

L'ÉLECTRICITÉ
LA CASTRATION OVARIENNE
ET L'HYSTÉRECTOMIE

PAR

L.-G. RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1890



L'ÉLECTRICITÉ
LA CASTRATION OVARIENNE
ET L'HYSTÉRECTOMIE

PAR

L.-G. RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1890

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6891



000024959



www.dlibra.wum.edu.pl

L'ÉLECTRICITÉ, LA CASTRATION OVARIENNE ET L'HYSTÉRECTOMIE



Depuis quelques années, le traitement des fibromes utérins a subi de nombreuses vicissitudes, et nos idées sur ce point sont en pleine évolution.

J'ai eu, depuis deux ans surtout, maintes occasions de comparer entre elles les diverses méthodes: je suis donc en mesure de produire un certain nombre de faits observés avec précision, que je raconterai sans longueurs inutiles, mais avec tous les détails nécessaires pour faire comprendre le but, la nature, le résultat de mes interventions, et dont l'analyse peut servir à juger, quant à leur valeur respective, *l'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie.*

Ce travail ne comporte aucune recherche d'érudition et ne saurait embrasser la question dans son ensemble. J'y ai donné la plus grande place aux faits, la plus petite aux raisonnements.

I

L'électricité. — Insuccès et empirisme. — L'âge de la malade. —
Le diagnostic. — Le siège des fibromes. — Observations.

L'électricité est en grande faveur dans la thérapeutique des fibromes. Soutenue par des hommes sérieux,

dénigrée par d'autres, compromise par des partisans trop zélés, on peut lui prédire qu'elle restera dans la pratique, mais à une condition : c'est qu'on lui cherche des indications précises et qu'on renonce à l'appliquer systématiquement.

Jusqu'à ces dernières années, les chirurgiens n'ont été que d'assez mauvais juges dans la question; il y avait un peu de leur faute, un peu de la faute des électriciens, prompts à se féliciter en bloc, mais sobres d'observations démonstratives. Sur les centaines de femmes qu'ils avaient traitées, il fallait bien qu'un bon nombre fussent des malades non suivies, perdues de vue, et dont la guérison ne pouvait être affirmée; ces cas tronqués jetaient de la défaveur sur les autres. Ça et là nous rencontrions une femme ayant subi un long traitement sans résultat et finalement désespérée. Aujourd'hui, nous voyons ces malades en assez grand nombre; aussi, en examinant avec soin les épaves du traitement nouveau, avons-nous quelque chance de dégager la cause des insuccès, et par suite de formuler des indications.

Pour ma part, sans vouloir « traîner sur le banc des prévenus » les chirurgiens qui oublient de commencer par l'électricité, j'accepte volontiers de la conseiller d'abord dans les cas où elle a fait ses preuves, pourvu qu'on ne s'acharne pas à poursuivre une chimère et qu'on n'insiste pas aveuglément devant les signes de l'insuccès. On m'accordera, en retour, qu'il est bon de chercher dans quelles conditions l'électricité n'a pas chance de réussir, et qu'il serait utile aux malades de le savoir exactement.

Une première condition, pour avoir de bons résultats, paraît être l'âge voisin de la ménopause. Il est rationnel d'essayer un traitement palliatif, qui calme les douleurs et les hémorragies, alors que les congestions menstruelles vont bientôt cesser et la vie active du fibrome s'arrêter d'elle-même. L'action temporaire de l'électricité peut se renouveler par étapes et la malade patienter sans trop de peine jusqu'au jour où la nature lui viendra en aide. Plus jeune, c'est une autre affaire : l'évolution du fibrome déjoue très ordinairement les efforts et épuise la malade sans lui laisser entrevoir un terme naturel à ses retours offensifs. Mais, comme il y a des opérations dangereuses, comme il y a des malades qui ne veulent pas être opérées, comme on peut rencontrer des fibromes obéissants et qui finissent par rester tranquilles, l'électricité, même chez les femmes encore jeunes, peut rendre des services, et il faut lui reconnaître cette qualité, d'être le meilleur des traitements palliatifs.

On voit que je fais une part assez large à l'électrothérapie. Voici maintenant de fortes réserves. Examinons deux points : 1° le diagnostic ; 2° le siège des fibromes.

Le diagnostic — Il ne suffit pas qu'une malade, croyant avoir un fibrome, vienne présenter son ventre. Il y a beaucoup de chances pour qu'elle ait une variété quelconque de salpingo-ovarite. C'est une erreur courante ; à chaque instant on appelle fibrome une tumeur collée à l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas ou latéralement ; la moitié des malades qui nous arrivent sous cette

rubrique ont une lésion des annexes. Or, voici à quoi s'exposent ceux qui ont l'électricité facile et le diagnostic peu sévère. Si la trompe et l'ovaire ne sont pas suppurés, il n'y a que demi-mal : une atténuation passagère des symptômes peut suivre l'application des courants à certaines lésions des annexes ; on aura aussi des aggravations. Mais si, par malheur, on se trouve en présence d'une suppuration pelvienne, les accidents peuvent être mortels, et ils l'ont été plus d'une fois. Il ne s'agit plus, je le veux bien, de l'électricité appliquée aux fibromes ; mais les malades n'en sont pas moins mortes, et c'est assez pour nous rendre circonspects.

Cette question est des plus délicates, et j'y insiste encore. Il y a des états complexes, des coïncidences de fibromes et de salpingites. Combien de fois, dans la castration entreprise pour enrayer la marche d'un myome, ne trouvons-nous pas les trompes ou les ovaires malades ! Si la castration est utile en créant la ménopause, n'agit-elle pas aussi par la suppression pure et simple d'une maladie douloureuse et grave par elle-même ? Or, l'électricité appliquée au myome ne supprime rien ; il faut donc, avant d'électriser, être bien sûr qu'il n'y a pas une lésion voisine en pleine évolution. J'ai vu des insuccès de l'électricité, avec ou sans aggravation des douleurs, qui m'ont paru tenir à cette cause.

Il y a des fibromes très évidents qui paraissent occuper toute la scène, et derrière lesquels se cachent les altérations les plus avancées des annexes, des poches purulentes qui ont certainement la plus grande part

dans les souffrances et dans la gravité du mal, mais si bien incorporées à la masse pelvienne qu'il est presque impossible de les en distinguer. Ici, à défaut d'un examen décisif, l'expérience des faits déjà vus doit inspirer une grande réserve dans la thérapeutique, et, s'il est permis de se tromper d'abord, il est défendu de persévérer dans l'erreur au bout de quelques essais, et d'abuser d'un traitement irrationnel et dangereux, comme on le verra dans l'exemple suivant :

Une femme de 46 ans, pâle, amaigrie et d'une grande faiblesse, me consulte pour une tumeur abdominale. Je lui trouve, du pubis à l'ombilic et vers la fosse iliaque gauche, une masse bosselée, bilobée, très dure et assez douloureuse au palper; dans la fosse iliaque droite, un empâtement profond, sans limites précises. Au toucher vaginal, l'utérus est enclavé, peu mobile, le col porté à gauche, le cul-de-sac droit occupé par une grosse tumeur arrondie, non circonscrite, un peu moins consistante qu'un fibrome et très sensible; dans le cul-de-sac gauche, un corps dur et plus petit paraît être le corps utérin lui-même. Les mouvements qu'on imprime à l'utérus se transmettent à la tumeur bilobée de l'abdomen. Par le toucher rectal, on sent une masse remplissant l'excavation et plus saillante à droite. La sonde utérine mesure 8 centimètres et se dirige vers le côté gauche où l'utérus est repoussé. Toutes les manœuvres qu'entraîne cet examen sont des plus douloureuses.

J'admets l'existence de deux corps fibreux sous-péritonéaux. Mais la nature de la masse qui remplit le cul-de-sac latéral droit reste douteuse : sa consistance

éloigne l'idée d'un fibrome; la douleur extrême, l'état de cachexie et d'épuisement que présente la malade me font hésiter entre une pyo-salpingite et une tumeur maligne.

Les urines sont abondantes, il n'y a ni sucre ni albumine, mais les téguments sont décolorés, jaunâtres, et la malade se plaint amèrement des traitements qu'elle a subis. Assez mal réglée depuis l'âge de 19 ans, courant le monde avec son mari, qui voyageait pour ses affaires, elle n'a jamais eu de grossesse; en 1879, elle a souffert d'un polype saillant entre les lèvres du col, qui lui fut enlevé à Constantinople; en 1881, fièvres paludéennes; enfin, depuis un an, quelqu'un lui ayant dit qu'elle avait une tumeur, elle s'est mise entre les mains d'un médecin qui lui fit subir diverses manœuvres et l'électrisa longtemps. Après deux mois de repos, elle en vit un autre qui la traita aussi par l'électricité, mais accrut notablement ses douleurs. Chaque séance était un supplice; elle criait et demandait grâce; son mari, étonné mais obéissant, posait des questions timides et s'arrêtait devant l'assurance du médecin, qui promettait la guérison et revenait tous les jours. Enfin, lorsque la condescendance du mari fut à bout, la femme anéantie et la bourse du ménage épuisée, on vint à l'hôpital.

Cette femme, qui geignait sans cesse, et qui depuis une année, sous l'influence visible du traitement, avait décliné au point de ne plus sortir de son lit, était pour la chirurgie un bien mauvais cas. Fallait-il l'abandonner pour sauver la statistique? L'opération pouvait réussir, et je l'entrepris le 14 décembre 1889, avec mes internes, MM. Gauthier et Gilis. En voici les points principaux :

Après l'incision de l'abdomen, je trouve et j'attire au dehors les deux corps fibreux diagnostiqués; chacun d'eux a le volume du poing. L'un est inséré sur la corne gauche par un pédicule gros comme le petit doigt; l'autre sur le fond de l'utérus, dans toute son étendue. Tous deux sont recouverts par une très mince couche de tissu musculaire utérin. Je place une pince courbe sur chacun des pédicules, et j'énuclée rapidement les tumeurs de leurs loges musculaires, que je résèque au-dessus des pinces. Cela fait, mon doigt rencontre en arrière de l'utérus une grosse poche fluctuante qui occupe la cavité de Douglas et adhère intimement à ses parois : c'est la masse qui, au toucher, remplissait le cul-de-sac latéral droit. Voyant qu'il s'agit d'une salpingite, et pensant n'avoir rien fait si, après avoir enlevé les fibromes, je laisse la collection tubaire, j'entreprends de l'énucléer en détruisant les adhérences avec le doigt, opération fort laborieuse pendant laquelle la poche se rompt et laisse échapper une grande quantité de pus fétide. A mesure que le pus est versé dans le péritoine, je le recueille avec des éponges; peu à peu, j'arrive à détacher la trompe dilatée, à former au-dessous d'elle un pédicule, et je me mets à faire la toilette du péritoine, à laver avec de l'eau bouillie les anses intestinales, à essuyer le cul-de-sac de Douglas, où se fait un suintement sanguin qui ne laisse pas de m'inquiéter. Je tamponne avec une éponge montée, j'attends, j'essuie encore, je patiente.

Les pédicules des fibromes enlevés sont encore à traiter. Je serre le plus mince avec un fil de soie plate; sur celui qui occupe tout le fond de l'utérus, je place

quatre fils en chaîne, et j'affronte les deux lèvres de la section charnue avec trois ou quatre fils complémentaires passés au moyen de l'aiguille de Reverdin.

Débarrassé des tumeurs fibreuses et de la poche purulente, je n'ai pas encore exploré la trompe et l'ovaire gauches. Ils forment une masse dure, rétractée, peu volumineuse, une corde qui attire l'utérus. J'y perçois nettement une dilatation tubaire du volume d'une grosse noix; je l'ouvre, il en sort de la sérosité, je l'essuie avec une éponge phéniquée, et je renonce à aller plus loin, car les altérations de ce côté me paraissent de moindre importance, l'ablation totale n'est pas nécessaire et l'opération a déjà duré une heure et demie. Je fais alors une dernière toilette du péritoine, et je me décide à fermer le ventre après m'être assuré que le tamponnement a supprimé tout écoulement sanguin.

Pendant les heures qui suivent l'opération, la malade a bonne apparence; mais bientôt elle s'affaiblit, le pouls s'efface et la mort survient à quatre heures de l'après-midi.

