

OVARITE-SALPINGITE-ADHÉRENCES

MALADIES DES ANNEXES, LYMPHANGITE

PATHOGÉNIE, TRAITEMENT

OPÉRATIONS POUR ADHÉRENCES

ABLATION UNILATÉRALE & BILATÉRALE DES ANNEXES

PAR LE

D^r Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

PARIS

A. COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR

14, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 14

—
1889



HOMMAGE DE L'AUTEUR

OVARITE - SALPINGITE - ADHÉRENCES

Maladies des annexes, Lymphangite.

Pathogénie. — Traitement. — Opérations pour adhérence.
Ablation unilatérale et bilatérale des annexes

PAR

Le **D^r Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**

Chirurgien de l'hôpital St-Louis.

La révolution chirurgicale qui, de notre temps, a bouleversé toutes les interventions opératoires apportées dans la chirurgie abdominale de la femme de si prodigieux changements, que certaines questions se présentent à nous toutes neuves en quelque sorte.

Telle l'étude de la salpingite que l'on pourrait croire née d'hier et bien complètement élucidée, si on s'en rapportait à certains auteurs.

Les recherches que j'ai eu l'occasion de faire depuis longtemps sur la pathologie du petit bassin, puis un grand nombre d'opérations que j'ai faites plus récemment sur l'utérus et ses annexes, m'ont amené à des conclusions sensiblement différentes de celles admises par la plupart des autres observateurs. Je pense même que cette manière de voir est très importante, aussi bien au point de vue de la théorie qu'au point de vue de la pratique médicale, et des opérations chirurgicales. C'est là ce qui m'a amené à exposer une question qui intéresse tout le monde aujourd'hui. Il y a lieu en effet d'établir nettement s'il y a de véritables traitements médicaux des maladies qui nous occupent, et, quelles sont au juste les ressources chirurgicales et les méthodes opératoires à leur opposer.

Pour émettre un jugement de valeur sur cette question, il fallait pouvoir ajouter à une étude anatomo-pathologique l'étude d'un grand nombre d'opérations. C'est là ce que je puis faire aujourd'hui.

Biblioteka Główna

WUW
Biblioteka Główna WUM

Br.6666



000027581



www.dlibra.wum.edu.pl

J'ai la conviction, pour ma part, qu'on s'est trompé, aussi bien sur les questions de pathogénie que sur la thérapeutique.

Si on parcourt les observations publiées, et surtout, si on fait des laparotomies, on s'aperçoit bientôt que la salpingite proprement dite est une maladie rare. Quand on ouvre l'abdomen chez une femme atteinte des troubles que l'on attribue aux salpingites, on y trouve bien des lésions qui méritaient la laparotomie ; mais ces lésions sont notablement différentes de la salpingite ; sans doute on la trouve, mais les cas types faciles à isoler sont peu communs et, même en cas de salpingite vraie, on la voit souvent associée à beaucoup d'autres lésions sans qu'il soit bien démontré qu'elle avait droit à la première place.

La question me paraît infiniment plus large qu'on ne l'a cru.

Pour faire œuvre utile et vraiment scientifique, il faut étudier simultanément toutes les lésions qui siègent sur les parties latérales de l'utérus où elles ont été engendrées par une pathogénie commune. Des manifestations symptomatiques communes les caractérisent ; et pour elles, l'intervention opératoire doit toujours commencer par la laparotomie. Il sera temps plus tard de faire la division entre des maladies qui ne permettent entre elles actuellement de distinction absolue.

Cette question est d'une haute importance parce qu'avec elle on doit inaugurer une ère toute nouvelle pour les maladies dites utérines.

Malgré les efforts des observateurs les plus attentifs, jusqu'à une époque toute récente, les maladies qui siègent sur les parties latérales de l'utérus avaient peu occupé les médecins. On les avait bien soupçonnées ; on avait même observé quelques faits d'anatomie pathologique les concernant (1). Mais l'attention était surtout attirée par l'utérus qui semblait devoir retenir pour lui toute la pathologie du petit bassin.

L'étude de ces lésions des organes des parties latérales de l'utérus n'a vraiment commencé à être faite que depuis que l'expérience de la laparotomie a permis d'atteindre les organes malades pour les dégager. Peut-être même à cette occasion certains chirurgiens ont-ils cru faire des découvertes trop complètes.

Quelle est la nature de ces lésions ? Si l'on en croit la plupart des auteurs modernes, la salpingite, à peu près in-

(1) Voir les leçons d'Aran et la thèse remarquable de F. Siredey : De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines. 1860.

connue de nos devanciers, est la pierre angulaire de toute cette pathologie moderne. La trompe, du reste, n'est que la continuation de l'utérus. Il semble donc bien naturel qu'elle soit chargée de porter dans les profondeurs où elle pénètre les maladies de cet organe, ou même simplement les produits septiques qu'il contient. Telle est la théorie merveilleusement simple qui aujourd'hui prévaut un peu partout. On a classifié les salpingites, on leur a reconnu un nombre considérable de variétés différentes en tenant compte surtout de caractères anatomo-pathologiques.

Il ne paraît pas cependant que la nature ait fait les choses aussi simples. L'étude attentive de l'anatomie et de l'anatomie pathologique de la région m'avait appris depuis longtemps que les lésions des annexes ne sont guère des maladies primitives. Les observations que j'ai pu faire au cours de nombreuses laparotomies, sont venues confirmer pleinement ces premières données. Je pense être en mesure de donner une description plus exacte de ces maladies, d'indiquer une pathogénie vraie des accidents, de donner une meilleure idée de leur évolution et surtout d'arriver à des conclusions très intéressantes pour la thérapeutique chirurgicale.

Le plus grand nombre des maladies utérines et péri-utérines se développent à l'occasion des couches et des avortements. Aussi est-il indispensable pour notre étude de rappeler certains faits bien étudiés à propos des complications puerpérales.

Il y a d'abord une circonstance bien connue de ceux qui ont fait une étude approfondie des suites de couche, c'est que c'est au niveau des parties latérales de l'utérus et non sur l'utérus lui-même que se produisent les premiers phénomènes douloureux. C'est donc là qu'il faudra chercher les premières manifestations inflammatoires. On les a bien cherché là et, dès une époque très ancienne, on a signalé les inflammations des ovaires et des trompes et on leur a attribué le début des affections puerpérales. Lorsque j'ai publié mes recherches sur l'anatomie et la pathologie des lymphatiques utérins, j'ai précisément démontré que la marche des accidents n'était pas telle qu'on l'admettait et réformé les principales de ces erreurs (1).

En effet : lorsqu'on fait des autopsies, on trouve bien autour de l'utérus des lésions des annexes, mais, en com-

(1) Lymphatiques utérins et lymphangite utérine, thèse par Lucas Championnière, 1870.

Du rôle que joue la lymphangite dans les complications puerpérales et les maladies utérines, et les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine, 1875. *Archives de Tocologie.*

parant les cas à diverses époques de développement, on démontre facilement que ce ne sont que lésions secondaires. Pour les maladies puerpérales, j'ai démontré que la marche des accidents était la suivante :

A la suite de l'accouchement et même, dans des cas rares, au cours de la grossesse, une lésion du col ou du corps de l'utérus détermine l'empoisonnement du réseau lymphatique qui en émane.

Ce réseau sème l'inflammation sur son trajet, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire placé sur les parties latérales de l'utérus, dans le péritoine en connexion avec l'utérus, en particulier celui qui occupe les parties latérales ; il sème également l'inflammation septique dans l'ovaire et la trompe.

Il est facile de voir, à ce moment, qu'au début il existe surtout des lésions des lymphatiques, puis que les lésions péritonéales s'accroissent quand on observe des malades qui ont survécu plus longtemps. On observe parmi les lésions plus tardives celles de la trompe et de l'ovaire. Enfin, jamais je n'ai observé un cas dans lequel j'aie pu constater une lésion apparente de l'extrémité utérine de la trompe ; cependant, cette lésion serait inévitable juste au point de passage de l'inflammation ou des matières septiques.

Rappelons enfin que l'utérus, organe extraordinairement riche en lymphatiques, plus riche qu'aucun organe connu, subit lors de la grossesse une hypertrophie surprenante de ces vaisseaux.

Il se trouve donc dans des conditions tout à fait favorables pour la propagation que nous venons de rappeler.

En ce qui concerne la trompe et l'ovaire, on conçoit qu'ils lui propagent une inflammation septique par leur voisinage immédiat et par suite de communauté de réseaux. J'ai montré que d'énormes lymphatiques rampaient au-dessous de la trompe et parallèlement à elle. Mais, trompe et ovaire possèdent eux-mêmes d'énormes lymphatiques qui s'abouchent à plein canal dans les lymphatiques de l'utérus. On conçoit donc que la lymphangite récurrente, rare dans d'autres régions, doit être très commune dans celle-ci.

Ajoutons encore que, lors de mes recherches sur les lymphatiques, j'avais démontré qu'à côté de la fièvre puerpérale grave, souvent mortelle, on observait communément *une lymphangite bénigne* qui tient une place considérable dans les suites de couches.

Nous avons maintenant tous les éléments pour exposer une description de la pathogénie des maladies des annexes

en n'oubliant pas que si la puerpéralité n'est pas l'origine exclusive des accidents qui nous occupent, elle prend une part si large dans leur développement qu'il faut absolument en retenir l'histoire si on veut avoir quelque chance de juger sainement la question.

Pour peu que l'on soit bien informé de la connaissance des lymphatiques, une première pensée vous vient immédiatement : c'est que les maladies des lymphatiques doivent dominer toute la pathologie de la région. Ils occupent une telle place anatomique qu'il est impossible qu'il en soit autrement. Aussi prévoit-on en quelque sorte quelles maladies ils pourront engendrer dans le présent et dans l'avenir.

En effet, si on considère leur trajet, voici les différents phénomènes inflammatoires qu'ils peuvent semer suivant les régions.

Etant donnée une lésion du col ou du corps de l'utérus, même du vagin, ils peuvent amener dans le tissu cellulaire voisin de l'utérus la formation d'œdème et de phlegmons. De là, l'origine des phlegmons du ligament large, avec ou sans prolongement antérieur. Mais ils peuvent encore porter l'inflammation dans la fosse iliaque et même dans la région rénale. De là des phlegmons iliaques et certains phlegmons périnéphrétiques. En outre, ils peuvent déterminer l'inflammation de l'ovaire et de la trompe. Ces deux organes peuvent être atteints simultanément ou séparément. Ces lésions des annexes peuvent occuper un seul côté ou les deux côtés.

Enfin, des péritonites limitées peuvent occuper les parties latérales de l'utérus sans que l'ovaire ou la trompe présente des lésions importantes ; et plus tard des adhérences latérales en seront les seuls restes ou résidus.

Ce rapide exposé permet de comprendre comment à l'époque des couches il se développe sur les parties latérales de l'utérus des lésions très diverses et comment il est nécessaire que plus tard on retrouve dans cette région une assez grande variété de lésions répondant à cette étiologie.

On a beaucoup négligé cependant tous les accidents de cet ordre pour plusieurs raisons ; d'abord l'anatomie pathologique de ces cas n'existait guère. En effet, on souffre beaucoup de ces lésions péri-utérines, mais on n'en meurt pas directement.

Aussi, les chirurgiens paraissent avoir éprouvé quelque surprise lorsque la laparotomie les a mis en présence des lésions qui affectent cette région.

Ils ont cru faire des découvertes extraordinaires. Ils ont recommencé à développer la théorie des maladies uté

rines propagées par le canal de la trompe, oubliant que cette théorie avait été déjà présentée pour les maladies puerpérales et abandonnée. On avait été bien loin dans cette pathogénie, puisqu'on avait admis que les matières septiques allaient errer de l'utérus dans la trompe et qu'on pouvait les en empêcher en les aspirant dans l'utérus. Tout cela avait été mis de côté par ceux qui étudiaient sérieusement les faits. On y revient aujourd'hui probablement par amour de la simplicité.

En quoi consiste donc la maladie nouvelle ? Depuis quelques années les chirurgiens qui font de la chirurgie abdominale ont été amenés à faire des laparotomies pour rechercher sur les parties latérales de l'utérus des tumeurs grosses ou petites que l'on a trouvé constituées par des dilatations de trompes purulentes ou kystiques. On a constaté leur aspect piriforme, leur situation latérale à l'utérus, la possibilité de les constater par le toucher et d'apprécier le sillon qui les sépare de l'utérus. On les a saisi entre les deux mains, l'une pratiquant le toucher vaginal et l'autre le palper abdominal, et quelques auteurs ont assez mal connu la gynécologie pour s'imaginer en le faisant qu'ils découvraient un nouveau mode d'exploration.

On a constaté, avec ces phénomènes objectifs, des accidents douloureux sur les parties latérales de l'utérus, des douleurs vives à la pression, des troubles des règles. Il n'y a qu'un pas à faire pour constituer de tout cela une entité morbide, une maladie, la salpingite, engendrée, par simple propagation de la blennorrhagie, de la métrite puerpérale de l'infection utérine ; les microbes cheminant par le canal de la trompe sont la cause de tout le mal et arrivés dans la trompe, ils propagent la maladie à l'ovaire voisin et aux parties voisines. Les lésions les plus modestes des trompes bien voisines de l'état normal ont suffi pour affirmer la maladie et la pathogénie.

Non seulement il n'en va pas si simplement, mais le diagnostic est loin d'être aussi simple, les cas types en question sont très rares et les maladies des annexes nous donnent un champ infiniment plus vaste à étudier, et des interventions singulièrement nombreuses.

Après avoir ouvert le ventre d'un certain nombre de femmes présentant des douleurs, des tumeurs latérales à l'utérus et tous les symptômes rapportées à la salpingite, on peut classifier les malades que l'on a opérés et guéris de la façon suivante : salpingites vraies, rares ; salpingites avec ovarite ; ovarites sans salpingite ; adhérences latérales à l'utérus avec trompes et ovaires normaux.

Voici comment on peut résumer l'aspect général de ces maladies.

Symptômes et lésions observées.

