas que l'appendice xyphoïde du sternum), atteignant en bas le pubis. Cette tumeur est mobile, se laisse remuer assez facilement et présente quelques bosselures peu accentuées ; elle n'est point fluctuante, mais est élastique dans la moitié droite, dure et paraissant compacte à gauche, et en haut et en bas vers le pubis, on sent une petite loge secondaire, fluctuante ; par le toucher vaginal, on constate la présence de l'hymen ; le col est presque effacé tout à fait à gauche, renversé en arrière et difficile à atteindre. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une partie molle et fluctuante, les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent facilement au col.

Diagnostic.— M. le professeur Bœckel croit devoir porter le diagnostic de kyste ovarique multiloculaire ; néanmoins, la position de la tumeur sur la ligne médiane et la dureté de certaines parties lui font admettre la possibilité de se trouver en présence d'une tumeur fibro-cystique de l'utérus.

La femme Kutmat demande impérieusement à être opérée, l'opération est fixée au 12 mars.

La température jusqu'à ce jour ne dépasse pas $37_{0}3$.

Le 12 mars. La malade est opérée.

Après avoir vidé la vessie et réduit une hernie crurale gauche aperçue chemin faisant, M. Kaltenthaler administre le chloroforme jusqu'à résolution. Le professeur fait ensuite sur la ligne médiane une incision commençant à trois centimètres au-dessous de l'ombilic et aboutissant un peu au-dessus de la symphyse pubienne ; cette incision comprend d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques pinces à pression arrêtent le suintement sanguin. Le bistouri, porté sur la ligne blanche, pénètre un peu à gauche de cette dernière dans l'aponévrose du muscle grand droit de l'abdomen qui est à son tour divisé. Le péritoine est ainsi mis à nu et, immédiatement au-dessous de lui, on aperçoit la tumeur sur laquelle il glisse dans les mouvements respiratoires. Toute hémorrhagie étant arrêtée, une petite ouverture est pratiquée sous la séreuse, puis celle-ci est divisée de haut en bas par la sonde cannelée. Cette section comprend aussi un paquet de graisse sous-péritonéale.

Une partie de la tumeur est mise à nu, et la loge fluctuante sentie au niveau du pubis, ponctionnée avec un gros trocart ; il s'en échappe 350 gr. d'un liquide sanguinolent ; mais, malgré cette ponction, la tumeur ne semble pas avoir diminué de volume, et elle ne fait point saillie à travers l'ouverture abdominale. Ne voulant pas ponctionner les deux ou trois autres petites loges secondaires, et persuadé qu'il a devant lui une tumeur fibro-cystique de l'utérus, M. Bœckel se décide à agrandir l'incision. Cette dernière est prolongée en bas jusqu'au pubis, et en haut elle arrive jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde du sternum ; sur les points saignants on place des pinces à pression ; à droite sur la plaie on aperçoit la partie la plus déclive active du bord inférieur du foie, à gauche, l'estomac ; les intestins et l'épiploon qui ont de la tendance à sortir au-dessus de la tumeur sont maintenus à l'aide de la main, tandis que la tumeur est attirée au dehors. Toutes les précautions que l'on prend pour arrêter le sang n'empêchent pas un suintement assez fort sur les lèvres de l'incision qui sont très-vasculaires.

Grâce à la longueur donnée à l'incision, la tumeur peut facilement être attirée au dehors ; sur ses côtés on aperçoit les ligaments larges, les ligaments ronds, les vaisseaux utéro-ovariens, la trompe de Fallope et les ovaires qui y sont accolés ; quant au pé-

dicule, il est large, dur, situé sur la ligne médiane ; on reconnaît qu'il n'est autre que la ligne de séparation du corps et du col de l'utérus. L'idée de tumeur fibro-cystique est donc ainsi confirmée.

Au niveau du pédicule, on sent nettement deux noyaux néoplasiques, dont le supérieur atteint le volume d'un œuf, tandis que l'inférieur n'est guère que de la grosseur d'une noix. C'est entre ces deux noyaux que M. Bœckel cherche à pédiculiser la tumeur. A cet effet un trocart courbe y est enfoncé, de façon à diviser le pédicule en deux moitiés ; la pointe du trocart pénètre assez difficilement dans les tissus ; une fois passée, on la retire, et à travers la canule on enfonce deux fils de fer doubles dont on adapte ensuite deux à deux les extrémités sur des serre-nœuds. Chacun de ces fils renferme dans son anse la moitié du pédicule, le périqui la recouvre, les vaisseaux utéro-ovariens, le ligament rond, et enfin une partie du ligament large ; la plus grande partie de ce dernier, les trompes de Fallope et les ovaires restent compris dans la tumeur.

Le péritoine qui recouvre cette dernière est alors incisé en un point, puis décollé avec la sonde cannelée, et finalement coupé circulairement avec des ciseaux. Pendant ce temps de l'opération, les vaisseaux utéro-ovariens sont liés à droite et à gauche avec de forts fils de soie, puis le péritoine décollé jusqu'aux serre-nœuds, de façon à former une manchette qui recouvrira la surface de section du pédicule.

Cette manchette est réclinée, puis la section du pédicule, commencée au bistouri, est terminée avec des ciseaux. Mais à peine est-elle terminée, que le fil de fer de gauche s'échappe au dehors et aussitôt les vaisseaux utéro-ovariens donnent un jet de sang, qu'on ne parvient à arrêter qu'à l'aide d'une ligature faite avec un fort fil de soie. Un autre fil de fer, attaché à celui qui s'est échappé, est attiré à travers la ponction au trocart et adapté sur le serre-nœud, puis, tandis que le pédicule est saisi et attiré au dehors, à l'aide d'une pince de Museux, le fil est poussé aussi bas que possible et l'anse resserrée. L'hémorrhagie s'arrête, mais les fils des ligatures ayant glissé, on est obligé de faire des nouvelles ligatures. Après avoir épongé le sang qui s'est répandu dans la cavité abdominale, on aperçoit encore un point saignant au niveau d'une plaie faite au péritoine, en dehors et à gauche du pédicule : deux sutures à fils perdus arrêtent l'hémorrhagie.

Les bords de la plaie abdominale continuent à laisser suinter

du sang en assez grande abondance; pour mettre un terme à ce suintement, et en même temps pour achever l'opération, M. Bœckel, après avoir remis en place les intestins et l'épiploon, commence à faire, à la partie supérieure de l'incision, une première suture profonde à étau ; il en fait cinq autres plus bas et réunit l'aponévrose du grand droit au moyen de trois sutures entrecoupées. Il ne reste plus, à la partie inférieure de l'incision, qu'une ouverture de 3 à 4 centimètres de diamètre, par laquelle sortent les serre-nœuds et la pince de Museux, fixée par précaution sur le pédicule.

Au-dessous de l'appendice xiphoïde, il reste encore une éventration assez considérable, à laquelle on remédie en appliquant une suture profonde, simple, métallique. La réunion superficielle est faite à l'aide de 18 épingles ; mais, au niveau de l'ombilic, au lieu d'épingles, on se sert de trois fils de soie ; une fois toutes ces sutures achevées, le suintement sanguin s'arrête.

La durée de l'opération a été de deux heures; l'incision qui, avant les sutures, mesurait 23 centimètres environ de longueur, n'en mesure plus que 19 ; cette différence est due aux serre-nœuds qui, au lieu de pendre sur le pubis, sont attirés dans l'abdomen par le pédicule et écartent ainsi notablement les bords de la partie inférieure de l'incision qui n'ont point été réunis.

On fixe de chaque côté de la plaie les fils qui ont servi aux ligatures, puis on entoure les serre-nœuds de la pince de Museux d'une compresse ; on en place également de chaque côté de la réunion, et on les recouvre d'ouate fine sur laquelle on applique un peu d'ouate phéniquée.

Quant aux prescriptions à suivre, M. le professeur Bœckel recommande d'éponger les liquides qui s'accumuleront dans la plaie et de faire prendre à l'opérée :

Glace contre les vomissements ;
Champagne frappé, s'il y a de l'affaissement ;
Injection morphinée contre les douleurs.

Examen de la tumeur. — A l'examen de la tumeur on reconnaît, au niveau de la surface de section, l'ouverture de la cavité utérine : une incision verticale faite de bas en haut sur la paroi postérieure, laisse apercevoir un utérus bicorne ; la corne droite est plus large et plus développée que la gauche ; leur largeur moyenne est de 32 millimètres ; toutes deux ont leurs parois supéro-antérieures formées par une couche de tissu utérin d'un centimètre à

1 1|2 centimètre d'épaisseur; c'est entre ces deux lames que la tumeur s'est développée : celle-ci n'est autre qu'un fibro-myxôme avec des loges liquides. Sa plus grande longueur, mesurée depuis le point de ponction des parois antéro-supérieures des cornes au fond de l'utérus, est de 11 centimètres environ. La tumeur a 20 centimètres de longueur, et la circonférence étalée de la cavité utérine au niveau de la section est de 5 centimètres.

C'est surtout la paroi antérieure de l'utérus qui a été envahie, mais antérieurement elle est lisse, régulière et ne présente que la piquûre du trocart.

Sur la paroi postérieure, avant la naissance des cornes, se trouve une tumeur (fibrôme) qui atteint à peu près la grosseur d'un œuf de poule; c'est au-dessous de ce fibrôme que les fils de fer ont été appliqués.

A gauche, l'ovaire aplati est dégénéré; à droite, il est plus petit, mais aussi dégénéré. De ce dernier côté, le ligament large présente trois petits fibrômes, dont le plus grand a environ le volume d'un œuf de pigeon; un kyste de même volume existe près de la trompe de Fallope, en dehors de l'ovaire. Le poids total de la tumeur, y compris les 350 grammes de liquide retiré par ponction, est de 2,700 grammes.

Après l'opération les effets du chloroforme se font sentir : l'opérée a de fréquentes envies de rendre, et à 1 heure du soir, dans un de ces accès, des anses intestinales et de l'épiploon sortent par la plaie, entre les serre-nœuds. On les rentre et les maintient à l'aide de deux compresses pliées, qui absorberont en outre les liquides.

A 4 heures du soir, la température est de 37°,5; le pouls est bon. Ventre non ballonné, indolore à la pression ; la plaie seule est un peu douloureuse; il s'y fait un suintement séro-sanguinolent assez fort ; on sonde l'opérée et on resserre un peu les fils.

Bouillon froid.

13 mars, M. T. 37°,5; le pouls est bon ; la nuit a été assez calme, malgré un ou deux vomissements; envies de rendre fréquentes; aucunes douleurs.

Champagne. — Bouillon. — Café noir.

S. T. 38°,6. Quelques vomissements bilieux dans la journée.

Injection morphinée de 15 divisions.

14 mars. M. T. 37°,8. Nuit calme. Vomissements, vers le matin, et dans l'intervalle de ceux-ci, éructations gazeuses fréquentes.

Aucune douleur; pas de ballonnement du ventre; un peu de matité autour de la plaie.

L'opérée urine volontairement, mais elle n'a pas encore eu de selles, et aucun gaz ne s'est échappé par l'orifice anal ; le rectum contient des matières fécales.

On enlève les épingles et, à la partie inférieure de la réunion, on place des bandelettes de mousseline collodionnées, pour empêcher la désunion.

S.T. 38°,1 ; pouls petit à 132. L'opérée s'affaisse et prend un teint subictérique, en même temps ses yeux sont excavés.

On enlève la pince de Museux et, faisant un peu de place dans la plaie, on y enfonce quatre drains, puis on injecte du sulfite phéniqué : il s'écoule un liquide noirâtre, d'une odeur assez pénétrante ; une fois la plaie nettoyée, on resserre les fils, puis on la recouvre de charpie et de ouate phéniquée, par-dessus lesquelles on met une compresse pour maintenir le tout.

Après ce pansement, l'opérée semble plus éveillée.

On renouvelle le pansement deux fois dans la nuit et on fait une injection de morphine de 15 divisions.

15 mars. M. T. 39,2. Pouls à peine sensible ; on ne parvient pas à le compter.

La nuit a été assez mauvaise; malgré l'injection, à partir de minuit, les vomissements n'ont presque pas cessé ; les matières vomies sont verdâtres et répandent une odeur fétide.

Le ventre est toujours indolent, très-peu tendu. Pas de selles jusqu'ici.

On répète le pansement. Au niveau de la deuxième suture profonde on remarque un peu de rougeur. La hernie crurale s'est reproduite ; on la rentre et on la maintient à l'aide d'un sac de sable.

Lavement purgatif.

Ce lavement reste sans effet.

Vers midi l'affaissement augmente ; les vomissements sont presque continus. L'opérée commence à délirer ; vers 2 heures elle s'éteint.

Autopsie faite le 17 mars. Les parois abdominales sont un peu distendues, mais la réunion est complète.

Cœur petit, un peu infiltré de sang à gauche.

Le péricarde et les plèvres renferment un liquide rougeâtre.

Poumon droit adhérant au diaphragme. Poumon gauche présentant en arrière des noyaux jaunâtres, qui laissent écouler à la coupe un liquide de même couleur. Un peu d'œdème ; coagulations sanguines dans les veines pulmonaires.

En ouvrant la paroi abdominale, on trouve un peu d'extravasion sanguine sous-séreuse, se continuant le long des bords de la plaie; le petit bassin contient du liquide sanguinolent en petite quantité.

La rate est très-petite, pâle, molle, et laisse voir de nombreux points où la substance est très-ramollie.

Les deux reins sont petits, très-adhérents à leurs capsules et présentent d'assez nombreuses ecchymoses.

Le foie est petit et montre intérieurement des points pâles.

La vésicule biliaire contient un liquide incolore et deux calculs, l'un dans le fond, l'autre dans le canal cystique.

L'estomac et l'intestin grêle sont dilatés; ils renferment des gaz et un mucus gris, dans lequel nagent des flocons noirâtres. Petites érosions dans la petite courbure de l'estomac.

Quelques anses intestinales sont rouges, portent des ecchymoses; les plus inférieures adhèrent, ainsi que le péritoine, à la partie inférieure de la plaie; en décollant ce dernier, on tombe dans une cavité contenant un liquide noirâtre.

C'est dans cette cavité que plongent le serre-nœud et les fils à ligatures; la cavité péritonéale ne communique point avec le vagin.

Dans la fosse iliaque droite, le péritoine est passablement infiltré de sang; les intestins y adhèrent un peu. Liquide rougeâtre dans l'espace de Douglas.

Le vagin est très-étroit, rempli d'un liquide rougeâtre, sirupeux. En y enfonçant une sonde cannelée, on peut la faire pénétrer, à travers l'ouverture du col, dans la cavité qui renfermait du pus; la distance qui sépare l'ouverture du col de cette cavité est de 63 millimètres.

Le col est normal, d'une coloration blanchâtre, mais noire au niveau des fils de fer; à sa partie supérieure, il porte un petit fibrôme du volume d'une noix, senti pendant l'opération.

Obs. VIII. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Marche progressive. Douleurs presque continuelles. Pas de troubles intestinaux. Hystérotomie. Mort trois jours après de péritonite.

(Communiquée par le Dr Ollier (de Lyon).

X..., femme de chambre, habitant Grenoble, âgée de 33 ans, mariée depuis quatre ans, vit, quelques mois après son mariage, l'abdomen se développer; on crut pendant quelques temps à une grossesse, les règles d'ailleurs n'avaient pas été complètement

interrompues. La malade eut recours à divers traitements palliatifs, mais la tumeur grossissait toujours et les douleurs devinrent tellement fatigantes, que la malade ne pouvait que difficilement faire son travail. Elle vint en juillet et en août 1874 demander à M. Ollier de la débarrasser de sa tumeur. M. Ollier refusa d'abord, considérant l'opération comme trop dangereuse et espérant que la marche progressive de la tumeur pourrait être enrayée, mais tout fut inutile.

La malade revint, demandant l'opération avec d'autant plus d'insistance qu'elle se voyait incapable de gagner sa vie. M. Ollier se décida alors à intervenir et opéra avec l'assistance de MM. les Drs Viennois, Tripier et A. Poncet.

Voici l'état de la malade au moment de l'opération :

Tumeur dure située sur la ligne médiane, plus grosse que deux têtes d'adulte, bosselure principale en haut et sur la ligne médiane, bosselure grosse comme une tête de fœtus, sentie par le toucher rectal et vaginal. Col normal dans la portion sous-vaginale ; la tumeur ou plutôt les tumeurs paraissaient mobiles sur l'utérus, mais ce n'était là qu'une illusion, elles étaient mobiles seulement sur le col dont la portion sus-vaginale était hypertrophiée. Le cathétérisme utérin, pratiqué avec la sonde utérine en métal, donnait une profondeur de 8 centimètres. En tenant compte de ce fait et des rapports de la tumeur, M. Ollier diagnostiqua un myome utérin, ayant pris naissance dans le tissu du segment postérieur de l'utérus, près le bord supérieur de l'organe, et s'étant ensuite développé dans la cavité péritonéale. La tumeur principale avait une telle mollesse, que M. Ollier crut à la formation de kystes, à une dégénérescence kystique secondaire du tissu utérin hypertrophié.

L'opération fut pratiquée le 15 novembre 1874, chez les Sœurs de Sainte-Marthe. L'incision péritonéale fut de 15 centimètres. Tout d'abord, M. Ollier espérait réduire par une ponction la masse principale qui présentait une fluctuation vague, mais deux ponctions n'ayant donné lieu à l'issue d'aucun liquide, on fut obligé de porter progressivement à 23 centimètres l'incision du péritoine. Pas d'adhérences; l'utérus est renversé hors de la cavité péritonéale et traversé au-dessous de la masse fibreuse par des fils de fer qu'on serre avec le serre-nœud de Cintrat. On sectionne ensuite la tumeur et l'on fixe dans l'angle inférieur de la plaie l'utérus préalablement traversé par deux longues aiguilles pour empêcher tout déplacement.

Cette opération fut faite sans perte notable de sang, il n'y eut pas la moindre complication opératoire; il n'existait aucune adhérence avec l'intestin; tout paraissait donc devoir aller pour le mieux, mais à son réveil, la malade accusait des douleurs à l'angle inférieur de la plaie. Le soir, il y eut des vomissements qu'on pouvait encore attribuer à l'éther, le lendemain le pouls s'élèva, et trois jours après la malade mourait avec tous les signes d'une péritonite.

A l'autopsie de la tumeur, on constate que les tumeurs sont, en effet, de nature fibreuse, développées dans le tissu de l'utérus, et on se rend compte de l'impossibilité de diminuer le volume de la tumeur principale par la ponction. Elle contenait cependant des kystes; ces kystes nombreux et petits renfermaient à peine 1 à 2 grammes de liquide. Ils étaient disséminés dans la tumeur qu'ils divisaient par cela même en lobules plus ou moins mobiles les uns sur les autres; c'est ce qui donnait lieu à cette sensation de fluctuation.

Le point le plus intéressant que nous ayons à signaler dans la disposition de l'utérus, c'est la déviation de la cavité utérine due à la flexion de la partie supérieure du corps sur la partie inférieure. La cavité utérine était coudée en cet endroit, M. Ollier la catéthérisa à deux reprises et obtint, dans les deux cas, 8 cent.

A l'autopsie, en rapprochant la partie enlevée de l'autre portion de l'utérus, on trouve comme longueur de la cavité utérine, 15 cent., au lieu de 8, qu'avait donnés l'hystéromètre à deux reprises, du vivant de la malade.

Le seul moyen d'éviter cette erreur d'appréciation dans l'hystérotomie est de combiner le catéthérisme par une sonde flexible avec le catéthérisme par le procédé ordinaire.

Obs. IX. — Hystérotomie dans le cours d'une ovariotomie par le professeur Howitg (Danemark), inédite, envoyée par M. Levison (d'Edimbourg) à M. Péan.

(Communiquée par M. Péan. — Résumé.)

Cette observation est relative à une ovariotomie où l'on ne fit l'hystérotomie que parce qu'il fut impossible de séparer la tumeur ovarique de l'utérus. Celui-ci, est-il dit, fut trouvé considérablement hypertrophié, mais on n'indique pas s'il y avait des corps fibreux.

Une circonstance intéressante est la suivante: « Au moment de

la constriction du clamp, survinrent des symptômes de syncope. »
Mort le lendemain par *choc*.

Observation X. — (2e de Howitg). Même opération.

(Communiquée par M. Péan. — Résumé.)

Femme de 62 ans : la menstruation cessa, il y a douze ans, après des pertes abondantes. Ovariotomie pour un kyste de l'ovaire plusieurs fois ponctionné. « Par le toucher, on avait grand'peine à atteindre l'utérus qui était remonté et auquel se propageaient tous les mouvements de la tumeur abdominale. » Santé très-ébranlée. La dernière ponction avait donné 14 litres d'un liquide jaunâtre et opaque (comme un potage purée).

Opération le 17 mai. Incision de 4 pouces, peu d'ascite. Une adhérence à une anse de l'intestin grêle et une adhérence à l'épiploon furent facilement détachées, mais le kyste était si fortement attaché à l'utérus, qu'il était impossible de les séparer. L'utérus était un peu hypertrophié (?) et rétréci au niveau de l'orifice interne. L'utérus et ses annexes furent pris par le clamp courbe de Spencer Wells, au niveau de l'orifice interne et tout fut coupé un peu au-dessus du clamp. Pendant la constriction du clamp, la malade devint très-pâle et eut des symptômes de collapsus de courte durée. L'opération dura à peu près vingt minutes.