A l'autopsie, une sérosité sanguinolente occupe tout l'abdomen; des caillots noirs remplissent le petit bassin et les deux fosses iliaques. La malade est morte d'hémorrhagie. — Les pédicules des fibromes et celui de la poche tubaire sont intacts; les sutures tiennent parfaitement. Le péritoine de l'excavation, dans la région de la trompe droite, présente une surface de 6 à 7 centimètres, irrégulière, couverte d'adhérences déchirées et imbibées de sang; c'est de là qu'est venue l'hémorrhagie. Au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque primitive existe un petit anévrysme sacciforme,

gros comme une noix, dont la paroi est pleine de dépôts athéromateux. Des plaques d'athérome se remarquent dans toute la hauteur de l'aorte; les valvules cardiaques, aortique et mitrale, sont profondément altérées. — Du côté gauche, l'ovaire sclérosé adhère à la paroi pelvienne; devant lui se trouvent les débris du kyste séreux de la trompe, que j'ai ouvert à la fin de l'opération. — Les reins et le foie paraissent à peu près indemnes; la rate est très volumineuse et pèse 930 gr. (paludisme). On trouve au sommet du poumon quelques tubercules crétacés.

Dans cette lamentable histoire, des causes multiples ont préparé le dénouement. Ce n'est pas à la nature même de l'opération, à sa difficulté, à l'étendue des adhérences qu'il faut attribuer l'hémorrhagie mortelle, car j'ai bien d'autres observations pareilles, dont les malades se sont tirées d'affaire sans paraître un seul jour compromises; c'est à l'état du système artériel. C'est lui qui nous explique, avec une hémostase parfaite au niveau des pédicules, une hémorrhagie en nappe par les adhérences déchirées. Le malheur est d'avoir eu affaire à une artério-scléreuse d'ancienne date, arrivée à la cachexie. C'est avant le développement de ces lésions profondes, avant la suppuration de la trompe, les longues souffrances et l'épuisement, que l'opération devait être faite. Et que dire du médecin qui, au lieu de s'arrêter devant l'aggravation progressive des douleurs et de l'état général, au lieu de chercher la cause de son insuccès et de réformer son diagnostic, s'acharne pendant un an et impose un traitement aveugle ?

Voici maintenant un fait où le diagnostic était plus difficile encore, où certainement les électriciens n'auraient pas hésité à faire agir les courants, où certainement aussi l'électricité aurait fait le plus grand mal, et où la chirurgie eut un beau succès qu'elle seule pouvait obtenir.

Le 1^{er} juillet 1889 entre à l'hôpital Tenon une femme de 46 ans, qui porte une grosse tumeur abdominale. Depuis dix ans, les règles sont plus abondantes et s'accompagnent de violentes douleurs. Il y a treize mois, une ménorrhagie assez grave la fit entrer à Bichat, dans le service de M. Terrier, mais elle en sortit sans avoir subi d'opération. Dernièrement encore, elle eut une perte qui dura quinze jours; elle souffre dans les aines et sur le trajet des nerfs sciatiques. Au palper abdominal, on trouve une tumeur médiane, faisant corps avec l'utérus et montant jusqu'à l'ombilic; elle est lisse, régulière, très peu mobile. Au toucher vaginal, qui est douloureux, le doigt constate la présence d'une masse dure engagée dans l'excavation. Diagnostic : fibrome interstitiel.

Il était impossible d'en dire plus long, impossible de trouver autre chose que cette tumeur unique et ayant toute l'apparence d'un gros utérus développé par la présence d'un myome; impossible de démontrer une altération des ovaires ou des trompes. Il est vrai que la douleur, au palper, était plus vive au niveau des fosses iliaques; mais, comme la main n'y sentait aucune tuméfaction annexée à la masse utérine, comme le doigt ne trouvait rien autre que cette masse dans les culs-de-sac vaginaux, j'étais bien forcé de m'en tenir au diagnostic simple de fibrome.

Tumeur interstitielle, hémorrhagique, douloureuse chez une femme de 46 ans : lequel de nos spécialistes eût refusé d'électriser cette malade? Néanmoins, je trouvai plus sûr de faire une laparotomie et d'avoir le mal sous les yeux. L'opération fut faite le 9 juillet, avec l'aide de mes internes, MM. Debayle et Gauthier.

Après l'incision de la paroi, doublée d'une épaisse couche de graisse, je tombe sur la masse principale, qui est bien l'utérus grossi par un fibrome interstitiel, et je trouve deux autres tumeurs, grosses comme des pommes, pédiculées sur le fond du globe utérin et intriquées dans un magma d'adhérences épiploïques. Je romps peu à peu les adhérences, je libère les deux tumeurs et je les enlève après ligature de leurs pédicules au fil de soie. Puis, examinant la masse, je la trouve peu mobile, et j'explore à droite, pour savoir les causes de cette fixité. Alors, sans violence, sans grand effort, mon doigt traverse une mince paroi et ouvre une poche d'où un flot de pus s'écoule dans le péritoine. Des éponges recueillent ce liquide et essuient l'intestin; de petites éponges montées vont sécher le fond de la poche, qui n'est autre que la trompe dilatée, sinueuse et adhérente. Mon doigt la dissèque peu à peu, l'isole avec prudence et finit par l'enlever à peu près entière; mais il reste au fond quelques lambeaux, que je ne puis aller chercher tant ils adhèrent, et tant la manœuvre est gênée par la présence du globe utérin. Avant d'aller plus loin, je fais un lavage à l'eau bouillie, et j'enlève à coups d'éponge tous les débris qui pourraient toucher l'intestin et souiller le péritoine.

A gauche, même rupture, même besogne encore plus

difficile, déchirures multiples de la trompe que j'énuclée peu à peu, toilette et lavage à l'eau bouillie. Les ovaires, comme les trompes, sont venus en lambeaux ; mais les foyers qui restent sont trop irréguliers, trop difficiles à fouiller dans leur profondeur, pour que je sois sûr de leur asepsie ; je me décide donc à laisser un drain dans chaque fosse iliaque.

Au moment de procéder à ce dernier temps de l'opération, j'aperçois une large déchirure du côlon descendant, dont la paroi, intimement adhérente à la poche tubaire, a cédé pendant les manœuvres. Il faut s'armer de patience. Le cas est difficile, car le gros intestin adhère profondément et ne se laisse pas attirer ; tout au plus vient-il au contact du péritoine pariétal, séparé lui-même de la peau par 4 ou 5 centimètres de graisse.

Alors, je saisis doucement l'intestin, et par des fils de catgut j'unis un côté de sa déchirure au péritoine qui double la lèvre gauche de l'incision abdominale. L'autre côté ne pouvant être attiré jusqu'à la lèvre droite, je le suture au globe utérin. Puis, au-dessus et au-dessous de l'orifice accidentel, je rapproche les deux lèvres du péritoine, en ménageant un passage aux deux drains iliaques et en prenant dans mon surjet la surface utérine. Cette manière d'hystéropexie a pour but d'immobiliser le globe utérin et d'éviter le tiraillement de la suture intestinale. Un second surjet de catgut rapproche les aponévroses et les muscles, un troisième étage de crins de Florence unit la peau et la graisse, un troisième drain est mis à l'angle inférieur de l'incision, derrière le pubis, et un quatrième, le plus gros, dans le bout supérieur du côlon, afin d'éviter toute infiltration de

gaz ou de matières avant l'établissement des adhérences.

En fin de compte, j'avais assuré le drainage des foyers dangereux, et formé un anus contre-nature au fond d'un entonnoir dont la graisse pariétale et un peu du globe utérin formaient les parois. L'opération avait duré trois heures et fatigué singulièrement l'opérateur et ses aides.

La malade resta cinq jours sans rendre ni matières ni gaz, ce qui permit aux adhérences de s'établir solidement. Elle eut 38°4 le deuxième jour, et ce fut tout. Le cinquième, les matières intestinales commencèrent à sortir par l'anus artificiel. Un point de la suture abdominale s'étant désuni, l'anus forma un cloaque avec les orifices des drains latéraux. Ceux-ci, promptement raccourcis, donnèrent passage à une suppuration modérée, et furent enlevés le 20 juillet. L'orifice alors bourgeonnait bien et tendait à la cicatrisation; l'état général ne s'était pas démenti.

Un jour, l'exploration du rectum nous fit trouver des matières qui avaient passé dans le bout inférieur, et qui furent évacuées par un lavement. Même manœuvre quelques jours plus tard. La malade ayant commencé à se lever, le cours des matières se rétablit aussitôt, et l'anus anormal devint une fistule insignifiante.

Elle sortit le 15 septembre, et vint bientôt me revoir, n'ayant plus qu'un petit orifice qui laissait échapper des gaz. Depuis cette époque, je ne l'ai pas perdue de vue : la fistule, qui n'admet qu'un stylet, s'ouvre et se ferme, et l'oblige à un pansement léger qui l'incommode fort peu; je ne doute pas qu'un jour prochain

elle s'oblitére définitivement. La santé générale est excellente, le fibrome est silencieux, les pertes ont disparu, toute douleur a cessé par la suppression des annexes malades. Que serait-elle devenue, si, ne voyant que la tumeur, — qui seule était visible, — ignorant la suppuration des trompes et l'imminence de leur rupture, on lui eût fait subir en conscience les intensités hautes ou basses?

Le siège. — Un second point dont il faut tenir compte, c'est le siège de la tumeur, ses rapports avec la paroi utérine. Si on pense que tout fibrome reconnu appelle et légitime l'électricité, on néglige une distinction à faire entre les fibromes interstitiels et ceux qui s'énucléent pour se développer sous le péritoine. Les premiers, incorporés à la masse utérine, participent à la vie de l'organe; ils y excitent la contraction, la douleur, l'afflux sanguin; eux seuls sont hémorrhagiques. Tout ce qui modifie la circulation et la nutrition de la paroi utérine agit en même temps sur eux. Ainsi fait l'électricité, quand elle réussit contre les pertes; ainsi fait aussi l'ablation des ovaires, qui supprime les congestions périodiques et atteint le même but par une voie différente.

Mais que voulez-vous faire avec des courants sur ces corps fibreux énucléés, végétant pour leur propre compte, pourvus d'une circulation peu active et désintéressés des actes physiologiques de la paroi utérine? C'est alors qu'on ne peut espérer aucune réduction de leur volume, aucune atténuation des compressions et des douleurs. C'est alors que nous voyons des malades subir

l'électricité patiemment, sans résultat, ou s'en dégoûter ou bout de quelques mois (1).

La première observation relatée plus haut nous montre un cas de ce genre : à part la pyo-salpingite, il y avait deux fibromes pédiculés qui ne provoquaient pas d'hémorrhagie et qui ne pouvaient être influencés par les courants.

J'ai été consulté, en novembre 1889, par une dame de Rochefort qui venait de suivre le traitement électrique pendant deux mois. Elle en était fatiguée et ne trouvait aucun changement dans son état. Elle avait eu quelques pertes, mais surtout des douleurs, et celles-ci duraient toujours. En l'examinant, je ne fus pas étonné de cet insuccès : le ventre était volumineux, pointu ; il n'y avait pas d'ascite appréciable, mais la tumeur, très grosse, très mobile, mamelonnée, avait toute l'apparence d'une masse composée de plusieurs fibromes sous-péritonéaux. S'il y avait quelque fibrome interstitiel, à coup sûr il tenait peu de place dans l'ensemble. Je conseillai l'hystérectomie abdominale.

J'aurais bien voulu voir l'électricité aux prises avec le cas suivant :

(1) Il va sans dire qu'on doit rapprocher des fibromes interstitielles ceux qui se développent sous la muqueuse, dans la cavité utérine. Par « fibromes énucléés », j'entends les tumeurs sous-péritonéales.

Pour répondre à certaines critiques, j'ajouterai que l'électricité peut améliorer des malades qui ont des fibromes énucléés, parce qu'elles ont en même temps des fibromes interstitiels. Ce qui est grave, ce n'est pas d'essayer l'électricité dans un cas douteux, c'est de persévérer devant les signes de l'insuccès.

M^{me} L..., 45 ans, était malade depuis un an; elle avait grossi, elle souffrait du ventre et surtout des reins; ses règles étaient régulières, mais abondantes. Un jour, elle eut une poussée violente de péritonite, sans cause visible; en la soignant, son médecin reconnut la présence d'un fibrome. Quand je fus appelé, le calme était revenu, et je lui trouvai une tumeur médiane, paraissant grosse comme une tête d'enfant, globuleuse, assez mobile d'un côté à l'autre, montant jusqu'à l'ombilic, et ressemblant tout à fait à l'utérus développé par la présence d'un myome dans sa paroi. Aucune douleur à la pression vers les fosses iliaques; par le toucher, col de l'utérus en arrière, souple et indolence des culs-de-sac latéraux, et, dans le cul-de-sac antérieur, une masse qui paraissait en continuité avec la tumeur abdominale. Je n'hésitai pas sur le diagnostic : fibrome interstitiel, aucune lésion des annexes.