Les femmes qui se présentent à notre observation se plaignent de divers accidents, pertes rouges, pertes blanches, pesanteur du périnée, gêne de la marche, troubles de la miction, ou de la défécation, etc.. Enfin, elles accusent *des douleurs*. Depuis longtemps en pratiquant l'examen des femmes on a pensé trouver les lésions qui sont l'origine de tout le mal. On a tour à tour accusé toutes les parties de la substance utérine et surtout du col. On a cru tour à tour que les ulcérations du col, les déplacements utérins, les rétrécissements du col, les variétés extraordinairement nombreuses de métrites étaient causes du mal. Comme conséquence, on a cru guérir toutes les femmes avec la cautérisation du col, avec les saignées, avec les pessaires, avec le débridement du col.

De notre temps même nous voyons ressusciter la métrite fongueuse qui revient avec les microbes. Avec elle revient le curage de l'utérus perfectionné et généralisé ; en ce moment il guérit tout, même la salpingite.

Ces engouements et ces changements témoignent d'une erreur complète dans l'étude des maladies des femmes. Nos recherches nouvelles et surtout nos nouvelles opérations abdominales paraissent devoir nous donner l'explication de ce mystère.

L'utérus même, quand on y regarde d'un peu près, ne paraît pas propre à donner lieu à des manifestations symptomatiques bien intenses. On pourrait presque poser en principe que, lorsqu'une femme a des *douleurs vives*, elle est atteinte de quelq' affection autre *qu'une lésion utérine*, qu'un organe autre que l'utérus est malade chez elle. C'est là un fait tellement net qu'il peut être grandement utilisé pour le diagnostic. En effet, lorsqu'une femme vous fait le récit des accidents qu'elle présente, lorsqu'elle vous rapporte qu'elle a des douleurs très vives, surtout lorsque ces douleurs affectent les parties latérales de l'abdomen, vous pouvez déjà presque faire un diagnostic de lésions siégeant dans les annexes, ou dans la région des annexes. C'est là une circonstance qui n'est pas pour surprendre quand on réfléchit au manque de sensibilité de l'utérus, à la sensibilité de l'ovaire et à l'extrême richesse de la région latérale en troncs nerveux.

Cette observation préliminaire doit donner une juste idée de *l'extrême fréquence* de ces maladies, nous pou-

vons déjà penser qu'un grand nombre de ces cas qui ont désespéré la thérapeutique féminine, qui passent d'un spécialiste à l'autre et reçoivent des soins divers, suivant la théorie utérine du moment, ne sont pas modifiés sensiblement parcequ'en réalité le mal est ailleurs. Et ce mal est dû à des causes diverses; les lésions latérales à l'utérus sont multiples et multiples aussi sont les ressources de la thérapeutique.

L'étude diagnostique des malades qui se présentent de la sorte amène à faire des laparotomies au cours desquelles on trouve des lésions très variées, dont voici l'énumération :

Salpingites.— *Salpingite purulente.*— *Salpingite tuberculeuse ?* — *Salpingite kystique* (hydropisie de la trompe). — *Salpingite catarrhale*, trompe distendue par du muco-pus et paraissant peu altérée. — *Salpingite par oblitération*. Dans ces cas, la trompe est complètement fermée, ne fonctionne plus du tout, mais ne présente pas de très grands changements de forme ni d'aspect.

Ovarite kystique présentant deux formes principales. Ovarites à kystes d'un certain volume. (Dimensions d'une noix à une noisette). *Ovarites à petits kystes* multiples et de petit volume, accompagnés d'une sorte d'hypertrophie de l'ovaire, œdème dur, avec points de sclérose.

Ovarite purulente dont on trouve des formes très variables, depuis de petits foyers du volume d'une noisette jusqu'au volume d'une orange. Dans ces cas, des lésions de voisinage accompagnent souvent la lésion ovarienne.

Ovarite hémorragique. Celle-ci existe fréquemment indépendante de la salpingite et doit compter parmi les maladies les plus douloureuses de la région. Elle existe souvent en coïncidence avec l'ovarite à petits kystes.

Ovarite et salpingite. Toutes les formes des lésions de ces organes peuvent s'associer, et beaucoup de ces tumeurs sont extrêmement complexes, si bien que le terme générique de salpingo-ovarite paraît souvent le mieux justifié. Cependant, en y regardant de près, on voit vite que dans ces ensembles l'importance des lésions de la trompe est assez médiocre pour que ce rappel du nom de la salpingite ne soit pas justifié.

Adhérences. On peut observer encore tout un ordre de lésions constituées rien que par des adhérences, tandis que dans les cas précédents on trouvait les organes malades enveloppés d'adhérences plus ou moins considérables; dans ces cas on trouve des adhérences enveloppant des trompes et des ovaires qui paraissent parfaitement

sains. Il y a là un fait des plus importants au point de vue de la pathogénie et surtout au point de vue de la thérapeutique. Très peu de chirurgiens ont su donner à ce fait sa véritable valeur, et les doctrines régnantes empêchent même de l'observer correctement.

Je distrais de cette classification les cas dans lesquels salpingite et ovarite compliquent les corps fibreux. Ce n'est pas que ces cas ne soient d'un très grand intérêt ; mais ils sont complexes et méritent, en quelque sorte, une histoire à part.

Telle qu'elle est, certainement incomplète encore, cette énumération comporte un grand nombre de cas différents représentant la plupart des maladies qui, chez la femme, amènent des douleurs plus ou moins vives dans le petit bassin et vers les fosses iliaques. Et si vous vouliez avoir la preuve que l'on se trompait jusque là dans l'appréciation des symptômes, vous n'avez qu'à interroger les femmes chez lesquelles l'ouverture du ventre a montré toutes ces lésions : elles vous diront toutes, sans exception, non pas qu'on ne savait pas ce qu'elles avaient, mais qu'hier encore elles étaient traitées pour une métrite, une ulcération du col, une métrite parenchymateuse ; un déplacement, une hypertrophie ou une atrésie ou une déchirure du col. Celles traitées par les procédés les plus anciens ont subi des cautérisations du col, ont porté des pessaires et des sachets ; celles traitées par les procédés plus modernes ont eu les injections chaudes, les opérations d'Emmet, les incisions et les dilations du col ; celles de la dernière mode ont eu le curetage. Tous ces traitements ont quelquefois amendé d'une façon passagère les symptômes, probablement en obligeant les femmes à se reposer et à se soigner, quelquefois par une saignée locale. Mais, souvent aussi, le traitement a rendu la situation plus mauvaise. Quand on ouvre l'abdomen, on se rend compte de l'inanité de ces traitements ou de leurs dangers.

Toutes les lésions que nous énumérons ci-dessus ont-elles la même symptomatologie ? Oui, dans une très large mesure. Aussi, doit-on étudier d'abord ces symptômes communs, montrant qu'il existe sur les parties latérales de l'utérus des lésions justiciables de la laparotomie, sauf à indiquer ensuite les cas rares où le diagnostic peut avoir une plus grande précision.

Ce qui caractérise le mieux ces maladies, ce qui les différencie surtout des maladies utérines proprement dites, *c'est la douleur*. C'est à cause de cette douleur, que rien ne guérit, que la malade vient demander à être opérée.

Le plus souvent la patiente vous indique très bien que

ces douleurs sont latérales. Elles sont ressenties à droite ou à gauche au-dessus du pubis et vont s'irradiant dans les reins. Il y a là des douleurs spontanées, mais surtout des douleurs provoquées par les mouvements. Aussi la marche est-elle difficile; la station debout est pénible. Beaucoup de ces malades ont debout une attitude caractéristique. Elles restent demi-courbées, et vous déclarent que cette attitude est la seule qui les soulage.

Mais la douleur vraiment caractéristique est celle que l'on provoque par des pressions sur les parties latérales de l'utérus. Un chirurgien accoutumé, peut d'emblée en quelque sorte faire son diagnostic à l'aide de cette notion. Disons tout de suite en effet que la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette matière n'ont pas tenu assez de compte de ces renseignements du palper. Cette douleur, à la pression, a communément une forme curieuse; il y a bien un sentiment de douleur au moment où la main s'applique sur la région, mais c'est au moment où on retire la main qui comprimait que se produit la sensation douloureuse la plus vive.

Lors du toucher, on retrouve les sensations douloureuses dans les mêmes régions, soit sur les parties latérales de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur, mais surtout sur un point élevé latéral à l'utérus que l'on détermine avec un doigt dans le cul-de-sac latéral et une main sur l'abdomen.

La douleur ainsi localisée peut affecter des intensités diverses; elle est tout particulièrement vive à certaines périodes, surtout au voisinage des époques menstruelles.

Il est une forme de douleurs qui a beaucoup attiré l'attention des observateurs et que l'on nomme colique salpingienne. Elle serait pathognomonique, car elle résulterait des contractions de la trompe dilatée qui évacue son contenu dans l'utérus. Je dois dire d'abord que chez aucune des malades que j'ai observé, avec les salpingites les plus nettes, je n'ai constaté la fameuse colique ainsi décrite. Les coliques que l'on observe chez un certain nombre de malades ne diffèrent guère de celles observées chez des femmes qui n'ont pas de salpingite, en particulier des femmes atteintes de corps fibreux. L'évacuation des collections par la trompe avec contractions tubaires violentes, doivent être au moins un phénomène très rare si tant est qu'il existe. Mais comme la constatation de ce fait cadre-rait avec la théorie, on conçoit qu'elle ait tenté les auteurs.

L'existence de coliques violentes à l'époque des règles et surtout un peu avant elles est un phénomène vulgaire. Mais on le rencontre avec d'autres lésions, le corps fibreux,

par exemple. Il n'y a pas lieu d'y attacher une importance exagérée pour le diagnostic.

Que deviennent les règles ? Le plus souvent elles sont douloureuses. Il arrive quelquefois qu'elles ne sont pas modifiées, mais le plus souvent elles ont subi un changement. Chez certaines malades elles sont beaucoup diminuées, elles sont surtout irrégulières, avançant ou retardant. Il n'est pas rare de les trouver augmentées au point de constituer des ménorrhagies, de véritables pertes. C'est même là un caractère remarquable parce qu'il mène à une confusion à laquelle on ne songe pas beaucoup au premier abord. Dans ces cas d'hémorrhagie, on confond très volontiers la lésion avec le fibrome utérin.

J'ai eu plusieurs occasions de faire cette erreur et de la voir faire par d'autres observateurs très expérimentés. J'ai signalé depuis longtemps le fait dans mes leçons et à la Société de chirurgie. Il ne faut pas se dissimuler du reste que la coexistence avec les fibromes n'est pas un fait rare et qu'il complique singulièrement toutes les questions de diagnostic.

On observe souvent des écoulements qui ne constituent cependant un phénomène régulier ni constant. J'ai vu souvent un écoulement séro-sanglant très comparable à celui que l'on observe en cas de corps fibreux. Le plus souvent ce sont les écoulements blanchâtres appelés fleurs blanches. Leur abondance varie, proportionnée en général à la fatigue et surtout à la fatigue pendant les règles. Au cours de celles-ci, on observe aussi des écoulements fétides, du sang altéré, comme disent les malades. On a voulu voir là des évacuations de liquide accumulé dans les trompes ; je crois le phénomène infiniment plus simple et se rapportant à un mauvais fonctionnement de l'utérus qui chasse irrégulièrement ses produits de sécrétion.

Pour achever ce qui a trait aux phénomènes douloureux, voyons ceux que l'on constate par l'examen direct. Sur une femme couchée, la palpation du ventre donne les résultats les plus caractéristiques. Les foyers de douleur sont constants. En pressant sur les parties latérales de l'utérus, en introduisant le bout des doigts dans le petit bassin et en les dirigeant vers la partie latérale et moyenne du détroit supérieur, on détermine une douleur très vive. Dans un grand nombre de ces cas, en même temps que l'on détermine de la douleur, on constate la présence sur la partie latérale de l'utérus d'une tuméfaction plus ou moins nette. Sur les femmes qui ont eu plusieurs enfants, on saisit quelquefois une tumeur bien limitée constituée

par l'ovaire ou par la trompe et par les adhérences qui les enveloppent. Dans ces cas, la constatation du foyer douloureux avec la tumeur est pathognomonique en quelque sorte. Mais la forme de cette tumeur et sa situation exacte peuvent être très variées.

La tumeur peut constituer un empâtement assez volumineux coiffant l'angle utérin. Elle peut avoir la forme d'une poire, être sentie facilement dans le cul-de-sac postérieur et surtout à l'angle de l'utérus. Elle est séparée en haut et en bas de l'utérus par un sillon distinct. Ce sont les dispositions observées dans les cas de salpingites purulentes vraies, où la tumeur est de médiocre volume.

Dans les cas d'ovarite, on trouve plutôt des tumeurs de volume médiocre et mobiles, occupant le cul-de-sac latéral, et cela dans une région bien antérieure à celle que l'on imaginerait au premier abord.

Enfin, il arrive communément que la tumeur soit différente des deux côtés ; d'un côté elle est basse et postérieure, de l'autre elle est très élevée.

Dans beaucoup de cas, le toucher ne constate que la douleur dans le cul-de-sac, et les tumeurs ne sont vraiment possibles à distinguer que par la palpation de la fosse iliaque et du petit bassin.

L'utérus est quelquefois enveloppé de toutes parts. Suivant le volume des tumeurs, il est plus ou moins déplacé, refoulé latéralement en avant. Dans ce cas, la tumeur n'en est que mieux accessible.

En touchant ou serrant ces tumeurs dont la consistance est quelquefois très dure, on détermine des douleurs vives. Ces douleurs sont plus vives certainement dans des ovarites kystiques que dans des salpingites vraies et surtout que dans des cas où il y a des adhérences. Mais ces différences permettent plutôt de soupçonner les lésions que de faire un diagnostic différentiel vrai.

L'état de l'utérus au milieu de toutes ces lésions périphériques mérite d'être noté. Il est d'ordinaire volumineux. Le col est gros, souvent mou. On trouve souvent une ulcération plus ou moins profonde qui a été l'objet de toutes sortes de tentatives thérapeutiques. Il est extrêmement commun de constater que le col a été largement *fendu* par un accouchement, et souvent les lésions existent sur la partie latérale de l'utérus *seulement du côté correspondant*, ou au moins elles ont débuté par ce côté et y sont restées longtemps limitées.

J'ai eu l'occasion d'observer dans ces conditions des femmes qui avaient subi l'opération d'Emmet sur cette déchirure et qui avaient, bien entendu, gardé leur ovario-salpingite, la seule chose qui les fit souffrir.