Le morceau enlevé de l'utérus était long de 2 pouces 1|2, large de 3 pouces 1|2 au fond de l'organe. L'ovaire sain fut enlevé avec l'utérus.

Peu de fièvre et de douleurs. Seize jours après l'opération, le clamp se détache de lui-même et on voit une perte de substance granuleuse ayant la forme d'un entonnoir, au fond duquel on ne peut distinguer le pédicule des parois de l'abdomen.

Quatre semaines après l'opération, la malade sort guérie de l'hôpital; il ne restait qu'un peu de tiraillement de la cicatrice.

Obs. XI. — Ovariotomie et hystérotomie, par M. Stadfeldt (Danemark).

Observation inédite envoyée par M. Levison (d'Edimbourg) à M. Péan.
(Communiquée par M. Péan.)

Mlle A..., âgée de 56 ans, vierge, bien portante et régulièrement menstruée de 16 à 53 ans. Depuis longtemps elle a observé à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur qui n'a pris un notable développement que depuis quatre ans. Cette tumeur fut reconnue pour un kyste de l'ovaire; elle fut ponctionnée et

donna issue à 15 litres 1|2 de liquide. Après cette opération, la santé et les forces de la malade s'améliorèrent, mais la tumeur reprit bientôt son volume primitif. Au mois d'avril, au moment où le professeur Stadfeldt vit la malade, l'abdomen mesurait 108 cent. au niveau de l'ombilic.

Le 13 avril 1874, ovariotomie dans une petite maison de santé privée. Incision abdominale de 10 cent. Peu d'ascite; ponction du kyste, évacuation de 18 litres d'un liquide opaque et grisâtre. La tumeur était formée par l'ovaire droit, le pédicule était excessivement court. On lia et on coupa une très-forte adhérence à la paroi abdominale antérieure.

Au-dessous de la tumeur ovarienne, on aperçut une autre tumeur d'une consistance un peu plus ferme, mais qui donnait cependant une sensation de fluctuation; elle avait le volume d'une tête de fœtus. Vu l'accolement de la tumeur ovarienne à l'utérus et l'apparence kystique de cet organe, l'opérateur se décida à l'enlever. On plaça plusieurs serre-nœuds et deux clamps, l'un comprenant le ligament large droit, l'autre l'utérus et le ligament large gauche; ils furent serrés avec les précautions nécessaires pour ne pas blesser la vessie.

L'arrangement des deux clamps fut difficile et gêna beaucoup la réunion de la plaie autour du pédicule; cependant on réussit à l'opérer avec des sutures de fil d'argent. Le moignon du pédicule fut imbibé d'une solution de perchlorure de fer.—Pansement antiseptique avec l'huile phéniquée.

Pendant les premiers jours, fièvre sans symptômes locaux bien nets. Température oscillant de 39°,7 à 40°,4 (centigr.). La malade mangea et but bien; constipation.

Le 20 avril, le pansement et les sutures furent enlevés, les clamps étaient profondément enfoncés; toute la plaie au-dessus d'eux était complètement réunie.

La malade tomba ensuite dans le collapsus; la température monta à 41°,5. Mort le 22 avril à midi, neuf jours après l'opération.

L'autopsie, faite par le Dr Levison (d'Édimbourg), ne montra pas de grandes altérations. L'incision abdominale n'avait pas contracté d'adhérences avec le pédicule, et après l'enlèvement des clamps, celui-ci se retira dans la cavité abdominale. La vessie et le moignon de l'utérus étaient sains. Il en était de même du péritoine, dans la cavité duquel il n'y avait pas de liquide. Dans le ligament large droit était un petit abcès contenant environ une petite cuillerée de pus.

La tumeur de l'ovaire droit était un kyste multiloculaire.

La tumeur de l'utérus était un gros corps fibreux large et contenant beaucoup de suc, qui occupait la paroi antérieure et droite de cet organe. Dans la cavité utérine était un autre corps fibreux en train de se pédiculiser.

La masse solide enlevée pesait en tout 2500 grammes.

Il semble, ajoute M. le professeur Stadfeldt, que l'issue funeste de ce cas ait été causée par les défauts de l'appareil instrumental, qui a empêché la réunion des bords de la plaie au pédicule.

Obs. XII. — Ablation d'un fibro-myôme volumineux du fond de l'utérus par la gastrotomie (Med. Times and Gaz., 1864, p. 565).

Communication de M. Lawson-Tait à la Royal med. and chir. Society.

La tumeur abdominale existe depuis cinq ans, grossissant rapidement dans les derniers mois, pendant lesquels les règles ont été très-abondantes et les douleurs très-grandes à cause de la compression sur les organes pelviens. Des symptômes d'obstruction s'étant déclarés à plusieurs reprises, et la malade exprimant le désir le plus grand d'être débarrassée, l'ablation de la tumeur fut décidée et l'opération exécutée le 14 janvier 1873. L'opération fut faite comme pour l'ovariotomie ; les difficultés principales se montrèrent dans l'extraction de la tumeur et l'application du clamp, la tumeur occupant le fond de l'utérus tout entier. La plaie fut fermée par cinq sutures profondes et trois superficielles. Les forces furent relevées par l'administration du vin de pepsine de Morson, et la convalescence marcha sans interruption. Le clamp se détacha le huitième jour après l'opération, la blessure guérit rapidement, et tout ce qui reste de l'utérus est un petit bouton représentant le col attaché à la cicatrice abdominale. La tumeur une fois enlevée pesait 11 livres.

Obs. XIII. —Tumeur fibro-cystique pédiculée de l'utérus. Extirpation par gastrotomie. Guérison. Résumé. Heer, Inaug. Dissert. Zurich. 1874.

48 ans, trois enfants. — Début de la tumeur il y a dix ans, la malade est reçue à la Clinique le 4 août 1873. A travers les parois abdominales amincies on sentait une tumeur dure en bas, molle et nettement fluctuante en haut, mate à la percussion et laissant libres les deux hypochondres. Elle faisait saillie dans les culs-de-sac vaginaux. Utérus long de sept centimètres. On crut à des kystes multiloculaires de l'ovaire et, à cause de la dyspnée, on se

décida à opérer. — Après l'incision, on fit écouler le liquide par une ponction : on déchira alors les adhérences, fort nombreuses, et on lia les vaisseaux. On retira peu à peu la tumeur et on arriva ainsi sur le pédicule adhérent à la paroi gauche du fond de l'utérus. Les ovaires et les trompes étaient normaux. La tumeur parut un fibro-kyste. On sectionna le pédicule. Durée de l'opération : deux heures; peu d'hémorrhagie. La convalescence fut longue et entravée par des complications graves (vomissements, fièvre, météorisme, etc.).

La tumeur pesait 643 gr. Elle était essentiellement composée de tissu fibreux et musculaire. On y trouvait un kyste rempli de six litres de liquide brun, sanguinolent : la cavité du kyste se prolongeait jusques dans le pédicule. On trouvait en quelques points des cellules sarcomateuses, peu de tissu cellulaire et élastique.(?)

Obs. XIV.—Martin. (Monat. Schrift für Gebürtsk., XXXIII, p. 242.) Extirpation d'un myôme utérin par la gastrotomie. Mort.

Le 26 juillet 1867, on reçut à la Clinique gynécologique de Berlin une ouvrière de 27 ans, chlorotique depuis longtemps et portant, depuis 1866, une tumeur dans le bas-ventre avec douleurs très-vives. Le canal utérin avait 8,5 cent.

Le corps de l'utérus paraissait indépendant de la tumeur, grosse comme une tête d'adulte, qui occupait le bassin.

Le 7 août, incision à la ligne blanche, depuis l'ombilic, que l'on prolonge ensuite au-dessus de l'ombilic à cause des adhérences. Les adhérences étaient riches en vaisseaux : le pédicule qui réunissait la tumeur à l'orifice utérin était gros comme le pouce : on y mit un clamp, puis on lia et sectionna le pédicule. La tumeur enlevée on fit des sutures profondes et superficielles.

L'amélioration fut passagère : le soir il y eut des vertiges, un grand malaise, des vomissements, et la mort survint au milieu de signes d'hémorrhagie interne.

La tumeur pesait 12 livres 3/4 : elle était complètement enveloppée de péritoine, essentiellement musculeuse, avec beaucoup de vaisseaux. Les trompes étaient épaissies, allongées, remplies de sérosité limpide. Le ligament large était épaissi, élargi, réuni en quelques points à l utérus et au rectum.

Obs. XV. — Gastrotomie pour l'extirpation d'un fibrôme utérin sessile, par Pasquale Sandi (Lo Sperimentale, XXVIII, p. 21 (1871). Obs. résumée.

31 ans. Tumeur au bas-ventre, datant de neuf ans, ayant acquis depuis un an le volume d'une tête d'enfant et causant de vives douleurs et de la dysménorrhée. En 1870, le diamètre du ventre était de 80 cent. On y sentait une tumeur ronde, fluctuante, atteignant l'ombilic. Matité à la percussion. A l'auscultation, souffle isochrone au pouls. Col de la matrice normal. Longueur du corps, 4 centim. Le diagnostic fut incertain entre une tumeur de l'ovaire et de l'utérus. Pas de complications.

Opération. — Le 30 mars. Incision de 10 centimètres au-dessous de l'ombilic. Ponction qui amène l'issue de quelques gouttes de sang. La tumeur, sans adhérences, était recouverte de veines. On allongea l'incision de 8 centimètres en haut, de 3 en bas. On put alors facilement retirer la tumeur. Le pédicule adhérait au fond de l'utérus. Les deux ovaires étaient indépendants de la tumeur, le droit hypertrophié. A la section du pédicule, hémorrhagie arrêtée par le clamp de Baker-Brown et le fer rouge. La plaie fut fermée par la suture métallique de Kœberlé. La perte de sang s'éleva à 100 gr.

Deux heures après l'opération, signes de péritonite; la mort survint le 1er avril.

La tumeur pesait 3,515 gr. L'examen de la tumeur montra que c'était un fibrôme utérin.

Obs. XVI. — Fibrôme utérin. Laparotomie. Mort. Vogt (Norsk. Magaz. f. Lägevid, R. 3, Bd. 2, 665).

31 ans. Début il y a un an. Rapide développement dans les derniers mois. Tumeur s'élevant à 24 centim. au-dessus de la symphyse et remplissant l'espace compris entre les épines iliaques antéro-supérieures. On la prend pour une tumeur ovarienne. Gastrotomie. La tumeur adhérait au fond de l'utérus par un pédicule et présentait des adhérences nombreuses aux parois abdominales. Hémorrhagie pendant et après l'ablation de la tumeur. Mort par épuisement.

La tumeur pesait 2,050 grammes : c'était un myôme kystique très-volumineux.

Obs. XVII. — Hystérotomie, par M. Gayet (Lyon médical, nº 5, 1869).

Elisabeth Moulin, âgée de 38 ans, mariée, entra dans le service de M. Gayet le 1er juillet 1863, portant une tumeur solide siégeant dans le bassin.

Cette femme, d'un bon tempérament, ressentit, en 1867, pendant un fort rhume qui dura deux mois, des douleurs localisées à peu près au niveau de l'anneau inguinal interne, apparaissant et disparaissent avec la toux. Mettant alors la main sur le point douloureux, elle reconnut la présence d'une tumeur du volume d'un poing qui, depuis lors, s'est accrue progressivement d'abord, puis irrégulièrement; surtout depuis deux mois elle a grossi plus rapidement, et la malade a maigri d'une manière sensible à partir de cette époque. Ses règles, qui avaient toujours été normales, étaient depuis quelque temps devenues moins abondantes et devançaient un peu l'époque de leur apparition régulière.

L'examen de l'abdomen révèle une tumeur solide, proéminente en avant, mobile en tous sens, indépendante de la paroi abdominale antérieure, adhérente par la trompe qui se perd dans les tumeurs de l'utérus déjeté à gauche dans une direction oblique de dedans en dehors. A droite, on sent le ligament rond qui se tend dans la traction de la tumeur en produisant les douleurs annoncées par la malade, ce qui fait porter le diagnostic : tumeur fibreuse ovarique ou en connexion avec la surface péritonéale du côté droit de l'utérus, mais ne contr'indiquant pas, dans l'un ou l'autre cas, l'opération. Pas d'adhérence avec le péritoine.

L'état général de la malade, qui permettait de penser qu'elle supporterait bien l'opération, décide M. Gayet à se rendre à sa demande après l'avoir informée de la gravité d'une intervention chirurgicale.

Aussi opère-t-il le 22 juillet. Pendant toute l'opération, qui dura cinq heures et demie, l'éthérisation fit dormir la malade d'un sommeil qui ne laissa rien à désirer.

Incision simple de la paroi abdominale et du péritoine allant du pubis à 0,03 centim. au-dessus de l'ombilic. Le diagnostic porté empêche toute surprise à la vue d'une tumeur ovoïde du volume d'une tête d'enfant, d'un blanc rosé, cintrée en arrière par le ligament de l'ovaire droit, en avant par le ligament rond, surmontée par la trompe, accolée par sa petite extrémité à la paroi latérale de l'utérus, en un mot enveloppée complètement par le ligament large.

On lie les ligaments ovarien et rond, et on les sépare de la tumeur; mais l'écoulement d'un peu de sang et la crainte d'hémorrhagie par suite de la présence de deux énormes sinus veineux et de la grande vascularisation qui existe, font alors pencher pour l'écrasement : c'est pourquoi on exerce des tractions pour amener la tumeur plus en dehors, et au moyen de deux écraseurs on étreint le fond de l'utérus et un pédicule de 0m,08. Au moment où l'écraseur de droite a fini son œuvre, hémorrhagie produite par l'utérine, promptement arrêtée par une ligature, et légère cautérisation au gaz de la plaie utérine. L'écraseur de gauche achève alors promptement son rôle. Cette manœuvre opératoire a duré deux heures et demie. La tumeur est aussi enlevée, mais il reste une petite partie du fibrôme qui s'énuclée facilement et presque sans hémorrhagie. Pendant toute l'opération, les intestins ont été maintenus à une température de 40° à l'aide de compresses de flanelle. La plaie de l'utérus et la surface d'énucléation précitée forment une surface cruentée à laquelle est adossé le péritoine; on assujettit toute cette surface à l'angle inférieur de la plaie, de façon à permettre à celle-ci de suppurer au dehors, tandis que la partie supérieure de la plaie sera fermée en même temps que la cavité péritonéale. On procède alors au pansement ; on replace les intestins, on ferme la cavité péritonéale en maintenant au dehors les fils liant le ligament ovarien, qui serviront à pomper les liquides s'il s'en forme. La malade est reportée dans son lit avec un pouls qui a à peine baissé, une peau chaude et une perte de sang qui ne dépasse pas 150 gr.

De 7 heures à 11 heures du soir, état parfait, pouls à 96. Facies calme, voix bonne ; dans l'intervalle, besoin d'uriner, on la sonde ; soif, on lui donne un verre de vin.

A partir de minuit, pouls irrégulier de plus en plus faible, facies très-prostré. Un peu de vin, un peu de bouillon, paraissent la ranimer un peu, mais l'état de prostration prenant le dessus, la malade meurt à 2 heures du soir.

La rapidité de la mort ayant empêché tout état inflammatoire de se produire, on ne découvre rien à la nécropsie. Pas une goutte de sang dans le petit bassin.

La tumeur est dure, fibreuse, bosselée, du poids de 1 k. 300, développée entre l'aileron postérieur et le moyen, ovoïde, à grand diamètre transversal. La grande circonférence mesure 0m,13, la petite 0m,11. Elle est accolée par sa petite extrémité au bord latéral de l'utérus, avec lequel elle semble avoir des connexions.

Le sang écoulé hors de la tumeur ne permet pas de voir les vaisseaux qui s'y distribuent.

Obs. XVIII. Ablation de l'utérus et des deux ovaires par la section abdominale. Mort par *choc* en trois heures, par le professeur A. Pope, (*Saint-Louis medical and surgical journal*, 1866, p. 293).

Il y a quelques mois, avant la publication de sa très-intéressante et très-remarquable brochure sur « l'ablation suivie de succès de l'utérus et des deux ovaires par la section abdominale, » je reçus une lettre du professeur H. R. Storer, de Boston, qui me demandait si j'avais jamais pratiqué cette opération, ou si j'en connaissais d'autres cas que ceux publiés par Clay, Kimball, Burnham, Kœberlé, etc. Tout en lui répondant négativement, je le priai de me faire connaître les détails du cas qui l'occupait, car je craignais d'avoir dans ma clientèle un cas presque analogue, et d'être appelé à l'opérer dans un délai assez court. Ma crainte n'était que trop fondée : le 12 avril j'enlevai l'utérus et les deux ovaires par la section abdominale ; malheureusement ma malade mourut par suite de *choc*, trois heures après l'opération.

Voici l'histoire de cette malade : Mme L., âgée de 47 ans, mère de trois enfants, dont le plus jeune a quinze ans, a joui d'une santé suffisamment bonne, sans être toutefois d'une forte constitution. Il y a plus de vingt-cinq ans, et un mois seulement après l'un de ses accouchements, elle a fait deux milles (environ trois kilomètres) à pied, par une grande chaleur, pour aller voir une de ses amies. Depuis cette époque, elle n'a cessé de se plaindre de troubles utérins plus ou moins marqués. Il y a environ vingt ans, elle remarqua une tumeur dans la région iliaque gauche ; cette tumeur était de la grosseur d'un œuf de poule, et elle augmenta progressivement de volume. En octobre 1864, elle remarqua du côté droit une seconde tumeur qui grossit plus rapidement et dépassa bientôt par son accroissement le volume de la tumeur du côté opposé. J'ai vu pour la première fois Mme L... il y a cinq mois. Sa santé était faible : elle paraissait chloro-anémique. Elle se plaignait d'une grande gêne résultant de l'augmentation de volume de l'abdomen : cette augmentation de volume était déterminée par une tumeur irrégulière (ou par plusieurs tumeurs) remplissant les trois quarts de la cavité abdominale, plus marquée du côté droit que du côté gauche, présentant au niveau de la ligne blanche un sillon ou dépression qui s'étendait en haut et à gauche et correspon-

dait à l'intervalle formé par l'utérus entre les saillies latérales. L'utérus, exploré par le vagin paraissait augmenté de volume, irrégulier, et dépourvu de mobilité. On sentait de chaque côté de l'utérus des grosseurs volumineuses, arrondies, plus considérables à droite qu'à gauche, grosseurs formées par les prolongements pelviens de la tumeur abdominale.

Ayant appris par d'autres chirurgiens qu'elle n'avait de soulagement à attendre que d'une opération, la malade désirait s'y soumettre immédiatement. Je l'avertis franchement du danger de cette opération, danger qu'elle me parut peu disposée à admettre : je lui laissai le temps de la réflexion, en l'informant que si, après y avoir bien songé, elle persistait dans son désir, je céderais à sa demande et pratiquerais l'opération.

Je ne revis plus la malade de quatre mois ; au bout de ce temps, son mari me pria d'aller la voir. Il m'apprit que pendant ces quatre mois, sa femme avait insisté pour me voir, mais qu'il avait sans cesse retardé ce moment, en lui disant que j'avais conseillé de différer cette opération. Sitôt qu'elle s'aperçut qu'elle avait été trompée, elle résolut de venir chez moi, peine que je lui épargnai en allant chez elle. Je la trouvai moins amaigrie et moins affaiblie que je ne m'y attendais ; elle avait des nausées et des vomissements, causés par la compression qu'exerçait la tumeur ; ses pieds et ses jambes étaient le siége d'un œdème considérable. Elle me demanda très-instamment de la soulager par une opération, si c'était possible, déclarant que si je refusais, *elle tenterait de s'opérer elle-même avec un rasoir*. Sur ma demande, le Dr M.-M. Pallen examina soigneusement la malade à deux reprises, à cinq mois d'intervalle, et chaque fois il fut d'avis que, bien que ce fût un mauvais cas, l'opération était cependant convenable et suffisamment justifiée. La malade, avec le courage qui, en pareil cas, gagne la sympathie et excite l'étonnement du chirurgien, fixa elle-même la date de l'opération au 12 avril, et cette détermination, une fois prise, elle parut plus calme d'esprit et pleine de confiance dans le résultat.