L'opération fut faite le 16 avril 1890 avec les docteurs Noël, Arrivot et mon interne, M. Gauthier. Incision moyenne, agrandie ensuite jusqu'à l'ombilic. La surface d'une tumeur fibreuse apparaît. En plongeant la main à gauche pour en explorer les contours, je trouve une autre masse mollement rénitente, que je prends d'abord pour une tumeur dépendant des annexes, mais qui n'est pas adhérente et que j'attire avec une certaine peine, de manière à la bien voir : c'est l'utérus lui-même, gros et mou, et ne paraissant rien contenir dans sa paroi. Il était repoussé à gauche par la tumeur fibreuse, si bien que je ne peux l'attirer vers la plaie qu'en refoulant cette tumeur, qui semble indépendante et qui disparaît en haut dans l'abdomen.

Ayant sous les yeux l'utérus, je trouve la trompe et l'ovaire gauches à peu près sains; je les enlève en liant le pédicule avec la soie plate. Puis j'enlève par le même procédé deux fibromes, comme deux grosses noix, pédiculés sur la corne droite. Je ne vois ni la trompe ni l'ovaire droits, comme s'ils avaient été refoulés et aplatis dans le petit bassin, alors que la tumeur fibreuse appuyait de ce côté et rejetait l'utérus à gauche. Je n'insiste pas sur leur recherche, bien que j'aie eu l'idée de prévenir les congestions pelviennes et d'atrophier l'utérus par l'ablation totale des annexes; mais l'essentiel est évidemment la grosse tumeur, et je me mets en devoir de l'extraire.

Elle est remontée, pendant que je traitais l'utérus, et s'est cachée au milieu des anses intestinales. Je vais l'y chercher, après avoir remis l'utérus en place et dégagé les abords de la plaie. Elle est grosse comme les deux poings réunis, et peu à peu je la sors de l'abdomen, entraînant un paquet d'intestin qui lui adhère et que j'enveloppe de compresses chaudes. Heureusement que ces adhérences, produit évident de la péritonite récente, ne sont pas très serrées; je les fais céder peu à peu en grattant avec l'ongle, et je libère ainsi une anse intestinale de 15 à 20 centimètres qui longe la partie inférieure du fibrome. Après avoir lié au catgut et sectionné quelques lambeaux d'épiploon qui retiennent encore la tumeur, je l'extrait sans difficulté, car elle n'a pas de pédicule et n'est en continuité ni avec l'utérus ni avec d'autres organes. Sauf les adhérences molles qu'elle avait contractées avec l'intestin et l'épiploon, elle était entièrement libre dans l'abdomen.

En achevant la toilette du péritoine, j'aperçois un peu de sang au milieu des anses intestinales. Je les fais écarter, et je vois une artériole qui saigne, à gauche de l'utérus, sur le bord supérieur du ligament large, déchiré dans une faible étendue; ce qui m'oblige à compléter l'hémostase et à prolonger l'opération. Néanmoins, les suites sont des plus bénignes; la température dépasse 38° une ou deux fois; le premier pansement est fait le huitième jour, les fils enlevés le quinzième, et la malade est très bien guérie au bout d'un mois.

Ce fibrome, libre dans l'abdomen et ne tenant à rien, est une exception rare. Comme il n'a pu se développer tout seul au milieu du péritoine, il faut qu'il soit né dans la paroi utérine pour s'énucléer peu à peu et se détacher tout à fait, jouant le rôle d'un corps étranger, refoulant l'utérus, irritant le péritoine et contractant avec l'intestin des adhérences inflammatoires. Supposez qu'on ait fait passer des courants dans cette masse qui n'avait plus rien de commun avec l'utérus; autant valait électriser une pierre. Or, cette disposition ne pouvait être soupçonnée, mais elle ne fait qu'exagérer celle de tous les fibromes qui font saillie sous le péritoine et tendent à l'indépendance. Elle nous fait toucher du doigt, une fois de plus, l'erreur de ceux qui font de l'empirisme, électrisent tout ce qui se présente, ont l'air de croire que « c'est toujours la même chose », et méconnaissent les distinctions souvent délicates avec lesquelles le clinicien se trouve aux prises.

II

La castration ovarienne. — Comparaison avec l'électricité. —
Conditions d'insuccès. -- Observations.

On peut faire une comparaison curieuse entre la castration ovarienne et l'électricité, quant à leur manière d'agir et à leurs indications.

Toutes les deux produisent la décongestion de l'utérus; mais il ne faudrait pas pousser trop loin le parallèle, car les résultats diffèrent profondément. Avec les courants, on exerce une action temporaire, on enraye un symptôme, et la malade est maintenue en état de guérison apparente, à la condition d'y revenir souvent. Quant au retrait de la masse, on le guette, on le mesure en millimètres, on l'évalue à grand'peine à travers la paroi mobile du ventre, mais il est assez rare qu'il saute aux yeux; je ne le nie pas, mais bien des auteurs nous disent qu'ils n'en ont observé aucune trace. Après la castration, au contraire, les conditions physiologiques de l'utérus sont radicalement changées; les tumeurs interstitielles subissent une réduction quelquefois très rapide — certaines, qui montaient à l'ombilic, dépassent à peine le pubis au bout d'un mois — et une réduction permanente.

L'électricité, si utile qu'elle puisse être, n'est qu'un palliatif; l'ablation des ovaires donne des guérisons définitives.

Je sais bien qu'elle peut manquer son but, et qu'on l'accuse d'avoir échoué même contre certains fibromes hémorrhagiques; mais c'est une exception, car elle réussit justement dans les cas où réussit l'électricité.

Toutes deux influencent les tumeurs qui vivent avec l'utérus : celle-ci les modifie temporairement, et leur activité ralentie peut toujours se réveiller; celle-là les guérit en créant la ménopause. Si bien que les deux méthodes agissent de même et conviennent aux mêmes cas, mais la castration est de tous points supérieure.

Elle est supérieure, mais elle ne suffit pas à tout. Bien des cas lui échappent, les mêmes qui échappent à l'électricité : les grosses tumeurs végétant hors de la paroi utérine, développées au-dessus du détroit supérieur, et causant l'ascite, la gêne et la compression de l'intestin, le volume excessif du ventre, l'épuisement de la malade, ou bien les petites tumeurs qui nuisent par leur siège, rétro-utérines, enclavées, adhérentes, comprimant les vaisseaux et les nerfs pelviens. Deux faits, rapprochés l'un de l'autre, vont nous montrer comment agit la castration ovarienne et quelle est sa véritable indication.

M^{me} S..., 44 ans, souffre depuis la fin de l'année 1887. Pendant les règles, elle a des douleurs vives, une sensation de pesanteur avec difficulté pour s'asseoir ; l'écoulement sanguin est très fort pendant 4 ou 5 jours, puis il traîne quelque temps, et ensuite viennent des maux d'estomac qui la rendent inquiète et nerveuse. Je lui trouve un utérus grossi par la présence d'une ou de plusieurs tumeurs interstitielles qui paraissent occuper la paroi antérieure et monter à moitié chemin de l'ombilic. Le col est tourné en arrière, les culs-de-sac latéraux sont libres ; on éveille une certaine sensibilité en palpant, à gauche, un corps mobile qui doit être l'ovaire.

L'état général est bon, mais la malade est lasse de souffrir et d'être immobilisée chaque mois. De mon côté, je ne trouve pas légitime de laisser grossir et saigner indéfiniment une tumeur en voie d'évolution active, au lieu d'arrêter ses progrès par une opération qui, dans les conditions présentes, offre toutes chances de bénignité. Il s'agit de l'ablation des ovaires ; elle est bien indiquée pour un fibrome interstitiel et hémorrhagique et, de plus, elle doit être facile à cause du volume modéré de l'utérus et de l'absence de complications du côté des annexes.

La castration est faite à l'hôpital Tenon le 10 septembre 1889 ; elle dure vingt minutes. Petite incision, qui permet d'attirer sans peine et de pédiculiser l'ovaire gauche, gros et kystique avec une trompe saine. A droite, l'ovaire offre les mêmes lésions ; il est en prolapsus, mais comme il n'est pas adhérent, l'extraction n'est guère plus difficile. L'utérus est bosselé, plusieurs fibromes occupent sa paroi. Les suites sont bénignes et ne méritent pas d'être notées en détail ; les règles apparaissent le 12 septembre, comme c'est l'habitude après la castration ovarienne, et durent, en s'atténuant, jusqu'à la fin du mois.

Quant au résultat thérapeutique, il est merveilleux : cessation absolue des douleurs et des pertes. J'examine M^{me} S... en novembre, et je trouve la masse fibreuse tellement réduite que l'utérus dépasse à peine le volume normal. Je l'ai revue souvent depuis lors, et toujours en parfaite santé.

Bien différent est le cas de M^{me} D..., qui entre à

l'hôpital Tenon le 18 mai 1889. Elle a 48 ans; sa tumeur s'est développée depuis cinq ans environ. Elle a eu des pertes de sang, mais aujourd'hui elle a surtout des douleurs vives dans le ventre et dans les membres inférieurs; sensation de pesanteur habituelle dans le petit bassin, irradiations névralgiques dans la région lombaire et jusque dans les genoux. A l'examen, le col est porté derrière le pubis, l'excavation est occupée par une masse ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, enclavée mais non adhérente, car elle est soulevée par le doigt, et les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à une autre masse qui paraît grosse comme le poing, saillante au-dessus du pubis, n'atteignant pas l'ombilic et inclinée vers la fosse iliaque gauche. Il est difficile d'affirmer que ces deux masses ne forment qu'une seule tumeur; cependant, je porte le diagnostic de gros fibrome interstitiel occupant la paroi postérieure.

Le 15 juin, je procède à la castration ovarienne. L'opération marche régulièrement, un peu laborieuse à cause du volume de l'utérus; je constate son développement vers la fosse iliaque, et j'enlève les ovaires et les trompes sans explorer le petit bassin. Suites nulles; pansement le 23 juin, ablation des fils le 8 juillet; elle nous quitte le 15 juillet, en bon état.

Mais tout n'est pas fini. Je la revois en octobre, nerveuse, dyspeptique, sans règles ni pertes. Elle revient se plaindre en décembre: mêmes tumeurs, abdominale et pelvienne, paraissant ne faire qu'une seule masse, et n'ayant pas diminué de volume. Mêmes compressions dans le petit bassin, mêmes douleurs dans le ventre, les

reins et les jambes, même incapacité de travail. La castration ovarienne, bien qu'ayant supprimé les règles, a pleinement échoué ; il me reste à en chercher la cause, et surtout à faire subir à la malade le seul traitement qui désormais lui convienne, l'hystérectomie.

M^{me} D... figurera tout à l'heure dans un groupe d'hystérectomies sur lequel j'appellerai l'attention. Quant à présent, je me borne à dire qu'une seconde laparotomie pratiquée sur elle le 24 décembre 1889, expliqua fort bien l'insuccès de la première : je trouvai d'abord une tumeur grosse comme une orange, interstitielle, née au voisinage de la corne gauche, qui fut énucléée pour diminuer l'utérus et faciliter les manœuvres ; puis j'allai chercher dans le cul-de-sac de Douglas un second fibrome du volume du poing, qui n'adhérait pas, mais qui fut cependant sorti avec peine. Il était pédiculé sur la face postérieure de l'utérus et franchement extra-pariétal. Corps utérin et masse fibreuse furent enlevés en même temps.

Evidemment, l'ablation des ovaires ne pouvait rien contre une tumeur presque indépendante, qui ne produisait ni congestions ni pertes, et ne troublait la santé que par son enclavement dans la cavité pelvienne. Les ovaires supprimés, le volume du fibrome et les compressions restaient les mêmes. C'est pour avoir méconnu cette disposition que je n'avais pas choisi d'emblée l'hystérectomie.

En résumé, la castration ovarienne, pas plus que l'électricité, ne doit être employée sans discernement. Il ne faut pas dire qu'elle est bonne pour les petites tumeurs,

et l'hystérectomie pour les grosses ; elle peut réussir contre les secondes et échouer contre les premières ; ce qu'il faut surtout, c'est que les tumeurs soient interstitielles. Aussi les conclusions de la Société de chirurgie (16 mai 1888), toutes judicieuses qu'elles sont, doivent-elles être, pour ainsi dire, complétées. J'ai bien dit alors que « certaines conditions d'attitude et de siège des fibromes peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires » ; mais la question n'a pas été posée explicitement. Nous partions de ce principe, que l'hystérectomie abdominale est encore très grave, et que l'ablation des ovaires, étant simple et efficace, devait lui être préférée autant que possible. Oui, la castration est efficace et souvent — pas toujours — d'une grande simplicité ; il faut naturellement la choisir, mais à cette double condition que la disposition anatomique du fibrome ne la rende pas illusoire, et qu'on ne soit pas guidé par la peur de l'hystérectomie, dont le pronostic est, à l'heure où nous sommes, très heureusement amélioré.