Quelquefois le canal cervical est très peu perméable et comme les femmes sont stériles, elles ont été l'objet de dilatations, d'incisions, de toutes sortes d'interventions qui les ont laissées stériles et malades.

Lorsqu'on examine les malades, le récit des conditions dans lesquelles les douleurs, les accidents se sont accentués, est de la plus haute importance, et contribuera beaucoup à vous éclairer sur la nature de la maladie.

Causes et début.

Le début le plus commun s'est fait à la suite d'une couche, il s'agit quelquefois d'une femme qui, après sa première couche, a commencé à souffrir et depuis n'a eu que des fausses-couches, des règles irrégulières, etc. ; d'autres fois une femme, après avoir souffert lors d'une première couche, est devenue enceinte plusieurs fois et chaque fois son état s'est aggravé.

Le plus souvent les femmes, après avoir été fécondées, sont devenues stériles du fait de leur maladie.

En dehors de l'accouchement on voit bien se développer la maladie, car on observe des femmes toujours stériles et même des vierges. Une irritation directe du col, des pansements ou des opérations peuvent en être l'origine. Mais ce sont surtout les perturbations produites dans les règles et les traumatismes qu'il faut accuser. Ces deux dernières causes sont celles que l'on observe chez les vierges. Chez les jeunes femmes, ce sont bien les traumatismes et les perturbations de règles observés au début du mariage, et c'est bien là le mécanisme par lequel le voyage de noces amène tant d'accidents et la stérilité.

Parmi les irritations utérines qui ont amené le plus souvent la maladie, il faut placer au premier rang les cautérisations du col ; elles ne donnent guère de bons résultats ; mais elles font souvent beaucoup de mal.

Il faut joindre à cette cause les injections qui sont faites sans mesure avec des canules mal placées, et toujours malproprement. L'injection vaginale n'est pas l'acte insignifiant que l'on admet généralement ; si on la faisait d'une façon moins banale on verrait certainement diminuer le nombre des maladies péri-utérines.

On a beaucoup parlé de la valeur étiologique de la blennorrhagie ; et je suis d'autant plus disposé à admettre la réalité de son action, que je fus un des premiers à montrer qu'il y a une lymphangite blennorrhagique qui se développe sur les parties latérales de l'utérus. Mais il ne faut pas exagérer cette influence et se rappeler que la maladie est tout aussi fréquente chez les femmes qui n'ont guère la

blennorrhagie que chez celles qui l'ont et la donnent souvent.

Je sais bien que l'on ne se gêne pas pour affirmer que la blennorrhagie est beaucoup plus commune dans le monde; mais il y a trop de fantaisie dans cette assertion pour que cela vaille la peine qu'on s'y arrête.

Quelle que soit la cause, ces maladies des annexes ont d'ordinaire un certain retentissement sur l'état général. Les malades maigrissent le plus souvent. Quelques-unes cependant se plaignent d'engraisser sans cesse, malgré une alimentation médiocre.

Accidents digestifs.

Chez la plupart des malades, les accidents digestifs sont assez fréquents. Les vomissements sont communs et s'exagèrent soit pendant les périodes douloureuses, soit pendant les règles.

La constipation est chose très habituelle, mais je la crois très souvent mécanique, résultant des adhérences du gros intestin. J'ai des observations où la destruction de ces adhérences a fait disparaître des constipations habituelles des plus pénibles.

Phénomènes nerveux.

Les phénomènes nerveux chez ces malades méritent qu'on s'y arrête très particulièrement, les lésions des annexes, et même les lésions qui en sont voisines touchent presque toujours le système nerveux, et l'on peut observer, chez les malades, tous les accidents depuis une simple exagération de la sensibilité jusqu'aux accidents de la grande hystérie. Au minimum, les femmes ou leurs parents vous disent qu'elles ont changé de caractère; et ces troubles vont s'accroissant à mesure que la maladie se confirme. Ce n'est pas là l'état moral ou l'état nerveux que l'on observe chez les gens affectés d'une maladie chronique quelconque, mais bien le fait d'une irritation habituelle des ovaires. J'ai même eu l'occasion d'observer un cas dans lequel les douleurs étaient très modérées, à peine accusées par la malade, et où il existait une ovarite des plus nettes avec laquelle avaient débuté les accidents nerveux. Ces accidents sont tout particulièrement fréquents chez les sujets porteurs de l'ovarite douloureuse à petits kystes.

Il y a lieu de prêter grande attention à ces phénomènes qui guérissent complètement par l'ablation des parties malades. J'ai vu disparaître même les grandes attaques d'hystérie. Mais encore faut-il que les accidents ne soient

pas de trop ancienne date, parce que l'économie en prend en quelque sorte l'habitude que rien ne peut plus modifier.

Notons en passant que ces accidents nerveux, qui sont la règle avec les lésions ovariennes de petit volume, sont infiniment rares avec les grosses lésions des ovaires.

Terminaison.

De toutes les terminaisons qui peuvent survenir, la plus favorable se produit à l'époque de la ménopause. Avec la disparition de la congestion habituelle des règles survient une amélioration notable ; ce n'est pas toujours la guérison, comme on pourrait le croire, mais le soulagement est assez important pour être ressenti par des sujets dont l'existence était très pénible.

Quelquefois un traitement méthodique, le repos prolongé, ont donné des périodes d'accalmie assez longues pour que les malades s'en déclarent satisfaites.

Mais habituellement ces sortes de lésions ont pour conséquence de rendre la vie extrêmement misérable. Les accidents les plus graves se caractérisent par la suppuration, la distension des poches purulentes, leur ouverture dans les viscères voisins. Quelquefois de grands foyers se forment qui vont s'ouvrir au loin. Mais c'est le cas le plus rare et il faut bien dire que ces terminaisons sont très variables avec la nature très variée des lésions que l'on rencontre dans la région. Ce qui est habituel, c'est que toute leur vie les malades souffrent constamment ou par intermittence, sont incapables de jouir de la vie commune, et enfin, pour la plupart, présentent un état nerveux spécial très pénible pour elles-mêmes et pour leur entourage. Même les moins malheureuses sont appelées à rester infirmes toute leur vie. Leur infirmité sera rendue plus pénible encore par les tentatives thérapeutiques dont elles ne peuvent manquer d'être l'objet.

Il y a dans la persistance des accidents un fait dont il faut tenir le plus grand compte pour les déterminations opératoires ; c'est ce que je puis appeler la fixation de l'état nerveux. Les accidents nerveux que nous avons signalés s'accroissent de plus en plus à partir du début de la maladie. D'abord, ils s'observent surtout au moment des règles, puis on les retrouve constamment. Si on opère les sujets de bonne heure, on a chance de voir les accidents nerveux disparaître, comme je l'ai observé. Mais, si ces accidents nerveux sont anciens, les chances de leur disparition sont infiniment moindres, les bénéfices d'une intervention sont beaucoup plus douteux.

Diagnostic.

On peut se demander s'il y a lieu de faire un diagnostic de lésions aussi multiples. On peut en effet ériger en principe qu'il n'y a pas de signe pathognomonique permettant jusqu'à présent de distinguer absolument toutes ces lésions. Il est probable que l'avenir nous fera faire quelques progrès. Pour le présent, en dehors de quelques cas très typiques de salpingite suppurée ou kystique, dans lesquels un isolement de la tumeur en forme spéciale de poire permet un diagnostic toujours incomplet en ce qui concerne les lésions concomitantes ; il n'y a aucun diagnostic précis à faire de chacune des lésions dont nous avons donné l'énumération. On peut faire quelques suppositions très vraisemblables, mais on ne peut affirmer qu'une chose : c'est qu'il existe dans la région des annexes des altérations organiques qui peuvent être guéries par la laparotomie. On peut ajouter que la laparotomie seule donnera la certitude ; elle permettra de s'éclairer très exactement et de bien déterminer les mesures opératoires utiles.

Ce que j'affirme là est absolument le contraire d'un précepte courant qui veut que l'opération soit bien déterminée auparavant par un diagnostic minutieux. C'est une illusion que ne sauraient conserver ceux qui ont largement pratiqué ce genre d'opérations. Je sais bien qu'on a affirmé que pour ce diagnostic parfait il fallait donner du chloroforme aux maïades. J'affirme que dans la presque totalité des cas la chloroformisation est inutile ; elle gênerait même beaucoup dans des cas où la constatation de l'élément douleur joue un rôle capital. Pour ma part, je la réserve pour les cas où il faut étudier des femmes d'un nervosisme extrême et surtout pour examiner des femmes vierges ou à paroi abdominale épaisse et tendue.

Le palper, le toucher vaginal, seul d'abord, puis combiné avec le palper abdominal, quelquefois le toucher rectal, suffisent à peu près toujours à assurer le diagnostic nécessaire. Cela se conçoit d'autant mieux que pour un chirurgien ayant l'habitude de ces sortes d'opérations, les présomptions tirées de l'énumération des symptômes ont déjà presque fait le diagnostic.

La discussion classique du diagnostic différentiel serait presque oiseuse, puisque, selon nous, on doit se contenter d'affirmer en bloc la présence de lésions de la région des annexes. Il n'y a qu'un seul cas où il serait intéressant, c'est le cas de corps fibreux de médiocre volume. Rien n'est plus commun, en effet, que voir prendre pour des

fibromes les tumeurs dures saillantes en arrière, sur les parties latérales et même en avant sur la vessie et accompagnées de métrorrhagie ou de ménorrhagie grave. Les pertes de sang dans ces conditions sont très trompeuses ; et cette erreur est, selon moi, la seule très importante qui puisse être commise dans l'étude des maladies des annexes. La sensibilité des tumeurs est un élément important pour les différencier.

On trouve faits sur les femmes qu'on examine et qu'on opère les diagnostics de métrite, ulcérations, déviations, etc., mais ils émanent évidemment de médecins peu au courant de ces études toutes récentes.

On peut, dans quelques cas, diagnostiquer l'ovarite douloureuse, l'ovarite kystique dont j'ai parlé à l'anatomie pathologique, et cela presque rien que par des signes négatifs, par exclusion. On constate sans tumeurs des douleurs vives spontanées et provoquées, des ovaires volumineux que l'on peut limiter par le toucher, l'utérus étant d'ailleurs bien mobile.

Les adhérences sans lésions ovariennes ni tubaires peuvent être diagnostiquées en constatant, avec les douleurs, sur les parties latérales de l'utérus, des empâtements élevés, mal limités ; la mobilité de l'utérus est un peu diminuée, il est plus difficile à déplacer latéralement.

Mais ces distinctions offrent un certain vague, et si on a chance de faire un diagnostic exact dans des cas bien typiques, on aura des surprises en ce qui concerne l'étendue ou la complication des lésions.

Au point de vue de la pratique, il y a une formule certainement intéressante.

L'étude de la malade vous démontre nettement qu'il y a sur les parties latérales de l'utérus des foyers de douleur que rien ne peut guérir, pour lesquelles il faut faire une laparotomie, seule méthode thérapeutique qui permette de guérir le mal.

Il y a deux erreurs de diagnostic qui peuvent être commises et qui ont été le point de départ de discussions théoriques bien extraordinaires. Certains auteurs qui ne connaissaient guère ni l'anatomie, ni la pathologie péri-utérine se sont imaginés que l'adénite péri-utérine que j'ai décrite était une maladie fréquente ; ils ont alors tout pris pour des adénites péri-utérines. Après eux des auteurs sérieux, entre autres M. Terrillon, se fondent sur leur description sans valeur pour nier la lésion. Cette maladie rare, constituée par une tumeur placée en arrière et en dehors du col, est infiniment plus accessible que les tumeurs dues aux maladies des annexes. Elle est aussi rare que celles-ci sont fréquentes. Il est plus simple de la nier que

de la reconnaître. C'est une simple observation d'anatomie topographique à réaliser.

Confondre, comme le veut M. Terrillon, la salpingite avec le phlegmon péri-utérin est un fait beaucoup plus grave qui s'explique également par une erreur de diagnostic. Il n'y a nul doute que l'erreur de diagnostic ait été faite souvent, surtout par les chirurgiens qui n'ont pas une grande expérience de la pathologie puerpérale. Mais cela ne veut pas dire que la maladie n'existe pas. J'ai, pour ma part, ouvert de bonne heure un certain nombre de foyers latéraux à l'utérus avec des annexes absolument indemnes; les suites l'ont bien prouvé. Les signes du phlegmon péri-utérin sont distincts de ceux des ovario-salpingites. Il ne saurait y avoir de confusion qu'en cas de coexistence des deux ordres de lésions. Mais, vouloir confondre les deux groupes pathologiques me paraît être une double erreur. On méconnaît ainsi l'existence d'une lésion qui ne peut être contestée et on élimine de la pathologie péri-utérine une forme inflammatoire qui peut contribuer à démontrer l'exacte filiation des inflammations qui se développent dans la région.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de ces lésions que nous avons énumérées plus haut demanderait un volume entier, puisqu'il s'agit de la description complète des maladies des annexes et des parties avoisinantes; il nous a fallu associer dans une étude générale des lésions que l'on arrivera certainement à dissocier dans l'avenir.

Dans l'énumération que nous avons donnée plus haut, certaines lésions peuvent être des maladies primitives.

Les ovarites traumatiques, les ovarites à petits kystes, certaines ovarites hémorrhagiques, les salpingites tuberculeuses, peuvent être des maladies primitives.

Les autres variétés de salpingite et d'ovarite au contraire sont des maladies secondaires. Ce sont des suites et des résidus de maladies péri-utérines dont le point de départ a été le vagin, le col ou le corps de l'utérus et plus on opérera de malades, plus l'étude anatomo-pathologique de ces cas sera variée parce qu'on les étudiera à des états différents.

Au milieu de ces lésions il faut faire une place à la salpingite vraie; j'ai observé quelques-uns des plus beaux exemples de la salpingite purulente et les dessins qui suivent en peuvent donner une bonne idée.

La trompe distendue par du pus est habituellement complètement close. La paroi en est tomenteuse, blanchâtre ou rougeâtre par place, de petits replis blancs sont

souvent considérés comme étant de nature tuberculeuse.

Dans le plus grand nombre des cas l'extrémité utérine de la trompe paraît saine.