Les préparatifs ordinaires ayant été faits, et la malade placée sous l'influence de chloroforme, assisté des docteurs, MM. A. Pallen, Gregory et Anderson, je fis une incision le long de la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis : une grosse veine ayant été ouverte et donnant beaucoup de sang, je portai une ligature sur chacun des bouts, j'arrivai au péritoine, que je divisai de façon à pouvoir prendre en main et explorer les tumeurs. Il y avait quelques adhérences superficielles dont je vins facilement

à bout, mais je trouvai beaucoup de résistance à la partie postérieure : je reconnus facilement que l'utérus établissait une sorte de connexion entre les deux tumeurs jumelles que formaient les ovaires augmentés de volume et malades. M'apercevant que la tumeur était beaucoup trop volumineuse pour passer par l'incision externe, je pris un gros trocart et une canule, et ponctionnai le sac du côté droit : j'en retirai une quantité considérable de liquide peu consistant, puriforme ; mais, par suite de l'obstruction du tube, il me fut impossible de vider le sac : je fis donc, avec le bistouri, une incision suffisamment large pour permettre l'issue d'un grand nombre de gros flocons et de concrétions fibrineuses. Je pratiquai aussi la ponction du sac gauche, dont le liquide épais et purulent exhalait une odeur fétide et nauséabonde. La masse générale, bien qu'elle fût alors fort réduite, ne pouvait encore être extraite par l'ouverture externe ; aussi l'incision de la ligne blanche dut-elle être prolongée jusqu'à deux pouces et demi au-dessus de l'ombilic. Dans la dépression située entre l'utérus et l'ovaire gauche, l'intestin grêle était fortement adhérent, ainsi que l'S iliaque du côlon, et cela dans une grande étendue. Avec quelques coups de bistouri, mais principalement avec les ongles et par arrachement, je réussis à rompre les adhérences. Il en résulta une petite hémorrhagie en nappe qui fut peu considérable et que l'on arrêta facilement. Mais les adhérences les plus fortes se trouvaient en arrière et en bas : j'essayai de les vaincre autant que cela me fut possible ; mais, comme les tumeurs plongeaient profondément dans le bassin et que la malade devenait très-faible, je pensai qu'il valait mieux enlever ce que je pouvais, et, une fois débarrassé de la grosse masse, détacher alors, s'il était possible, la portion restante des kystes.

Avec quelque difficulté, j'engageai dans la longue chaîne d'un écraseur à extrémité recourbée, ce qui me permettait d'embrasser les parties plus bas que je n'aurais pu le faire avec un instrument droit, l'*épaisse masse de tissus, dont le col (car il n'y avait pas de pédicule) avait presque le diamètre du bassin.* Tout en introduisant la chaîne dans le fond de la cavité pelvienne, j'attirai dans l'anse de l'instrument, autant que je le pus, les parties inférieures des sacs ; mais je m'aperçus qu'il était impossible de les saisir entièrement, et je dus en laisser une petite portion de chaque côté. Je divisai alors lentement avec la chaîne tous les tissus que j'avais pu saisir, et *je trouvai cette masse si volumineuse et si résistante, que je dus porter la force de l'instrument presque à son maximum.* Il n'y eut pas d'hé-

morrhagie. Débarrassant alors les cavités pelvienne et abdominale, et détachant autant que possible les petits restes des sacs, dont l'un adhérait fortement à la vessie, je remis en place les intestins qui avaient fait saillie et causé quelque gêne pendant l'opération ; puis je rapprochai et je réunis soigneusement les lèvres de la plaie extérieure à l'aide de sutures métalliques. Un large bandage de corps fut placé autour de l'abdomen et la malade fut replacée sur son lit. Les effets du chloroforme ne tardèrent pas à disparaître, et la malade parut supporter cette formidable opération aussi bien que la plupart des mes ovariotomisées. Je prescrivis de l'eau-de-vie avec quarante gouttes de laudanum. Quoique très-faible, elle causa avec son mari et parut encore pleine d'espoir. J'informai toutefois M. L., que je ne m'attendais pas le moins du monde à la guérison et que la mort pouvait survenir très-promptement. Il ne se produisit aucune réaction, malgré les stimulants et les applications chaudes à l'extérieur, et la malade continuant à s'affaiblir, mourut trois heures après l'opération. Je ne fus pas autorisé à faire l'autopsie.

En examinant la masse que j'avais enlevée, je trouvai l'utérus complet, à l'exception d'une très-petite portion du col. Ses parois, considérablement épaissies, étaient occupées par de nombreuses tumeurs fibroïdes, dont la grosseur variait depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une grosse noix. Une de ces tumeurs siégeant au niveau du fond de l'utérus et grosse comme un petit œuf de poule était presque entièrement calcifiée. La cavité utérine avait subi peu de changements et était occupée par un petit polype muqueux aplati, attaché au fond. Les deux sacs adhéraient étroitement aux côtés de l'utérus ; leurs parois avaient un quart de pouce d'épaisseur, et la membrane qui les tapissait présentait l'apparence d'un tissu mucoïde, ou plutôt pyogénique, particulièrement du côté gauche. La masse totale, tumeur, sacs et contenu, devait peser de vingt à vingt-cinq livres.

En considérant ce cas, je dois dire que si j'avais pu en prévoir exactement la nature et les difficultés, je n'aurais certainement pas opéré. Mais dans des cas identiques ou analogues, il est impossible même au chirurgien le plus expérimenté de prévoir toutes les complications.

SECONDE PARTIE.

Hystérotomie vaginale.

Nous avons déjà indiqué, dans notre avant-propos, les raisons pour lesquelles nous croyons pouvoir omettre de parler des opérations qui ont pour but de sectionner le pédicule des polypes.

Lorsqu'on adopte la voie vaginale pour enlever un corps fibreux interstitiel, on peut faire porter la section du tissu utérin sur le *col* ou sur le *corps* même de l'organe.

De là, dans l'hystérotomie vaginale, deux grandes divisions :

1° L'hystérotomie du col;

2° L'hystérotomie du corps.

Des subdivisions sont encore nécessaires : l'une et l'autre peuvent en effet être pratiquées dans des circonstances très-différentes.

1° L'incision *du col* de l'utérus, dans le traitement des corps fibreux, peut être faite :

a. Comme temps préliminaire d'une opération plus complexe; cette incision a pour but de créer une voie par laquelle l'opérateur puisse agir sur des tumeurs contenues dans la cavité ou dans la paroi de l'utérus : c'est ce qu'on a appelé le débridement du col.

b. L'incision du museau de tanche est pratiquée au niveau d'un corps fibreux interstitiel, afin de favoriser son ablation.

c. L'excision du col contenant un corps fibreux.

2° L'hystérotomie du *corps* comprend : *a*. Les incisions *intra-utérines* suivies ou non de l'énucléation du corps fibreux.

b. L'extirpation par le vagin d'un corps fibreux péri-utérin en pénétrant par cette voie dans la cavité péritonéale ; *hystérotomie rétro-utérine*.

c. Enfin, l'amputation de l'organe en inversion.

Tel est le plan que nous adopterons dans le rapide exposé qui va suivre pour la recherche de la valeur de ces opérations si diverses appliquées aux corps fibreux.

Hystérotomie vaginale	du col	débridement.
		incision suivie d'énucléation.
		excision.
	du corps	incision intra-utérine (avec ou sans énucléation).
		hystérotomie rétro-utérine.
		amputation (de l'organe en inversion).

CHAPITRE PREMIER.

DÉBRIDEMENT DU COL DANS LE TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX.

Le débridement du col a pour but d'en agrandir l'ouverture, et de permettre soit l'expulsion plus facile d'un polype qui se présente de lui-même à l'orifice, soit l'accès de la cavité aux manœuvres du chirurgien.

Louis, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, avait bien indiqué la possibilité d'extraire les corps fibreux *pétrifiés* en débridant le col à la manière de la vessie dans l'opération de la taille. Toutefois c'est Dupuytren (1) qui paraît avoir, le premier, employé cette opération d'une façon régulière, et qui l'a préconisée en opposition avec la dilatation, à l'aide de la racine de gentiane ou de l'éponge préparée. Suivant cet illustre chirurgien, ce dernier moyen, largement usité de son temps, serait une cause fréquente de métro-péritonite, et il en cite un exemple suivi de mort.

On trouvera dans la thèse de concours de Jarjavay (2) des détails étendus sur les procédés nombreux proposés pour cette petite opération; nous n'y insisterons pas. Nous nous bornerons à rappeler que tantôt les chirurgiens ont opéré de dehors en dedans (Dupuytren), tantôt de dedans en dehors (Velpeau). Ce dernier procédé exige des précautions pour ne pas faire d'échappées, soit du côté

(1) *Clinique chirurgicale.* Paris, 1839, t. IV, p. 360.

(2) *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus.* Paris, 1850, p. 48.

de la vessie, soit du côté du péritoine, selon que l'instrument est porté sur la lèvre antérieure ou sur la lèvre postérieure. Quand on coupe selon le diamètre transversal du col, c'est-à-dire vers les commissures, le vagin peut être intéressé, ainsi que son plexus veineux. Les échappées sont d'autant plus faciles, que le tissu du col est plus compacte et plus dur.

Louis avait imaginé pour ce débridement une espèce de lithotome, dont l'emploi est complètement abandonné. On se sert habituellement soit d'un bistouri boutonné, soit simplement de ciseaux qui ont, nous semble-t-il, l'avantage de faire une section moins nette et moins saignante, et de ne pas exposer aux échappées. Le spéculum de Sims suffira parfois pour permettre de voir ce qu'on fait, et s'il en est besoin, pour faciliter l'opération on aura recours à l'abaissement de l'utérus, qui, suivant les remarques de M. Depaul, est sans inconvénients, quand il est opéré sur une matrice saine, doucement et progressivement (1).

M. Huguier faisait usage d'un procédé compliqué, pour lequel il employait un couteau et un cathéter (2).

Le débridement doit de préférence être multiple, porter sur plusieurs points de la circonférence du col, afin d'éviter de donner à chacune des incisions des dimensions dangereuses.

Certes nous reconnaissons tout ce qu'il y a d'utile et d'expéditif dans ce procédé, le débridement du col; et nous regardons l'indication de l'appliquer comme formelle, lorsqu'il y a menace d'hémorrhagies mortelles et

(1) *Bullet. Soc. de chirurgie.* 1868, p. 284.
(2) Voir Jarjavay, *loc. cit.*, p. 51-53.

urgence de débarrasser l'utérus d'un polype ou d'un corps fibreux en train de se pédiculiser ; toutefois, nous pensons avec M. Courty (1) qu'on peut, le plus souvent, s'en passer. La dilatation mécanique, dont Dupuytren avait exagéré les dangers, pourvu qu'elle soit pratiquée avec les ménagements convenables, associée à l'usage du seigle ergoté, suffit, le plus souvent, pour les fibroïdes sous-muqueux comme pour les polypes, à permettre la pénétration des doigts et des instruments dans l'utérus.

L'observation suivante est un exemple des avantages qu'on peut retirer du débridement du col, dans ces conditions nettement déterminées :

Observation extraite des *Leçons sur les maladies des femmes*, par T. Gallard. Paris, 1873. p. 562.

La malade dont il s'agit, née en 1824, exerçait la profession de couturière et avait eu trois enfants. Elle entra pour la première fois dans mon service à l'hôpital Lariboisière le 20 février 1858, puis en 1865, pour des accidents survenus du côté des organes génitaux, accidents que j'avais cru pouvoir attribuer à une métrite chronique, et qui s'étaient amendés sous l'influence du traitement que j'avais alors conseillé. Je m'arrêtai au même diagnostic au mois de février 1867, et jusqu'au 2 mai suivant, n'ayant constaté rien autre chose qu'un peu de tuméfaction de l'utérus, qui était lourd, enclavé et légèrement douloureux à la pression, je prescrivis seulement des douches et des affusions froides alternant avec des applications de teinture d'iode. Il s'ensuivit un peu de soulagement, et la malade quitta l'hôpital sans que nous eussions reconnu chez elle une autre affection. Cependant un phénomène important s'était produit depuis quelques mois, qui aurait dû attirer notre attention ; il y avait des métrorrhagies abondantes ayant d'abord débuté au moment des règles, puis s'étant prolongées dans leur intervalle, à ce point que l'écoulement sanguin était presque

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e édition. Paris, 1872, p. 955.

continuel, et que dans les intervalles il était remplacé par de la sérosité roussâtre non odorante. Ce qui m'empêcha tout d'abord de saisir la véritable signification de ces symptômes, c'est qu'au toucher le corps de l'utérus était uniformément dilaté et ne présentait aucune bosselure, je ne songeai donc aucunement à l'existence d'une tumeur fibreuse, et l'idée de cette affection ne me vint pas davantage, lorsqu'au bout d'un mois la malade rentrant à l'hôpital, 19 juin 1867, je pus constater par le toucher les mêmes signes que précédemment. Le spéculum me montrait alors un col régulier, sans ulcérations, sans dilatation anormale, et l'hystéromètre pénétrait facilement et sans rencontrer le moindre obstacle, jusqu'à une profondeur de 7 à 8 centimètres.

Ce ne fut que quinze jours plus tard (2 juillet), en pratiquant à nouveau le toucher, que je perçus enfin des signes propres à m'éclairer ; cette fois le col était entr'ouvert, et je pus introduire mon doigt dans sa cavité. Je sentis alors une tumeur dont il ne m'était pas possible d'apprécier les dimensions, qui se présentait au bout de mon doigt et fuyait devant lui, lorsque je la pressais pour en étudier la consistance et les contours.

Imbu, comme je l'étais, de l'idée que je ne pouvais avoir affaire qu'à une métrite chronique, je pris cette tumeur pour un polype muqueux, ou pour un kyste glandulaire, un œuf de Naboth d'un volume un peu exagéré. Dans un cas comme dans l'autre il fallait l'enlever, et il était tout au moins indispensable de mettre cette tumeur à découvert pour se bien fixer sur sa nature et sa situation exacte. C'est dans ce but que je dilatai le col avec de l'éponge préparée, l'application n'en fut ni difficile, ni douloureuse, et dès le lendemain je trouvai une dilatation du col telle que mon doigt put facilement être introduit pour explorer la cavité utérine. J'y trouvai une tumeur, ayant le volume d'une grosse noix, que je pus contourner dans toute sa moitié inférieure sans qu'il me fut possible d'atteindre son pédicule. Le lendemain l'orifice était refermé ; et alors ne pouvant plus introduire le doigt, je m'assurai au moyen de l'hystéromètre que l'insertion de cette tumeur se faisait très-haut dans la cavité utérine, sans qu'il me fût possible de préciser davantage.

J'étais cependant dès lors fixé sur la nature fibreuse de la tumeur et sur la nécessité de l'enlever ; aussi tous mes soins tendirent-ils à chercher les moyens de rendre cette ablation plus facile en facilitant l'issue de la tumeur fibreuse hors de la cavité utérine et son passage dans le vagin. C'est dans ce but que j'administrai le

seigle ergoté, mais inutilement. L'utérus se referma pendant l'intervalle des règles pour ne s'entr'ouvrir qu'au moment des époques menstruelles, et encore la tumeur ne fut-elle pas toujours alors parfaitement accessible. Je fis une seconde dilatation artificielle avec l'espoir d'en profiter pour procéder à l'extraction ; mais je jugeai alors qu'il serait imprudent de pousser plus loin mes tentatives, et j'y renonçai au moins pour le moment.

Après une nouvelle métrorrhagie, la malade profita d'une période de rémission pour quitter l'hôpital (16 août) et aller passer quelques semaines à l'asile de convalescence du Vésinet. A son retour les pertes duraient encore et elle passait à peine huit jours chaque mois sans avoir de métrorrhagie. En même temps elle voyait persister les douleurs abdominales, elle éprouvait une pesanteur périnéale insupportable, elle pâlissait et ses forces s'épuisaient de jour en jour.

L'année suivante (4 août 1868), elle rentra de nouveau dans mon service, à l'hôpital de la Pitié ; à ce moment, le col était dilaté, et au spéculum on voyait le polype qui proéminait entre les lèvres de l'orifice.

La dilatation du col atteignait la largeur d'une pièce de deux francs. Des douleurs expultrices semblables à celles de l'accouchement se faisaient sentir ; elles durèrent trois ou quatre jours, et la tumeur remonta ensuite, malgré l'administration répétée de l'ergot de seigle à la dose de 2 gr. par jour.

A la période menstruelle suivante (5 septembre), l'hémorrhagie se renouvela plus abondante pendant quatorze jours, et ne cessa qu'après de nombreuses applications de glace. Le mois d'après (6 octobre), nouvelle métrorrhagie avec réapparition du polype. M. Cadet de Gassicourt, qui me remplaçait, fit avec la pointe d'une lancette quatre petites incisions sur le col, il n'obtint pas de dilatation ; au bout de huit jours le polype remonta et finit par disparaître, pour ne se montrer qu'à l'époque menstruelle suivante, qui se trouva retardée et eut lieu seulement le 16 novembre.

Ces apparitions répétées du polype utérin me firent songer à profiter de l'une d'elles pour procéder à l'extirpation de la tumeur. Il s'était écoulé une année depuis que j'avais précisé mon diagnostic au moyen de l'éponge préparée, du toucher et de l'hystéromètre ; j'avais inutilement attendu que les contractions utérines allongeassent le pédicule et permissent à la tumeur de faire saillie dans

le vagin; la descente n'avait pas eu lieu et la tumeur n'avait jamais dépassé l'orifice du col.

Mais les hémorrhagies étaient incessantes, l'anémie devenait plus profonde et les forces diminuaient; je me décidai enfin à l'extraction de la tumeur, que je fis le 25 novembre 1868.

La veille, j'avais, avec de forts ciseaux, pratiqué deux larges incision latérales sur les lèvres du col, pour permettre à la tumeur de s'engager davantage. J'introduisis le doigt à travers l'orifice élargi par cette double incision, et quoique j'eusse beaucoup de peine à atteindre jusqu'au fond de la cavité utérine pour limiter la base de la tumeur, qui était fort épaisse, je pus cependant acquérir la certitude que son implantation se faisait à la partie supérieure de la cavité utérine, et près de la corne droite de l'utérus.

Comme il était très-difficile de manœuvrer dans la cavité utérine remplie par la tumeur, je ne pus me servir des ciseaux courbes comme j'en avais l'intention, car je craignais de perforer l'utérus; aussi après avoir donné deux ou trois coups de ciseaux seulement, sur le côté droit du pédicule je me décidai à l'enserrer avec une anse de fil métallique. Cette manœuvre fut assez difficile pour deux raisons: d'abord à cause de la profondeur à laquelle il fallait agir; puis parce que les pinces de Museux avec lesquelles j'avais saisi le polype, le déchiraient et qu'à chaque instant il glissait sous mes doigts. Mais dès que l'anse de fil fut posée autour du pédicule, il me suffit de 5 à 6 minutes pour opérer, en me servant du serre-nœud de M. Maisonneuve, la section complète de ce pédicule au niveau même de son point d'implantation. A ce moment survint une difficulté qui ne fut pas sans me causer un certain embarras. La section opérée, le corps fibreux rendu libre, l'utérus se contracta vivement, et si je n'avais eu la précaution de tenir le col dilaté, en maintenant un de mes doigts dans son orifice, la cavité utérine se serait certainement refermée, et le polype quoique détaché, serait resté enchatonné. J'attendis quelques minutes que la contraction fût moins violente, et je parvins ensuite à extraire la tumeur.

C'était bien un corps fibreux de forme sphéroïdale mesurant 4 centimètres de diamètre, tandis que son pédicule avait au point d'implantation 3 centimètres de diamètre mesuré sur la surface sectionnée.

Les suites de l'opération furent exemptes de complications, la malade n'éprouva aucun accident, il n'y eut pas de métrorrhagie;

l'écoulement sanguin fut modéré, les douleurs abdominales disparurent promptement. A la sortie de l'hôpital (13 janvier 1869), le col était encore un peu gros ; les incisions latérales s'étaient cicatrisées, il ne restait qu'une petite ulcération sur la lèvre antérieure ; 5 ou 6 follicules étaient enflammés sur la lèvre postérieure ; je cautérisai le col avec la solution d'azotate d'argent. La guérison s'est parfaitement maintenue depuis.

CHAPITRE II.

HYSTÉROTOMIE DU COL PAR INCISION ET ÉNUCLÉATION.

C'est un fait bien connu en anatomie pathologique que la facilité avec laquelle les myomes utérins, se laissent généralement séparer du tissu qui les environne. De là est née l'idée, sur laquelle nous reviendrons plus longuement bientôt, d'aller au travers d'une incision, soit simple, soit cruciale, les énucléer avec les doigts ou un instrument mousse, de l'espèce de capsule où ils sont contenus. Cette opération a été souvent pratiquée pour les petites tumeurs du col. Nous en trouvons plusieurs exemples dans la clinique de Lisfranc (1). Depuis lors, de nombreuses observations ont été publiés (2).

Elle paraît, d'après ces faits, donner de bons résultats ; mais, comme les tumeurs de médiocre volume auxquelles elle s'adresse presque exclusivement donnent rarement lieu à des accidents, il convient d'être réservé dans son emploi.

Il est, toutefois, des conditions où la valeur d'une pareille intervention doit être sérieusement discutée. Je veux parler des cas de dystocie, qui peuvent reconnaître pour cause un corps fibreux du col. On consultera avec fruit à ce sujet, sur lequel je ne saurais m'étendre, une récente discussion à la Société de chirurgie, discus-

(1) Vol. III, pp. 172, 178, 179.
(2) West. *Loc. cit.*, p. 366.

sion à laquelle ont pris part MM. Depaul, Blot, Guéniot et Tarnier. Il en ressort qu'il ne faudrait pas trop se hâter d'avoir recours à une opération chirurgicale, même dans les cas qui paraissent en apparence les plus graves. Le col, en s'effaçant, entraîne avec lui les tumeurs qui lui adhèrent, et celles-ci, en se rapprochant du grand bassin, finissent par y glisser et laissent l'excavation libre pour l'engagement de l'enfant. Si le déplacement de la tumeur est incomplet, on aura recours à une application de forceps ou à la version. Il ne faut, d'ailleurs, jamais entreprendre une opération plus grave, sans avoir préalablement tenté de réduire la tumeur en la refoulant avec la main introduite en entier dans le vagin. Cette manœuvre a été plusieurs fois couronnée de succès.