III

L'hystérectomie abdominale. — Amélioration du pronostic. — Traitement du pédicule par la ligature élastique perdue. — Observations et commentaires.

La peur d'une opération est un sentiment facile à exploiter chez beaucoup de malades. Mais c'est aux médecins que je parle. Puisque l'électrothérapie, par sa nature même, ne peut réussir constamment ; puisque nous voyons tous les jours des cas où elle échoue et

d'autres où l'intervention chirurgicale démontre qu'elle aurait échoué; puisque, d'autre part, les modifications plus radicales amenées dans le système utérin par l'ablation des ovaires ne peuvent toujours atteindre le but, il est bon de savoir que l'hystérectomie n'est plus un épouvantail, et que sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie. Voilà une proposition qui peut sembler, encore aujourd'hui, paradoxale. Pour moi, elle exprime la vérité, et j'espère contribuer à en faire la démonstration.

Il y aurait d'abord, si je voulais traiter la question dans tous ses détails, à faire le départ entre la voie vaginale et la voie abdominale. J'ai rappelé, à la Société de chirurgie (*loc. cit.*), que certains utérus à fibromes enclavés et comprimant les nerfs pelviens sont plutôt justiciables de l'hystérectomie vaginale que de la castration ou de l'extirpation sus-pubienne; depuis lors, j'ai fait l'hystérectomie vaginale pour un prolapsus compliqué de fibromes.

J'aurais aussi à faire la part de l'énucléation, applicable aux tumeurs de moyen volume, qu'on peut extraire de la paroi utérine, avec ou sans morcellement, par les voies naturelles ou par l'incision abdominale.

Quant à ces opérations à grand fracas, laborieuses, interminables, qui consistent à morceler par le vagin les gros fibromes atteignant l'ombilic, elles peuvent étonner le spectateur, elles peuvent même réussir; mais elles paraissent moins bénignes à ceux qui ne se contentent pas de regarder faire et qui s'informent des suites. Se condamner à de pareils efforts, dont le chirurgien en sueur et les aides surmenés sont encore les

moins à plaindre, c'est méconnaître la valeur de l'opération de Battey et les progrès de la laparotomie.

Cela dit, je reviens, pour n'en plus sortir, à l'hystérectomie abdominale.

J'ai avancé qu'elle est maintenant comparable à l'ovariotomie. Elle est cependant plus laborieuse; les premiers temps, l'extraction de la masse hors de l'abdomen, sont assez difficiles, et peuvent l'être sérieusement. Sans doute, il y a des kystes de l'ovaire adhérents et dangereux; mais il y en a aussi d'une simplicité parfaite, et c'est un type qui n'existe pas dans l'hystérectomie. Voilà tout, un peu plus de travail et de dextérité. Mais par où différaient essentiellement les deux opérations? Qui faisait l'hystérectomie plus grave d'une façon générale, en dehors des complications? Le traitement du pédicule, question résolue depuis longtemps pour l'une, toujours douteuse et controversée pour l'autre.

Jusqu'ici, malgré le désir que nous avons d'arriver à traiter le pédicule utérin comme celui de l'ovaire et à l'abandonner pour fermer le ventre, le procédé de Schræder et ses dérivés n'offraient pas une sécurité suffisante, et presque toujours nous fixions le pédicule à l'extérieur. Aujourd'hui, au contraire, je suis partisan résolu de la méthode intra-péritonéale, grâce au procédé de la *ligature élastique perdue*.

C'est un procédé qu'ont déjà employé çà et là divers opérateurs, mais sur lequel l'opinion générale est encore loin d'être fixée. Je l'ai mis en pratique, pour ma part, depuis deux ans; mon collègue Terrillon en avait déjà obtenu de bons résultats; tout récemment

M. Hector Treub (de Leyden) a lu à la Société gynécologique de Paris un mémoire qui vient à l'appui de nos idées. La description que je donnerai diffère de la sienne par des nuances d'importance secondaire.

La ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube, tel qu'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge. Le premier, paraît-il, a moins de résistance, parce qu'il n'est pas toujours vulcanisé jusqu'au centre.

L'utérus muni de ses fibromes étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp. L'hémostase étant assurée, c'est le moment d'enlever la masse fibreuse par quelques coups de bistouri; j'ai l'habitude de couper d'abord à une certaine distance de la ligature pour me débarrasser rapidement de la tumeur, puis, le moignon étant saisi avec des pinces-érignes, je le façonne tout à mon aise. La ligature est serrée davantage s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. J'excise les dernières portions de fibromes qui généralement n'envahissent pas le segment inférieur; de telle sorte que la section définitive, pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine.

On a dit que ce traitement ne pouvait convenir qu'aux pédicules minces. Mais, si par hasard le fibrome descend jusque dans le segment inférieur, il me semble qu'on peut toujours l'énucléer, pour éviter le pédicule et l'amincir. J'ai toujours pu jusqu'à présent réduire le volume du moignon et obtenir, en fin de compte, une

section de petit diamètre; une seule fois il avait 6 centimètres dans tous les sens.

Un point essentiel, c'est de ne pas saisir la vessie avec le lien élastique, car elle adhère au segment inférieur et monte avec l'utérus quand on l'attire au-dehors. Une sonde, introduite par le méat, permet de reconnaître sa limite supérieure. Le lien peut être placé tout près d'elle sans la gêner; s'il tend à glisser sur elle, on peut la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal, ce qui n'a pas d'inconvénient.

Une fois, j'ai vu le bord supérieur du ligament large s'échapper de dessous la ligature, et la section des vaisseaux ovariens donner du sang; aussi ai-je coutume de passer à droite et à gauche, à travers le pédicule, un fil de soie plate qui pénètre obliquement sous la ligature pour sortir au-dessus et fixer le bord supérieur du ligament large. D'autres coupent ce ligament et le serrent dans un fil avant de placer le cordon élastique.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature, et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine; il suffit d'y plonger deux ou trois fois la pointe du thermo-cautère. Dans un cas, n'ayant pas l'instrument sous la main, j'ai enlevé la muqueuse au bistouri et touché la place avec la solution phéniquée forte; une autre fois, j'ai enlevé à la curette et au bistouri une couche de fibrome ramolli qui occupait le centre du moignon. Ensuite, je passe le couteau rougi sur la tranche utérine; je ne crois pas utile de la saupoudrer d'iodoforme.

Abandonné à lui-même, le pédicule retombe dans la cavité pelvienne. Reste à faire la toilette du péritoine, et, comme dernière précaution, à disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Après avoir étalé l'épiploon, je l'amène jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

Que devient la ligature élastique perdue? Ordinairement elle s'enkyste; elle s'élimine quelquefois *par le museau de tanche*. Une de mes malades l'a rendue après un an, une autre au bout de cinq mois. Cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine; tandis que des adhérences se font à l'extérieur et limitent le foyer, elle se trouve libre dans la cavité cervicale qui n'est pas aseptique, et sort en fin de compte avec la suppuration.

Je ne devrais pas m'occuper ici de la suture abdominale. Cependant, comme on en parle de temps à autre, comme il y a sur ce point des opinions d'auteurs, comme on va jusqu'à invoquer « des éventrations considérables et des hernies volumineuses, d'énormes cicatrices chéloïdiennes qui déterminent des douleurs insupportables », à titre d'arguments contre l'intervention par la voie sus-pubienne, je n'hésite pas à préconiser une fois de plus, en passant, la suture à étages de la paroi abdominale : un surjet au catgut pour le péritoine, un autre pour l'aponévrose et les muscles, un troisième plan au crin de Florence pour la peau et la couche sous-cutanée. Pour éviter les abcès de la suture, et au besoin les accidents plus graves, il dépend du chirurgien d'avoir de bon catgut; n'a-t-on pas eu nombre d'abcès avec les fils

métalliques ? Ce premier point acquis, je déclare n'avoir pas vu, depuis plus de deux ans que je fais la suture à étages, et sur un grand nombre de laparotomies, un seul cas de cicatrice difforme ou d'éventration, si petite qu'elle soit ; et cela non seulement après les courtes incisions des salpingites, mais après les ablations d'énormes fibromes ou de gros kystes multiloculaires. Il y a deux ans, la mère d'un de nos jeunes confrères de province avait une tumeur ovarique très volumineuse, presque solide, beaucoup d'ascite et une paroi exubérante ; l'incision fut de 25 centimètres ; au bout de trois mois, elle mit de côté la ceinture et ne la porta plus jamais ; elle a maintenant une ligne cicatricielle insignifiante et marche de longues heures sans fatigue. Je prends ce fait au milieu de beaucoup d'autres.

Etudions maintenant les observations, recueillies depuis deux ans soit à l'hôpital Tenon, soit en ville. Et d'abord, une série de treize cas heureux. Dans les trois premiers, il n'est pas question de ligature élastique perdue ; je les rapporte néanmoins, pour les comparer aux autres.

I. — Elise B..., 32 ans, porte une tumeur aperçue il y a deux ans, en voie de progrès rapide depuis six à huit mois. Aucune douleur ; règles abondantes et prolongées, métrorrhagies en dehors des époques. A l'examen, gros utérus montant jusqu'à l'ombilic, régulier, très mobile. Bon état général.

Opération le 21 septembre 1888, avec MM. Buscarlet, Marquézy, Lafourcade, internes de mon service.

Après l'incision, j'explore avec la main une tumeur lisse et ronde, grosse comme une tête d'enfant ; à droite et à gauche, je ne trouve ni les ovaires ni les trompes, si bien que je doute un instant que j'aie sous la main l'utérus lui-même. Ayant agrandi l'incision jusqu'au dessus de l'ombilic, j'attire facilement la tumeur au dehors, et je constate que c'est bien l'utérus, ayant accompli un quart de révolution sur son axe ; les ovaires sont en avant et en arrière de la masse, sur la ligne médiane. Un fibrome interstitiel occupe le fond de l'organe, et s'est développé au dessus de l'insertion des trompes. Je place un lien élastique provisoire au niveau de cette insertion, j'incise verticalement la loge musculaire du fibrome, je le coupe en deux et j'énuclée rapidement ses deux moitiés. Puis, l'utérus étant maintenu au dehors à l'aide de pincés-érignes, je pédiculise les ovaires et les trompes au-dessous du lien élastique et je les enlève, de peur qu'ils ne soient cause de congestions et de douleurs dans ce gros pédicule formé aux dépens du corps de l'utérus. Pour rendre définitive la ligature élastique provisoire, je la serre un peu plus et je la fixe par deux broches placées en croix ; enfin, section régulière du fond de l'utérus au-dessus de la ligature. Suture à étages de la paroi abdominale, suture du péritoine en collerette autour du pédicule, pansement iodoformé.

L'état de la malade est parfait le 21, le 22 et le 23 septembre ; la température atteint 37°6. Les jours suivants sont plus difficiles, plus douloureux, la température s'élève et dépasse 39° ; l'élimination du pédicule se fait lentement, avec une suppuration modérée qui oblige à

des soins antiseptiques minutieux; aucune menace du côté du péritoine. Le pédicule tombe après trois semaines; la malade quitte l'hôpital en novembre, et m'écrit de Saint-Aignan (Loir-et-Cher), où elle est institutrice, que sa plaie est fermée, qu'elle a repris son service le 1^{er} décembre, que tous ses maux ont disparu pour faire place à une santé florissante. J'ai reçu encore cette année d'excellentes nouvelles.

II. — Joséphine W .., 45 ans, s'est aperçue, il y a trois ans, après une fausse couche suivie de douleurs et de pertes sanguines, qu'elle avait une tumeur mobile vers la fosse iliaque droite. Depuis cette époque, règles très douloureuses, très longues, très abondantes, l'obligeant à garder le lit; en dehors des règles, la marche est difficile, les douleurs s'accroissent au moindre effort; mictions fréquentes, diminution de l'appétit. Je lui trouve, au toucher, une paroi antérieure qui paraît grossie par un fibrome interstitiel; au palper, une tumeur médiane indépendante de la première, grosse comme une orange et très mobile au-dessus du pubis. Je pense à faire l'ablation de la tumeur sus-pubienne et, pour l'autre, l'ablation des annexes.