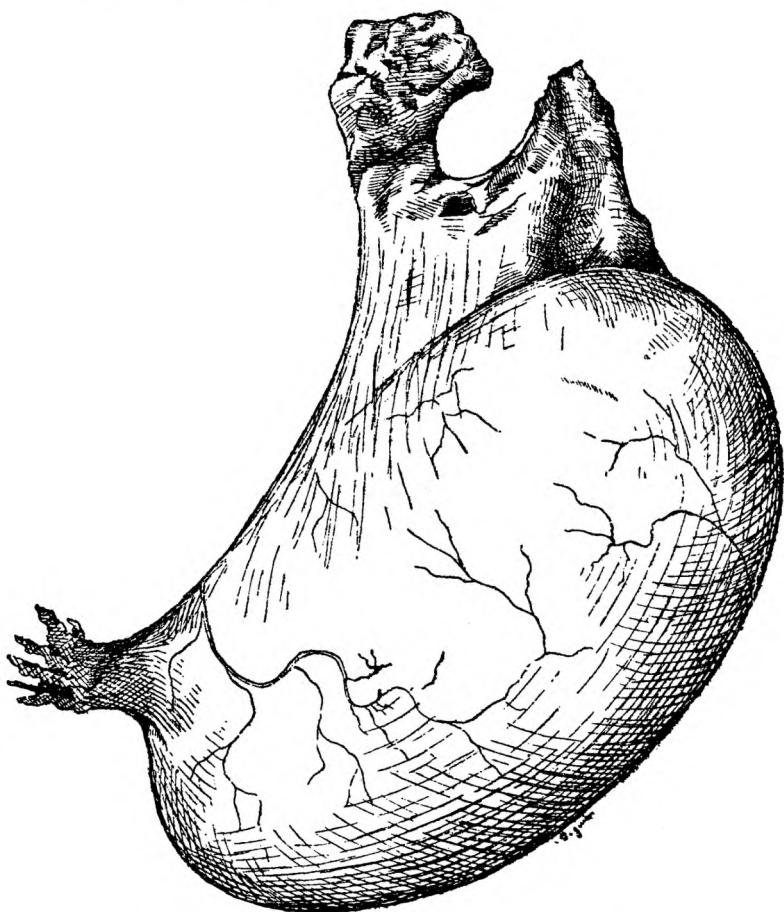


Fig. I. Représente en demi-grandeur la trompe gauche de la femme B. opérée à Saint Louis, le 9 janvier 1888. Les trompes étaient à peu près du même volume 1000 et 1200 grammes de pus. La paroi de la poche est épaisse, la muqueuse gris-rougeâtre, l'ovaire était un peu adhérent. Extrémité tubaire oblitérée. Guérison rapide.

J'ai présenté 4 dessins qui me paraissent donner une idée assez exacte de l'aspect des cas type de salpingite. La figure I représente la salpingite purulente la plus volumineuse que j'aie observée et peut être la plus volumineuse dont on ait la description. La figure donne seulement la moitié de la grandeur naturelle. Cette trompe contenait 1200 grammes de pus. Celle du côté opposé contenait 1000 gr. On peut voir que l'ovaire anormalement développé est enlevé avec la trompe; il occupe l'extrémité opposée au pavillon. J'ai opéré la malade, âgée de 37 ans, à Saint-Louis, le 7 janvier 1888. Elle a très bien guéri et j'en ai eu des nouvelles récentes.

Les deux tumeurs suivantes appartenaient à une jeune

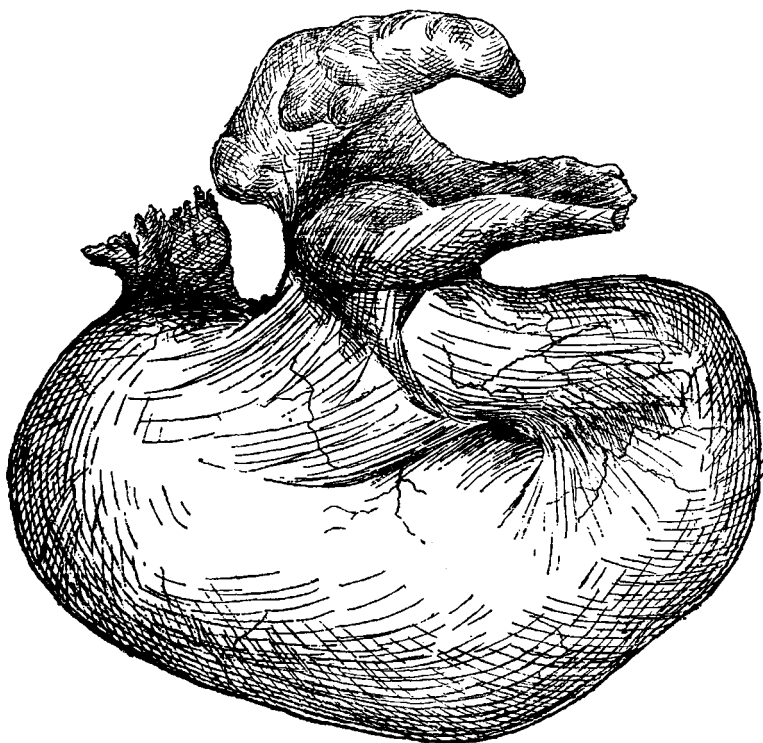


Fig. II. Trompe et ovaire droits de la femme C. opérée à l'hôpital Saint-Louis le 6 février 1888. La trompe en forme de cornemuse est distendue par un pus crémeux épais. La paroi est très épaissie; l'ovaire a présenté des adhérences assez considérables qui ont été dures à déchirer. La pièce est dessinée en grandeur naturelle. L'ovaire y est complet. La petite extrémité tubaire est oblitérée.

femme que m'avait adressée le D^r Alibert, de Figeac. Agée de 24 ans, elle n'avait pas eu d'enfant.

Je l'ai opérée à Saint-Louis le 6 février 1888. La figure III représente la trompe gauche dilatée par du pus, je l'ai enlevée sans l'ovaire, que j'ai enlevé séparément. Ici la forme de paroi est très remarquable.

La forme de cornemuse est plus accentuée dans la figure II, qui représente la trompe dilatée par du pus du côté droit

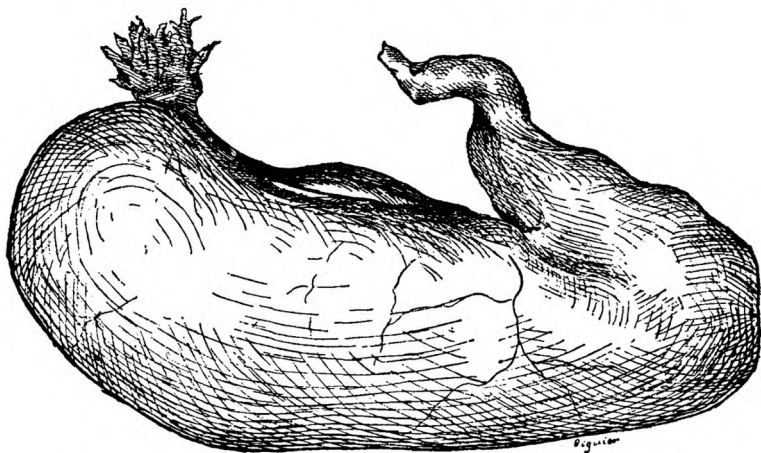


Fig. III. Trompe gauche de la femme G. grandeur naturelle. Cette trompe bien isolée de l'ovaire avait peu d'adhérence ; elle a pu être détachée facilement et séparée de l'ovaire. Celui-ci, au contraire, était très adhérent, a été détaché avec peine d'un fragment d'épiploon qui a été détaché à son tour et réséqué. La paroi du sac était épaisse. La petite extrémité du sac tubaire était oblitérée.

enlevée avec l'ovaire volumineux. Ces deux figures sont de grandeur naturelle.

La malade a bien guéri et je l'ai revue tout récemment, bien portante et non réglée.

La figure IV représente, un peu moins grande que nature, une salpingite kystique. La tumeur tubaire était dilatée par un liquide transparent. L'ovaire, accolé à la trompe, contenait de petits kystes. La pièce vient d'une femme que j'ai opérée à Saint-Louis le 30 janvier 1888. Elle m'avait été adressée par mon collègue le D^r Landrieux. Elle présentait des phénomènes de paralysie des membres inférieurs avec paralysie de la vessie que M. le D^r Landrieux considérait comme réflexes de la tumeur des annexes.

Elle guérit bien, et M. Landrieux m'apprit depuis qu'elle avait recommencé à marcher ; dès avant la sortie de l'hôpital, la paralysie vésicale avait disparu.

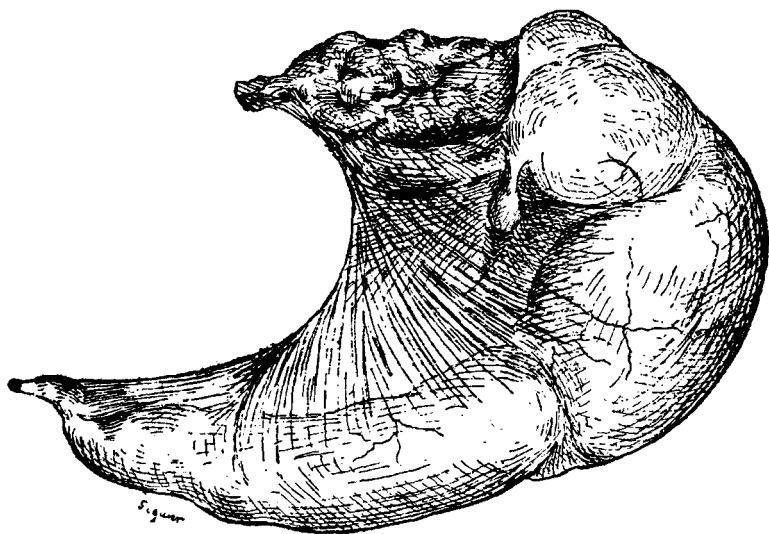


Fig. IV. Hydro-salpingite droite avec ovaire kystique et induré enlevée le 30 janvier 1888 sur la femme D. Parois de la poche mince transparente. Liquide limpide, petits kystes du ligament de la trompe. Extrémité utérine mince et bien oblitérée. La figure est un peu plus petite que les dimensions de la tumeur.

Ces exemples suffisent à indiquer les tumeurs des plus topiques, les salpingites vraies.

Parmi les faits que je tiens à signaler, il y en a un très intéressant relevé par mon collègue le D^r Poirrier au cours d'études et d'inspections très remarquables des lymphatiques de l'utérus. Il a noté que toutes les adhérences péri-utérines fourmillaient de lymphatiques dilatés.

Traitement médical des maladies des annexes.

Les choses ainsi posées, quelles sont les ressources de la thérapeutique ? Il est aisé de comprendre, de prime abord, que celles de la thérapeutique médicale sont limitées. Il est possible, sans doute, que les ovaires enflammés se sclérosent, que les foyers inflammatoires se rétractent. Il est possible aussi que, par des soins réguliers, la conges-

tion ovarienne périodique étant moins intense, l'état du sujet devienne tolérable ; et, lorsque la ménopause arrive, il n'est pas rare de voir des femmes qui avaient souffert toute leur vie se mettre à marcher sans douleurs, et jouir d'une amélioration considérable.

Le meilleur traitement sera celui qui agira par la révulsion la plus puissante et qui modérera les congestions des annexes, qui jouent un si grand rôle dans les manifestations douloureuses.

Tout en considérant la laparotomie comme le seul traitement définitif et complètement efficace des maladies des annexes, dans la pratique il est possible de beaucoup amender les accidents sans intervention chirurgicale, surtout s'ils ne sont pas très anciens. Un certain nombre de femmes se contenteront de ces améliorations, tandis que d'autres, mieux avisées, accepteront les opérations faites de bonne heure avec peu ou point de mutilation et garantissant l'avenir.

Mais avant d'indiquer les moyens à employer, il y a lieu de réagir contre certaines habitudes et de montrer le bien que l'on fait rien qu'en évitant certains traitements communs.

Au premier rang sont les injections vaginales. Conseillées autrefois déjà un peu à tort et à travers, elles sont passées aujourd'hui à l'état de rage ; sous le nom d'irrigation, elles comptent, selon moi, pour une large part dans la production et surtout dans l'aggravation des maladies utérines et péri-utérines. Je crois donc que le pire des conseils que l'on puisse donner aux malades qui nous occupent, c'est de faire des injections abondantes et répétées froides ou chaudes. Aux femmes qui ont l'habitude d'en faire, je les fais supprimer en subordonnant leur emploi aux cas où les écoulements sont abondants ou fétides au point de gêner beaucoup. Mais c'est là un fait rare et, d'ordinaire, la suppression complète des injections a pour résultat immédiat de diminuer les douleurs habituelles des malades.

Je crois que les injections sont douloureuses et dangereuses parce qu'elles irritent le col utérin. Je considère donc comme plus mauvaises encore les irritations plus violentes et plus directes qui résultent de la cautérisation et de la dilatation du col. Non seulement elles ne doivent pas être conseillées comme traitement des maladies des annexes, mais elles ont eu souvent pour résultat de beaucoup aggraver la situation des femmes.

J'en dirai autant du traitement tout théorique qui consiste à dilater le col et à cureter ou cautériser la cavité utérine. Le prétexte, c'est que la maladie n'est qu'une ex-

tension de celle de la muqueuse utérine. En guérissant celle-ci, on fera tarir la source des microbes que l'utérus verse incessamment dans la trompe; et ceci est tellement un article de foi qu'un des auteurs de monographie sur le sujet menace des accidents les plus graves les chirurgiens qui n'auront pas procédé avant toute opération, sur les annexes, à un nettoyage parfait du vagin et de l'utérus.

Mieux informé des résultats de la pratique chirurgicale, il aurait pu savoir que sans jamais faire un nettoyage vaginal ni utérin, j'ai des résultats irréprochables dans un nombre considérable d'opérations pour les maladies des annexes. La pratique démontre la vanité de ces précautions dictées par une théorie défectueuse. Les 80 opérations que j'ai faites avec 1 seul cas de mort répondent à ces affirmations.

Pour des raisons du même ordre, il faut critiquer plus sévèrement encore l'intervention qui consiste à vider la trompe par le cathétérisme de l'orifice utérin. Il suffit d'avoir vu des trompes malades pour mettre en doute la possibilité d'un pareil résultat. Mais même si on pouvait l'obtenir, il ne mènerait à rien, car la distension de la trompe est loin d'être le phénomène important dans toutes ces maladies.