Dans un cas, M. Tarnier a eu recours avec avantage pour la malade, à l'accouchement prématuré, mais il est difficile d'en préciser l'indication, parce qu'il est impossible de savoir, à l'avance, si le déplacement de la tumeur, au moment de l'accouchement, sera complet, incomplet ou nul.

Il ne faut cependant pas être trop confiant sur l'issue heureuse de l'accouchement dans ces faits qui constituent en réalité des cas très-graves de dystocie. Dans bon nombre d'observations, les malades n'ont pu être délivrées que par l'embryotomie ou l'opération césarienne, à laquelle il ne faut songer, néanmoins, qu'en dernière ressource (1).

M. Danyau a communiqué à l'Académie (1851) un cas dans lequel il fut plus heureux. Il parvint à énucléer

(1) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 9e édit. Paris, 1874, p. 728.

une tumeur considérable, développée dans la lèvre postérieure du col. Encouragé par cette pensée que, s'il ne l'enlevait pas tout entière, il en emporterait du moins une assez grande partie pour frayer au fœtus un libre passage, il se décida à l'opération et fut assez heureux pour l'enlever en totalité. La tumeur offrait toutes les apparences d'un corps fibreux de l'utérus, pesait 650 grammes, et mesurait 15 centimètres dans son plus grand diamètre. Après l'énucléation complète, la tumeur fut attirée en bas, mais son extraction ne put être achevée qu'après qu'on l'eut préalablement divisée en deux parties égales.

Plus récemment, le Dr B. Hicks (1) a aussi énucléé un myome volumineux du col, qui arrêtait le travail d'expulsion fœtale. Il appliqua ensuite le forceps, et termina l'accouchement sans difficulté.

(1) Obstetrical transactions, vol. XII, p. 273.

CHAPITRE III.

HYSTÉROTOMIE DU COL PAR EXCISION.

Exceptionnellement, les corps fibreux qui siégent dans le museau de tanche prennent un grand développement. Ils n'ont pas alors pour seuls effets de rétrécir l'orifice du col et de donner à une de ses lèvres une saillie anormale. Ils peuvent allonger démesurément cet organe, soit à la manière d'une longue tige, « comparable à l'urèthre de l'homme, » selon l'expression de Jarjavay qui en a figuré un bel exemple dans sa thèse (1), soit sous la forme d'une saillie oblongue qui simule, à s'y méprendre, un utérus en inversion.

Les détails renfermés dans l'importante observation que voici, rendront bien compte de ces phénomènes.

Tumeur fibreuse de l'utérus simulant un renversement, par M. Léon Lefort. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 3e série, t. I, 1872, p. 441.)

La pièce anatomique que je vous présente offre comme intérêt, son volume et son siége exceptionnels, et quelques particularités intéressant le diagnostic. Le 30 septembre entrait dans mon service à Lariboisière, une femme de 40 ans, extrêmement anémiée, au point de redouter une mort prochaine. Cette anémie ne pouvait être attribuée qu'à des métrorrhagies fréquentes, survenues depuis deux ans. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle vit sortir de la vulve une tumeur d'abord petite, mais dont le volume augmenta rapidement, et dont la sortie était accélérée par les efforts d'expulsion qu'amenait sa présence. Le lendemain, l'hémorrhagie devint subitement considérable, et subitement aussi la malade accoucha

(1) *Loc. cit.*, fig. 9.

en quelque sorte, mais sans efforts et sans douleurs, de la tumeur volumineuse pour laquelle elle vint réclamer nos soins.

Cette tumeur piriforme a le volume d'une tête de fœtus à terme; sa base est un peu aplatie d'avant en arrière, allongée transversalement. Le pédicule, de la grosseur du poignet, se perd dans le vagin. Sa surface, noire par places, grisâtre dans d'autres points, paraît en voie de mortification ; du côté du pédicule, au contraire, elle est rosée, extrêmement vasculaire, et présente l'aspect d'une muqueuse, dont les vaisseaux seraient variqueux.

Tout d'abord, je songe à un polype de l'utérus spontanément expulsé ; mais, en pratiquant le toucher, je constate des particularités très-insolites. Le doigt, mené le long du pédicule, arrive au cul-de-sac vaginal, aussi bien en avant qu'en arrière, sans rencontrer aucune dépression, aucune saillie, aucune bride, qui puisse faire croire à la présence du col utérin.

Assez incertain sur le parti à prendre, je pris l'avis de mon collègue M. Verneuil. Sa première impression fut qu'il s'agissait d'un polype utérin ; mais le toucher lui fit également abandonner ce diagnostic, et nous crûmes tous deux qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse voluminsuse, implantée sur le fond et sur la face péritonéale de l'utérus, tumeur ayant peu à peu invaginé le fond de l'organe dans son col, et qu'en dernier lieu le col lui-même, au moment de l'accouchement de cette tumeur, s'était invaginé. Cette hypothèse pouvait seule expliquer les phénomènes observés.

Nous pensions donc que l'enveloppe extérieure de la tumeur était formée par du tissu utérin entourant une volumineuse tumeur fibreuse, et que le pédicule était formé par le col utérin retourné et coiffé d'une faible partie de la muqueuse vaginale. Une incision faite à la base libre de la tumeur ne donna issue qu'à un peu de sérosité ; cette partie était en voie de mortification.

Il nous parut utile, en raison de l'état grave de la malade, de la débarrasser d'une tumeur dont le poids, par les tiraillements qu'il exerçait, paraissait la cause des vomissements incessants qui s'étaient montrés depuis deux jours, et de la débarrasser aussi d'un foyer d'infection, en retranchant ce qui paraissait se sphacéler. Le lendemain, avec l'aide de M. Verneuil, je fis au galvano-cautère une incision circulaire sur le pédicule; comme il s'écoulait cependant du sang (ressemblant à de la sérosité sanguinolente), et que l'état de la malade rendait grave la moindre hémorrhagie, j'appliquai sur ce pédicule, un peu au-dessus de l'incision, une chaîne

d'écraseur faisant l'office d'une ligature en masse. Toute hémorrhagie cessa. J'incisai alors verticalement ce tissu en partie sphacélé qui, dans nos prévisions, devait être du tissu utérin entourant la tumeur fibreuse, et, en effet, après avoir incisé une couche mince d'une sorte de tissu aréolaire, nous trouvâmes une sorte de cavité dans laquelle on pouvait promener le doigt autour d'une volumineuse tumeur, laquelle, incisée à son tour, était évidemment une tumeur fibreuse. Notre diagnostic nous parut dès lors pleinement justifié. J'appliquai près de la chaîne de l'écraseur une forte ligature, et j'excisai la tumeur.

Après l'opération, les vomissements cessèrent. La malade étant très-faible, je lui fis donner, chaque jour, une demi-bouteille de champagne ; mais, après trente-six heures de mieux apparent, elle alla en s'affaiblissant et mourut dans la nuit du deuxième jour.

A l'autopsie, que je fis moi-même avec le plus grand soin, je comptais trouver la confirmation de notre diagnostic, mais, après avoir ouvert le ventre, je constatai que l'utérus avec son volume normal, ayant pu remonter grâce à l'enlèvement de la tumeur, se trouvait à sa place ordinaire.

Rien d'anormal n'existait du côté du bassin. Je sciai le pubis, j'incisai la paroi antérieure du vagin, et je constatai que le pédicule se continuait sans aucune marque de démarcation avec la muqueuse vaginale. Aucune trace de col ne pouvait être constatée. J'incisai par le bassin le fond de l'utérus, j'introduisis une sonde cannelée que je vis, à la surprise de tous, sortir par une fente allongée, existant sur la face postérieure du pédicule, fente que, même sur le cadavre et après l'ouverture du vagin, l'examen direct ne nous avait pas fait apercevoir, car elle ressemblait à un pli vertical, à une légère dépression linéaire du pédicule. Cette fente, mesurant 4 centimètres de longueur, n'était autre que l'ouverture du col utérin, et en résumé cette tumeur est une tumeur fibreuse, développée très-près de la face libre et sur la superficie du col : tumeur qui, en s'accroissant, a continué à se coiffer d'une certaine quantité du tissu du col, laquelle a subi une hypertrophie, faisant plus que compenser son extension. Le col s'est à son tour allongé, hypertrophié, de telle sorte qu'il ne faisait qu'un avec la tumeur, dont il constituait le pédicule ; et ce qui fait surtout l'intérêt de cette tumeur, c'est que sa configuration, son mode de développement, pourraient faire commettre à d'autres l'erreur de diagnostic, dans laquelle un examen attentif a fait tomber

M. Verneuil et moi, bien que notre impression première eût été que nous avions affaire à un polype.

Un fait très-analogue a été récemment rapporté devant la Société de médecine de Strasbourg. Voici ce que nous lisons dans le compte-rendu (1) :

« M. Bœckel a opéré, il y a quelques années, une jeune fille atteinte d'un énorme fibrome qui remplissait tout le vagin et comprimait l'urèthre au point de rendre la miction à peu près impossible. L'ablation de cette tumeur fut décidée et l'on comprit dans l'anse d'un serre-nœud de Maisonneuve toute la partie vaginale du néoplasme. La malade mourut du tétanos. A l'autopsie on trouva que la tumeur faisant saillie dans le vagin était sortie non par l'orifice du col, mais par l'épaisseur de sa lèvre postérieure, de sorte que la ligature avait porté sur du tissu utérin normal. La mort par tétanos que dans ce cas M. Bœckel s'explique par les circonstances révélées par l'autopsie, M. Kœberlé l'a-t-il observée quelquefois dans les nombreuses extirpations de fibroïdes qu'il a entreprises?

M. Kœberlé n'a pas, quand à lui, eu à enregistrer parmi ses opérées des cas de mort par suite du tétanos. Quant au cas particulier, dont vient de parler M. Bœckel, cet accident lui paraît être dû non pas à la contusion du tissu utérin, mais à une constriction insuffisante par le fil de fer, constriction qu'on n'avait pu sans doute obtenir plus complète en raison de l'imperfection de l'instrument dont on s'était servi. »

De pareils faits sont très-rares. Il est bon toutefois de les connaître pour ne pas être pris à l'improviste si on les rencontrait.

Peut-on, dans les cas de ce genre, faire l'énucléation du corps fibreux? On pourrait peut-être tout au moins la tenter. Dans l'observation de M. Lefort, il est dit qu'une incision verticale de la tumeur permettait de trouver « sous une couche mince de tissu aréolaire une sorte de cavité, dans laquelle on pouvait promener le doigt autour du myôme. »On reconnaît à cette descrip-

(1) *Gaz. médic. de Strasb.*, 1er juin 1875.

tion la capsule de tissu normal à laquelle ces corps sont le plus souvent si lâchement unis.

L'excision a, sur les tentatives d'énucléation, l'avantage d'être plus expéditive, et d'exposer peut-être moins à l'hémorrhagie, lorsqu'elle est pratiquée par les moyens d'exérèse actuellement à notre disposition. C'est avec le bistouri que M. Huguier amputa le col qui offrait la singulière déformation figurée dans la thèse de Jarjavay. Aujourd'hui on devrait employer l'écraseur, la ligature extemporanée, ou le galvanocautère.

Faut-il se laisser arrêter par des craintes analogues à celles de M. Huguier, qui, d'après M. Tarnier, fut d'avis de ne pas opérer dans un cas de ce genre « parce que, disait-il, si l'on opère ces tumeurs quand elles ne sont pas pédiculées on s'expose à ouvrir le cul-de-sac péritonéal » (1)?

M. Chassaignac fit judicieusement observer à ce propos, que « le danger d'ouvrir le péritoine lorsqu'on enlève une tumeur du col n'existe pas pour l'opérateur qui observe les règles prescrites pour ce genre d'opération; si l'on circonscrit les tumeurs en y passant, d'avant en arrière, un trocart courbe, autour duquel on jette une chaîne d'écraseur, on évitera de toucher le péritoine. »

(1) *Comptes-rendus Soc. chirurg.*, 1872, p. 444.

CHAPITRE IV.

HYSTÉROTOMIE INTRA-UTÉRINE.

La laxité des connexions entre l'utérus et la tumeur fibreuse contenue dans ses parois, l'exemple plusieurs fois renouvelé d'expulsions spontanées de ces tumeurs interstitielles par les simples efforts de la nature (1), devaient, semble-t-il, engager les chirurgiens à tenter leur énucléation. Cette idée est cependant de date relativement récente. La mention de cette conception première est faite dans une leçon d'Auguste Bérard, publiée en 1842, par la *Gazette des hôpitaux* (2). On y lit que « M. Velpeau avait conçu cette idée (celle d'extirper les corps fibreux intra-pariétaux) depuis plusieurs années, mais qu'avant d'agir, il avait voulu avoir l'avis de plusieurs chururgiens des hôpitaux, à l'examen desquels il avait soumis la malade qui était confiée à ses soins. » Auguste Bérard était de ce nombre et rejeta l'opération, qui ne fut pas pratiquée.

C'est seulement au mois d'août 1840, que fut démontrée la possibilité de pénétrer dans la paroi du corps de la matrice pour en extraire les tumeurs fibreuses. A cette époque, en effet, fut publiée dans la *Revue medicale* l'histoire de la première malade, sur laquelle

(1) Marchal de Calvi (*Annales de la chirurgie franç. et étrangère*, 1843, t. II. p. 385), a réuni 26 observations de cures spontanées dont toutes, à lavérité ne sont pas des expulsions, mais dont 7, parmi lesquelles 3, pendant la grossesse, appartiennent évidemment à ce processus.

(2) *Loc. cit.*, p. 18.

cette opération ait été pratiquée. L'auteur de cette innovation hardie, Amussat, fit une seconde fois l'année suivante, cette extirpation, et publia en 1842, un *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe.*

L'opération fut répétée plusieurs fois depuis lors par L. Boyer, A. Bérard, M. Maisonneuve, Lisfranc, etc. On trouvera dans les tableaux annexés à ce chapitre, le résumé succinct de presque toutes les observations publiées.

Cette opération hardie, séduisante, au point de vue théorique, jouit alors en France d'une vogue momentanée. Mais bientôt de nombreuses et funestes déceptions vinrent ralentir l'ardeur de ses partisans. Elle finit par tomber dans le discrédit et ne fut plus pratiquée que de loin en loin et d'une façon isolée : les critiques contenues dans les remarquables thèses de Jarjavay et de Guyon, ne contribuèrent pas peu, sans doute, à ce résultat.

Mais pendant que la fortune de l'*énucléation* déclinait en France, elle s'élevait à l'étranger. Préconisée par Baker Brown (1), Duncan (2), Atlee (3), Marion Sims (4), Aug. Martin (5), etc., cette opération paraît avoir rencontré en Amérique des adeptes enthousiastes. Beaucoup même semblent croire très-sincèrement qu'elle

(1) *London Obstetrical Transactions*, III, 1862.
(2) *Edinburgh medical journal*, février 1867.
(3) *Transactions of American medical association*, vol. VI, p. 559.
(4) *New-York medical journal*, april 1874.
(5) *Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten*, 1 Band, 1 Heft, 1875.

ouvre une ère nouvelle pour la thérapeutique utérine, si bien qu'un de leurs savants compatriotes, Gaillard Thomas, est obligé de leur rappeler dans une note de son livre (1), qu'il ne s'agit pas là d'une découverte récente, mais d'une opération depuis longtemps pratiquée..., et il pourrait ajouter depuis longtemps jugée.

« *Multa renascentur quæ jam cecidere.....* »

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les deux procédés d'Amussat, ni le procédé de Maisonneuve, longuement rapportés dans la thèse de Jarjavay, à laquelle nous renvoyons. Quelques mots seulement sur ceux qui ont été récemment prônés à l'étranger puisque c'est sur leur excellence qu'on se fonde pour justifier la renaissance de l'*énucléation* des tumeurs fibreuses interstitielles.

Baker-Brown préconise surtout l'incision de la capsule de tissu utérin qui recouvre la tumeur interstitielle. On abandonne ensuite la tumeur à elle-même, ou l'on administre du seigle ergoté. On a ainsi obtenu des succès incontestables (2). Mais il est bon de se souvenir aussi que c'est précisément là le procédé qui a donné tant de déceptions à A. Bérard (3). Une hémorrhagie profuse est souvent la conséquence de cette manœuvre (4).

Voici comment Sims décrit son procédé opératoire :

« Supposons, dit-il, que la tumeur ait le volume d'une orange ou du poing, et qu'elle soit insérée aux

(1) *Loc. cit.*, p. 517.
(2) Hobst. *Arch. für Gynec.*, t. VI, p. 512.
(3) Jarjavay. *Loc. cit.*, p. 70.
(4) Hegar. *Die Operative Gynecologie*, p. 253.

parois postérieure ou latérales de l'utérus, la paroi antérieure étant libre, l'orifice dilaté à 2 pouces et demi ou 3 pouces de diamètre ; la tumeur est un myome

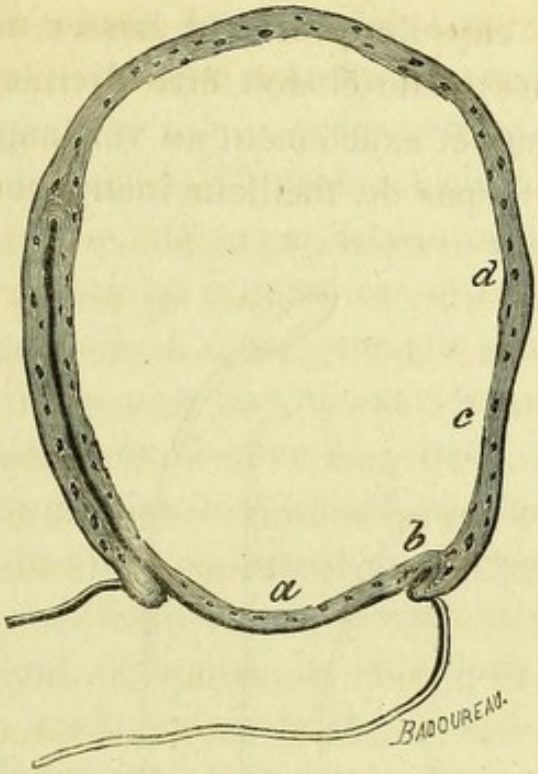


Fig. 2.

solide, et son extrémité inférieure correspond au bord du museau de tanche. On introduit, six ou huit heures avant l'opération, 4, 5 ou 6 morceaux d'éponge préparée, afin de dilater le col et de faciliter ainsi l'opération.

1° La malade doit être placée sur le côté gauche et le vagin ouvert avec le spéculum de Sims.

2° La portion de la tumeur qui se présente doit être saisie (en *a*) avec un fort crochet et attirée en avant.

3° La capsule de la tumeur doit être incisée avec des ciseaux au niveau de ses insertions sur les portions

latérales et postérieure du col (en *b*), et là on doit prendre garde de ne pas disséquer la capsule du col, mais de l'inciser franchement dans toute son épaisseur. Alors on passe l'indicateur à travers cet orifice entre la tumeur et la capsule qu'il faut laisser adhérente aux parois utérines; celle-ci doit être divisée tout autour du corps fibreux et exactement au voisinage de l'orifice du col. Il n'y a pas de meilleur instrument pour énu-

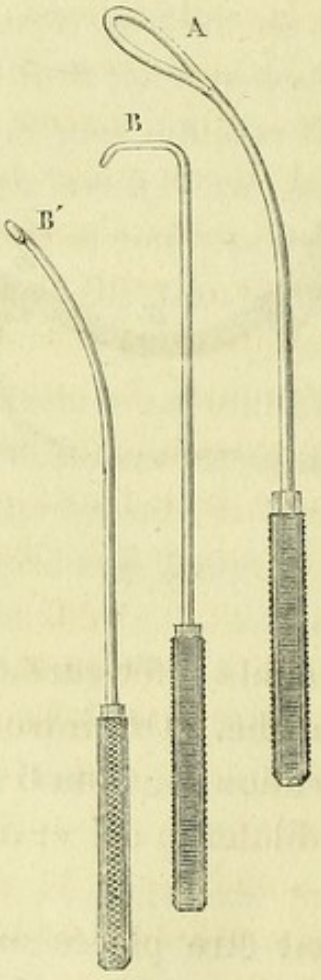


Fig. 3.

cléer que le doigt, mais comme il ne peut atteindre au fond de l'utérus, il est nécessaire d'y adjoindre un instrument; cela nous amène au quatrième temps de l'opération.

4° Tandis que la tumeur est fortement attirée en avant par une érigne, l'*énucléateur* (fig. 3 A), est rapidement poussé entre la tumeur et la capsule qui reste attachée aux parois utérines ; il est porté jusqu'au fond de la matrice ; puis il est retiré et porté d'un autre côté. Lorsque, par cette manœuvre répétée plusieurs fois, les filaments celluleux et les bandes fibreuses sont dilacérés, l'instrument est promené circulairement autour de la tumeur, de façon à assurer la destruction complète de toutes les adhérences qui unissent la tumeur à la capsule. L'*énucléateur* que j'ai employé jusqu'ici, consiste en une tige d'acier longue de 12 à 15 pouces, repliée pour former une boucle à son extrémité. Cette disposition met à l'abri de danger de blesser le fond de l'utérus, lorsqu'on pousse l'instrument très-haut. Les difficultés que j'ai rencontrées dans quelques cas m'ont démontré la supériorité d'un instrument coudé à son extrémité (fig. 3 B. B') dont la concavité est légèrement tranchante de façon à permettre de déchirer avec elle les fortes brides fibreuses. Cet instrument, que je n'ai pas encore employé du reste, me paraît avoir l'avantage d'être plus puissant que le premier sans être plus dangereux.