Opération le 16 février 1889, avec MM. Debayle, Gauthier et Lebon, internes de mon service. L'utérus, bourré par la tumeur interstitielle, est enclavé dans le petit bassin; le fibrome indépendant est largement pédiculé sur le fond de l'utérus et en occupe toute l'étendue. Je trouve assez facilement l'ovaire gauche, et je l'enlève avec la trompe; le droit n'est pas visible. Alors, saisissant le fibrome supérieur et tirant sur lui, j'arrive peu à peu à désenclaver l'utérus et à l'amener

vers la plaie, ce qui me fait voir et extirper l'ovaire droit. Les annexes étant supprimées, j'applique le lien élastique entre deux broches sur le fond même de l'utérus, au niveau de l'insertion des trompes, et je résèque le fibrome supérieur. Fixation du pédicule à la paroi, suture du péritoine en collerette au-dessous du lien élastique, suture à étages, pansement iodoformé.

Aucun incident le jour de l'opération ; la malade ne vomit pas. Les jours suivants, la température monte de 38° à 39°8 ; puis elle redescend à 37° le matin, mais reste à 38° le soir jusqu'aux premiers jours de mars. Pendant ce temps, l'état général est d'abord assez mauvais et me donne quelques inquiétudes ; non qu'il y ait menace de péritonite, mais le pédicule se sphacèle rapidement et il se fait autour de lui une suppuration abondante qui nous rend compte de l'ascension thermique et des symptômes graves. Puis la situation s'améliore ; le pédicule tombe le 5 mars, laissant une plaie large et creuse et une suppuration qui diminue promptement. La cicatrice est achevée et la guérison parfaite du 8 au 15 avril.

III. — Amélie B..., 27 ans, a un ventre énorme, sans fluctuation, rempli par une tumeur dure et uniforme. On sent au niveau de l'ombilic un lobule distinct et mobile. Par le toucher vaginal, impossible d'atteindre le col utérin ; l'excavation paraît vide. Cette masse n'a grossi que depuis six mois ; à cette époque, on ne trouvait qu'une petite tumeur dans le côté droit du ventre. Les règles ont diminué ; les jambes sont un peu enflées, avec des dilatations veineuses ; la malade a maigri, mais elle n'offre aucun trouble de l'intestin, des poumons, des reins ou du cœur.

Opération le 6 juin 1889, avec MM. Debayle, Gauthier et Lebon. Je rencontre l'utérus, petit et d'aspect normal, remonté jusqu'à l'ombilic et soulevé par la grosse tumeur ; c'est lui qu'on sentait sous la peau. Il adhère au fibrome par sa face postérieure et son bord droit ; les annexes droites sont collées à la face antérieure du fibrome, celles de gauche sont libres ; d'où il suit que la tumeur est incluse dans le ligament large du côté droit. J'ouvre au bistouri cette loge fibreuse, et j'énuclée peu à peu la lourde masse qui n'a pas de pédicule dans le petit bassin et qui finit par sortir du ventre, toujours liée à la face postérieure de l'utérus. Alors, tandis qu'un aide empêche la sortie de l'intestin et qu'un autre soutient à pleines mains la tumeur, je constate qu'elle n'est plus retenue que par l'utérus, et que je peux former un pédicule très simple aux dépens du col. Je prends celui-ci dans une forte pince et j'enlève le fibrome ; après quoi j'ai un moignon de petit diamètre, et à sa droite une loge profonde extra-péritonéale, formée par le dédoublement du ligament large. Trois fils de soie plate, en chaîne, assurent l'hémostase de la section utérine et permettent d'enlever la pince. Puis je commence la suture à étages de la paroi ; chemin faisant, je fixe les bords de la loge à la plaie abdominale et j'y place un drain ; je fixe en même temps le pédicule utérin à la lèvre gauche de cette plaie.

L'opération a duré une heure et demie. J'ai finalement un pédicule lié à la soie et caché sous la lèvre gauche de la plaie ; ligature perdue et traitement intra-péritonéal. En se rétractant vers le petit bassin, le pédicule creuse légèrement la partie inférieure de la suture.

Bien que la température oscille de 38° à 39° jusqu'au 24 juin, le facies et le pouls restent bons, et la guérison ne semble pas compromise. Le 28, le tube est retiré ; le 10 juillet, un fil de soie s'élimine avec un peu de suppuration ; la cicatrice s'achève et la malade nous quitte le 1^{er} août. Je la revois à la fin d'octobre et lui retire encore un fil de soie qui se montre à la partie inférieure de la suture ; elle est en parfaite santé.

Voilà un fait qui marque la transition entre la méthode extra-péritonéale, que j'avais toujours suivie, et la ligature élastique perdue. Les fils de soie pouvaient convenir, parce que j'avais un pédicule très mince ; encore n'osai-je pas l'abandonner complètement. Depuis cette époque, j'ai adopté franchement la méthode intra-péritonéale.

IV. — Angèle B..., 35 ans, mulâtresse, n'a pas remarqué jusqu'ici que son ventre grossissait ; depuis quatre ans les règles étaient un peu plus fréquentes, et le mois dernier elle eut une ménorrhagie douloureuse. Le ventre est globuleux et contient une très grosse tumeur dure, mobile, développée tout entière au-dessus du détroit supérieur, et paraissant composée de trois lobes, gros comme des têtes de fœtus à terme. On sent à droite, au palper abdominal, un petit corps mobile et sensible qui a les dimensions de l'ovaire. La santé n'est pas altérée.

Opération le 23 juillet 1889, avec mes internes. L'incision dépasse l'ombilic, et permet d'extraire avec effort une masse trilobée, composée de plusieurs fibromes, qui heureusement n'ont pas d'adhérences. Le pédicule est formé par l'utérus, autour duquel je passe le lien élastique, à l'union du corps et du col ; puis j'enlève la

masse fibreuse. Au clamp qui unit les deux chefs de la ligature je substitue un fil de soie plate fortement serré. Avant d'enlever les ovaires, je les pédiculise avec la soie, ce qui est inutile, puisque le bord supérieur du ligament large est étreint au-dessous d'eux par le lien élastique. La muqueuse utérine du moignon est brûlée au thermo-cautère. En somme, l'application du procédé diffère peu, cette première fois, de ce qu'elle sera chez mes autres malades.

Toilette du péritoine, suture à étages, pansement iodoformé. La tumeur pèse 3 kil. 380.

La température s'élève d'abord à 38° et même 39°, puis revient à 37° le quatrième jour pour ne plus varier. Le pouls et l'état général ne cessent pas d'être excellents. Pansement le huitième jour, ablation des fils le quinzième, exeat le 30 août. Au bout d'un an, Angèle B..., toujours bien portante, mais ayant de la leucorrhée, élimine par le vagin la ligature élastique munie de son fil de soie.

V. — M^{me} D..., 48 ans, est la malade à qui j'ai fait d'abord la castration ovarienne et dont j'ai parlé plus haut. Je n'ai que peu de mots à ajouter. L'hystérectomie étant faite le 24 décembre, j'attire au-dehors, avec l'utérus, un fibrome extra-pariétal, gros comme le poing, occupant la cavité pelvienne, et je place ma ligature élastique autour du segment inférieur. La section faite et la muqueuse détruite au thermo-cautère, je m'aperçois que le bord supérieur du ligament large gauche a glissé de dessous la ligature et donne du sang, ce qui m'oblige à le suturer au catgut pour assurer l'hémostase. Alors, j'ai l'idée qu'on pourrait fixer ce bord au

lien élastique et au tissu du moignon par un fil de soie ; je le ferai dans les opérations suivantes.

M^{me} D... a 38° pendant deux jours et guérit parfaitement.

VI. — M^{me} D..., 33 ans, maîtresse d'hôtel à Méru (Oise), a fait une fausse couche il y a 11 ans ; elle souffre depuis trois ans, les douleurs sont très violentes depuis six semaines et l'empêchent de marcher. Les règles viennent périodiquement, mais très abondantes. Elle a maigri notablement, et depuis dix-huit mois elle a une diarrhée presque continuelle. Son caractère est devenu triste et irritable.

Gros fibrome médian, qui monte à peu près jusqu'à l'ombilic ; la palpation est douloureuse, au milieu, sur la tumeur elle-même. Au toucher, col ordinaire, bien dirigé, masse dure dans le cul-de-sac antérieur, dans les autres absolument rien ; la tumeur est mobile, non enclavée.

Opération le 9 février 1890, avec MM. Petit, Poupinel et Lefèvre. L'incision est progressivement agrandie jusqu'à l'ombilic ; j'extrai avec peine un utérus bourré d'une quinzaine de fibromes de toutes dimensions. Il n'y a pas d'adhérences, les annexes droites sont saines ; du côté gauche, l'ovaire est un peu gros, kystique, entouré de petits kystes séreux transparents, et la trompe est légèrement épaissie. Le placement du lien élastique et la formation du pédicule sont entièrement conformes à la description générale que j'ai donnée, sauf que, n'ayant pas le thermo-cautère, je dissèque la muqueuse utérine au bistouri, je l'enlève et je touche la place avec une petite éponge trempée d'abord dans l'eau bouillante et

ensuite dans la solution phéniquée forte. L'opération a duré une heure.

Apyrexie complète (maximum 37°7) et simplicité extrême des suites. La malade se lève dans le cours de la troisième semaine.

VII. — M^{me} R..., 35 ans, institutrice à La Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne), a remarqué une petite tumeur à l'âge de 26 ans et depuis lors a toujours souffert dans le côté droit du ventre. La tumeur a grossi peu à peu; depuis six mois, les règles sont très abondantes et durent souvent dix jours.

Le ventre est un peu saillant à droite. Au palper, on trouve une tumeur ronde, lisse, très dure, occupant une partie de la fosse iliaque droite, remontant à l'ombilic, débordant à gauche la ligne médiane. Elle est mobile et sensible du côté droit; ses mouvements se transmettent de la main appliquée sur l'abdomen au doigt qui explore le col. Celui-ci est à droite en arrière: le cathétérisme indique une cavité utérine de 12 centimètres.

Opération le 18 février 1890, avec mes internes. L'incision dépasse l'ombilic; gros utérus uniformément hypertrophié, sans adhérences; extraction à l'aide de pinces-érignes. Formation du pédicule *ut supra*, avec un léger incident : j'ai voulu saisir les deux chefs du lien élastique avec une pince languette au lieu du clamp de Segond; le lien s'est relâché, et j'ai dû placer à deux reprises le fil de soie pour arrêter la ligature et la serrer convenablement. Opération laborieuse d'une heure un quart; tumeur du poids de 800 grammes.

Les suites ne méritent pas d'être notées; température 38°7 le 20 février, ablation des fils le 3 mars, exeat le 30.

Je revois M^{me} R... à la Ferté-Gaucher le 8 juin; elle ne souffre plus, elle fait sa classe sans fatigue, elle a une mine florissante. Elle écrit à la fin de juillet qu'elle vient de rendre « un morceau de caoutchouc qu'elle avait dans le corps ». C'est la ligature qui s'est éliminée.

VIII. — Julie V..., 48 ans, a eu pour la première fois des douleurs pelviennes en octobre 1889; elle est restée au lit quatre mois. Depuis lors les règles n'ont pas reparu, elle n'a ni leucorrhée, ni métrorrhagies, mais elle a de vives douleurs de compression dans le petit bassin. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse ronde et dure, que le doigt peut soulever; on sent au-dessus du pubis le fond de l'utérus porté à gauche, et la tumeur repoussée par le doigt vaginal. La cavité utérine ne mesure que 7 centimètres; le cathéter se dirige vers la gauche.

Il s'agit là, non de fibrome interstitiel et de ménopause, mais de compressions par une tumeur enclavée, rétro-utérine, et les souffrances de la malade sont extrêmes. Voilà pourquoi j'opère, à 48 ans, un fibrome de petit volume, sans hémorrhagie.

Opération le 23 février 1890, à l'hôpital Tenon. Le corps fibreux est extra-pariétal et largement pédiculé sur la face postérieure de l'utérus; en outre, il adhère aux parois du petit bassin. La rupture progressive des adhérences et le dégagement de la tumeur sont très laborieux. J'enlace d'abord dans la ligature l'utérus et une partie du fibrome; mais ensuite, je façonne le moignon, j'extrais les derniers lobules fibreux, je serre un peu plus et j'arrive, comme toujours, à un pédicule mince et purement utérin. Rien à ajouter quant aux autres

détails de la manœuvre; rien à noter dans les suites opératoires, si ce n'est un petit abcès de la suture abdominale.