Ceci dit, sur les pratiques à éviter, que faut-il faire? Le premier soin doit consister à assurer une époque menstruelle très calme. Il faut exiger des malades un repos absolu, depuis le commencement des règles jusqu'à la fin. On rend ainsi les règles plus normales, plus courtes, moins douloureuses; ordinairement, le mois qui suit est beaucoup meilleur.

Les bains soulagent d'ordinaire beaucoup. Toutefois, je conseille de se défier beaucoup des bains très prolongés suivis d'une poussée nouvelle de congestion utérine. Je prescris d'habitude des bains sulfureux aux malades qui ont des fleurs blanches.

Pour calmer les crises douloureuses, je conseille le chloral en lavement, réservant, autant que possible, l'opium et les injections de morphine pour les cas où l'opération va être faite.

On doit se préoccuper beaucoup de la régularité des selles. D'abord, rien ne favorise davantage la congestion utérine que l'accumulation des matières dans le gros intestin. Puis, il ne faut pas oublier que chez la plupart de ces malades, il y a des adhérences intestinales plus ou moins étendues qui gênent la circulation intestinale. Il faut donc la favoriser par tous les moyens, en évitant parmi les purgatifs, les drastiques qui congestionnent l'uté-

rus. Il y a lieu de conseiller l'usage fréquent des lavements qui assure que le rectum est bien vide.

Ce sera là, en quelque sorte, l'hygiène spéciale de la malade. Quant au traitement proprement dit, il ne comprend qu'un seul moyen vraiment efficace, la révulsion. Celle-ci peut être effectuée par les vésicatoires répétés, les moyens anodins étant mis de côté. Mais c'est l'application de pointes de feu qui constitue le véritable traitement et, pour ma part, je considère que quand il a échoué il n'y a plus de ressource que dans l'opération.

Ces pointes de feu doivent être appliquées avec une certaine énergie. Elles doivent être multipliées, mais superficielles, de façon à être répétées assez fréquemment. Elles peuvent être étendues à une grande surface du ventre, car elles agissent sans être placées exactement en face du point douloureux. On peut ordinairement répéter deux fois chaque mois ; à cause de l'époque menstruelle, il est difficile d'agir plus souvent. Les femmes les acceptent plus facilement qu'on ne croirait ; elles les supportent bien, surtout aussitôt qu'elles se sont senties soulagées ; elles les redemandent. Si les pointes de feu doivent être efficaces, leur action est assez rapide. J'ai vu des femmes qui, en deux mois de temps, avaient éprouvé une telle amélioration, qu'elles se considéraient comme guéries. Le plus grand nombre sont seulement soulagées. Elles ont des périodes d'accalmie plus ou moins longues qui sont suivies du retour du mal à l'occasion d'incidents divers, cause de fatigue locale et générale. Chez beaucoup de femmes, on n'arrive qu'à calmer un symptôme dominant. J'ai réussi à diminuer ainsi soit la douleur des reins, soit les pertes, soit les vomissements, etc.

Si l'application des pointes de feu ne donne pas une amélioration évidente, il ne faut compter sur aucun traitement médical ; une opération seule donnera des résultats et les donnera définitifs.

Je donne volontiers le conseil de toujours passer par cette médication, parce que c'est la seule qui agisse et aussi parce qu'en diminuant les phénomènes congestifs elle prépare très bien la malade à subir l'opération. Il est en quelque sorte inutile d'ajouter qu'en face d'une malade résolue ayant une tumeur nette et quelque durée du mal, on peut se passer et je me passe souvent de cette épreuve.

En ce qui concerne les fleurs blanches, elles diminuent en même temps que diminuent la congestion utérine. Si elles sont très persistantes, des lavages du vagin et du col avec un antiseptique puissant : sublimé, acide phénique suivi de tamponnement les feront disparaître. Ces lavages

doivent être faits par le médecin qui seul peut faire le pansement consécutif.

Traitement chirurgical.

Mais la valeur du traitement médical, valeur toute relative est jugée, il n'y a plus lieu de traîner des efforts inutiles. Si on avait encore quelques doutes sur les nécessités d'intervention radicale, il suffira d'étudier les lésions que la laparotomie va découvrir pour se rendre compte de la vanité des demi-mesures. Plus nous progresserons et plus nous verrons combien la nécessité de ces interventions est fréquente.

Il y a des altérations organiques, des résidus de lésions inflammatoires contre lesquelles rien ne fera que la destruction chirurgicale. Que donneraient les petites interventions sur l'utérus, dilatation du col, curage, cathétérisme des trompes, dont le moindre défaut est de s'adresser à une lésion qui n'existe pas, la fameuse métrite muqueuse coexistant, dit-on, avec la salpingite qu'elle a amenée. Quand on songe que dans le plus grand nombre de ces cas les adhérences qui fixent les organes dans des situations vicieuses, qui retiennent l'épiploon, l'intestin, la vessie, l'ovaire, l'utérus, sont les causes les plus importantes des douleurs, on se demande ce que peuvent bien faire ces interventions? Elles ne peuvent rien de bien; en revanche, elles font perdre un temps précieux, elles peuvent même être l'occasion de complications inflammatoires qui rendront plus laborieuses les opérations auxquelles il faudra toujours avoir recours.

Quelle est la nature de l'opération à faire? La théorie régnante de la salpingite semble indiquer qu'il n'y a qu'une opération possible, l'ablation des trompes, et c'est une première inconséquence des chirurgiens qui admettent cette théorie que de ne se limiter jamais à cette ablation. Ils enlèvent toujours l'ovaire; en revanche, ils font l'ablation des annexes toujours bi-latérale, car le moindre gonflement de la trompe leur suffit pour affirmer qu'elle est un foyer d'infection.

Laparotomie pour destruction des adhérences.

Je crois qu'il y a grand intérêt à considérer les choses tout autrement et qu'on peut guérir les malades *en les mutilant moins*. Dans un très grand nombre de cas, en effet, si les lésions ne sont constituées que par des adhérences, on peut très bien se contenter de les détacher, de libérer l'épiploon, l'intestin, les ovaires ou les trompes sans enlever

ces derniers organes. Je l'ai fait plusieurs fois avec des résultats satisfaisants.

Le pis aller dans un cas de ce genre serait d'exposer la patiente à une nouvelle opération si on échouait. Or, une tentative de conservation des ovaires chez une jeune femme vaut bien qu'on s'expose à quelque inconvénient ; beaucoup consentiraient certainement à craindre l'ennui d'une nouvelle laparotomie pour tenter de conserver leurs ovaires.

Je suis absolument convaincu que si l'on opérât rapidement, sans s'attarder par des pratiques illusoire et nuisibles, on aurait de nombreuses occasions de faire de semblables opérations. Je le crois d'autant mieux que je suis convaincu que ces opérations sont bonnes non seulement lorsque les ovaires et trompes sont tout à fait sains, mais même quand ils sont atteints de certaines lésions qui n'entraînent pas de troubles graves par elles-mêmes. Ce n'est pas une vue de l'esprit, j'ai une expérience assez considérable de ces cas, j'ai pratiqué assez d'opérations où je n'ai fait que des destructions d'adhérences, soit qu'il ait été impossible de faire autre chose, comme dans mes cas les plus anciens, soit, comme dans des cas plus récents, qu'après avoir bien détruit les adhérences, j'ai constaté que trompes et ovaires étaient sains et décidé de les conserver.

Dans les deux circonstances j'ai eu certains résultats donnant toute satisfaction. Dans mes observations 3, 5, 7, 8, 9 (2^e tableau), les femmes sont restées sans douleurs, les règles sont devenues normales. La grossesse est-elle possible ? L'avenir nous le dira, mais elle n'est pas invraisemblable, et les femmes peuvent garder toutes leurs illusions.

Ablation unilatérale des annexes.

Quant aux opérations dans lesquelles l'ovaire est enlevé, il y a lieu de distinguer les cas où l'ablation de l'ovaire est bilatérale et ceux où elle est unilatérale ; au point de vue de la mutilation, il y a un grand intérêt ; on pourrait croire aussi, a priori, que l'opération des deux côtés est plus grave que l'opération unilatérale ; ce serait une erreur : l'opération unilatérale m'a toujours paru avoir des suites plus difficiles que l'opération bilatérale. Aussi, quand aucune considération relative à la jeunesse du sujet ne vous pousse à tenter la conservation de la vie menstruelle, il est plus sage d'enlever les deux ovaires ; on a le double avantage d'assurer la cure radicale des accidents et d'avoir des suites plus simples.

Ce qui détourne de limiter son opération à un ovaire,

c'est qu'il arrive très communément que le second ovaire, tout en étant moins atteint, est touché déjà par le mal et, si on le conserve, devenu malade à son tour, il renouvelle à droite la maladie que l'on avait supprimé à gauche. Mais nous pouvons affirmer déjà que cela peut tenir pour beaucoup à notre tardive intervention. Si, au lieu d'attendre qu'une ovarite ait pendant des années déterminé des troubles de menstruation, on opérât les femmes d'assez bonne heure, il est infiniment probable qu'on aurait de nombreuses occasions de faire cette opération unilatérale et de la faire dans de meilleures conditions. J'ai eu, pour ma part, l'occasion de la pratiquer dans onze opérations, et ma conviction est qu'il y a des cas déjà où les résultats se maintiendront bien.

Voici donc deux sortes d'opérations ne mutilant pas définitivement à peine pratiquées, à peine connues même, et vers lesquelles le chirurgien sera d'autant plus porté qu'il sera plus convaincu de la réalité de mes vues sur la pathogénie des maladies développées sur les parties latérales de l'utérus. Reste la grande mutilation, l'ablation des deux ovaires.

Ablation des annexes des deux côtés.

L'ablation des deux ovaires et des deux trompes est à peu près la seule opération que l'on ait opposé couramment à la salpingite.

On pourrait croire au premier abord que cette opération n'a pour but que d'enlever des parties malades (les trompes) et n'agit que par ce mécanisme. Cela est vrai dans certains cas, puisque l'opération unilatérale peut alors suffire. Mais, il est bien évident aussi que la disparition des ovaires doit influencer l'organisme localement et généralement. Si on veut savoir quel est l'avenir des opérées, il faut tenir compte de ces deux conditions. Les ovaires enlevés, les règles doivent disparaître, l'utérus doit s'atrophier, les congestions abdominales doivent diminuer et avec elles les symptômes douloureux et les phénomènes nerveux. Nous sommes déjà loin de nous contenter de la disparition des trompes malades.

C'est bien ainsi que les choses se passent, mais avec une variabilité extrême. Chez certaines femmes, probablement chez celles qui souffrent le plus et depuis le plus longtemps, l'opération arrête brusquement les accidents, et, sans aucune transition, la patiente passe de l'état de maladie à l'état de santé parfaite. Chez beaucoup de femmes, surtout les très jeunes, les grandes douleurs disparaissent bien avec l'ablation des ovaires, mais il n'est pas rare d'ob-

server des phénomènes de congestion locale et générale irréguliers et destinés à disparaître plus ou moins rapidement, à l'instar de ces congestions que l'on note chez les femmes chez lesquelles la ménopause naturelle est en train de s'établir.

Ces phénomènes s'accompagnent quelquefois d'hémorragie utérine, ce qui fait croire aux règles, mais beaucoup plus souvent d'hémorrhagie supplémentaire du nez, du rectum et plus rarement des voies aériennes.

Ce qui distingue ces phénomènes de ceux de la ménopause vraie, c'est qu'ils sont beaucoup moins intenses et de beaucoup plus courte durée.

La conséquence de ces faits c'est que, dans les temps qui suivent les opérations, les femmes, quoique très améliorées, ne sont pas aussi bien qu'elles seront plus tard. L'amélioration se fera d'autant plus rapide et plus complète qu'on s'éloignera davantage de l'époque de l'opération. Comme corollaire de cette observation, on peut constater par le toucher que l'utérus ne s'atrophie d'une façon appréciable qu'au bout d'un certain temps. On trouvera donc bien naturel que les phénomènes de la congestion utérine se maintiennent encore quelque temps et que l'augmentation de volume du corps ne disparaisse que peu à peu.

Ce résultat éloigné de la castration n'était certainement pas celui qui était recherché lors des premières opérations, et cependant il est considérable pour le rétablissement de la santé.

Faut-il tenir compte d'autres conséquences de la castration ? On se préoccupe d'une façon singulière de ce fait qu'après la castration les femmes n'auront plus d'enfants et on fait de grandes phrases sentimentales et même économiques sur le sujet. Cela m'a toujours paru tenir de l'enfantillage. Si on opère ces femmes, c'est précisément que leurs ovaires ne valent rien ; elles sont d'ordinaire stériles depuis longtemps et celles qui sont devenues enceintes ont fait des séries de fausses-couches. Pour les unes comme pour les autres, on ne change que l'aptitude à la maladie et non l'aptitude à la procréation.

On s'est beaucoup préoccupé de savoir si cette castration ne fait pas disparaître complètement le sens génital. Notre expérience est assez étendue aujourd'hui pour répondre à cette question comme d'autres ovariologistes l'ont déjà fait du reste. La castration ne paraît pas modifier beaucoup chez la femme le désir ni les satisfactions génitales ; les femmes se trouvent ensuite à peu près comme auparavant. J'ai même eu l'occasion de voir une femme continuer à se masturber comme par le passé. Mais, comme

chez la femme bien plus que chez l'homme, l'exercice et le côté psychique jouent un rôle considérable, il y a lieu de penser que pour que la femme conserve ses aptitudes génitales, il ne faut pas qu'elle en abandonne l'exercice. Si donc une femme devait être privée de tous actes sexuels pendant des mois ou des années, il est probable qu'elle en perdrait plus facilement le goût et l'habitude qu'une femme en possession de ses ovaires. En somme, la transformation de la femme de ce fait est si peu accentuée qu'on ne saurait en faire un inconvénient bien grave pour les patientes.

Action de l'ovariotomie double sur les règles.