« 5° La tumeur étant fortement attirée en avant par le crochet on passe une érigne double le long de la face postérieure de la tumeur, de *c* en *d*, et on la fait pénétrer aussi loin que possible. Le fibroïde est, au moyen de cette érigne, attiré en avant et roulé sur son axe, pendant que, avec l'*énucléateur*, on détruit les dernières adhérences qui auraient échappé aux tentatives antérieures. A mesure que la tumeur cède aux tractions, on passe une autre érigne et on l'enfonce

dans la tumeur au-dessus de la première, et par l'action de ces deux instruments combinée avec celle de l'*énucléateur*, la tumeur est rapidement amenée au dehors et franchit la vulve presque comme d'un bond. Dans quelques cas, elle a tourné sur son axe, de sorte que la partie en rapport avec le fond de l'utérus est la première qui se présente. La tumeur peut être trop volumineuse pour franchir l'orifice, alors même que toutes ses adhérences sont rompues; il faut alors recourir à l'incision du col qui est pratiquée avec des ciseaux jusqu'au niveau de l'insertion du vagin.

« Au moment de l'extraction de la tumeur, l'utérus se contracte comme dans l'accouchement. Tous les lambeaux membraneux restés adhérents à l'intérieur doivent être excisés. L'hémorrhagie est le plus ordinairement insignifiante; parfois pourtant elle est abondante. En tout cas, pour me mettre en garde contre un danger provenant de cette cause, j'introduis dans la cavité utérine et jusqu'au fond un tampon de coton imbibé d'un sel ferrique et je le maintiens en place au moyen d'un tampon vaginal. Ces tampons doivent être enlevés aussitôt que possible, au plus tard vingt-quatre ou trente-six heures après l'opération, et au bout d'un temps moins considérable s'il y a quelque symptôme de septicémie.

« Les tampons de *coton ferrique* sont préparés de la manière suivante. On prend de la ouate de belle qualité qu'on lave à grande eau et dont on exprime tout le liquide; on la sature alors avec une dissolution de sous-sulfate de fer et d'eau (dans la proportion de 1 à 2 parties). On le divise en masses ayant à peu près le volume de la main et 1 pouce d'épaisseur; on dessèche alors

ces masses en les comprimant fortement, et on les conserve pour l'usage dans un flacon à large ouverture. Lorsqu'on veut se servir de ce coton ferrugineux, on divise les grosses masses en masses plus petites, et on les introduit dans l'utérus au moyen d'une baleine terminée en pointe mousse. C'est là le procédé le plus commode et le plus sûr.

« Les tampons enlevés au moyen d'un instrument analogue à un tire-bourre, le vagin doit être lavé avec de l'eau tiède mélangée d'acide phénique, et s'il y a des symptômes de septicémie, la cavité utérine doit être nettoyée par des injections abondantes d'eau phéniquée, introduites jusqu'au fond de l'utérus. »

Nous avons tenu à traduire longuement Marion Sims, afin qu'on se fit une idée exacte de son manuel opératoire. Citons maintenant deux des observations qu'il donne à l'appui : on y verra jusqu'à quel point l'audace a été poussée chez les chirurgiens d'au delà de l'Atlantique.

Obs. Mme de..., de Mexico, âgée de 38 ans, mariée à 13 ans, a eu un enfant à 18 ans, une fausse couche à 24. Bientôt après, sa santé commença à décliner, elle eut des hémorrhagies qui devinrent surtout abondantes dans les quatre ou cinq dernières années. Au mois de juin 1873, elle était anémique, épuisée par les pertes de sang. L'orifice utérin était dilaté, de la grandeur d'un dollar d'argent, et l'on sentait une tumeur arrivant jusqu'à l'orifice sans s'y engager. Le doigt pouvait être introduit facilement sur les côtés de la tumeur, et on sentait qu'elle adhérait très-intimement aux parois utérines, partout, sauf en avant.

La tumeur était un myome pur, et paraissait être un cas favorable pour l'opération : 1° parce que l'orifice était dilaté ; 2° parce que la tumeur était dure, résistante (non kystique) et capable de supporter des tractions énergiques ; 3° parce qu'elle n'était probablement pas plus volumineuse qu'une grosse orange allongée

par la pression. L'opération fut faite le 15 août 1873. Pour dilater le col autant que possible, cinq ou six gros morceaux d'éponge furent introduits dans l'orifice, la veille de l'opération. Lorsqu'on les enleva vingt heures après, l'orifice était considérablement élargi. La tumeur fut alors saisie par sa partie proéminente avec le *vulsellum* (sorte de crochet) attirée jusqu'à l'orifice et retenue, tandis qu'avec les ciseaux on coupait la capsule à l'union des portions postérieure et latérales du col.

La capsule étant ainsi ouverte par une incision semi-lunaire de deux pouces et demi, l'*énucléateur* fut introduit entre cette dernière et la tumeur jusqu'au fond de l'utérus, d'abord d'un côté, puis de l'autre, puis en tous sens, afin de détruire les adhérences.

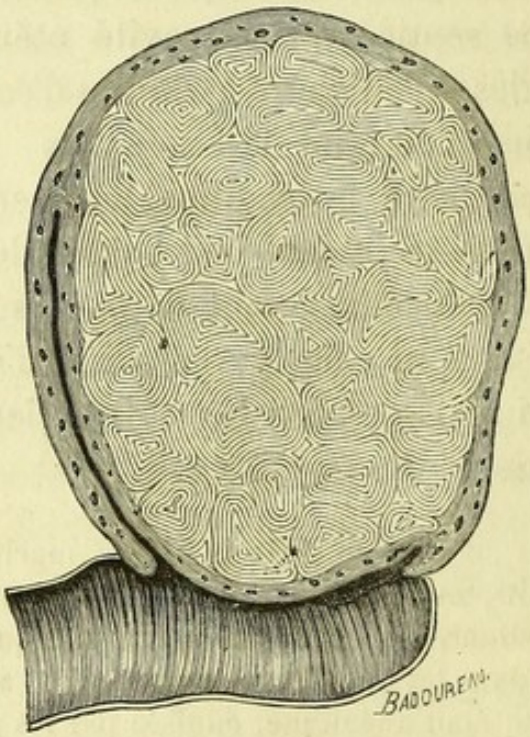


Fig. 4.

Cette manœuvre terminée et la tumeur étant toujours maintenue par le *vulsellum*, l'érigne fut placée vers la face postérieure et introduite profondément dans sa substance, elle servit ensuite à attirer la tumeur pendant que l'énucléateur était de nouveau dirigé en tous sens entre cette dernière et sa capsule. Malgré cela, et bien qu'il ne parût pas y avoir d'adhérence, elle ne put être enlevée ; elle était en effet trop volumineuse pour passer à l'orifice du col, il devint nécessaire d'inciser le col dans quatre directions différentes et la tumeur fut alors extraite très-rapidement, l'opé-

ration avait duré vingt minutes. L'hémorrhagie fut arrêtée facilement ; une semaine après il n'y avait plus d'écoulement utérin, et quinze jours plus tard, Mme de..... pouvait partir très-bien portante ; au bout d'un mois, les quatre incisions étaient complètement cicatrisées et l'orifice paraissait normal.

Obs. Je fus appelé pour voir une femme de 45 ans, arrivée au dernier degré de l'anémie, et qui avait eu depuis quatre ou cinq ans des métrorrhagies abondantes et un écoulement muqueux. L'utérus était très-petit et remontait au-dessus de l'ombilic, le vagin était rempli par une tumeur élastique fibro-kystique, du volume d'une tête de fœtus. Le col était dilaté comme dans l'accouchement lorsque la tête est déjà dans le vagin. La portion de la tumeur proéminant dans le vagin avait une couleur grisâtre et commençait à se gangréner, donnant une secrétion purulente très-fétide. L'opération fut faite le 16 décembre, la portion vaginale de la

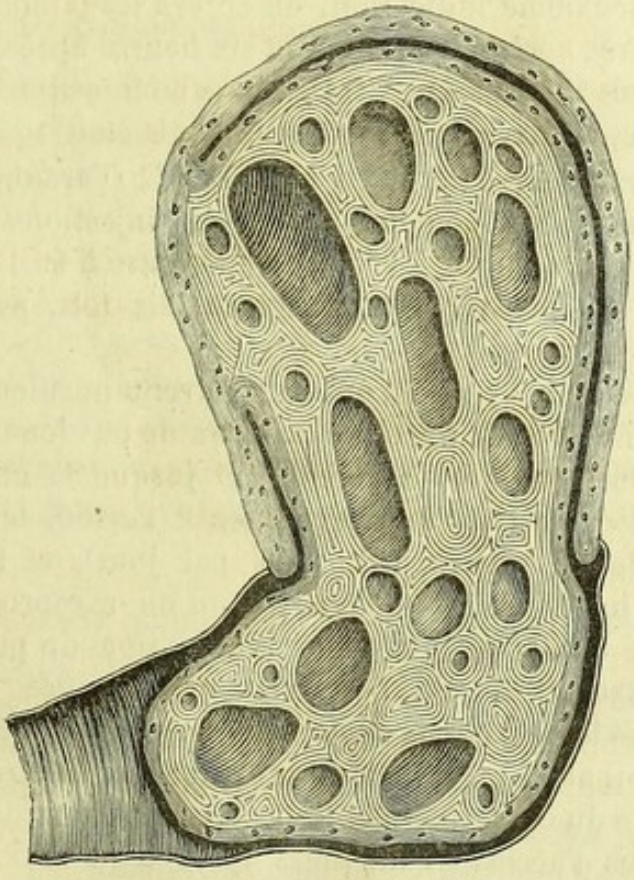


Fig. 5.

tumeur fut détachée par morceaux à l'aide d'une curette et des doigts. La main fut alors introduite dans l'utérus, et avec l'*énu-*

cléateur et les ciseaux la masse de la tumeur presque aussi grosse qu'un fœtus de sept mois fut enlevée en douze ou quinze minutes. A un moment, je crus avoir pénétré avec l'*énucléateur*, à travers les parois utérines, jusque dans la cavité péritonéale, mais en introduisant la main plus profondément, dans la cavité utérine, je trouvai que j'avais simplement déchiré un immense kyste; lorsque toutes les portions solides de la tumeur furent enlevées, j'introduisis sur le côté de la main et je coupai tous les lambeaux fibreux par lesquels la tumeur adhérait aux portions antérieures et latérales de l'utérus. Il y eut alors une hémorrhagie abondante, et il fut nécessaire de terminer rapidement l'opération et de faire le tamponnement ordinaire. Il y avait dans ce fait deux causes de danger : 1° l'hémorrhagie provenant de larges sinus veineux décrits pendant l'opération ; 2° l'empoisonnement septique provenant des liquides retenus dans la cavité utérine; pour parer au premier, on termina rapidement l'opération et le sang fut vite arrêté. Pour remplir la deuxième indication, on enleva les tampons vaginaux dix-huit heures après l'opération, et six heures après, les tampons contenus dans l'utérus. On fit ensuite une injection d'eau phéniquée chaude, et dix minutes après, le pouls était tombé de 132 à 120, et la température de 103 1/2 à 102 1/2 (Farenheit). On continua à faire toutes les deux heures des injections d'eau phéniquée, et le pouls tomba à 96, la température à 99 1/2. Les injections furent ensuite répétées seulement six fois, puis 4 fois par jour.

Le sixième jour, l'écoulement était devenu purulent, et chaque injection donnait issue à 2 onces environ de pus louable.

Le dix-neuvième jour, la malade qui jusque là allait bien, fut prise de frissons, suivis de fièvre intense (P. 160, temp. 106); on lui donna de la quinine (24 grains par jour), et l'on fit dans l'utérus des injections. Comme le frisson ne se reproduisit pas, il est probable et même certain que la rétention du pus était seule cause de l'état fébrile. On découvrit que l'orifice externe était rétréci et que les sécrétions de la cavité ne pouvaient être évacuées, on introduisit alors un tube à drainage qui resta en permanence dans l'orifice du col, et permit les lavages. A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accident; dix jours après il ne s'écoulait plus de pus, en l'on enleva le drain. La malade retourna chez elle dans un état florissant, et a continué depuis à se bien porter.

Mais à côté de ces succès extraordinaires, M. Ma-

rion Sims doit enregistrer des cas d'autant plus regrettables que rien n'indique que les femmes opérées fûssent auparavant en danger de mort.

Obs. Au mois d'août dernier, j'opérai une femme qui paraissait présenter tous les caractères des cas précédents, les mêmes précautions furent prises, et cependant la malade mourut le quatrième jour après l'opération. L'autopsie montra que l'ablation de la tumeur avait été complète ; mais au point où la tumeur adhérait aux parois, on trouva un kyste contenant 6 ou 8 onces de pus séreux décomposé, dont l'absorption était sans doute cause de la septicémie et de la mort. Si ce kyste avait pu être reconnu et ouvert lors de l'opération, j'aurais, suivant toute probabilité, obtenu un résultat tout autre.

Obs. L'opération fut la même ; il y eut pendant son cours des hémorrhagies abondantes, puis des convulsions, et la malade succomba avec des symptômes d'urémie.

Obs. Dans le cas dont il s'agit, une éponge fut introduite dans le col, afin de permettre l'exploration de la cavité utérine. Le lendemain la malade eut un frisson et elle mourut le septième jour. L'autopsie révéla un abcès ouvert dans la cavité péritonéale, et ayant déterminé une péritonite.

Obs. Une femme ayant un corps fibreux énorme, un morceau d'éponge fut introduit, et en quelques heures on dut l'enlever, une fièvre violente se développa, la femme fut excessivement malade pendant six semaines, et échappa à grand'peine à la mort, mais les hémorrhagies avaient cessé, et elle est actuellement assez bien portante.

Notre auteur accompagne ces faits des réflexions suivantes :

« Tandis que la première série de cas démontre nettement les résulats que l'on peut espérer en des circonstances favorables, la deuxième prouve les dangers qui nous attendent à chaque instant. Quoi qu'il en soit, je pense que nous avons fait de grands progrès et je considère l'énucléation et l'ablation des corps fibreux intra-

utérins, comme un des plus beaux résultats de la chirurgie moderne. Dans l'ablation de ces myomes nous devons imiter ce que fait la nature dans l'accouchement : 1° L'orifice du col doit être largement ouvert ; 2° La tumeur dégagée de la capsule, lorsque la capsule est incisée, nous laissons la tumeur descendre lentement et dilater graduellement le col. Son énucléation ne doit pas être tentée tant que nous ne sommes pas sûrs que le col soit suffisamment large pour la laisser passer, et même alors nous devons attendre que la partie arrondie de la tumeur se présente au niveau du bord de l'orifice dilaté. Si nous tentons l'énucléation lorsque la portion inférieure de la tumeur est encore au-dessus de l'orifice interne, l'insuccès est inévitable si la tumeur est volumineuse ; lorsqu'elle est petite, si elle a le volume d'une noix ou d'un œuf, ces préceptes sont inutiles. »

Nous craignons que M. Marion Sims, et avec lui les chirurgiens qui partagent de pareilles idées ne s'exposent à de cruelles déceptions.

Certes nous n'avons pas l'intention de recommencer ici une discussion déjà si bien faite dans les thèses de MM. Jarjavay et Guyon. Nous nous bornerons à faire remarquer tout ce qu'une pareille opération offre de téméraire. On agit *à l'aveugle* au fond d'une cavité peu accessible, où peut survenir d'un moment à l'autre une hémorrhagie formidable, au voisinage immédiat du péritoine auquel adhérent parfois quelques bosselures de la tumeur. Et alors même que celle-ci serait enveloppée de toutes parts par une capsule, la minceur souvent extrême de cette enveloppe n'expose-t-elle pas

à la déchirer et à la franchir, dans ces manœuvres violentes de l'énucléation (1)? La figure 2 de

(1) Pour donner une idée de la difficulté de ces manœuvres, je ne saurais mieux faire que de placer ici le résumé d'une très-longue observation publiée par le Dr Abeille, ancien médecin de l'hôpital du Roule dans la *Gazette médicale* en 1872. On doit se féliciter avec lui que la malade ait survécu à une opération aussi laborieuse:

Fibrôme utérin interstitiel encastré dans tout le segment antéro-postérieur gauche de l'utérus ; ablation ; guérison.

Madame X..., originaire d'Angleterre, de 36 à 40 ans, fortement constituée, à proportions remarquables, avait eu de son premier mariage un enfant il y a quatorze ans, puis un second, un troisième, etc.

Depuis la dernière couche, qui date de neuf ans, madame X... n'éprouva, à son dire, aucun désordre du côté de l'utérus. La menstruation était régulière et s'effectuait normalement. Cependant elle croit qu'il y a quatre ans l'époque menstruelle commença à se prolonger un peu plus que d'habitude, et qu'elle perdit ensuite à chaque époque un peu plus de sang qu'auparavant....

Il y a quinze mois, elle quittait Paris .. Les bruits de guerre étaient alors passés à l'état de réalité ; c'était le motif qui la faisait sortir de Paris.

Dès la première apparition des règles, madame X... éprouva à Londres des phénomènes insolites. Au deuxième jour de l'éruption menstruelle, elle fut prise de coliques utérines à forme intermittente, comme dans le travail de la parturition. Les douleurs débutant par les reins envahissaient ensuite le bas-ventre ; une métrorrhagie s'ensuivit, et le médecin, qui l'avait accouchée trois fois à Londres, déclara qu'il s'agissait probablement d'un avortement. Les douleurs durèrent quarante-huit heures, la menstruation, très-abondante, se prolongea huit à dix jours, puis tout rentra dans l'ordre sans que l'utérus eût rien expulsé. Les mêmes phénomènes se produisirent aux autres époques sans que madame X... s'en inquiétât. Rentrée à Paris en octobre 1871, elle fut atteinte presque immédiatement d'une broncho-pneumonie aiguë.

Je lui donnais des soins depuis huit jours quand la menstruation survint ; madame X..., profondément abattue par sa maladie, éprouva une dépression accentuée à l'apparition de ses menstrues. Elle me confia alors ce que nous savons sur ses pertes...

Le 26 novembre, les tranchées utérines commencèrent; le lendemain 27, je crus le moment opportun pour explorer l'utérus. Il y avait alors de violentes tranchées. L'exploration avec le doigt me fit constater une rétroversion de l'organe...

Le globe utérin était appliqué sur l'arcade pubienne ; il me parut

notre planche montre combien est mince parfois cette coque de tissu utérin. Sur une pièce, présentée en 1873

plus volumineux qu'à l'état normal. En redressant le col, je n'avais pu introduire même l'extrémité de l'index dans l'orifice. J'en conclus que je m'étais trompé dans mon premier diagnostic...

A neuf heures du soir, je la revis ; elle était levée, allait assez bien, n'éprouvait presque plus de douleurs et ne perdait pas trop de sang.

Le lendemain matin à neuf heures je fus appelé. Les tranchées utérines avaient reparu à trois heures, elles avaient complètement cessé à sept heures ; et depuis ce moment, madame X... avait perdu une énorme quantité de sang, environ un litre et demi.

Je fis alors une nouvelle exploration. Cette fois l'utérus était redressé, remontant fort haut dans le bassin. L'orifice était dilaté de façon à permettre aisément l'introduction de l'extrémité de l'indicateur ; cependant il y avait encore une certaine rigidité du museau de tanche qu'il était impossible de vaincre jusqu'à une certaine limite. Je pus aisément constater la présence d'un fibrome dont le sommet antérieur était à 2 centimètres de l'orifice. J'eus de grandes difficultés à introduire l'indicateur plus loin ; cependant je constatai que la tumeur était libre dans toute la moitié droite de l'utérus jusqu'au bas-fond. A partir de la moitié gauche du bas-fond, elle me sembla faire corps avec les parois tant en arrière que sur le côté gauche, jusqu'à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de l'orifice externe, et sur la face antérieure elle se continuait au moins dans le tiers externe gauche, d'avant en arrière, avec ces mêmes parois. Il me fut donc permit de constater que j'étais en présence d'un fibrome volumineux, interstitiel, ayant repoussé devant lui la muqueuse utérine, ayant son origine dans les tissus sous-muqueux de l'organe et enchâssé dans une vaste partie de ces mêmes tissus avec lesquels il faisait corps, etc...

Une première tentative d'extraction eut lieu, elle fut inutile...

Le 20 décembre, les régles apparaissent modérément.

Le 21. Dans la nuit commençaient les tranchées utérines.

Le 22. Ces tranchées continuaient et le sang coulait en abondance. A deux heures de l'après-midi, j'étais auprès de la malade. Les tranchées ayant cessé, l'exploration permit de constater une dilatation du col suffisante pour l'introduction de l'indicateur.

Le moment d'opérer était venu, j'envoyai donc chez mon célèbre confrère...

De deux coups de ciseaux j'incisai le col sur ses angles, espérant obtenir une dilation suffisante pour manœuvrer un peu à l'aise. Il n'en fut rien : l'une de ces incisions, celle de droite, fit céder l'ouverture sur ce côté, mais celle de gauche, aboutissant jusqu'au fibrome, ne par-

à la Société anatomique par mon ami le Dr J. Renaut, et dont il m'a communiqué la description détaillée, je trouve cette mention : « La portion de tissu utérin re-

vint qu'à faire appliquer sur celui-ci la lèvre incisée, et je me trouvai aussi gêné qu'avant. etc....