IX. — M^{me} L..., 48 ans, souffre depuis deux ans. Elle n'a jamais été malade. la ménopause est survenue à 46 ans, et c'est justement depuis cette époque qu'elle a des douleurs continues et une sensation de poids très pénible dans le petit bassin. Au palper, on sent une tumeur globuleuse, grosse comme une tête de fœtus à terme. Au toucher, même tumeur facile à percevoir dans le cul-de-sac antérieur; culs-de-sac latéraux douloureux; annexes droites augmentées de volume et très sensibles, cathétérisme douloureux et saignant, cavité de 9 à 10 centimètres. Je diagnostique un myome utérin avec altération des annexes.

Opération le 17 mai 1890, avec mes internes. L'incision est de 15 centimètres; l'utérus, saisi avec des pinces à griffes, est sorti sans trop de peine de la plaie abdominale. Formation du pédicule absolument conforme à la description générale. L'utérus enlevé, muni d'un fibrome interstitiel, a la grosseur d'une tête de fœtus à terme et pèse 1 kilogr.; quelques petits fibromes, gros comme des noisettes ou moins encore, font saillie sur sa face antérieure. Les ovaires sont sclérosés et munis de petits kystes, les trompes augmentées de volume.

Les suites opératoires sont nulles; la malade se lève le 4 juin.

X. — M^{me} G..., 41 ans, est une femme robuste et encore bien portante. Elle a sa tumeur depuis dix ans. Elle éprouvait, pendant les premières années, de très vives et continuelles douleurs, qui sont aujourd'hui beau-

coup moindres ; mais depuis le début, les hémorrhagies n'ont pas cessé, d'abord très abondantes et maintenant quelque peu diminuées. Elle perd du sang presque tous les jours ; au moment des règles, qui sont prolongées et fatigantes, le sang coule « comme un robinet » pendant les deux premiers jours. Son ventre grossit, dit-elle, par intermittence, comme s'il y avait ballonnement de l'intestin ou congestion active de la masse fibreuse.

Le ventre n'est douloureux à la pression ni au milieu, ni vers les annexes. La tumeur est médiane, assez régulièrement arrondie, lourde, grosse à peu près comme une tête d'adulte, bien mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, le col est petit, élevé, on ne sent rien dans les culs-de-sac du vagin. Aucun signe ne révèle ou des adhérences de la tumeur, ou des lésions tubo-ovariennes.

Opération le 28 juillet, avec MM. les docteurs Jouin, Vielle et mon interne M. Morestin. L'incision est faite jusqu'à l'ombilic, puis au-dessus, et j'extrahis avec une facilité relative un gros utérus bourré de fibromes interstitiels et flanqué de deux énormes trompes. Une large adhérence épiploïque, tenant tout le fond de l'organe, est saisie dans une pince longue et sectionnée ; puis apparaît le gros intestin, qui adhère à la tumeur dans une étendue de 15 centimètres, et à la trompe gauche tout entière. La surface du colon et celle de l'utérus paraissent intimement fusionnées ; cependant, avec l'ongle, le bistouri et les ciseaux mousses, j'arrive à les séparer très lentement. L'intestin dégagé, toute la face postérieure de la masse utérine adhère à l'excavation par des filaments solides et vasculaires, que je fais céder

peu à peu avec le doigt et qui donnent du sang. Cette nouvelle difficulté vaincue, je continue la même manœuvre dans les flancs pour dégager les annexes; à gauche, la séparation du colon descendant et de la trompe est fort laborieuse, et je dois mettre plusieurs pinces sur des adhérences qui saignent et sur des lambeaux épiploïques.

L'utérus est maintenant libre de tous côtés, sauf que la vessie monte plus haut qu'à l'ordinaire, au point de gêner l'application du lien élastique. Alors j'incise transversalement, au-dessus d'elle, le revêtement péritonéal, en évitant de gros sinus veineux qui sillonnent la surface utérine; ce qui rend très faciles le décollement de la vessie et le dégagement du segment inférieur.

Le lien élastique est placé. L'utérus étant saisi par des pinces de Museux, je le coupe en tranches successives, lui, ses fibromes et ses trompes, et j'observe que la cavité utérine, très agrandie, est déjetée à droite. Le moignon, progressivement réduit, n'a plus à la fin qu'une surface de 4 centimètres. Resserrement et fixation de la ligature, fixation des ligaments larges, rôtissement de la cavité et de la tranche utérines.

Tout n'est pas fini. Pendant la toilette du péritoine, le flanc gauche se remplit de sang, et il faut une longue recherche pour trouver les petits vaisseaux. L'hémostase enfin terminée, j'étale l'épiploon et je le mets en contact avec la surface du pédicule. La suture à étages et le pansement compris, l'opération a duré deux heures.

Malgré cette longueur et ces grosses difficultés, la malade n'est pas en danger un seul jour; la température ne dépasse pas 37°9, aucun vomissement ne survient, le

pouls et le facies restent bons ; à partir du 31, elle n'accuse plus aucune douleur et marche rapidement vers la guérison.

XI. — Céline R..., 39 ans, entre à l'hôpital Tenon le 30 juillet 1890. Bonne santé, menstruation régulière, pas d'enfants ; elle n'accuse ni métrorrhagies ni pertes blanches. Elle se plaint d'une pesanteur continuelle aux lombes et à l'hypogastre, et dit souffrir ainsi depuis trois ans, mais ses douleurs ne sont pas extrêmes. Les médecins de son pays, qu'elle tourmentait, l'ont envoyée à Paris sans croire à un état grave.

La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse. On sent, à gauche de la ligne médiane, une tumeur bosselée du volume d'un œuf. Par le toucher et la palpation combinés, on trouve une grosse masse dans le cul-de-sac antérieur, une autre dans la cavité de Douglas. L'utérus est mobile, bosselé, et paraît gros comme les deux poings réunis ; sa cavité mesure 9 centimètres. Le col est allongé, conique, régulier. Diagnostic : fibromes utérins multiples, sans altération des annexes.

Opération le 5 août. Incision courte ; plusieurs grappes de fibromes pédiculés hérissent l'utérus ; les annexes droites sont prolabées, mais sans adhérences. Le pédicule est formé *ut supra*, sauf que l'épiploon est trop court pour être amené sur la tranche utérine ; toilette sommaire, sans lavage ; suture et pansement.

Les suites de cette opération sont traversées par une bronchite légère, qui fait monter la température à 38°3 ; tout est normal à partir du septième jour, sauf un abcès de la suture qui évolue simplement

XII. — M^{me} B..., 40 ans, porte un gros kyste de

l'ovaire. Je rapporte son histoire, bien qu'il ne s'agisse pas d'un fibrome, parce que l'ablation du kyste entraîna celle de l'utérus, et parce que j'ai pour but en ce moment de prouver, d'une façon générale, les mérites de l'hystérectomie et de la ligature élastique perdue.

M^{me} B... a vu son ventre grossir depuis six mois. Il est aujourd'hui très proéminent, la peau est tendue, les veines dilatées; la rénitence, la forme de la matité, la sensation de flot imposent le diagnostic de kyste de l'ovaire. On trouve à droite, au-dessus du pubis, l'utérus soulevé par le kyste et appliqué contre la symphyse; au toucher, le col est très haut et porté en avant.

Opération le 1^{er} mars 1890, avec mes internes. Le kyste mis à nu, je romps avec les doigts quelques adhérences pariétales, je ponctionne une première poche, puis la cavité principale, d'où je retire par l'aspiration plusieurs litres de liquide visqueux. Cherchant alors à extraire la tumeur très amoindrie, je déchire largement sa paroi, et son contenu inonde le péritoine; après quoi je l'attire au dehors. Elle n'a pas d'adhérences intestinales, mais je constate que sa partie profonde est incluse dans le ligament large gauche, et qu'elle est intimement unie à l'utérus, qui sort avec elle. Si je veux réduire l'utérus, il faudra laisser dans l'abdomen une grande partie du kyste; pour en laisser le moins possible, il faut réséquer l'utérus en même temps que la poche. Je me trouve donc entraîné à faire l'hystérectomie, afin d'avoir un pédicule simple constitué par le moignon utérin et par la partie la plus profonde du kyste suturée à la plaie.

Le lien élastique est placé autour du segment inférieur

de l'utérus ; à gauche, il perfore l'insertion utérine du ligament large ; à droite, il saisit et applique au moignon le bord supérieur du ligament en passant au-dessous de l'ovaire. Le pédicule de l'utérus réséqué est d'ailleurs traité comme à l'ordinaire, le lien élastique arrêté par un fil de soie, la muqueuse utérine brûlée au thermo-cautère, etc. Je coupe ensuite la majeure partie du kyste, je le réduis au cul-de-sac qui adhère au fond du petit bassin et que je façonne à son tour en forme de bourse pour le fixer à la paroi. La suture à étages est faite après un lavage du péritoine à l'eau bouillie ; je laisse dans le péritoine un petit drain qui sera enlevé dès les premiers jours, et dans la poche un gros tube qui devra rester plus longtemps.

Tout marche à souhait du 1^{er} au 13 mars, époque à laquelle on observe une certaine élévation de température. Les fils sont enlevés, le drain supprimé à la fin de mars. Un peu de congestion pulmonaire au commencement d'avril, et nouvelle ascension thermique. En avril, mai et juin, la poche se rétrécit beaucoup, mais un pus visqueux s'en écoule et ne veut pas tarir ; en même temps, il se forme au-dessous de la cicatrice abdominale un empâtement assez étendu, surtout vers la gauche, et la température se maintient à 39° le soir ; si bien qu'une nouvelle opération est nécessaire pour aller à la recherche du pus qui se forme continuellement dans la cavité pelvienne et qui s'écoule difficilement au dehors.

Le 1^{er} juillet, j'incise la partie inférieure de la cicatrice, et je tombe dans un foyer d'où s'échappent des végétations sphacélées, des débris de parois kystiques, limitant des collections de pus qui crèvent sous les doigts.

J'enlève soigneusement tous ces mauvais tissus ; mon doigt rencontre, sur la ligne médiane, le pédicule utérin muni de son lien élastique, et plongé au milieu des débris que le kyste a versés autour de lui. Après avoir simplifié et nettoyé de mon mieux ce foyer que des adhérences solides séparent de la cavité péritonéale, j'y laisse deux gros tubes et je rétrécis l'incision par quelques points de suture.

La malade est aujourd'hui en très bon état ; elle n'a plus de fièvre et se nourrit bien ; on lui fait des pansements assez fréquents, un lavage de temps à autre, et son foyer est en voie de guérison.

XIII. — M^{me} R..., 30 ans, est un autre exemple d'ovario-hystérectomie, mais dans des conditions bien différentes. Il s'agit d'un kyste adhérent dont l'extirpation fut des plus difficiles, et pour lequel certainement, il y a quelques années, nous aurions fait « l'ovariotomie incomplète ».

Début en 1882 ; on trouve un petit kyste ovarique en janvier 1883. En décembre 1886, le kyste se rompt : péritonite grave, violentes douleurs, vomissements pendant quinze jours. La malade affirme qu'il s'est rompu quatre fois depuis cette époque. Étaient-ce, en effet, des ruptures ou seulement des poussées inflammatoires ? Toujours est-il qu'elle a eu des coliques très douloureuses, avec vomissements et fièvre, en juin 1887, octobre 1889, janvier et mai 1890.

Elle est amaigrie, mais encore assez forte ; le kyste est volumineux, très peu mobile, et tout fait présager de nombreuses adhérences.

Opération le 14 juin, avec mes internes. Incision

moyenne, ultérieurement agrandie jusqu'à l'ombilic. La ponction de la poche donne un liquide louche, filant, non suppuré. Quand la tumeur a beaucoup diminué, je prends dans une pince longue et je détache une très large adhérence de l'épiploon ; je constate que plusieurs anses d'intestin sont unies intimement à la partie supérieure du kyste, et, m'armant de patience, je commence à les détacher avec l'ongle et les ciseaux mousses. Une petite surface de l'intestin grêle, dénudée de son péritoine, saigne pendant plusieurs minutes ; sur d'autres points, je me décide à laisser une mince lamelle de la paroi kystique adhérente à la paroi intestinale. Chemin faisant, le kyste se rompt en plusieurs points, et laisse écouler dans le péritoine le reste de son contenu, liquide visqueux et végétations.