C'est aujourd'hui une question bien controversée que celle de la disparition de la menstruation succédant à l'ablation des ovaires. Si l'observation fait connaître des faits contradictoires, cela tient probablement à ce qu'on avait jugé à priori la question beaucoup plus simple qu'elle ne l'est en réalité. Deux causes principales peuvent beaucoup troubler le résultat prévu : 1° l'ablation totale de la substance ovarienne est beaucoup plus difficile qu'on ne le croit ; 2° l'organisme accoutumé à des évacuations régulières continue souvent pour quelque temps à faire effort dans le même sens, et les pertes de sang qui se produisent irrégulières, peu abondantes sont les dernières manifestations d'une habitude organique disparaissant. Elles ne donnent pourtant pas le droit de dire que les règles ont persisté.

La forme de l'ovaire n'est pas celle qu'on lui attribue généralement. L'amande qu'elle est sensé représenter est terminée par deux queues dont l'une, celle qui est en dedans, se prolonge quelquefois jusqu'au tissu utérin. Il est alors impossible avec un seul fil qui ramasse trop de tissu de passer bien au-dessous. J'ai l'habitude d'employer trois fils séparés, ce qui permet de passer le plus bas possible et je suis convaincu, malgré cela, qu'en certaines circonstances j'ai dû laisser une petite quantité de tissu ovarien. Précisément dans les cas d'ovarite, il est souvent impossible de dégager la substance ovarienne des adhérences et du ligament large sans que quelques fragments d'ovaire restent en place.

Il résulte de cette observation qu'il est difficile d'assurer une femme opérée pour ovarite ou pour salpingite, qu'elle n'aura plus ses règles, tandis qu'on peut le faire pour les femmes auxquelles on pratique la castration proprement dite sur des ovaires sains.

Pour les femmes jeunes surtout, l'organisme accoutumé

aux congestions et aux hémorrhagies périodiques a quelque peine à s'en déshabituer ; aussi les poussées de congestion vers la face, vers les extrémités constituent un des petits inconvénients à observer après les opérations. Les hémorrhagies qui succèdent à ces poussées de congestion se font souvent ailleurs que sur l'utérus. Cependant on les y rencontre quelquefois ; on dit alors que la femme a ses règles.

Dans les deux cas précédents, ces écoulements sanguins ont peu de chances de se maintenir. Dans le cas où il est resté un fragment d'ovaire, il arrive souvent que ce fragment ne serve à la menstruation que pendant un temps très court et la ménopause artificielle, au lieu de débiter immédiatement, ne s'établit que peu à peu. J'ai eu l'occasion de constater que des femmes citées comme ayant vu persister leurs règles après l'ablation des ovaires, les avaient perdues peu après et cela bien avant l'époque normale de l'âge critique.

La menstruation disparaît beaucoup plus vite quand il ne s'agit que de ce que nous avons appelé l'habitude de la congestion. Il y a toutefois une cause de persistance des règles qui ne paraît pas avoir attiré l'attention des observateurs, ce sont les excès de coït.

Ils ne sont pas rares pour une double raison : les femmes qui ont été privées, qui ne souffrent plus, se livrent volontiers au coït. Puis il faut bien le dire, certaines de ne pas avoir de grossesse, elles s'y livrent plus volontiers ; j'ai eu des renseignements assez précis sur ce point dans un cas de castration pour corps fibreux, cas où j'étais bien sûr de l'ablation des ovaires et où les résultats de l'opération furent singulièrement contrariés par des excès de coït intempestifs.

Opération.

Si les opérations sur les annexes de l'utérus doivent être variées, elles doivent remplir certaines conditions générales. L'incision abdominale doit être pratiquée avec une certaine modération. Je crois bien inutile d'en exagérer les petites dimensions parce qu'avant toutes choses il faut que l'opération soit complète et il n'y a d'intérêt à faire de petites incisions que pour les chirurgiens qui, faisant peu ou mal la chirurgie antiseptique, craignent de découvrir largement les viscères ou d'avoir quelques points de suture suppurés.

Les opérations sont souvent difficiles, au point que bien des chirurgiens les ont fait partielles ou ne les ont pas terminées du tout. Dans les cas les plus faciles, l'introduc-

tion de deux ou trois doigts suffit, mais dans les cas difficiles toute la main est nécessaire. Les doigts ou la main doivent s'orienter pour chercher les parties malades en se dirigeant vers l'angle de l'utérus et en arrière. Cependant les tumeurs se développent aussi en haut et en avant ; elles peuvent adhérer à la vessie d'une façon très intime.

Une disposition fréquente et qui peut rendre l'opération fort laborieuse est la suivante : la tumeur ovario-salpingienne a pénétré le ligament large, l'a dédoublé en quelque sorte en pénétrant entre les deux feuilletts. Cette disposition avait autrefois frappé Aran lorsqu'il décrit les maladies des annexes. Dans ce cas l'intervention ne consiste pas seulement à détacher des adhérences ; il faut ouvrir le ligament large, énucléer les tumeurs en confectionnant un pédicule. J'ai vu la tumeur s'infiltrer ainsi dans la substance de l'utérus, le dédoubler en quelque sorte ; l'énucléation, dans deux cas, avait en quelque sorte divisé en deux la substance de l'utérus.

Les adhérences sont détachées avec les doigts ou avec les ciseaux suivant leur résistance, et généralement cette manœuvre s'accompagne de la perte d'une notable quantité de sang.

Les pédicules que l'on forme sont presque toujours assez larges, et il est rare que je mette moins de 3 fils de soie pour les enserrer. Le pédicule large est court, aussi faut-il prendre grand soin de ne pas faire de ce pédicule une corde tendue et dure.

On doit souvent arrêter quelque hémorrhagie due à des adhérences avec des ligatures au catgut. Je cautérise les pédicules, je fais le nettoyage et je procède à la fermeture de l'abdomen.

Mais ce sont là des opérations beaucoup plus complexes qu'une description rapide ne saurait le faire croire, et la moyenne des interventions de ce genre est infiniment plus difficile que celle des ovariectomies pour kystes de l'ovaire.

Statistique et résultats obtenus pour l'ablation unilatérale et bilatérale des annexes.

Je pense qu'aucune justification de ce que j'ai avancé au cours des pages précédentes ne peut être meilleure que celle qui peut être tirée de l'exposé complet de ma pratique telle que je l'ai fait déjà pour mes opérations de cure radicale de hernie. J'attache pour ma part peu d'importance aux petits groupes de chiffres ; c'est pour cela que, pour ne publier que des propositions ayant leur valeur, j'attends toujours que je puisse offrir un nombre respectable de faits ; j'ai donc réuni 65 observations d'ablation d'annexes malades et 10 opérations faites pour adhérences ; soit un total de 75 interventions par la laparotomie pour maladie des annexes (1).

On ne trouvera dans toutes ces interventions qu'un seul cas de mort, n° 18.

Celui-ci s'est produit en ville résultant d'accidents nerveux, sans aucune apparence d'accidents septiques ; et je n'en ai vu d'autre explication, pour ma part, qu'un défaut d'isolement d'un malade dont le système nerveux était hautement surexcité.

Il s'était agi d'une opération difficile, ovarite et salpingite suppurées anciennes ; mais le tableau contient beaucoup d'opérations beaucoup plus laborieuses et plus difficiles heureusement terminées.

Il y a un bon nombre d'opérations unilatérales (12) et je suis disposé à les multiplier aujourd'hui. J'en ai observé d'excellents résultats. Cependant, je prévois que certaine malade devra être réopérée. Il y en a au contraire chez lesquels tous accidents ont bien disparu et me donnent le meilleur espoir pour l'avenir.

En parcourant le tableau on trouvera sommairement indiquées toutes les lésions que j'ai décrites avec soin. Mais cette lecture ne pourrait donner une idée de l'extrême difficulté de certaines opérations. Dans quelques-unes, des poches purulentes ont été déchirées, de telle sorte que le pus s'est épanché au loin sur les anses intestinales. Dans d'autres, j'ai dû disséquer des anses intestinales dans une étendue considérable. Je n'ai observé aucun accident sérieux. Un seul cas de suppuration très heureusement terminée.

(1) Au moment de la mise sous presse, de nouvelles opérations portent ce chiffre à 80.

Pour toutes mes malades, la principale préparation est le repos. Je n'attache aucune importance aux prétendues purifications vaginales et utérines, je ne les ai jamais faites.

Aucune malade n'a été drainée quelle qu'ait été l'importance de l'opération ; et les suites n'ont pas été moins bonnes. Je crois même que cette absence de drainage a joué un rôle dans le succès.

Je n'ai jamais fait les lavages péritonéaux si fort à la mode. Du reste, je ne fais là qu'appliquer une règle chirurgicale générale.

Je crois les procédés d'irrigation absolument inutiles avec l'antisepsie vraie, et j'agis pour les laparotomies comme pour toutes les autres opérations. J'estime du reste que pour la laparotomie la chirurgie doit être la même que pour toutes les autres opérations.

Presque toutes ces laparotomies ont été faites à l'hôpital où je n'ai qu'une salle d'opération commune pour tout le monde, hommes et femmes ; où le lit est une table de bois, et où je n'ai cherché aucun des raffinements de ceux qui se figurent que la chirurgie antiseptique est une question de matériel.

Je n'ai jamais fermé à personne la porte de la salle. Ordinairement un grand nombre de médecins et d'étudiants assistent à ces opérations.

Les opérées sont reportées dans une sorte de box ou petite chambre où elles passent 3 ou 4 jours au calme pour rentrer ensuite dans la salle commune.

Les résultats immédiats sont pour presque toutes les femmes un soulagement immédiat. Il est tel en général qu'on a beaucoup de peine à retenir les femmes à l'hôpital au-delà de la troisième semaine, terme avant lequel je ne permets pas le lever. (*Voir les dates de sortie*).

J'ai remarqué que celles qui sortent aussitôt ont des douleurs secondaires plus souvent que celles qui ont gardé le repos plus longtemps.

J'ai noté avec soin dans le tableau les femmes sur lesquelles j'ai eu des renseignements assez longtemps après l'opération. Ceux-ci sont très encourageants. Une seule femme m'a dit avoir des douleurs très vives qui ont cédé aux pointes de feu et au repos. Une autre aurait été opérée depuis par un chirurgien qui lui aurait détaché des adhérences, ce qui l'aurait soulagée.

Ce sont les plus mauvais résultats que j'aie observés.

Pour la presque totalité des cas, les douleurs habituelles

ont disparu. Les femmes marchent et se tiennent debout (il y en avait qui étaient presque constamment couchées et incapables de faire un pas).

En général, les malades ont engraisé. Les attaques de nerfs ont diminué ou disparu.

La ménopause artificielle présente bien quelques incon-vénients qui s'effacent peu à peu et ces malades comptent parmi celles auxquelles l'opération a rendu les services les plus considérables.

Enfin, quels que soient les résultats, on peut constater qu'ils vont en s'améliorant, et pour toutes les femmes dont on a des nouvelles un peu tardives, on constate ce résultat très encourageant.

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
1	L. (Augustine), femme G., 25 ans, polisseuse. Isolement, lit n ^o 10. — Entrée le 19 octobre.	Douleurs ovariennes. Ovarite kystique double.	26 décembre 1887.
2	B. (Marie), femme M., 37 ans, sans profes. Isolement, lit n ^o 23. — Entrée le 17 décembre 1887.	Double pyosalpingite; début à droite quatre ans; à gauche, quelques mois. Deux tumeurs distinctes au palper. Utérus refoulé à gauche. Ponction de la tumeur droite 1200 gr.	9 janvier 1887.
3	D. (Mathil.). Envoyée par le D ^r Landrieux, 40 ans, sans prof. Isolement, lit n ^o 18. — Entrée le 6 janvier 1889.	Hydrosalpingite droite et ovarite chronique. Au toucher, tumeur vague dans le cul-de-sac droit. Corps fibreux utérins.	30 janvier 1888
4	A. (Céline), fem. C. Envoyée par le D ^r Alibert, de Figeac. 30 ans, modiste. Isolement, lit n ^o 8. — Entrée le 19 janvier 1888.	Pyosalpingite. Ovaire droit malade. Fausse-couche il y a quatre ans. Empâtement peu net du cul-de-sac gauche. Tumeur sentie au palper au-dessus de l'utérus.	6 février 1887.
5	B. (Augustine), femme V., 25 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 23. — Entrée le 18 mars 1888.	Salpingites. Trompes fermées et contenant des végétations. Adhérences ovariennes. Petits kystes dans l'ovaire gauche; foyers hémorragiques dans le droit.	16 avril 1888.
6	H. (Joséphine), 19 ans, plumassière. Isolement, lit n ^o 6. — Entrée le 31 mars 1888.	Salpingites et kystes hémorragiques des 2 ovaires. 2 accouchements; depuis souffre constamment. Tumeur abdominale à gauche. Au toucher, empâtement du cul-de-sac gauche.	14 mai 1888.
7	B. (Thérèse), 23 ans, 23 ans, blanchiss. Isolement, lit n ^o 13. — Entrée le 4 mai 1888.	Salpingites végétantes des 2 trompes avec adhérences des ovaires. Souffre depuis 2 ans à la suite d'une fausse-couche. 2 ^e fausse-couche il y a 8 semaines. Ovarites.	4 juin 1888.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Ablation des ovaires et des trompes.	1 h. chloroforme 100 grammes.	Beaucoup d'agitation le lendemain. — Sortie le 5 février 1888. Excellentes nouvelles au bout de 1 an 1/2.
Laparotomie : extirpation des deux tumeurs, celle de gauche adhérente enlevée la première ; celle de droite très grosse (estomac moyennement dilaté) ; pédicules contenant l'ovaire 2 fils.	1 h. 20 100 grammes.	Sort en bon état le 3 mars, après avoir été un peu long à se remettre ; a eu pendant 5 jours un léger écoulement de sang par le vagin. Nouvelles six mois plus tard.
Ablation des ovaires et des trompes des deux côtés : la trompe droite dilatée et l'ovaire malade (2 fils). La trompe gauche saine et ovaire kystique, 2 fils.	1 h. 100 grammes.	Cette femme présentant des troubles d'ataxie locom. a très bien guéri de l'opération. Les troubles paralytiques ont beaucoup diminué. Sortie le 19 mars 1888. Grande amélioration le 22 avril 1889.
Ablation des trompes dilatées et des deux ovaires. Le gauche adhérent, enlevé séparément. Résection d'épiploon adhérent à l'ovaire gauche (7 gr.)	1 h. 20 100 grammes.	On avait soupçonné chez cette femme une grossesse extra-utérine. Sortie le 3 mars 1888. Revue en juillet 1889, très bon état ; une évacuation de sang par le rectum.
Ablation des trompes et des ovaires. Détachement des adhérences. A gauche, trompe oblitérée et ovaire adhérent (3 fils). A droite même disposition (3 fils). Légère hémorrhagie. Nettoyage du bassin.	1 h. 48 grammes.	Le lendemain très vives douleurs dans les reins. — Sortie le 12 mai 1888.
Ablation des trompes et des ovaires. A gauche, ovaire et trompe adhérents ; pédicule très vasculaire (3 fils). A droite, même disposition (4 fils) et thermo.	1 h. 5 50 grammes.	Symptômes gutturaux très marqués pendant 24 heures. Douleur de ventre médiocre. Selle le 1 ^{er} jour. Sort en très bon état ; plus de douleurs. Revue le 7 juillet, parfait état. — Sortie le 29 juin 1888.
A droite, adhérences de la trompe et de l'ovaire à l'intestin. Ablation de l'ovaire kystique séparément (3 fils), puis de la trompe (2 fils). — A gauche, l'ovaire contient kyste suppuré, adhère à la trompe ; ablation en masse (3 fils). Sutures.	1 h. 5 55 grammes.	Suites excellentes ; beaucoup de lait dans les seins. — Sortie le 29 juin 1888. Revue le 25 janvier 1889 ; toute douleur disparue, pas de règles ; quelques crachats de sang ; gonflement des pieds.