Après une demi-heure de manœuvres inutiles dans cette première phase de l'opération où j'avais dépensé momentanément mes forces par des positions inclinées et des contorsions douloureuses, je cédai la place à mon éminent confrère etc.....

. . . . . .

Mon confrère manœuvra à son aise pendant une demi-heure, etc..... Mon éminent confrère plus épuisé que moi, suant et à bout de forces à son tour, dut se retirer devant une impossibilité prononcée. Il me céda la place.....

Après vingt minutes de tentatives tout aussi infructueuses que les premières, je cédai la place à mon éminent confrère, etc... .

Ce fut alors pendant une demi-heure que ce confrère et maître lutta avec une ardeur héroïque etc..... Efforts inutiles ! Au bout d'une demi-heure lui, pourtant si habile, renonçait pour la deuxième fois l'œil morne, le visage abattu et ruisselant de sueur, etc.....

Me campant alors sur mes deux genoux, parce que la position debout m'incurvait trop et m'enlevait mes forces, j'engageai l'indicateur et le medius de la main gauche dans l'ouverture du col ; je le débridai une seconde fois par deux grands coups de ciseau sur les angles précédemment débridés, et profitant de cette détente artificielle, je poussai l'indicateur gauche dans la partie droite de la cavité utérine jusqu'au bas-fond, après avoir enfoncé toute la main dans la cavité vaginale.

Je fus alors maître du terrain, je sentais distinctement l'arrière-base du fibrôme et le point où je devais le saisir : de longues pinces à cuillers à mors dentelés, furent glissées le long de l'indicateur..... Je pus saisir une large portion du fibrôme etc., et je remis l'instrument à mon confrère qui s'était de nouveau résigné au rôle d'aide, etc..... En deux minutes j'eus détaché par une rapide dissection de droite à gauche, de haut en bas et en arrière, le segment postérieur du fibrôme incarné dans la moitié gauche du fond de l'utérus et sur la partie antérieure gauche de l'organe ; à mesure que la séparation était obtenue, j'avançais la dissection sur la face antérieure gauche. Il me restait alors à disséquer ou plutôt à énucléer la tumeur dans tout le segment gauche latéral et postérieur jusqu'au col. Je fis exercer de fortes tractions par mon éminent confrère, avec les pinces qui fixaient le fibrôme. Dans ces efforts de traction, le lobe postérieur, détaché du bas-fond et de la face antérieure correspondante put basculer un peu en avant. Je retirai le couteau mousse, etc...., et je glissai le long de l'indicateur toujours

couvrant le myôme, du côté du péritoine, était mince comme une feuille de *papier Bristol*, de telle sorte qu'on ne saurait tenter de l'énucléer sans déchirer cette couche enveloppante. »

Mais ce n'est pas tout. Les corps fibreux sont loin d'être toujours lâchement unis au tissu utérin. Parfois l'adhérence est très-intime (1), et si l'on veut énucléer *quand même* on se trouve aux prises avec une opération qui peut durer plusieurs heures et laisse les patients dans cet état de prostration profonde où nous voyons la seconde malade d'Amussat (2). Si au contraire on abandonne dans la matrice la tumeur incomplètement détachée, on est exposé à l'hémorrhagie consécutive, et à la septicémie résultant de sa mortification.

Le résumé que nous plaçons ici des cas publiés qu'il nous a été possible de rassembler et qui comprend 16 morts seulement sur 64 cas, donnerait, croyons-nous, une idée incomplète de la gravité de l'opération. En effet, selon la judicieuse remarque de

resté dans l'utérus, de très-grands et de très-longs ciseaux à lames mousses à la pointe, courbes sur le plat, vers l'extrémité mousse et d'une très grande puissance d'action, etc.....

Je pus les placer après beaucoup de difficultés entre le lobe du fibrôme détaché en arrière et le bas-fond. J'écartai alors les lames de l'instrument et je pus, en rasant constamment les parois utérines, sectionner successivement en arrière et sur la face interne gauche tout ce qui était adhérent. Pendant ce temps mon confrère exerçait des tractions en dedans en dehors en bas et dans ses tractions le fibrôme toujours attiré vers le col par une bascule continue qui faisait devenir antérieure sa face postérieure et droite, sa face gauche, put être énuclée totalement en quelques minutes, et nous eûmes la satisfaction de le voir enfin, emportant avec lui sur ses faces quelques parcelles de la musculeuse utérine, preuve évidente que l'utérus avait été profondément entamé en quelques points. — Guérie 28 janvier.

(1) Bérard. *Bulletins de la Soc. anat.*, 1849, p. 82.

(2) *Loc. cit.*

West (1) : « La tentation de retrancher les cas qui ont eu une issue funeste paraît presque insurmontable, et c'est ce qui empêche de tirer une conclusion exacte des statistiques de cette dangereuse opération. »

Est-ce à dire que nous la repoussions absolument et *à priori* ? Nullement. Nous pensons seulement que les cas où on sera autorisé à l'entreprendre sont très-restreints.

« Je la crois praticable, dit M. Courty (2) lorsque la tumeur n'est pas très-volumineuse, qu'elle est libre d'adhérences, qu'elle se projette vers la cavité utérine, et que, tout en étant sessile, elle a, par l'action longtemps continuée du seigle ergoté, une tendance à se pédiculiser. Le point important, ajoute cet auteur, est de ne pas se presser d'entreprendre l'opération et de soigner auparavant la malade au point de rendre la tumeur tolérable ou d'en favoriser l'énucléation. »

Nous ne pouvons que nous associer à des conclusions aussi sages.

Mentionnons en terminant un procédé employé par M. Kœberlé dans les cas « où les tumeurs ont envahi le col et se sont développées dans l'excavation pelvienne, alors qu'elles ne sont plus propres à être opérées par la voie sus-pubienne (3).

« Dans deux cas de ce genre il s'est contenté de faire au travers du col (préalablement dilaté) une série d'incisions parallèles dans la tumeur, incisions dans lesquelles il porta une quantité suffisante de perchlorure

(1) *Loc. cit.*, p. 362.
(2) *Loc. cit.*, p. 956.
(3) *Gaz. méd. de Strasbourg.* 1875, nº 6.

de fer pour déterminer la mortification des couches interposées. »

Cet habile chirurgien ne nous dit pas quel a été le résultat de cette pratique. Il nous est donc impossible d'en apprécier la valeur.

TABLEAU

DE

SOIXANTE-QUATRE OPÉRATIONS D'ÉNUCLÉATION

DE TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES

TABLEAU DE SOIXANTE-QUAT

DE TUMEU

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
1	*Revue médicale.* Décembre 1841.	AMUSSAT (cité par M. Filhos, 1840).	50 ans.	Mariée et mère de quatre enfants : très-amaigrie par des hémorrhagies.	Début : trois ans; écl lements abondan tumeur intra-utéri formée dans la pa du fond.
2	*Revue médicale.* Août 1840, p. 197.	AMUSSAT c(ité par M. Troussel).	48 ans.	Mariée : très-affaiblie par les hémorrhagies.	Début : depuis p sieurs années; meur située dans paroi postérieu fait une saillie c vexe dans la ca utérine.
3	*Revue médicale.* Mars 1845, p. 348.	BOYER.	47 ans.	Non mariée; affaiblie par des hémorrhagies répétées.	Tumeur intra-utéri grosseur d'un citr symptômes uté pendant plusie années.
4	*Clinique chirurgicale de la Pitié,* t. III, p. 180.	LISFRANC.	Age inconnu.	—	Hémorrhagie; tum située dans la p postérieure de l' rus.
5	*Clinique chirurgicale de la Pitié,* t. III, p. 180.	LISFRANC.	Age inconnu.	Extrêmement affaiblie par de fréquentes hémorrhagies.	La tumeur, du volu d'un gros œuf poule, est située c la paroi postérie
6	*Bulletins de la Société anatomique,* p. 82. 1842.	BÉRARD.	Age inconnu.	Très-affaiblie par de fréquentes hémorrhagies.	Tumeur dévelo dans la paroi a rieure de l'utéru
7	*Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus,* par Jarjavay, 1850.		Age inconnu.	—	—
8	*Clinique chirurgicale de la Pitié,* t. III, p. 172.	LISFRANC, hôpital de la Pitié.	Age inconnu.	Malade très-amaigrie.	Tumeur grosse cor un œuf de poule tuée dans la l postérieure.
9	*Ibid,* p. 179.	LISFRANC.	Age inconnu.	Grande faiblesse.	Gros œuf, moitié férieure de l'uté

RATIONS D'ÉNUCLÉATION
EUSES UTERINES

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
oduction du doigt; s attaches ayant é rompues, la tu-eur est énucléée et levée avec le for-ps; grosseur d'un uf d'autruche.	Malade affaissée pendant 12 heures après l'opération. (Pas de chloroforme.)	Elle va bien pendant la première quinzaine; puis temps d'arrêt; le 28e jour frisson violent, suivi d'une phlegmatia alba dolens.	Guérison en 2 mois environ.	La tumeur pesait environ 14 onces; très-peu de sang perdu.
ucléation est com-encée avec le igt; la tumeur est tirée en bas; in-rsion de l'utérus; hérences très-for-s.	Malade très-épuisée par la longueur de l'opération; choc peu marqué.	Elle va bien pendant les quatre premiers jours; à ce moment symptômes d'in-flammation. Vers le 16e jour phlegmatia alba dolens.	Guérison après avoir été gravement malade.	La tumeur pesait 11 onces; l'opération a duré deux heures un quart : elle a donné très-peu de sang.
cléation avec le igt, avec beaucoup difficulté, à cause l'étroitesse du va-n et du col; même rès que la tumeur t détachée, l'ex-uction est difficile.	Choc pas très-grand malgré beaucoup de sang perdu.	Le 3e jour, la malade a un frisson et meurt avec des symptômes de phlébite etc. le 6e jour.	Mort le 6e jour.	Le col de l'utérus était très-étroit, et il fallut le dilater avec l'éponge préparée. Tumeur de forme ovale, grosse comme un œuf de dinde et pesant 102 grammes.
érus est attiré en s : incision au-ssus de la tumeur; lle-ci est enlevée ec le doigt.	Il ne paraît pas y avoir eu de choc.	La malade va bien d'une façon continue.	Guérison parfaite.	La tumeur avait à peu près la grosseur d'un œuf de pigeon.
rus est attiré en s : incision au-ssus de la tumeur i est énucléée en rtie avec le doigt, partie avec une tule.	Choc peu marqué.	Il survient un peu d'inflammation du côté de l'utérus.	Guérison.	—
ions latérales sur rifice utérin; im-ssibilité d'énu-er la masse to-le, à cause de l'u-n intime avec le su de l'utérus; ation d'une petite rtie; on laisse le ste.	Le malade a pas mal souffert des effets immédiats.	Elle reste faible pendant environ 3 semaines, sans paraître en danger; attaque de péritonite et mort en 15 jours.	Mort au bout de cinq semaines.	A l'autopsie, on trouve les adhérences les plus intimes entre la tumeur et l'utérus.
—	—	—	Mort.	—
rus est attiré en s : la tumeur yant qu'une en-oppe très-mince, la déchire et on nplète l'énucléa-n.			Guérie.	—
ssement, incision la capsule au bis-uri boutonné.	Peu d'hémorrhagie.	Fièvre et douleurs pendant 2 jours.	Guérie.	

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
10	Clinique chirurgicale de la Pitié, vol. III, p. 173.	LISFRANC.	Age inconnu.	Malade très-faible.	Tumeur de la grosse du poing faisant sa lie dans le vagin.
11	*Gazette des hôpitaux.* 7 décembre 1849. Société de chirurgie.	MAISONNEUVE.	Age inconnu.	—	—
12	*Gazette des hôpitaux*, p. 572. 5 décembre 1849.	MAISONNEUVE.	40 ans.	Santé assez bonne, mais grandes souffrances et hémorrhagies.	Début : trois ans; u rus aussi gros qu cinquième mois la grossesse. La meur occupe la p postérieure.
13	*Bulletin de l'Académie de médecine*, XIV, p. 722. 1849.	MAISONNEUVE.	37 ans.	Très-anémiée par des hémorrhagies répétées.	Début : quatre ans. térus a le volume cinquième mois d grossesse. La meur occupe la roi postérieure.
14	*Medical Times*, p. 194. 20 août 1853.	M. TEALE (hôpital de Leeds).	56 ans.	Grasse, mais anémique. Très-épuisée par les pertes de sang.	Tumeur partielle expulsée.
15	*The Liverpool medico-chirurgical Journal*, p. 45 et seq.	M. J.-F. GRIMSDALE.	33 ans.	Robuste et en bonne santé.	Début probable : ou trois ans; l meur remplit la tie inférieure d sin; deux fa couches avec h rhagies abond
16	*The Boston medical and surgical Journal*, vol. XXXI, p. 250.	Dr GILBERT (Philadelphie).	30 ans.	Mariée depuis quatre mois; émaciée, pâle, alitée.	Le premier écoul date de dix mois; la t remplit le va presse sur le née.

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
tumeur est saisie avec des crochets; l'utérus est attiré jusqu'à la vulve; une grande partie de la tumeur est dans la paroi utérine; énucléation avec le doigt.	—	—	Guérison.	—
—	—	—	Guérison.	Pas de détails: cas mentionné par M. Maisonneuve à la Société de chirurgie.
rge incision du col; tractions; énucléation avec le doigt.— L'opération ne dure que vingt minutes.	Choc peu considérable.	Pendant quelques jours tout va bien; puis symptômes d'inflammations du ligament large.	Mort. (Jarjavay, *loc. cit.*, p. 78.)	La tumeur avait vingt-sept centimètres de circonférence. Pas de renseignements précis sur la terminaison, mentionnée pourtant par le docteur West comme fatale.
rge incision du col; énucléation avec le doigt; puis la tumeur est divisée avec des ciseaux et enlevée.	Difficulté à faire revenir la malade du choc; elle est épuisée.	Une fois remise, elle continue à bien aller sans interruption.	Guérison en six semaines environ.	L'opération a duré quarante-cinq minutes; chloroforme. La tumeur pesait dix-neuf onces.
n saisit la tumeur et on l'attire en partie hors de la vulve; puis on porte sur elle une forte ligature; on fait avec des ciseaux et le doigt l'énucléation de la partie située dans la paroi postérieure.	Choc très-peu marqué; perte de sang insignifiante.	—	Guérison en moins d'un mois.	—
cision à travers la paroi postérieure du col jusque sur la tumeur que l'on sépare en partie avec le doigt. Le second jour, avortement à quatre mois; le quinzième jour, énucléation de la tumeur ramollie.	Les opérations et l'avortement ne font perdre que très-peu de sang; pas de choc marqué.	Entre les opérations, affaissement et état très-critique. Après la seconde opération, soulagement. Des portions ramollies de tumeur sortent par la suite.	Guérison; est devenue enceinte ultérieurement et a bien accouché.	L'existence d'une grossesse au moment de l'opération est un détail important.
tumeur est encerclée dans une ligature faite avec un écheveau de soie; chaque jour la ligature est serrée et subit des tractions. Le sixième jour la tumeur est libre; on l'extrait avec le crochet mousse.	Pas de grande souffrance, mais la malade fut nerveuse et agitée.	Elle fut très-malade pendant le temps que la tumeur se détachait.	Guérison.	Tumeur en voie d'expulsion au moment de l'operation. La masse, ramollie, pesait 3 livres.

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
17	*The Boston medical Journal*. 9 octobre 1844.	Dr PANCOAST.	37 ans.	Mauvaise santé résultant de l'affection utérine. — Mariée.	Traitée pour un pr lapsus, etc., depu dix ans. La tume a la forme d'un p lype et vient fai saillie à la vulve.
18	*Clinik der Geburts hulfe*, p. 408.	CHIARI.	—	—	—
19	*Edinburgh Monthly Journal*. Mars 1848.	Dr SIMPSON.	46 ans.	Mariée et mère de 10 enfants.	Deux ans. Pertes gr ves. La tumeur grosse et a refou l'utérus.
20	*Medical Times and Gazette*. 25 juillet 1857.	M. BAKER BROWN (St-Mary's Hospital).	33 ans.	Anxiété, faiblesse, affaiblissement. Mariée.	Cinq ans de symp mes utérins : p mier écoulement y a environ un La tumeur se fray une voie à trav l'orifice dilaté.
21	*Medical Times and Gazette* (malade externe du Metropolitan Free Hospital). 25 juillet 1857.	M. HUTCHINSON.	38 ans.	Non mariée. Santé excellente avant la tumeur. Très-affaiblie par des hémorrhagies.	Environ deux ans. tumeur remplit vagin et l'utérus est de la gross d'une tête de n veau-né. Elle est broïde et réci vante.
22	*Medical Times and Gazette* (même malade que ci-dessus.) 25 juillet 1857.	M. HUTCHINSON.	39 ans.	Retombée si bas que la vie ne persisterait pas au delà d'une semaine ou deux.	Cette fois la tum est presque com tement intra-u rine.
23	*Medical Times and Gazette*. 25 juillet 1857.	M. BAKER BROWN (St-Mary's Hospital).	31 ans.	Mariée, sans enfants. Excessivement anémique et nerveuse.	Symptômes datant deux ans ; ut presque aussi v minceux qu'au tième mois de grossesse.
24	*Medical Times and Gazette*, p. 283. 22 mars 1856.	M. TEALE (hôpital de Leeds).	53 ans.	Mariée, mère de 7 enfants. Bonne santé, quoique affaiblie par des hémorrhagies.	Début, deux ans. meur logée dan paroi postérieu utérus refoulé avant. Elle reu la partie supéri du vagin.

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
ıucléation en partie avec le doigt, en partie avec le forceps ; la partie supérieure était unie à la paroi utérine.	On voit sourdre un peu de sang, mais en petite quantité.	La malade va bien, pas un symptôme fâcheux.	Guérison ; elle a recouvré une excellente santé.	La tumeur était en voie d'énucléation spontanée ; elle avait le volume du poing et paraissait fibreuse et enflammée.
—	—	—	Morte le trente-sixième jour.	—
plication de potasse caustique à peu près à un pouce en arrière de l'orifice utérin: ergot de seigle. La tumeur est expulsée en grande partie. Le 12e jour, les forces baissant, énucléation avec la main.	La malade a beaucoup souffert de l'écoulement abondant et fétide pendant l'expulsion.	La malade se porte bien 3 jours. Puis frissons, maux de gorge, fièvre.	Mort le 6e jour.	La tumeur pesait près de 4 livres ; le péritoine n'était pas enflammé et la cavité de la tumeur présentait des bourgeons de bonne nature.
ıpture des adhérences de la tumeur avec le col ; ligature. On l'attire en bas pendant qu'on achève l'énucléation avec la main. On enlève trois tumeurs.	Malade très-affaissée après l'opératien, mais elle reprend.	Elle reste faible, mais ne paraît pas en danger : puis phlébite de la veine fémorale gauche.	Mort le 13e jour.	L'opération a duré une heure et demie ; les tumeurs pesaient ensemble plus de 4 livres.
ec la main et un forceps, tentative prolongée pour attirer la tumeur et l'énucléer. On ne peut réussir complétement. Par la suite elle se ramollit et sort.	Peu de sang perdu, mais épuisement considérable.	Grande faiblesse et état fâcheux pendant une quinzaine, puis guérison rapide et complète.	Guérison.	La tumeur s'est reformée et on a fait une seconde opération. (Voy. n° 22.)
porte la main dans l'utérus et on détache la tumeur ; mais elle est trop molle pour être énucléée, et on n'en enlève que des fragments.	Choc peu marqué, mais affaissement profond un jour ou deux après l'opération.	Symptômes de pyohémie avec grands frissons : le tout disparaît par la térébenthine.	Guérison.	Une fistule recto-vaginale succède à l'opération. La femme meurt environ six mois plus tard d'une troisième tumeur.
rifice utérin est largement agrandi par une incision de chaque côté. On tente d'attirer en bas et d'énucléer la tumeur; mais on ne peut y réussir.	Collapsus.	Elle sort à peine du collapsus, et meurt environ 30 heures après.	Mort.	
cision de 3 pouces au moins, depuis le repli postérieur du vagin au travers des tissus qui recouvrent la tumeur. Énucléation avec la main. Extraction.	Pas d'effets bien marqués ; c'est à peine s'il a coulé une goutte de sang.	La malade va remarquablement bien : aucun symptôme fâcheux.	Guérison parfaite.	La cavité de la matrice est restée intacte. Vu le volume de la tumeur, etc., ce cas est peut-être le plus satisfaisant qui ait été rapporté. la tumeur pesait 18 onces.