En contournant la tumeur à gauche et à droite, j'y détruis sans trop de peine les adhérences pariétales ; mais elle est solidement fixée au fond du petit bassin, et, pendant quelques instants, j'hésite à continuer une extirpation qui menace de se prolonger indéfiniment et de n'aboutir qu'à des désordres graves. Cependant, après quelques tentatives, mon doigt trouve le joint entre l'enceinte pelvienne et la paroi kystique, et alors, procédant avec beaucoup de lenteur et de prudence, je sens peu à peu la tumeur se détacher. Lorsqu'elle est libre, elle vient tout entière avec l'utérus, qui est de volume normal, adhérent au kyste par son bord droit, et avec l'ovaire gauche, kystique lui-même et gros comme une mandarine. La masse énucléée a pour pédicule le segment inférieur de l'utérus ; il me reste donc à terminer par l'hystérectomie, bien heureux de n'avoir

pas laissé dans le ventre et suturé à la plaie une partie du néoplasme ovarien. Je façonne, avec le lien élastique et par le procédé ci-dessus décrit, un mince pédicule utérin, et je l'abandonne.

A la fin de l'opération, du sang apparaît entre les anses intestinales ; je les fais écarter, et je vois saigner trois petits vaisseaux à la surface d'un mince lambeau du kyste que j'ai laissé adhérent à l'intestin et au mésentère. Trois catguts sont placés ; la toilette, la suture et le pansement sont faits comme à l'ordinaire. L'opération a duré une heure et demie ; la malade est remise dans son lit avec un pouls faible, mais lent et régulier.

Elle n'a, les jours suivants, ni vomissements, ni douleurs sérieuses ; temp. 38°, 37°8, 37°6. Le troisième jour, elle va à la selle ; le 18 juin, elle commence à se nourrir, et nous quitte pendant la troisième semaine. Elle est aujourd'hui très bien portante.

Un fait m'a frappé chez les malades dont je viens de rapporter l'histoire : c'est la facilité de la guérison. Et cependant, certaines de ces opérations ont présenté les plus grandes difficultés de la chirurgie abdominale (obs. X, XII, XIII) ; malgré cela, les malades n'ont pas semblé courir de véritables dangers, elles ont esquivé les longueurs et les ennuis de l'élimination du pédicule, de la suppuration, du cratère que forme la cicatrice, leur situation s'est dénouée plus vite qu'après l'application de la méthode extra-péritonéale (obs. I, II). Enkystée ou éliminée après quelques mois, la ligature élastique ne crée pas de nouveaux périls ; elle tient solidement, elle est d'une efficacité absolue contre l'hémor-

rhagie, elle est à la fois le plus sûr et le plus simple des traitements intra-péritonéaux.

Voyons maintenant la courte série nécrologique qui vient faire ombre au tableau, mais dont l'analyse confirme, plutôt qu'elle ne l'affaiblit, la conclusion précédente. Qu'on ne dise pas que la méthode en question m'a donné 3 morts sur un total de 16 cas ; cette formule trop sommaire serait d'une parfaite injustice.

I. — M^{me} N..., 42 ans, n'est malade que depuis six mois ; son ventre a grossi rapidement et contient une tumeur avec de l'ascite. Elle a perdu l'appétit et presque toutes ses forces. Mon collègue et ami H. Le Diberder, ayant porté le diagnostic de fibrome utérin, m'appelle à Lorient pour l'opérer.

Je trouve une malade en piteux état, ne mangeant plus, maigre et décharnée ; ventre énorme, ascite considérable, grosse tumeur dure allant d'un flanc à l'autre et montant bien au-dessus de l'ombilic. Par le toucher, le museau de tanche est à sa place et de volume ordinaire ; au-dessus de lui, le segment inférieur s'évase et donne la sensation d'un utérus fibromateux. La malade n'accuse pas de douleurs, mais elle est d'une grande faiblesse ; je m'attends à de grosses difficultés opératoires, et je fais toutes réserves sur l'issue d'une hystérectomie entreprise dans de si fâcheuses conditions.

Opération le 24 mars 1890, avec l'aide de MM. Le Diberder père et fils, Rigoine (d'Hennebon), Pedrono (de Lorient), et mon interne M Jean Gauthier. Petite incision pour laisser couler l'ascite, agrandie jusqu'à 25 centimètres au moins. J'arrive sur un énorme kyste ovarien

multiloculaire, parenchymateux, offrant une surface criblée de petits kystes secondaires, en arrière et sur les côtés deux ou trois poches principales. En contournant le kyste avec la main, les poches se crèvent et laissent couler dans le péritoine un liquide visqueux, çà et là jaunâtre et puriforme; chemin faisant, je saisis dans une pince courbe une adhérence épiploïque. Après avoir donné à l'incision la longueur nécessaire, j'arrive à extraire la tumeur d'une seule masse, et tandis que les aides la soutiennent, je place facilement une pince longue sur un pédicule mince et membraneux dépendant du ligament large droit; après quoi la tumeur est enlevée d'un coup de ciseaux.

Apparaissent alors plusieurs fibromes faisant de l'utérus une tumeur irrégulière et grosse comme une tête d'adulte. Je la saisis avec des pinces à traction, je l'attire au dehors, et je procède à la formation du pédicule utérin: placement du lien élastique, fixation des ligaments larges, section progressive du moignon qui devient petit et mince, cautérisation de la cavité et de la tranche.

A un moment, la ligature s'est tout à coup relâchée, et les vaisseaux des annexes ont donné du sang; j'ai dû ressaisir le pédicule, et rapidement tout est rentré dans l'ordre.

Toilette à l'eau bouillie; j'enlève à coups d'éponge le contenu kystique dans les flancs et dans le cul-de-sac de Douglas. Etalage de l'épiploon, suture et pansement. Durée de l'opération, une heure trois quarts. Poids des tumeurs ensemble, 20 kilogrammes.

La malade est remise dans son lit avec un bon pouls; elle a 39°2 le soir. Le matin du 25, t. 37°2, peu de dou-

leur, bon pouls et bon facies. Je quitte Lorient presque rassuré.

Tout va bien, en effet, pendant quinze jours, sans fièvre et sans accidents d'aucune sorte; le quinzième jour, ablation des fils. Mais à partir de cette époque, je reçois de mauvaises nouvelles : il y a des douleurs de ventre, avec reprise d'une diarrhée qui s'était déjà montrée avant l'opération. L'apyrexie continue; il s'agit d'accidents intestinaux qui affaiblissent la malade et l'empêchent de se nourrir. Les soins assidus de H. Le Diberder arrivent à atténuer la diarrhée, mais l'estomac reste mauvais, il y a des vomissements et la faiblesse est extrême. Enfin, après des améliorations passagères, des alternatives d'espoir et de découragement, la malade meurt d'inanition le 3 mai, c'est-à-dire après quarante jours.

II. — M^{me} L..., 52 ans, a cessé depuis un an d'avoir ses règles. C'est après la ménopause, au mois d'août 1889, que son ventre a commencé de grossir et qu'elle a senti de vives douleurs dans le petit bassin. Néanmoins, l'état général n'est pas mauvais et tous les organes paraissent bien fonctionner.

C'est la violence et la continuité de ses douleurs qui nous l'amènent. On sent le fond de l'utérus à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis; au toucher combiné avec la palpation, l'organe est uniformément développé, sans bosselures, incliné vers le côté gauche, peu mobile dans l'excavation.

Opération le 25 avril 1890, à l'hôpital Tenon. Après l'incision de la paroi abdominale chargée de graisse et la rupture d'adhérences multiples de l'épiploon à l'en-

ceinte pelvienne, l'intestin, qui tend à faire irruption au dehors, est maintenu avec peine; la malade a le sommeil agité et se contracte. L'utérus enclavé, adhérent au cul-de-sac de Douglas, est délivré lentement, laborieusement; il est globuleux et bourré de fibromes. Les ovaires, gros et kystiques, se rompent au cours de l'opération; les trompes sont dilatées, flexueuses, oblitérées à leur pavillon. Il faut, pour extraire l'utérus, prolonger l'incision jusqu'au-dessus de l'ombilic; enfin, je l'attire au dehors et je forme le pédicule avec les soins ordinaires, mais avec de sérieuses difficultés tenant au volume des annexes et à la résistance des ligaments utérins. Aussi l'opération, y compris les ligatures que j'ai dû placer sur l'épiploon et une alerte causée par le chloroforme, a-t-elle duré une heure trois quarts.

L'utérus contient, dans sa paroi antérieure, un gros fibrome principal, entièrement infiltré de matières calcaires et se laissant couper avec peine.

Pendant les trois premiers jours, tout marche à souhait, sauf quelques nausées le 28 avril. Le 29 au matin, la température est toujours bonne, mais le pouls est plus rapide, il y a quelques douleurs de ventre, un lavement purgatif est sans résultat. Dans l'après-midi, mauvais facies et pouls précipité. Le 30, constipation absolue, absence d'émission gazeuse, soif vive et langue sale, ballonnement, nausées. Il y a peu de douleurs, la température est à 37°, et j'éloigne l'idée de la péritonite pour admettre une occlusion intestinale. Malgré les lavements électriques et les fomentations sèches sur le ventre, les symptômes s'aggravent, les vomissements

s'établissent, le pouls devient imperceptible, et la mort arrive à dix heures du soir.

L'autopsie, faite le 2 mai, montre le grand épiploon adhérent aux anses intestinales, et celles-ci adhérentes entre elles au-dessus du petit bassin. La partie terminale de l'intestin grêle offre seule un léger degré de péritonite adhésive; il n'y a ni pus, ni sang, ni aucun liquide épanché, mais sur un point une anse intestinale agglutinée aux autres est coudée brusquement : au-dessus, l'intestin est distendu par les matières et les gaz, au-dessous il est vide et rétracté.

Le pédicule est en parfait état dans le petit bassin; la ligature tient solidement, et des filaments fibrineux ont commencé à se déposer autour d'elle.

III. — M^{me} S..., 39 ans, m'est envoyée du Loiret par le docteur Bazin. Il y a six ou sept ans qu'on lui a trouvé un fibrome. Pendant plusieurs années, cette tumeur a été la cause de métrorrhagies répétées. Un chirurgien de Paris, consulté il y a trois ans, a décliné la responsabilité d'une opération. Depuis un an surtout, la malade a beaucoup maigri, les douleurs ont augmenté et sont devenues continuelles, si bien que la vie lui est devenue insupportable et qu'elle veut courir les chances d'une opération qu'elle sait difficile et grave.

M^{me} S... a une tumeur médiane, globuleuse, grosse comme une tête d'adulte, mobile au-dessus du détroit supérieur. Cette mobilité n'implique pas l'absence d'adhérences, mais elle signifie que la tumeur n'est pas enclavée et que, malgré l'amaigrissement et les mauvaises conditions de la santé, elle est opérable.

La malade a eu, dans ces derniers temps, quelques

bronchites; elle tousse et s'enrhume facilement. On n'entend rien à l'auscultation.

Opération le 26 juillet 1890, avec mes internes Jean Gauthier et Morestin. Longue incision. Un peu d'ascite. Il n'y a pas d'adhérences en avant; mais, en haut et vers le flanc gauche, la main qui explore la tumeur prévoit des difficultés. Je saisis d'abord en ce point une adhérence épiploïque limitée; puis j'essaye d'attirer l'utérus hors de la plaie, mais je ne puis y parvenir qu'après avoir prolongé l'incision au-dessus de l'ombilic.

Les annexes droites sont très volumineuses : trompe dilatée et gros ovaire kystique. L'ovaire gauche est kystique, mais plus petit. Je découvre une assez longue adhérence du côlon descendant avec la face postérieure de l'utérus, et peu à peu, avec les doigts, je la fais céder, non sans être obligé d'appliquer trois pinces hémostatiques tout près de la paroi intestinale.

Je me dispose à placer la ligature élastique. Les ligaments larges sont fortement tendus. Le ligament rond du côté gauche forme une corde entièrement séparée des ailerons de la trompe et de l'ovaire, et qui me gêne singulièrement pour attirer l'utérus et former le pédicule; je le coupe entre deux pinces. Le lien élastique est alors passé, malgré la résistance des ligaments larges, autour du segment inférieur, qui est très épais; puis j'enlève par tranches successives l'utérus et les annexes.

Tout en morcelant ainsi la tumeur, je constate qu'il n'y a pas de fibromes distincts plongés dans la paroi utérine; le tissu utérin proprement dit n'existe plus,

toute la masse de l'organe est transformée en tissu fibromateux; si bien qu'après avoir sectionné jusqu'au voisinage de la ligature, j'ai un large moignon dont la surface vive a l'aspect d'une coupe de fibrome. Au centre, il n'y a pas de muqueuse ni de cavité utérine proprement dite; mais les couches centrales du tissu pathologique sont ramollies et forment une bouillie fibreuse. Comment vais-je traiter ce pédicule de composition insolite?