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
8	M. (Marie), femme Q., 26 ans, journalière. Isolement, lit n ^o 7. — Entrée le 1 ^{er} juillet 1888.	Ovario-salpingite double ; a eu deux vaginites. Malade depuis six mois. Deux tumeurs assez nettes, plus volumineuse à gauche. Empatement dans les deux culs-de-sac.	9 juillet 1888.
9	N. (Marie), 31 ans, mécanicienne. Isolement, lit n ^o 17. — Entrée le 30 juin 1888.	Ovario-salpingite gauche. Petit kyste de l'ovaire droite Malade depuis 6 ans ; pertes depuis six semaines. Tumeur dure faisant corps avec l'utérus en arrière et à gauche.	9 juillet 1888.
10	B. (Francine), 23 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 20. — Entrée le 17 juillet 1888.	Ovario-salpingites doubles ; début 2 ans, suites de couches. Régions ovariennes douloureuses. Coliques suivies de pertes. Règles normales. Au toucher, empatement des culs-de-sac. Pas de tumeurs.	23 juillet 1888.
11	B. (Louise), 26 ans, blanchisseuse. Isolement, lit n ^o 14. — Entrée le 19 juin 1888.	Kyste hémorrhagique de l'ovaire gauche. Trompe oblitérée.	2 juillet 1888.
12	D. (Gabrielle), 30 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 20. — Entrée le 26 décembre 1887.	Ovarite kystique. Douleurs très violentes ; grande irrégularité des règles. Tumeur forte, iliaque gauche. Selles difficiles.	23 janvier 1888.
13	R. (Alline), femme T., 32 ans. Isolement, lit n ^o 9. — Envoyée par le D ^r Raimbert, de Châteaudun. — Entrée le 6 juillet 1888.	Douleurs ovariennes. Petits kystes des deux ovaires. Souffre constamment depuis cinq mois. Dureté dans le cul-de-sac gauche.	16 juillet 1888.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Épiploon adhérent aux annexes à gauche, détaché ; trompe oblitérée et ovaire kystique enlevés (3 fils). A droite adhérences intestinales même état des annexes enlevés (3 fils). Résection d'épiploon. Sutures en 3 plans	1 h. 10 50 grammes.	A eu beaucoup de vomissements pendant les premiers jours. Guérit bien. — Sortie le 3 août 1888. A été opérée depuis peu. Adhérences.
Incision sous-ombilicale ; tumeur formée par trompe distendue coiffant l'angle gauche de l'utérus ; ablation des annexes gauches très adhérents (3 fils). Petits kystes de l'ovaire droit et du pavillon. Ablation des annexes (3 fils).	1 h. 10 60 grammes.	Sort en très bon état le 3 août 1888. Revue quelque temps après ; prétend avoir eu ses règles très abondantes 4 semaines et 1 jour après l'opération. — Revue le 25 janvier 1889, a eu 2 fois des règles régulières et depuis petite perte de sang tous les quinze jours. Aucune douleur.
Longue incision, tumeur adhérente à l'angle droit de l'utérus ; détachement laborieux ; 2 kystes hématiques de l'ovaire. 4 fils de soie et thermo. A gauche, même disposition, adhérences épiploïques très solides. Ovaire sain : 5 fils sur le pédic. ; 5 fils en 3 plans.	40 minutes. 50 grammes.	Sort en très bon état le 17 août 1888. Arrêts de la respiration au début.
Grande incision sous-ombilicale. Tumeur grosse comme le poing et adhérente à gauche ; rupture de la poche ; pédicule comprenant la trompe oblitérée. 3 fils soie, nettoyage.	45 minutes 40 grammes.	Vomissements les deux premiers jours ; suites simples. — Sortie le 27 juillet 1888.
Ablation d'ovaires gauches avec petits kystes, adhérences intestinales de toutes parts. Trompe oblitérée (4 fils). A droite, ovaire gros et trompe d'aspect normal. Enlevées tous deux (2 fils soie).	55 minutes 55 grammes.	A eu à plusieurs reprises une grande sensibilité du ventre. — Sortie le 8 mars 1888.
Les deux ovaires kystiques. Trompes saines. Ablation des annexes des deux côtés : deux fils sur chaque pédicule.		Sortie en très bon état le 10 août 1888. Nouvelles en janvier 1889, très bon état. Douleurs disparues. Pas de règles.

N ^{os} D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION.
14	D. (Marie), 28 ans, employée de commerce. Isolement, lit n° 24. — Entrée le 1 ^{er} août 1888.	Ovario-salpingite végétante ; 1 enfant il y a huit ans. 1 fausse-couche il y a quatre ans suivie de métrite. Douleurs dans les régions des ovaires. Tuméfaction sentie aux angles utérins.	6 août 1888.
15	B. (Emma), femme C., 35 ans, gâinière. Isolement, lit n° 22. — Entrée le 25 juillet 1888.	Ovario-salpingite double et corps fibreux utérin. Début 4 ans. Ventre beaucoup grossi dernièrement. Douleurs vives accrues par injections d'ergotine.	6 août 1888.
16	L. (Delphine), 26 ans, posticheuse. Isolement, lit n° 11. — Entrée le 25 juillet 1888.	Tubo-ovarite bilatérale. Fausse-couche il y a 7 ans ; un enfant il y a 6 ans. Un mois après, traumatisme abdominal et métrorrhagie. Depuis règles très douloureuses. Empâtement région ovarienne.	13 août 1888.
17	G. (Marie), 21 ans, femme de chambre. Isolement, lit n° 5. — Envoyée par M. Spindler, interne en pharmacie.	Ovario-salpingite tuberculeuse. Règles abondantes avec caillots. Douleurs vives à gauche depuis fausse-couche. Palper douloureux des deux côtés.	27 août 1888.
18	Mme Q., 25 ans, Maison Daupley (Auteuil).—Envoyée par le D ^r Pennel. — Entrée le 21 août 1888.	Ovario-salpingite double purulente. Mariage stérile depuis 4 ans. Règles très irrégulières avec douleurs atroces. Tumeur dans les deux culs-de-sac.	31 août 1888.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
<p>Incision ; adhérences épiploïques déchirées. A droite, kyste sanguin, un demi-verre de sang, déchiré. A gauche adhérences très solides avec l'intestin. Excision de trompe oblitérée et ovaire gauche (2 fils). Excision des annexes à droite (3 fils).</p>	<p>50 minutes 60 grammes.</p>	<p>Au début, arrêts respiratoires. Lavements le 2^e jour suivis de débâcle. Ensuite, marche régulière. — Sortie le 15 septembre 1888.</p>
<p>Très grande incision ; fibrome développé aux dépens du corps de l'utérus ; portion saillante incisée : 6 fils. Trompe gauche kystique et ovaire adhérent (3 fils). Trompe droite énorme (222 gramm.). Ovaire kystique excision (3 fils).</p>	<p>1 h. 3/4 120 grammes.</p>	<p>Beaucoup de vomissements le lendemain. Purgatif le soir même. — Sortie le 14 septembre 1888.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. Ovaire gauche adhérent en arrière du ligament large ; trompe gauche fongueuse non oblitérée. Ablation des annexes (3 fils). A droite, ovaire kystique. Trompe non oblitérée (3 fils).</p>	<p>40 minutes. 50 grammes.</p>	<p>Vomissements et excitation au début ; purgatif le lendemain. Phénomènes nerveux jusqu'au 3^e jour. — Sortie le 9 septembre 1888. — Revue le 27 février 1889. Quelques douleurs vagues. Crises nerveuses disparues. Plus de règles. Petit crachement de sang tous les matins.</p>
<p>Incision sous-ombilicale ; tumeur à gauche par l'ovaire et la trompe adhérentes. Rupture des adhérences (2 fils sur pédicule). Foyer tuberculeux dans l'ovaire ? Liquide mucopurulent dans la trompe. De même à droite.</p>	<p>55 minutes. 40 grammes.</p>	<p>Suites simples, mais vomissements au début. — Sortie le 21 septembre 1888. — Revue en mai 1888, toutes douleurs disparues, mais perd abondamment depuis un mois. Etat général bon.</p>
<p>Ablation des trompes et des ovaires, 4 fils à gauche ; 3 fils à droite ; ovaire droit suppuré ; trompe oblitérée contenant peu de liquide. Ovaire et trompe gauche très adhérents. Trompe gauche suppurée ; déchirée au cours de l'opération.</p>	<p>1 heure.</p>	<p>Accidents nerveux ayant débuté le lendemain de l'opération. Insomnie, agitation, aucune douleur abdominale, aucun vomissement jusqu'à la mort. Élévation de température terminale ; délire, coma. — Mort le 5 septembre 1888.</p>

Nos D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION.
19	F. Madeleine (Vve C.), 32 ans, cuisinière. Isolement, lit n° 14. — Entrée le 16 août 1888.	Tubo-ovarite bilatérale et petit corps fibreux. Douleurs de ven- tre depuis 8 ans, à gauche depuis 18 mois ; amaigrissement. Tumé- faction et douleur au niveau de l'ovaire gauche.	10 septembre 1888
20	C. Julie (Mad. B), 24 ans, sans profession. Isolement lit n° 4. — Entrée le 13 octo- bre 1888. — Opéra- tion unilatérale.	Ovarite hémorragique. Début, 5 ans ; douleurs vives depuis 2 ans. Ventre dur à gauche et doulou- reux. Tumeur douloureuse sépa- rée de l'utérus. Douleur au tou- cher.	23 octobre 1888.
21	S. (Gabrielle), 33 ans, couturière. Isole- ment, lit n° 18. — En- trée le 16 octobre 1888.	Ovario-saïpingites doubles. Début 2 ans par fausse couche. Sensibi- lité dans fosse iliaque gauche. Empatement dans le cul-de-sac gauche.	5 novembre 1888.
22	B. Annette (femme C.), 28 ans, coutu- rière. Isolement, lit n° 21. — Entrée le 12 octobre 1888. Opé- ration unilatérale.	Ovario-salpingite doubles. Début 5 ans, chute ayant déterminé mé- trorrhagie. Douleurs constantes ; bien réglée, col petit, empatement à gauche.	12 novembre 1888
23	D. Marie-Rose (femme B.), 48 ans, cou- rurière. Isolement, lit n° 21. — Entrée le 12 novembre 1888.	Ovario-salpingite double ancienne. Souffre des 2 côtés depuis 6 ou 7 ans. Douleurs plus vives au mo- ment des règles. Deux masses la- térales au toucher.	20 novembre 1888

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Ovaire gauche volumineux ; contient kyste hémorrhagique. Gros comme un œuf (2 fils soie). A droite, ovaire plus petit ; kyste hémorrhagique (2 fils). Petit corps fibreux dans la paroi antérieure de l'utérus. Sutures à 3 étages.	35 minutes. 40 grammes.	Deux vomissements dans la nuit. Légère élévation de température ; guérit bien de l'opération. — Sortie le 16 novembre 1888. N'a pas eu de règles ; continue à souffrir du ventre ; mais pour jaunisse et colique hépatique très améliorée.
Tumeur sentie dans la fosse iliaque gauche ; rupture d'adhérences ; tumeur amenée avec la trompe saine (2 fils) ; section et nettoyage. Sutures à 3 étages. L'ovaire droit sain reste en place.	50 minutes. 70 grammes.	Suites simples. — Sortie le 20 novembre 1888.
Ovaire et trompe gauches fixées ; détachements ; trompe oblitérée (3 fils). A droite, même disposition, 3 fils. Sutures 3 étages.	55 minutes. 75 grammes.	Souffre beaucoup après l'opération, symptômes nerveux. — Sortie le 1 ^{er} décembre 1888. Revue le 1 ^{er} février 1889. Très bon état, aucune douleur ; de temps en temps congestion de la face ; pas de règles. — Revue le 3 mai 1886. Se plaint de gonflement de la face et des mains et un peu de douleurs à gauche. Pas de règles.
Épiploon adhérent à l'ovaire gauche, utérus et ovaire droit, ovaire gauche et trompe très adhérents. Impossible d'enlever l'ovaire. A droite adhérences au gros intestin, à l'appendice cœcal ; ablation de l'ovaire et de la trompe oblitérée. Résection épiploon.	1 h. 45. 110 grammes.	Prostration, deux injections d'éther, trois ballons d'oxygène, Champagne. Revue le 3 janvier 1889. Très bon état ; douleurs disparues ; a revu ses règles le 15 décembre 1888.
Incision agrandie au-dessous de l'ombilic : A gauche kyste rempli de sang altéré enlevé avec la trompe adhérente (2 fils soie). A droite kyste plein de liquide séreux ; trompe oblitérée (3 fils). Détachement d'adhérences épiploïques.	1 h. 35. Chloroforme. 150 grammes.	Suites très simples ; très bon état, ne souffrant pas. — Sortie le 15 décembre 1888. Revue le 30 janvier 1889. Utérus très bas.