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
25	*Medical Times and Gazette*, p. 117. 1er Août 1857.	M. **TEALE** (hôpital de Leeds).	35 ans.	Non mariée, jamais de grossesse.	Début, deux ans. Sa té générale as bonne ; mais grar anémie. La tume vient pendre dans vagin.
26	*Transactions of the American medical Association*, vol. VI, p. 559.	Dr **ATLEE**, Philadelphie. 1845.	45 ans.	Santé passable. Mariée et mère de plusieurs enfants.	Trois ans. Ménorrl gie légère : la meur très-grosse monte plus haut l'ombilic. Elle est tra-utérine.
27	*Transactions of the American medical Association*, p. 569.	Dr **ATLEE**, Philadelphie.	49 ans.	Mariée et mère de 4 enfants. Très-mauvaise santé. A eu une phlegmatia alba dolens.	Cinq ans. Tumeur lumineuse dével pée dans la p postérieure.
28	*Transactions of the American medical Association*, p. 579.	Dr **ATLEE**, Philadelphie. 1849.	30 ans.	Mariée. Excessivement anémique : « peau à teinte jaune paille. »	Trois ans. Il y a d ans une grosse m polypeuse a été levée.
29	*Transactions of the American medical Association*, p. 585.	Dr **H. HINCKLEY.**	32 ans.	—	Abondant écoulen de sang. Œdème extrémités infér res.
30	*Transactions of the American medical Association*, p. 586. 12 Mai 1849.	Dr **ATLEE.**	33 ans.	Non mariée. Santé ordinaire.	Ménorrhagie. Tur intra-utérine, dement attaché toutes parts, de ture fibreuse sin

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
tumeur est saisie et attirée en bas avec un forceps. On porte une incision autour de sa base et l'énucléation est opérée.	—	La malade va continuellement bien et est renvoyée guérie un mois après.	Guérison parfaite.	La tumeur était en voie d'énucléation spontanée.
cisions pour détacher la tumeur ; puis ergot de seigle; même procédé un mois plus tard, et une 3e fois cinq jours après la 2e. Six semaines après la première intervention, énucléation partielle de la masse qui va se ramollissant. Ce ramollissement et l'énucléation ultérieure détachent un certain nombre de masses.	L'énucléation, qui a duré deux heures, est suivie d'un grand épuisement.	Tout paraît marcher très-bien jusqu'à 8 jours avant la mort. La pneumonie est attribuée à une imprudence.	Mort par pneumonie un mois après l'énucléation.	En estimant le poids de la tumeur à près de « 10 livres », le Dr Atlee commet probablement une grande exagération. Cette remarque peut s'appliquer à presque tous les poids donnés par lui.
got de seigle pendant un jour ou deux, puis incision profonde dans la tumeur. Les adhérences sont trop fortes pour permettre l'énucléation. Incisions répétées pendant le mois suivant.	Aucune des opérations n'a été sérieuse en elle-même ni prolongée.	Pendant ce mois, le ramollissement de la tumeur a progressé; écoulement fétide, etc. La malade a bien résisté.	Guérison. La tumeur n'a pas été enlevée.	Six mois après la première opération, la malade est partie chez elle. Le ramollissement continua. Six mois après, la tumeur avait complétement disparu et la malade était en bonne santé.
rifice utérin est incisé, et les jours suivants, pour énucléer a tumeur, tentatives inutiles. La tumeur se ramollit et sort par fragments dans l'espace de 17 jours.	Aucune opération de quelque importance n'a été pratiquée.	La malade paraît avoir très-bien supporté le ramollissement de la tumeur.	Guérison.	La tumeur a récidivé. Voir le cas suivant.
e tentative inutile est faite pour lier la base de la tumeur. Trois jours après, elle est arrachée morceau par morceau. On donne de l'ergot de seigle après l'opération, et plusieurs fragments ramollis sont ainsi expulsés.	L'opération a duré deux heures et a considérablement épuisé la malade.	Elle est faible et mal portante pendant quelque temps; mais ensuite elle va bien.	Guérison. Les dernières nouvelles ne datent que d'un mois après l'opération.	Ce cas nous fournit un très-bon exemple de « tumeur fibroïde récidivante de l'utérus. » Il peut être mis en parallèle avec les cas n° 21 et n° 22, avec cette différence que les intervalles ont été plus longs.
strotomie. L'examen de l'utérus ayant montré que la tumeur était contenue dans l'intérieur de l'utérus, on referme l'abdomen. La malade guérit bien. Cinq mois après, énucléation en incisant l'orifice utérin, etc.	L'opération est insignifiante.	Deux jours après l'opération, un frisson violent qui précède un érysipèle mortel.	Mort par érysipèle et péritonite onze jours après l'opération.	Le Dr Atlee soignait des malades atteints d'érysipèle; la contagion a sans doute été la cause de cette complication.

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
31	*Transactions of the American medical Association*, p. 596. Novembre 1849.	Dr ATLEE.	36 ans.	Non mariée; auparavant phthisique.	Trois ans : elle a l'a pect d'une grosse à terme ; elle est tra-utérine; col r distendu.
32	*Transactions of the American medical Association*, p. 601. 29 mai 1850.	Dr ATLEE.	42 ans.	Mariée; trois enfants; exsangue, par suite d'hémorrhagies répétées. Opération pratiquée dans des conditions d'urgence extrême.	La tumeur atteign le niveau de l'om lic; elle était d la paroi postérieu
33	*Transactions of the American medical Association*, p. 608. 1er octobre 1850.	Dr ATLEE.	49 ans.	Non mariée; corpulente, mais anémique.	Tumeur intra-utér et presque au grosse que la d'un enfant.
34	*Transactions of the American medical Association*, p. 613.	Dr ATLEE.	31 ans.	Bonne santé.	Quatre ans : orifice rin fermé, col in La tumeur est in utérine ; elle s'é jusqu'au-dessus l'ombilic.
35	*Transactions of the American medical Association*, p. 616. 16 novembre 1850.	Dr ATLEE.	36 ans.	Mariée; femme de couleur, corpulente.	La tumeur est l'intérieurdespa et l'utérus est rétroflexion sur
36	*Transactions of the American medical Association*, p. 620. 9 septembre 1851.	Dr ATLEE.	31 ans.	Bonne santé ; non mariée.	Tumeur de la gros d une tête de fo saillante au-d du pubis.

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
ndant un mois, in-cisions répétées dans e col de l'utérus et a partie inférieure le la tumeur. En même temps, ergot le seigle. Elle se ramollit, se désa-grège, et sort par morceaux; ce pro-cessus dure trois nois.	Il n'y a pas eu une seule opération ayant quelque gravité.	La malade a bien supporté le traitement, malgré l'écoulement abondant et fétide. L'ergot de seigle a été donné à hautes doses.	Guérison.	La guérison a été complète à tous les points de vue, car la tumeur est sortie tout entière.
incise largement la umeur; avec le doigt et le bistouri, on détache de son nveloppe une par-ie considérable de a tumeur; ergot de eigle; le quatrième our, énucléation de a masse en voie de amollissement.	Malade en très-mauvais état au moment de l'énucléation; ne perd pas de sang.	Trois jours après la première intervention, frisson fort, suivi de fièvre et d'oppression.	Mort le 5e jour par irritation, fièvre, etc.	La masse énucléée pesait 5 livres. La tumeur avait été enlevée tout entière. Elle était contenue assez lâchement dans un kyste situé dans la paroi postérieure.
Orifice utérin est in-isé, et dans des éances répétées, on ompt les adhéren-es de la tumeur vec le col et on ente l'énucléation. Plusieurs portions de umeur avaient été nlevées, lorsqu'un our, dans une ten-ative d'énucléation, a malade s'évanouit. lle revint à elle, ais mourut deux ours plus tard.	Les opérations, sauf la dernière, furent bien supportées.	Elle resta aussi bien qu'on pouvait l'espérer, quoique faible et sujette aux évanouissements. La maladie qui l'emporta fut soudaine et inattendue.	Mort dans la 7e semaine.	La mort, attribuée à une dégénérescence graisseuse du cœur, paraît avoir été due en grande partie à l'état de faiblesse de la malade.
Col est incisé, et du novembre au 30 dé-embre, on fait des pérations pour énu-léer graduellement. a tumeur se désa-grège.	On ne note aucun effet fâcheux matériel.	Aucun mauvais effet : l'écoulement est extrêmement fétide et continue pendant près d'une année.	Guérison complète au bout d'un an environ.	Dans ce cas, comme toujours, l'ergot a été employé avant et après les incisions. Santé parfaitement rétablie deux ans après.
Incisions dans le col et dans la tumeur à différentes reprises. Les opérations sont difficiles et donnent des résultats peu satisfaisants à cause de la corpulence de la malade.	On ne note aucun effet fâcheux.	On renonce au traitement avant que la tumeur ne soit totalement guérie.	Guérison. Il reste une portion de la tumeur.	Il semble que l'ulcération artificielle ait guéri avant que la masse entière ne se soit désagrégée.
Traitement par les incisions, etc., comme dans les cas précédents; on enlève la plus grande partie de la masse.	Aucun effet fâcheux.	Aucun effet fâcheux jusqu'à une péritonite mortelle qui commença le dix-huitième jour du traitement.	Mort le vingtième jour par péritonite aiguë.	A l'autopsie, on trouve plusieurs productions malignes dans l'utérus. Kyste de l'ovaire à droite.

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
37	*Transactions of the American medical Association*, p. 627.	Dr ATLEE.	42 ans.	Très-affaiblie par les hémorrhagies.	La tumeur est derriè l'utérus et s'éte jusqu'au-dessus l'ombilic; elle attachée à la pa postérieure.
38	*Transactions of the American medical Association*, p. 632.	Dr ATLEE.	62 ans	Grande et corpulente.	Tumeur intra-utérin orifice utérin bi dilaté.
39	*Transactions of the American medical Association*, p. 637.	Dr ATLEE.	49 ans.	Forte; santé ordinaire.	Deux ans : la tume est intra-pariétale s'est développée da la paroi antérieu volume d'une t d'adulte.
40	*New York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	46 ans.	Quatre grossesses, hémorrhagies depuis sept ans.	Tumeur grosse com le poing en arri et à droite.
41	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	38 ans.	Deux grossesses : à la 2e avortement quatorze ans avant l'affection : hémorrhagies depuis six ans.	Tumeur grosse com une orange, sit en arrière.
42	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	35 ans.	Quatre grossesses, la dernière il y a six ans. Hémorrhagies depuis six ans, très-fortes en dernier lieu. Fièvre.	Tumeur grosse com une orange, en rière, proémin dans le vagin.
43	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	30 ans.	Dysménorrhée continuelle. Depuis cinq ans hémorrhagies.	Les dimensions dé sent celles de la d'un fœtus. P environ deux liv Côté gauche.

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
20 décembre, gastrotomie; mais la tumeur étant impossible à enlever, on referme l'abdomen. La malade guérit. Quatre mois après, traitement consistant en incisions répétées dans la tumeur pendant un mois; la partie de la tumeur sur laquelle on agissait entra en dégénérescence.	Aucun effet fâcheux. Une fois il a fallu tamponner pour arrêter une hémorrhagie à la suite d'une incision.	La malade supporte bien l'opération chirurgicale, que l'on suspend néanmoins, ne croyant pas pouvoir la pousser plus loin avec sécurité.	Guérison (partielle); une portion de la tumeur est restée.	La tumeur a beaucoup diminué de volume. L'écoulement continue quelques semaines après la dernière opération: pas d'ergot de seigle, la tumeur étant extra-utérine.
On incise l'orifice utérin et la tumeur, et on sectionne les adhérences avec le bistouri. En plusieurs opérations successives, on enlève des portions de la tumeur.	Aucun effet fâcheux, sauf dans un cas, un très-léger frisson suivi de fièvre.	La malade paraît avoir bien supporté le traitement.	Guérison (partielle); les pertes n'ont pas cessé complétement.	
Large incision dans la tumeur. On sépare ensuite partiellement la tumeur de la capsule avec le doigt; ergot de seigle. — Le 10, on enlève une portion considérable de la tumeur qui est ramollie, et le 13 une autre portion.	La malade ne se plaint presque pas de l'opération. Pas de chloroforme.	Mouvement fébrile et malaise pendant le traitement, mais rien de sérieux.	Guérison complète.	On a enlevé toute la tumeur : le traitement a duré environ deux mois.
Orifice du col est dilatable. Énucléation en une seule séance. Perchlorure de fer; tamponnement.			Guérison.	
Orifice du col dilatable : éponge préparée : division du col: énucléation en une seule séance. Perchlorure de fer.			Guérison.	
Division bilatérale du col, puis après plusieurs mois éponge préparée. Énucléation. Perchlorure.			Disparition complète des symptômes après l'énucléation.	
Incision. Seigle. Au bout de trois mois éponge préparée, puis énucléation. Pour l'extraction incision du col. Perchlorure.	Hémorrhagie consécutive puis périmétrite.		Guérison.	

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
44	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	45 ans.	Hémorrhagies depuis cinq ans.	Dimensions d'un œu En avant.
45	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	45 ans.	Dysménorrhée continuelle. Hémorrhagies depuis cinq ans.	Dimension d'un œ de six mois. En vant. Fibromyon kystique, proén nant dans le vagi
46	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.		—	Tumeur dans le v gin.
47	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	42 ans.	Trois grossesses, la dernière il y a six ans. Hémorrhagies depuis cinq ans.	Dimensions d'une tê d'enfant. En avar
48	*New - York medical Journal.* Avril 1874.	SIMS.	37 ans.	Quatre grossesses.	Tumeur faisant saill dans le vagin.
49	*Schmidt's Jahrb.*, 101, p. 151.	GAILLARD THOMAS.		—	Paroi postérieure. I broïdes multiples.
50	*Ibid.*	J. WHITEFORD.	30 ans.	Hémorrhagies profuses.	Dimension des de poings. En avant.
51	*Ibid.*	J. WHITEFORD.	46 ans.	Deux grossesses. Hémorrhagies depuis le dernier accouchement (datant de vingt ans). Depuis dix ans écoulement sanguin continuel (!)	Dimension du poir Au fond.
52	*Ibid.*	JORDAN.	24 ans.	—	Dimension du poir Paroi antérieure.
53	*Ibid.*	JORDAN.	46 ans.	Cinq grossesses.	Poids 800 gramm Paroi postérieure
54	*Iidb.*	DE SMET.	35 ans.	Hémorrhagies profuses depuis dix ans.	Dimension d'une t d'enfant. Côté dr

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
nge préparée. In-sion du col. Énu-éation en une seule ance. Perchlorure.			Guérison.	
cléation en une ule séance. Per-lorure de fer et jections d'acide énique.			Guérison.	
cléation en une ule séance. Per-lorure et acide énique.			Mort par septicémie quatre jours après l'opération.	
nge préparée : hé-orrhagie profuse. ucléation en une ule séance. Per-lorure et acide énique.			Mort par épuisement.	
cléation en une ule séance. Per-lorure et acide énique.			Guérison.	
dilatable. Perchlo-re et acide phéni-ie.		Phlegmatia alba dolens	Guérison.	
ncisé. Incision de tumeur; seigle, is énucléation (à use des hémorrha-es répétées). Per-lorure et acide énique.			Guérison.	
sion du col et de capsule. Six mois rès, issue en par-spontanée. Injec-ns de perchloru-			Guérison.	
ge préparée; di-ion de la capsule du col. Après trois naines, issue en rtie spontanée, is énucléation.		Symptômes menaçants de pyohémie.	Guérison.	
ge préparée. In-ion. Tentatives xtraction, puis gle.			Guérison.	
ion de l'orifice in-ieur. Inversion l'utérus, puis é-cléation dans une le séance.		Frisson.	Guérison.	

NUMÉROS.	SOURCE.	NOM DU CHIRURGIEN.	AGE.	ÉTAT DE SANTÉ.	DURÉE, SYMPTOMES ET VOLUME DE LA TUMEUR.
55	*Obstetrical Journal of Gr. Brit. and Ireland*, n° 1, p. 34.	**A. MEADOWS.**	42 ans.	Deux grossesses, la dernière il y a quatorze ans. Depuis dix ans dysménorrhée et ménorrhagies.	La tumeur atteint l'o bilic. Moitié dro de l'utérus.
56	*Journal of the gynecological Society of Boston.* VII, p. 347.	**J. H. WILLIAMS.**	25 ans.	Hémorrhagies profuses depuis un an.	Dimension d'une or ge.
57	*Beitraege der Ges. fur Geburts zu Berlin.* Bd III, § 35.	**A. MARTIN.**	45 ans.	Trois grossesses. La dernière il y a dix ans. Depuis sept ans, douleurs, hémorrhagies.	Dimension des de poings. Paroi pos rieure.
58	*Beitraege der Ges. fur Geburts zu Berlin.* Bd III, § 35.	**A. MARTIN.**	30 ans.	Une grossesse il y a cinq ans. Depuis deux ans, règles abondantes.	Dimension de la t d'un enfant : pa antérieure. Tum faisant saillie d la cavité utérine.
59	*Beitraege der Ges. fur Geburts zu Berlin.* Bd III, § 35.	**A. MARTIN.**	32 ans.	Quatre grossesses, la dernière il y a trois ans et demi. Hémorrhagies depuis 3 ans. Trois récidives.	Dimensions d'un d'oie : à gauche.
60	*Beitraege der Ges. fur Geburts zu Berlin,* Bd III, § 35.	**A MARTIN.**	50 ans.	Quinze grossesses, la dernière il y a huit ans. Hémorrhagies depuis deux ans.	Dimension du poi à droite.
61	*Beitraege der Ges. fur Geburts zu Berlin.* Bd III, § 35.	**A. MARTIN.**	50 ans.	Trois grossesses, la dernière il y a cinq ans. Depuis cinq ans hémorrhagies.	Dimension des d poings. En avan
62	*Zeitschrift fur Gebur, tshulf*, p. 168.	**P. RUGE.** 1875.	40 ans.	Ménorrhagie depuis nombre d'années. Constipation.	Dimensions d'une tite pomme. meurs multiples. roi antérieure.
63	*Gazette médicale*, p. 125.	**Dr ABEILLE.** 1872.	36 ans.	Plusieurs grossesses, la dernière il y a neuf ans. Ménorrhagies.	Tumeur adhérente gauche et en arri
64	*Gazette médicale de Strasbourg, n°* 6.	**KOEBERLÉ.** 1875.	—	Accouchement il y a dix-huit mois. Hémorrhagies avant et après.	Tumeur polypeus tra-utérine, fai saillie dans le c rejetant le fon l'utérus en a adhérente à tou partie postéri gauche.

DÉTAILS DE L'OPÉRATION.	EFFETS IMMÉDIATS DE L'OPÉRATION.	MARCHE ULTÉRIEURE.	RÉSULTAT FINAL.	REMARQUES.
n du col et de psule. Hémor- e arrêtée par le onnement. Er- e. Ablation par eaux.		Symptômes très-menaçants après plusieurs séances.	Guérison.	
préparée: di- n, puis Seigle, blation en plu- s séances.		Symptômes menaçants.	Guérison.	
du col dilata- division de la ule; opération leux séances; ; inject. vagi- désinfectantes.		Septicémie.	Mort.	
énucléée en seule séance; tions vaginales fectantes.		Disparition de tous les symptômes menaçants.	Guérison.	
du col dilata- division de la le; énucléation e seule séance; désinfectantes.		Le quatorzième jour catarrhe intestinal.	Guérison.	
du col dilata- division de la le; énucléation e seule séance; désinfectantes.		Disparition de tous les symptômes menaçants.	Guérison.	
du col dilata- division de la le; énucléa- en une seule e; injections fectantes.			Guérison.	
préparée et tion par le la- ria; division de psule et énu- on d'une tu- ; injections fectantes.			Guérison.	
bilatérale du fforts d'extrac- répétés, mais es; nouvelles ons : on déta- es adhérences, arrive très-la- usement à énu- la masse totale tumeur.			Guérison.	
tion avec le et les pinces : meur tout en- est enlevée.		Un peu de septicémie qui cède à des irrigations vaginales.	Guérison.	

CHAPITRE V.

HYSTÉROTOMIE RÉTRO-UTÉRINE.

Nous ne connaissons qu'une opération dans laquelle le chirurgien ait osé aller à travers le vagin incisé dans sa paroi postérieure et aussi à travers le péritoine, chercher une tumeur pédiculée de la face postérieure de l'utérus faisant saillie dans l'espace recto-vaginal. C'est celle que nous trouvons très-sommairement analysée dans le *British Medical journal*, du 8 avril 1871, p. 376.

« Le Dr Whitehead, chirurgien de Saint-Mary's Hospital à Manchester, a pratiqué l'ablation par le vagin d'une tumeur pédiculée de l'utérus qui occasionnait des troubles considérables dans la miction et la défécation. Le toucher rectal et vaginal permettait de circonscrire cette tumeur. Elle était placée entre le vagin et le rectum. On pouvait lui imprimer des mouvements assez étendus, mais non la porter vers le détroit supérieur. La paroi postérieure du vagin fut incisée sur la tumeur, et celle-ci fut attirée par cette ouverture. Une double ligature fut passée autour du pédicule et on détacha la tumeur par une section passant entre les deux parties liées. L'incision fut fermée par plusieurs points de suture. Le pédicule de la tumeur fut seul laissé dans l'incision. La patiente, personne délicate de 40 ans, succomba le quatrième jour. »

Il n'y a pas lieu, croyons-nous, de s'arrêter à discuter la valeur d'une pareille opération. C'est presque à regret que nous la citons ici, dans la seule pensée d'être complet.

CHAPITRE VI.

AMPUTATION DE L'UTÉRUS INVERSÉ PAR UN CORPS FIBREUX.