Je commence par supprimer toute la bouillie fibreuse avec la curette. Puis, autour de ce puits central, j'enlève au bistouri plusieurs tranches de tissu fibreux, véritable évidemment qui m'amène à resserrer la ligature, afin d'adosser les parois du puits et d'amincir le pédicule. Comme la surface mesure encore 6 centimètres en tous sens, j'ai un peu peur que la ligature ne dérape, et je fixe le cordon élastique au moignon par deux fils de soie passés en arrière. Je fixe également les deux ligaments larges.

La cautérisation de la tranche utérine et du puits central est d'autant plus soignée que la nature du tissu m'inspire certaines craintes. Et même, comme je vois un peu de sérosité louche venir à la surface du moignon, je tâche de fermer hermétiquement le puits central avec plusieurs fils de catgut. Ligatures sur l'épiploon, sur les adhérences; toilette à l'eau bouillie, disposition de l'épiploon entre la surface du pédicule et les anses intestinales; suture et pansement. L'opération a duré une heure et demie; le sommeil a été difficile, et tout le temps les bronches ont été remplies de mucosités.

Les jours suivants, la température reste normale : 36°6, 37°8, 37°5. Mais, dès le lendemain de l'opération, la malade se plaint de gêne respiratoire, et l'auscultation révèle des râles ronflants et sibilants. Malgré les ventouses, l'alcool, etc., les signes de congestion pulmonaire augmentent rapidement, le pouls devient petit, accéléré, et la mort arrive le 29 juillet.

A l'autopsie, les deux poumons sont pris dans toute leur étendue; les autres organes sont sains. Je constate la parfaite constitution du moignon, la bonne tenue de la ligature élastique; mais, en même temps, je trouve le pédicule entouré d'une collection purulente exactement limitée par l'épiploon dont je l'avais coiffé. Une sonde cannelée, introduite par le museau de tanche, franchit le point étranglé par le lien élastique et pénètre sans difficulté dans l'abcès. Les anses intestinales, séparées du foyer par l'épiploon, sont d'un rose pâle; il n'y a pas trace de péritonite.

La malade a été enlevée par sa congestion pulmonaire, et je pense que la suppuration survenue autour du pédicule serait restée un accident local, circonscrit, le pus se faisant jour par la partie inférieure de la suture. Il n'en est pas moins vrai que, malgré les précautions prises, les liquides venus de la cavité cervicale ont franchi la barrière constituée par la ligature et infecté le péritoine au voisinage du moignon; ce qui démontre : 1° que la constitution anatomique du pédicule formé par le tissu fibromateux a rendu insuffisante la constriction de la ligature, et que la cavité centrale n'a pas été oblitérée comme elle l'est d'ordinaire; 2° qu'en insinuant l'épiploon, toutes les fois qu'on le peut, entre la surface

du moignon et les anses intestinales, on se défend dans une certaine mesure contre l'infection qui peut venir de la cavité utérine.

Je demande encore une fois qu'on veuille bien ne pas considérer les 16 faits que j'ai recueillis depuis deux ans comme une statistique dans laquelle l'emploi d'une certaine méthode m'a donné 3 échecs.

En effet, si j'analyse les trois cas de mort, je trouve d'abord que le premier, celui de M^{me} N..., de Lorient, n'a pas les caractères d'un insuccès opératoire. La malade, dans un état de cachexie qui donnait tout à craindre, a bien été pendant deux semaines, puis, sans nul accident lié directement à l'intervention, elle a continué de s'affaiblir, de ne pouvoir s'alimenter, et finalement a succombé le quarantième jour, quand la période chirurgicale, pour ainsi dire, était passée. Il faut bien nous attendre à faire des opérations qui ne réussissent pas, quand nous intervenons trop tard chez des femmes épuisées. Il s'agit, en ce moment, de comparer la gravité de l'hystérectomie à celle d'une opération dont personne ne conteste la valeur, l'ovariotomie. Or, dans les conditions où M^{me} N... se trouvait, l'ablation d'un kyste ovarien n'offre pas de meilleures chances que celle d'un fibrome. La malade avait, d'ailleurs, l'un et l'autre.

Dans le second cas, la mort est due à l'intervention. Légère péritonite adhésive, localisée à la fin de l'intestin grêle, sans douleur vive et sans fièvre; beaucoup de nos malades doivent avoir un état semblable du péritoine, surtout quand elles ont 38° pendant un ou deux jours, et n'en guérissent pas moins. Mais ici, le malheur a

voulu qu'une anse intestinale fût coudée; je me suis repenti de n'avoir pas fait une laparotomie secondaire. Il s'agit là d'un accident rare, mais il peut survenir après toute opération laborieuse; il ne faut donc mettre en cause ni l'hystérectomie ni le traitement du pédicule. Celui-ci, pas plus que dans l'observation précédente, n'a suscité le moindre danger.

On pourrait me demander pourquoi, en présence d'un fibrome interstitiel et d'assez petit volume, j'ai fait une opération laborieuse, au lieu d'enlever simplement les ovaires. Je répondrai qu'un an après la ménopause, la castration ovarienne me paraît illusoire. J'en dirai autant de l'électricité, qui ne pouvait rien faire de sérieux et de durable pour un utérus très douloureux, bourrant le petit bassin et adhérent à ses parois, mais ne donnant pas une goutte de sang et n'ayant plus à attendre la cessation des congestions menstruelles. Il fallait l'abandonner ou l'extirper.

La troisième opérée, elle aussi, figurait dans la classe des malades qu'aucun traitement, hors la chirurgie, ne peut revendiquer : volume du fibrome, douleurs excessives liées à des complications anatomiques de toutes sortes, hypertrophie des annexes, adhérences pelviennes et intestinales. Elle avait maigri et perdu de ses forces depuis trois ans, et déjà, à cette époque, on n'avait pas osé l'opérer. Néanmoins, il n'y avait pas de contre-indication positive, l'opération a très bien marché, et il a fallu, pour me faire manquer le but, une congestion pulmonaire expliquée, jusqu'à un certain point, par les antécédents. Là encore, j'ai joué de malheur.

Ce cas m'a fourni, en outre, un enseignement pré-

cieux. La suppuration localisée, qui n'a pas été la cause de la mort et qui, je pense, aurait évolué simplement comme un abcès, pourrait, dans un autre cas, s'étendre et devenir mortelle. Or, c'était un résultat de la mauvaise constitution du pédicule, non de sa largeur, mais de la communication qui est restée libre avec la cavité du col. Ce n'est pas la surface du moignon qui a suppuré, c'est le trajet creusé au milieu d'un tissu fibreux lardacé, qui a laissé venir d'en bas les liquides infectieux. Il y a moyen, sans doute, de façonner un bon pédicule avec ce tissu de fibrome, mais il faut être prévenu et savoir le faire. Aussi bien, la méthode intrapéritonéale n'est pas un dogme; à l'avenir, en présence d'un cas pareil, je redoublerais d'attention dans le traitement du pédicule, ou bien, si j'avais le moindre doute, je le fixerais à l'extérieur.

En résumé, j'ai fait trois opérations graves, parce qu'il y aura toujours, en chirurgie abdominale, des opérations graves. Il y aura toujours des malades qui nous consulteront tardivement, des dispositions anatomiques imprévues, des systèmes nerveux frappés de déchéance. Les chirurgiens les plus heureux ne sont pas toujours ceux qui esquivent les responsabilités, mais les statistiques vierges sont celles dont le hasard ou une volonté prévoyante a éloigné les cas trop dangereux.

Ce qui importe, en examinant mes 13 cas heureux, c'est de constater la bonne tenue du pédicule, la sécurité que donne la ligature élastique perdue, la facilité de la guérison. Ce qui importe, en examinant les 3 échecs, c'est de reconnaître que l'insuccès tient à des circonstances d'ordre général, et non pas à une gravité parti-

culière de l'hystérectomie ou de la méthode suivie dans le traitement du pédicule. Cette analyse étant faite, je ne suis pas loin d'avoir démontré ce que j'avais tout d'abord, à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale — sauf un peu plus de labeur, et par suite quelques aléas — ne diffère pas sensiblement du pronostic de l'ovariotomie.

CONCLUSIONS

L'électricité est le meilleur des palliatifs appliqués aux fibromes de l'utérus. Elle peut même suffire au traitement, dans quelques cas bien déterminés; il y a certainement des femmes atteintes de fibromes qui peuvent vivre sans être opérées.

Mais pour en obtenir des résultats palliatifs ou durables, il faut renoncer à tout empirisme et lui chercher des indications précises.

La *castration ovarienne* réussit beaucoup plus souvent, et réussit définitivement. Mais elle aussi peut avoir des échecs; bien des cas lui échappent, il est possible de les distinguer, et il n'est pas permis de l'adopter systématiquement, à la seule condition qu'elle soit possible.

Elle est, d'ailleurs, très peu dangereuse. Et d'abord, il faut savoir s'arrêter, en présence d'annexes trop difficiles; on peut faire moins ou plus, s'en tenir à une exploration ou faire l'hystérectomie. Et puis, songez à ce que deviennent les femmes non traitées. Quand la question d'intervenir se pose, c'est apparemment que la tumeur donne signe de vie, c'est qu'elle est en évolu-

tion plus ou moins active. Calculez d'après ce que les chirurgiens voient tous les jours, d'après tant de femmes qui nous arrivent anémiées, pleines d'eau, cachectiques, sans compter celles qui restent en route et que nous ne voyons pas; supputez les chances que donnent alors les opérations « trop graves », et celles que vous aurait données plus tôt une opération presque bénigne. La mortalité infime des laparotomies simples disparaît devant les services que nous rendons au plus grand nombre.

L'hystérectomie abdominale devient elle-même peu dangereuse. La pratique des chirurgiens s'améliore dans tous les pays, et certes je ne suis pas le seul qui puisse annoncer de bons résultats. Il faut donc changer de point de départ dans la discussion, ne plus arguer des périls de l'hystérectomie pour se détourner d'elle et chercher autre chose à tout prix, reconnaître enfin que bon nombre de cas lui appartiennent et que nous sommes désormais bien armés pour en prendre la charge.

Et puisque la question est obscurcie par des passions et des préjugés, il me sera permis de terminer par une proposition presque naïve, en disant qu'une maladie aussi complexe dans ses formes et dans son évolution ne peut réclamer toujours la même thérapeutique. Il est excessif de dire qu'avec un traitement non opératoire, on a ses cartons chargés de guérisons radicales; qu'on n'a jamais ou presque jamais d'insuccès — nous en voyons beaucoup, et sortant des meilleures mains. Il est puéril d'affirmer qu'on supprime la chirurgie, d'exhorter celle-ci à désarmer, et de fournir des listes de maladies qui rappellent les cures merveilleuses de certaines panacées.

L'électrothérapie est venue, depuis quelques années, s'ajouter aux traitements connus; accueillons-la avec faveur et discutons de bonne foi ses mérites. Cherchons en même temps les conditions qui rendent l'intervention chirurgicale nécessaire, et celles qui diminuent ses dangers. Mais, avant toute chose, étudions lentement, si nous voulons faire la part de chaque méthode pour le plus grand bien des malades.

**Biblioteka Główna
WUM**



DU MÊME AUTEUR

- De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement
Thèse inaug., 1873, J.-B. Baillière.
- Pathogénie, marche, terminaison du tétanos, Thèse d'agrégation,
1875, J.-B. Baillière.
- Des tumeurs kystiques de la mamelle, Thèse d'agrégation, 1878,
J.-B. Baillière.
- Observations d'hystérectomies vaginales, *Union médicale*, 1886-
87-88.
- Exstrophie de la vessie, *Union médicale*, 1886, et Soc. de chir.,
1887.
- Epispadias chez une petite fille de 6 ans, *Union médicale*, 1887.
- Pyo-salpingite, *Union médicale*, 1889.
- Endométrite et curage, *Annales de gynécologie*, 1889, et Soc. de
chir., 1890.
- Sur le traitement des rétro-déviations utérines, Congrès français
de chirurgie, 1889.
- De l'hystéropexie vaginale, Soc. de chir., 1889.
- De la cure des hernies et hydrocèles congénitales, Soc. de chir.,
1887.
- De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de
la guérison définitive, Congrès français de chirurgie, 1888.
- Sur le traitement de l'ectopie testiculaire, Soc. de chir., 1890.
- Sur le traitement des kystes hydatiques du foie, Soc. de chir.,
1885 et 1889.