Je place ici, à titre de documents, le résumé succinct d'une série d'observations qui ne sont pas sans intérêt. Elles sont relatives à des cas où l'on a enlevé par le vagin une partie de l'utérus, contenant dans son épaisseur un corps fibreux qui avait entraîné un déplacement plus ou moins considérable de cet organe. Ces faits sont presque tous le résultat d'une erreur de diagnostic (1).

(1) L'amputation de l'utérus dans le cas d'inversion de l'organe est une opération très-anciennement pratiquée. Dans l'ouvrage célèbre de Rosset. (*Cesarei partus assertio historiologica*, Paris, 1590 page 332), nous en trouvons plusieurs observations parmi lesquelles nous citons les plus curieuses : L'une d'elle est relative à une femme qui ne voulait pas se faire opérer, mais qui plus tard par jalousie pour une de ses voisines, devenue la maîtresse de son époux qui ne pouvait plus avoir de rapports avec elle, demanda à grands cris l'opération. Son mari étant parti en voyage l'opération eut lieu ; ainsi la rapporte l'auteur : « Pars uteri pendentis supera, paulo infra uretram prehensa, duobusque « vinculis digito uno a se distantibus (metu hemorrhagiæ) deligata, et « medio loco intersecta statim candente ferro ustulata fuit, citra ægrotæ « magnum gemitum Imperatis deinde victu idoneo, et quiete, adhibitisque « usta lenientibus, crustas exsoluentibus, ulcera percurantibus, ante vi- « ginti dies convaluit. » Et elle guérit si bien que, cachant l'opération à son mari, elle lui fit croire qu'elle avait été guérie par un remède que lui avait confectionné sa voisine.

Dans une autre observation, il s'agit d'une femme qui après nne grossesse difficile avait eu un prolapsus utérin. L'utérus tombait au milieu des cuisses. Alors dit-il : « Ego et Petrus Mauracius chirurgus, eum « filo serico substrinximus, tandemque novacula abscidimus, et cau- « terio exussimus, unde vasa sic coaluerunt ut retracto intus collo mu-

Evidemment la valeur d'une opération de ce genre est souvent contestable ; on ne doit s'y résigner qu'à la dernière extrémité ; toutefois il n'est pas inutile d'en déterminer la gravité, et c'est ce qui ressort de l'énumération suivante, sans qu'il soit besoin de commentaires. On ne peut même se défendre de la pensée, que, si tous les cas funestes avaient été publiés avec autant d'empressement que les cas heureux, la proportion des derniers serait encore plus forte.

L'*excision* simple avec l'instrument tranchant a été employée dans les deux cas suivants, et, résultat inattendu dont il faudrait se garder de tirer des conclusions, elle a donné deux succès :

Obs. I. — Petit-Radel. (Encycl. méthod., partie chir., II, p. 235, art. *Polype*).

Renversement de l'utérus déterminé par un polype. On ne pouvait distinguer les limites du polype et du fond de l'utérus. On fit la résection au niveau des grandes lèvres. Pas d'accidents. Insensiblement « ce qui restait de la matrice » rentra et fut remis dans l'état ordinaire en moins d'un mois.

Obs. II. — Luytgaerens. (Ann. de la Soc. de méd. de Gand, déc. 1839).

Joséphine Van Mousselde, 36 ans environ, accouchée en 1835. Hémorrhagies depuis 1837, fièvre hectique. Un polype volumineux, gros comme le poing avait produit l'inversion de l'utérus. La tumeur (?) fut saisie avec des pinces de Museux et attirée au dehors, puis excisée avec des ciseaux courbes. La malade guérit.

La *ligature* seule a été appliquée dans six cas, et a donné les résultats suivants : 2 succès ; 3 morts ; résultat inconnu pour le dernier cas.

« lier illa à se ipsa sana non differret. Vir enim cum ea rem habebat sine « mulieris tamen delectatione. Ista contigere circà annum Do. 1533. »

Obs. III. — Gaulard. (Sabatier : Mém. de l'Ac. royale de chir., II, p. 326).

Femme de 70 ans, replète. Elle rendit par le vagin un polype du poids de quatre livres. Une autre tumeur se montrant à la vulve fut prise également pour un polype et entourée d'une ligature. La mort survint le trente-septième jour. L'autopsie montra que l'utérus en inversion avait été lié.

Obs. IV. — Denman. (Practice of midwifery, p. 17, cité par Crosse : An essay on inversio uteri, I, p. 329).

Inversion produite par un corps fibreux, volumineux, sans pédicule, implanté sur le fond de l'utérus. L'inversion était incomplète et le polype contenu dans le vagin. Une ligature fut placée au-dessus du polype sur le fond de l'utérus. La mort survint au bout de quatre ou cinq jours.

Ce cas malheureux est, sans doute, malgré certaines différences dans les détails, le même que celui qui est attribué également à Denman par Robert Lee, dans son mémoire (*Observ. on fibro-calcareous tumours, etc.* in *Med. Chirurg. Transact.* 2me série XIX p. 124).

Obs. V. — William Hunter. (Robert Lee. Obs. on fibro-calcareous tumours and polypi of uterus, in medico-chirurg. Transactions of London. 2e série, XIX, p. 124).

Inversion de l'utérus produite par une tumeur fibreuse implantée au niveau de son fond. Une portion de l'utérus en inversion fut comprise dans la ligature. La malade mourut.

Obs. VI. — Rheineck. (Siebold's journal für Gebürtshülfe, 1825, V, p. 628).

Femme de 41 ans, n'ayant pas eu d'enfants. L'anémie était extrême depuis quelques mois. Une tumeur polypeuse qualifiée dans le titre de *fungus hæmatodes* faisait saillie à l'extérieur et était en partie sphacélée. L'inversion de l'utérus s'accompagnait d'une inversion vaginale. On appliqua une ligature. L'utérus et la tumeur se détachèrent au septième jour. Au moment où l'observation fut publiée, quelques semaines après l'opération, la malade allait bien.

Les deux faits suivants sont les seuls dans lesquels la ligature ait donné un résultat positivement heureux :

Obs. VII. — Jurgens. (Harten. *Dissert. De uteri inversione.* Dorpat, 1853, in Thèse de Labrevoit. Strasbourg, 1865).

Inversion due à un polype. La ligature formée d'un double fil d'argent, n'ayant pas encore amené la chute de la tumeur, au quatorzième jour, on fit la section, à cette époque, au-dessous de la ligature. La malade guérit.

Obs. VIII. — H. Oldham. (Guy's hospital Reports, 3e série, 1, p. 177, 1855).

Elisabeth K..., 36 ans, n'ayant jamais eu de grossesse, fut prise d'hémorrhagies en août 1854. Au bout de trois mois on trouva un corps solide du volume d'un œuf de cygne et qui fut considéré comme un polype. Un ligature fut appliquée avec la canule de Gooch, le 17 novembre 1854. Il y eut une douleur vive, des vomissements, de la fièvre, etc. Au vingtième jour, la tumeur fut détachée par section. On reconnut qu'un polype avait renversé l'utérus dont une portion avait été enlevée. La poche péritonéale avait un pouce de profondeur. On ne trouva pas les trompes. La malade guérit et sortit quinze jours après.

En raison de l'époque tardive à laquelle, dans ces deux dernières observations, a été pratiquée la section, nous avons cru pouvoir les considérer comme des exemples d'ablation par la ligature.

Dans le groupe suivant, nous rapportons les cas pour lesquels la ligature et l'excision ont été combinées, ou, du moins, dans lesquels l'excision a été pratiquée peu de temps après l'application de la ligature. La proportion des succès obtenus par la combinaison de ces deux moyens est plus considérable que par l'emploi de la ligature ou de l'excision seules. En effet, sur 8 observations, nous trouvons 5 succès, 1 cas de mort tardive et seulement 2 cas de mort directement imputables à l'opération.

Obs. IX. — Laumônier, de Rouen. (Journal de Fourcroy, 15 juillet 1792, p. 33).

Anne Proprieu, 57 ans, mère de six enfants, fut atteinte d'un prolapsus après le premier accouchement. En 1775 ou 1776, l'utérus se renversa progressivement. L'inversion devint complète en 1784. Une tumeur volumineuse pendait au dehors de la vulve. Une incision fut d'abord pratiquée, puis une ligature appliquée et la section faite au-dessous. Au bout d'un mois, la guérison était obtenue.

En juin, une nouvelle ligature fut appliquée sur ce qui restait du pédicule. La malade se rétablit, mais mourut en août d'un dépôt purulent dans l'épiploon. A l'autopsie, on reconnut que l'utérus manquait complètement. Les trompes et les ovaires étaient restés sur les parties latérales du rectum.

Dans leur rapport (*Rapport de la Soc. de Méd. de Paris*, IV, p. 123) Piet et Desault, après examen de la pièce, ont conclu que l'inversion avait été produite par un polype volumineux et que la moitié seulement (?) de l'utérus avait été enlevée.

Obs. X.) — A. Hunter, de Dumbarton. (Duncan's med. Annals, 1799, IV, p. 366).

Jeune femme accouchée le 27 janvier 1795. Hémorrhagie considérable. Le lendemain une tumeur fut constatée dans le vagin ; au bout de huit jours elle fut expulsée, et l'utérus se renversa avec elle. La tumeur fut détachée, mais l'utérus ne put être remis en place. Une ligature fut appliquée autour du col et six heures après, l'excision faite au-dessous. La malade put se lever au bout de quatorze jours.

Obs. XI — Desault et Baudelocque. (Journal de médecine, août 1787. et Recueil de la Soc. de méd. de Paris, 1798, IV, p. 128).

Femme de 40 à 45 ans, portant une descente de matrice depuis dix à douze ans. En 1787 on constate une tumeur du volume d'une tête d'enfant entourée par le col utérin. Elle sort brusquement au dehors en renversant l'utérus. On appliqua un système de compression particulière sur le corps de l'utérus renversé, et le surlendemain on fit l'amputation après avoir serré le pédicule entre deux ligatures. La guérison fut complète au bout d'un mois. La masse pesait quatre livres et demie ; on voyait le fond de l'utérus dans la portion enlevée.

Obs. XII. — Bardol. (Recueil de la Soc. de méd. de Paris, 1798, IV p. 99).

Blanchisseuse de 45 ans, ayant eu plusieurs accouchements, le dernier datant de quatorze ans. Prolapsus ancien de l'utérus qui ne put être réduit le 16 ou le 17 octobre 1788. On constata alors un renversement et la présence d'une tumeur livide, volumineuse, pendant entre les cuisses. Une ligature fut appliquée par Beaufils, et trois jours après, l'amputation fut pratiquée au-dessous de la ligature. On ne trouva pas de cavité dans la tumeur enlevée, mais la malade étant morte le septième jour après l'amputation, on constata que l'utérus avait été réellement enlevé en totalité. Baudelocque admet que le renversement a été produit par un polype, et qu'avec ce polype on n'a retranché qu'une petite (?) partie de l'utérus.

Obs. XIII. — Bœttger. (Breslau. *De totius uteri extirpatione*, Munich, 1852, et thèse de Labrevoit, Strasbourg, 1865).

Inversion causée par un polype. Un rebouteur coupa la tumeur en morceaux; une hémorrhagie se produisit. Bœttger appelé lia l'utérus et sectionna au-dessous de la ligature. La malade guérit.

Obs. XIV. — Staub. (Schweitzer Zeitschrift fur natur und Heilkunde, VI, nouv. série III[e] vol., Zurich, 1841).

Femme de 62 ans, accouchée pour la dernière fois à l'âge de 9 ans. A 42 ans, elle constata l'existence d'une tumeur saillante parfois à la vulve. La tumeur devint irréductible à partir de 1831. Des hémorrhagies amenèrent une anémie très-grande. En octobre 1836, la tumeur extérieure était très-volumineuse; le col était encore distinct autour du pédicule. Le 24 octobre, une ligature de fil ciré fut placée avec une double canule. L'excision fut faite immédiatement ensuite. La ligature ne tomba que le 18 novembre. La guérison était complète en février 1837. On trouva un polype sarcomateux implanté au fond de l'utérus.

Obs. XV. — H. Higgins. (Edimburgh monthly Journal, juillet 1849, IX, p. 889).

Juliana Virgin, 17 ans, n'ayant pas eu d'enfants. Pendant trois mois elle eut des hémorrhagies à la suite desquelles on constata l'issue d'un polype volumineux avec inversion de l'utérus. Le polype fut d'abord excisé. Quelque temps après, l'utérus fut lié avec

la double canule et la section pratiquée au-dessous avec le bistouri. La ligature fut laissée en place, peu serrée. Guérison.

Obs. XVI. — Engel. (Gaz. de chir. allem., t. IV, p. 43. Thèse de Labrevoit, Strasbourg, 1865).

Inversion due à un polype; le tout fut pris pour un polype. On pratiqua la ligature et l'excision au-dessous. La mort survint le onzième jour.

Il nous reste à rapporter les quelques faits dans lesquels des moyens autres que la ligature ou l'excision ont été employés pour amputer tout ou partie de l'utérus avec le corps fibreux qui en avait produit l'inversion. Ces faits sont au nombre de cinq. Dans trois cas l'*écraseur linéaire* a été appliqué; deux fois la malade a succombé. Dans une autre observation, l'opérateur s'est servi du *constricteur* de Maisonneuve; le résultat a été fatal. Enfin, Valette de Lyon a employé la *ligature caustique* et sa malade a guéri. Trois morts, deux guérisons, tel est donc le résultat fourni par l'emploi de ces moyens.

Obs. XVII. — J. G. Willen. (Edinburgh med. journal, IX, 2e partie, mars 1864, p. 859).

Femme d'âge moyen n'ayant pas eu de grossesse depuis plusieurs années; une tumeur apparut subitement à la vulve entraînant l'utérus en inversion. Des symptômes graves se manifestèrent. La réduction n'ayant pu être obtenue avec le chloroforme, l'amputation avec l'écraseur fut pratiquée au niveau du col, sans hémorrhagie, en quelques minutes. L'état fut très-satisfaisant pendant les onze premiers jours; cependant la malade succomba le douzième, à la suite d'une émotion morale (?). Il y avait un fibrôme implanté sur le fond de l'utérus.

Obs. XVIII. — Scanzoni. (Beitræge zur Geburtskunde, Bd. V, p. 83, in Canstatt' Jahr., 1868, II, p. 601).

Femme très-anémiée, présentant une inversion avec un myôme interstitiel. Le constricteur de Maisonneuve fut employé pour

amputer l'utérus. L'hémorrhagie nécessita le tamponnement. La mort survint au septième jour.

Obs. XIX. — Valette de Lyon (Bull. de l'Ac. de méd., 1870, p. 638).

Femme de 42 ans, ayant eu sept enfants. Depuis sept ou huit huit mois elle présentait un polype avec inversion de l'utérus. Le polype était en partie détruit par la gangrène au moment où fut appliquée à la base de la tumeur une espèce de clamp creusé d'une rigole remplie de chlorure de zinc (ligature caustique). L'utérus fut excisé immédiatement. Guérison sans accidents.

Obs. XX. — Th. Hay. (Gross. A system of surgery, Philadelphia, 1872, II, p. 906).

Femme de 33 ans. Inversion utérine avec myôme interstitiel. Ablation par l'écraseur linéaire. Guérison rapide.

Obs. XXI. — Tillaux. (Soc. de chir., 2 déc. 1874, et Gaz. des hôp., 1875, 3 janv., p. 4).

Femme de 33 ans, ayant eu des hémorrhagies depuis six ans. Tumeur dans le vagin, devenant parfois saillante à l'extérieur. La tumeur pelvienne remontait un peu au-dessous de l'ombilic et remplissait tout le petit bassin, comprenant la vessie et le rectum. Des tractions furent exercées pour l'amener à l'extérieur, mais l'implantation de la tumeur ne put être reconnue. Une incision pratiquée ne fit pas constater de cavité et l'on crut pouvoir faire la section avec l'écraseur sans intéresser l'utérus. L'écraseur détacha facilement la tumeur, mais il y eut hémorrhagie et consécutivement péritonite. La malade mourut au bout de quarante-huit heures.

L'autopsie montra que le fond de l'utérus avait été enlevé avec la tumeur.

Si l'on se trouvait en face d'un cas d'inversion utérine avec corps fibreux interstitiel, on devrait, nous semble-t-il, après avoir bien établi le diagnostic, recourir d'abord au procédé suivant recommandé par Jarjavay (1) pour les corps fibreux du col :

Incision lente et graduelle de toute la partie musculaire recouvrant le corps fibreux, y compris celui-ci,

(1) *Des opérations applicables aux corps fibreux.* Paris, 1850, p. 55.

qui serait ainsi divisé en deux moitiés ; énucléation avec les doigts ou une spatule de ces deux segments ; on s'efforcerait ensuite de réduire le déplacement de l'utérus, ce qui serait assurément plus facile après la diminution du volume qu'il aurait subie.

Dans le cas où l'on éprouverait de la difficulté à énucléer la tumeur, ses fibres se continuant sans ligne de démarcation bien tranchée avec celles de l'utérus, comme dans le cas rapporté par M. Tillaux (1), on pourrait se contenter d'en enlever des tranches successives, de façon à en diminuer le volume suffisamment pour permettre la réduction ; mais on conçoit qu'une pareille conduite devra toujours être précédée d'un diagnostic rigoureux.

Celui-ci n'est pas facile à établir dans beaucoup de cas. M. Guéniot (2) en a rapporté un exemple, en indiquant un procédé de recherche qui lui a rendu des services. Il s'agissait d'une saillie qui vint se présenter à l'orifice aussitôt après l'extraction d'une tumeur fibreuse du volume d'une orange. M. Guéniot eut recours à l'acupuncture et enfonça des aiguilles dans la tumeur, persuadé que, s'il avait affaire à un corps fibreux, la sensation serait nulle et la résistance très-considérable. Convaincu après cet examen, que c'était bien là un nouveau corps fibreux, il l'opéra, et la malade guérit.

Comme moyen de diagnostic de l'inversion simple, et de l'inversion produite par un corps fibreux, on pourrait aussi, en pareille occurrence, essayer de refouler la tumeur avec un corps mousse, par exemple un embout de spéculum, ainsi que l'avait proposé M. Richet dans

(1) Bull. Soc. de chirurgie, 3e série, t. III (1874), p. 651 et s.
(2) Id., p. 656.

le cas précédent. Mais nous n'avons pas à nous étendre sur ce point, ce serait sortir de notre sujet.

C'est aussi afin de rester exactement dans ses limites, ue nous n'avons placé ici que les cas où l'inversion utérine était accompagnée (ou pour mieux dire précédée) de la présence de corps fibreux. Le nombre des faits d'hystérotomie que j'aurais pu rassembler serait sans cela bien plus considérable. West (1) ne cite pas moins de 59 observations suivies 42 fois de succès.

Dans le cas où l'on croirait devoir procéder à l'amputation de la matrice, voici le procédé que recommande M. Courty (2) : Il préconise la ligature à constriction graduelle, pratiquée avec un double fil de fer flexible, dont les deux extrémités sont passées dans un serre-nœud, de manière à pouvoir maintenir et augmenter graduellement la constriction ; on peut employer aussi la corde à boyau ou un fil d'archal recuit, recouvert de soie. Dans une occasion où M. Courty a employé cette méthode, l'utérus est tombé le trentième jour, sans que la malade (qui n'avait que 23 ans), eût couru aucun danger. La ligature, dans ce cas, n'agit pas comme l'instrument tranchant ni comme l'écraseur, en sectionnant la partie entourée par le lien, mais seulement en ulcérant le point sur lequel la constriction s'exerce, et en déterminant simultanément le sphacèle de la tumeur et la formation d'adhérences péritonéales salutaires.

Il faut avoir soin d'entretenir la propreté du vagin par de fréquentes lotions détersives, notamment avec

(1) *Loc. cit.*, p. 291.
(2) *Loc. cit.*, p. 924.

le coaltar, afin d'éviter le croupissement du muco-pus et des liquides putrides qui se produisent. Dans les derniers jours, on peut hâter la chûte de la tumeur par une constriction rapide et sécante du pédicule, les adhérences qui ont dû s'établir mettant alors la malade à l'abri des accidents auxquels elle aurait été exposée par l'usage prématuré de l'instrument tranchant (1).

(1) En réunissant les succès obtenus par Courty à la statistique du Dr West, on trouve que, sur 60 ablations d'utérus renversé, on a obtenu 43 guérisons, et proportionnellement beaucoup plus de guérisons par la ligature que par les deux autres procédés opératoires.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES. — DIVISION DU SUJET..... 1

PREMIÈRE PARTIE. — HYSTEROTOMIE ABDOMINALE.

CHAPITRE Ier. — Historique..... 5

CHAPITRE II. — Des cas auxquels l'opération a éte appliquée... 9

CHAPITRE III. — De l'hystérotomie abdominale et de ses résultats 28

CHAPITRE IV. — Indications et contre-indications.— Conclusions. 48

PIÈCES JUSTIFICATIVES..... 59

SECONDE PARTIE. — HYSTEROTOMIE VAGINALE..... 95

CHAPITRE Ier. — Débridement du col..... 97

CHAPITRE II. — Hystérotomie du col par incision et énuclation. 104

CHAPITRE III. — Hystérotomie du col par excision..... 107

CHAPITRE IV. — Hystérotomie intra-utérine..... 112

CHAPITRE V. — Hystérotomie rétro-utérine..... 148

CHAPITRE VI. — Amputation de l'utérus inversé par un corps fibreux..... 149

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de Médecine rue Mr-le-Prince, 31.