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
24	O. Emélie (Vve L.), 35 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 1 — Entrée le 30 novembre 1888.	Ovario-salpingite. Début il y a 4 ans, suite de couche pour laquelle elle a eu de l'éclampsie. Tumeur sentie des 2 côtés. Au toucher à droite, tumeur bien sentie avec les 2 mains.	11 décembre 1888
25	Q. (Ernestine), 18 ans, demoiselle de magasin. Isolement, lit n ^o 2. — Entrée le 29 novembre 1888. Opération unilatérale.	Ovario-salpingite; fille vierge, souffre dans le ventre depuis l'enfance. Règles peu abondantes. Il y a un mois, douleurs subites dans le ventre à droite. — Au palper on sent une tumeur à gauche élevée et très douloureuse.	17 décembre 1888
26	F. Léonie (femme T.), 24 ans, concierge. Isolement, lit n ^o 23. — Entrée le 9 décembre 1888. Opération unilatérale.	Ovarite kystique. Rétroversion. Début août 1886. Douleurs au moment des règles, sensibilité du bas-ventre, utérus renversé, sensibilité à gauche.	31 décembre 1888
27	J. (Pauline), 26 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 1. — Entrée le 26 novembre 1888.	Ovario-salpingite double; pas d'enfant, hystérique avec attaques. Douleurs huit mois sans cause apparente des 2 côtés augmentant au moment des règles et de la marche. — Palper douloureux des 2 côtés. Tumeur des 2 côtés plus à droite.	3 décembre 1888.
28	M. (Alphonsine), 22 ans, employée de commerce. Isolement, lit n ^o 6. — Entrée le 18 décembre 1888.	Ovario-salpingite gauche; kyste suppuré droit. Douleurs 1 an surtout 3 mois. Régliée; tumeurs près de l'utérus surtout à gauche. — Toucher, tumeur dure droite. Utérus volumineux.	7 janvier 1889.
29	R. Céleste (femme M.), 41 ans, journalière. Isolement, lit n ^o 7. — Entrée le 9 janvier 1889.	Ovarite-hémorragique. Kyste hémorragique. Ovaire gauche. Kyste droit. — Utérus volumineux. Hémorragies. Tumeur sus-pubienne.	14 janvier 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
<p>Incision sous-ombilicale; tumeur volumineuse à droite s'enfonçant dans le ligament large jusqu'à la vessie ; dissection très laborieuse. Deux catguts sur le pédicule, 8 sur le ligament large. A gauche, kyste hématique de l'ovaire ; trompe oblitérée. 3 fils soie.</p>	<p>1 h. 3/4 Chloroforme. 70 grammes.</p>	<p>Vomit au bout de 2 jours ; très déprimée. — Sortie le 5 janvier 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale; tumeur mobile à gauche de l'utérus dépendant de l'ovaire ; trompe peu altérée forme une tumeur grosse comme un œuf (2 soies). A droite l'ovaire est sain, mais volumineux.</p>	<p>34 minutes. Chloroforme. 35 grammes.</p>	<p>Sort en très bon état le 12 janvier 1889.</p>
<p>Incision sous - ombilicale ; à droite ovaire volumineux et trompe oblitérée, adhérentes de toutes parts. — Extirpation laborieuse (3 fils). A gauche ; annexes sains ; fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.</p>	<p>1 h. 10. Chloroforme. 50 grammes.</p>	<p>Sort en très bon état le 2 février 1889. Douleurs complètement disparues.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. Tumeur gauche avec adhérence, ovaire induré. Trompe oblitérée (3 fils soie) thermo. Tumeur droite même volume, adhérente, ovaire déformé trompe oblitérée, dilatée (3 fils soie).</p>	<p>1 h. 5. Chloroforme. 60 grammes.</p>	<p>A eu des abcès du bassin. — Sort en très bon état le 23 mars 1889. Les crises hystériques qui se présentent jusqu'à 3 fois par jour sont disparues. Règles non revenues.</p>
<p>Incision sous ombilicale. A gauche, tumeur, trompe dure dans cul-de-sac de Douglas. Trompe distendue par du pus. Détachement laborieux. (3 fils de soie-thermo). A droite tumeur (poing) masquée par ligament large. Tumeur détachée de ses adhérences (2 fils thermo), nettoyage. Ablation de tumeurs (3 fils).</p>	<p>1 h. 05. Chloroforme. 60 grammes.</p>	<p>Sort le 9 février 1889. Malade revue le 15 mars. Léger eczéma de la face 20 mars. Etat général excellent.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. A gauche petite tumeur, ovaire kystique, trompe saine ; à droite, tumeur adhérente de toutes parts ; kyste gros comme une orange (3 fils soie) ablation d'épiploon (3 fils).</p>	<p>1 h. 10. Chloroforme. 50 grammes.</p>	<p>Sort le 9 février 1889. Revue le 9 mars 1889. Douleurs disparues ; état général bon. Aucune gêne. Pas de perte à l'époque des règles.</p>

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
30	A. Marie (femme R.), 29 ans, sans profession. Isolement, lit n° 1. — Entrée le 19 janvier 1889.	Ovario-salpingite suppurée double. Dernier enfant, 4 ans. 19 novembre 1888, perte abondante. Plus de règles jusque janvier ; ne peut plus se tenir debout. Empâtement profond à gauche. Col gros, utérus mobile, à droite tumeur moins nette.	21 janvier 1889.
31	P. Lina (femme M.), 27 ans, couturière. Isolement, lit n° 7. — Entrée le 14 janvier 1889. — Opération unilatérale.	Kyste hématique tubo-ovarien du ligament large gauche. Souffre depuis longtemps ; très bien réglée. Règles peu abondantes ; caillots rares. Douleurs vives. Tumeur à gauche.	28 janvier 1889.
32	W. (Mathilde), 29 ans, bijoutière. Isolement, lit n° 5. — Entrée le 9 janvier 1889.	Ovarite double. Douleur depuis accouchement 3 ans 1/2. Règles régulières douloureuses. Point douloureux : ovaire gauche. Tumeur à droite. Utérus gros rejeté à gauche et en arrière.	4 février 1889.
33	D. (Maria), 26 ans, ménagère. Isolement, lit n° 22. — Entrée le 21 janvier 1889.	Ovarite. Petits kystes ovariens des deux côtés. Utérus gros. Douleurs surtout à gauche. Accouchement 4 ans. Impossible de marcher.	11 février 1889.
34	De C. (Virginie), 41 ans, couturière. Isolement, lit n° 7. — Entrée le 12 février 1889.	Rétroversion utérine ; ovarite kystique. Douleurs depuis 6 mois. Rétroversion modérée. Douleurs à la pression.	18 février 1889.
35	B. (Julie), 18 ans, soudeuse. Isolement, lit n° 8. — Entrée le 16 janvier 1889. — Opération unilatérale.	Ovarite récente avec ectopie ovarienne. Peu de douleur abdominale. Douleur vive dans le cul-de-sac de Douglas due au prolapsus de l'ovaire droit.	4 mars 1889.
36	A. (Henriette), 22 ans, lingère. Isolement, lit n° 5. — Entrée le 25 février 1889.	Ovarite kystique double avec trompes volumineuses. Douleurs, 3 ans suites couches. Douleurs dans petit bassin, surtout gauche. Col déchiré. Utérus en arrière et à droite.	11 mars 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
<p>Incision sous-ombilicale ; adhérences intestinales et épiploïques. Dissection laborieuse : rupture de la tumeur (1/2 litre pus dans petit bassin). Ablation des annexes, (3 fils soie, thermo) nettoyage. A droite, tumeur très adhérente au gros intestin, ovaire bien distinct de la trompe altérée, 3 fils.</p>	<p>1 h. 20. 50 grammes.</p>	<p>Sortie le 16 février 1889. Revue le 10 avril 1889.</p>
<p>Incision sous - ombilicale ; à gauche, tumeur kystique pénétrant dans le ligament large. Adhérence en avant avec franges du gros intestin. Résection. Deux pédicules sur trompe et ovaires (2 fils).</p>	<p>2 h. 20. 70 grammes.</p>	<p>Sortie le 23 février 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale, ovaire gauche volumineux, trompe saine non adhérente (3 fils soie). D. Ovaire volumineux, consistance kystique, trompe saine (3 fils).</p>	<p>1 h. Chloroforme. 70 grammes.</p>	<p>Sortie le 2 mars 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale ; ovaire droit médiocre volume. Trompe volume normal, petit pointillé blanchâtre (3 fils thermo). De même à gauche.</p>	<p>3/4 h. 60 grammes.</p>	<p>Sortie le 14 mars 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. Réversion peu marquée ; utérus gros. D. Ovaire kystique, noix (3 fils). G. Ovaire gros kystique (3 fils soie et thermo).</p>	<p>45 min. 75 grammes.</p>	<p>Sortie le 16 mars 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale ; ovaire droit un peu volumineux, très bas en arrière du ligament large. Adhérences assez intimes. Laborieux. Petit kyste (3 fils). G. Ovaire petit. Laisse en place.</p>	<p>30 min. 65 grammes.</p>	<p>Sortie le 7 avril 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. D. Ovaire volumineux, kystique. Décollement d'adhérences de la trompe et de l'ovaire (3 fils). G. Ovaire moins volumineux mais plus adhérent (3 fils).</p>	<p>1 h.</p>	<p>Sortie en bon état le 5 avril 1889. — Douleurs disparues.</p>

N. D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
37	F. (Rosalie), 31 ans, journalière. Isolement, lit n° 22. — Entrée le 15 mars 1889.	Ovarite double avec petits kystes ovariens. Une typhlite, 3 ans? Sensibilité surtout à droite. Tumeur dans le cul-de-sac latéral droit.	25 mars 1889.
38	L. Alice (femme R.), 39 ans, ménagère. Isolement, lit n° 22. — Entrée le 24 mars 1889.	Ovario-salpingite avec corps fibreux. Fausse couche il y a 13 ans. Depuis 12 ans, douleurs; hémorrhagies; tumeurs des deux côtés de l'utérus.	1 ^{er} avril 1888.
39	G. (Eugénie), 24 ans, femme de ménage. Isolement, lit n° 17. — Entrée le 26 février 1889.	Ovario-salpingite double. Douleurs depuis 2 ans; règles régulières. Douleur vive de chaque côté de l'abdomen. Douleurs dans les deux culs-de-sac.	8 avril 1889.
40	H. (Hélène), 24 ans, journalière. Isolement, lit n° 10. — Entrée le 24 mars 1889.	Ovarite. Quatre grossesses à terme. Règles régulières peu abondantes. Souffre depuis l'âge de 19 ans. Sensibilité à droite, moins à gauche. Tuméfaction nette à gauche.	10 avril 1889.
41	F. (Maria), 19 ans, journalière. Isolement, lit n° 15. — Entrée le 26 mars 1889. — Opération unilatérale.	Ovarite-kystique-vierge. Tumeur à gauche, douleurs aux règles.	23 avril 1889.
42	M. (Julie), 31 ans, brunnisseuse. Isolement, lit n° 9. — Entrée le 11 mars 1889.	Ovarite-double; malade depuis 7 mois 1/2. Curetage il y a 5 mois. Il y a 2 mois 1/2 laparotomie par un chirurgien qui n'aurait trouvé que des adhérences.	18 mars 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION.	OBSERVATIONS.
Incision sous-ombilicale. D. Tumeur manifeste, kystique avec adhérences. Trompe paraît saine (3 fils thermo). G. Ovaire un peu moins gros, kystique, adhérent, trompes saines, ablation (7 fils).	35 min.	Sortie le 22 avril 1889. Guérison complète des douleurs. Revue.
Incision sous-ombilicale. Utérus entouré d'adhérences, masse dure détachée à droite; pédicule (2 fils soie). G. Adhérences. Utérus fusionné avec parties voisines. Détachement des annexes (4 fils soie).	1 h. 50. 120 grammes.	Sortie le 4 mai 1889.
Tumeur très adhérente latéralement et en arrière de l'utérus. Laborieux. D. Ovaire volumineux, trompe oblitérée (3 fils soie). G. De même.	1 h. 10. 135 grammes.	Sortie le 4 mai 1889.
Incision sous-ombilicale. Ovaire gauche volumineux, kystique (3 fils soie). Ovaire droit, mou, friable (3 fils soie).	35 min. 80 grammes.	Sortie le 28 avril 1889.
Incision sous-ombilicale, ovaire gauche volumineux; adhérences; enlevé avec trompes (3 fils soie, kystique). D. Ovaire peu volumineux, trompe normale, laissés. Ovariectomie unilatérale.	35 minutes. Chloroforme. 45 grammes.	Sortie le 17 mai 1889.
Incision sous-ombilicale. Détachement laborieux des adhérences à droite. Trompe oblitérée, ovaire gros, 3 fils soie sur pédicule. G. même disposition; ovaire un peu moins gros. 3 fils sur pédicule. Résection de 105 gr. épiploon.	1 h. 10. Chloroforme. 75 grammes.	Sortie le 11 avril 1889.

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
43	D. (Berthe), 22 ans, lingère. Isolement, lit n ^o 20. — Entrée le 25 février 1889.	Ovario-salpingite ; couches il y a 2 ans ; douleurs depuis. Douleurs dans fosse iliaque droite. Trompe forme un cordon dur.	18 mars 1889.
44	D. Pierrette, (femme Schw.), 27 ans, bonnetière. Isolement, lit n ^o 21. Entrée le 20 avril 1889.	Ovario-salpingite kystique, grossesse en 1878. Début des accidents, 3 ans. Pertes; douleurs par la pression dans fosse iliaque gauche. Tumeur saillante à droite.	29 avril 1889.
45	Mme (M.), envoyée par le D ^r Delmas, Maison Defaut.	Ovario-salpingite droite, 3 grossesses en 5 ans. Depuis 6 ans pas de grossesse. Tumeur latérale droite refoulant l'utérus, nervosisme.	5 avril 1889.
46	Mme (P.), Maison Defaut, 26.	Ovario-salpingite bilatérale, mariée à 18 ans. Douleurs depuis, avant, pendant et après les règles. Palper très sensible.	25 avril 1889.
47	C. Louise (femme P.), 33 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 29. — Entrée le 24 avril 1889. (D ^r Porak).	Ovario-salpingite. Début depuis le mois d'août dernier. Douleurs dans le petit bassin des deux côtés de l'utérus. Tumeurs manifestes des deux côtés.	13 mai 1889.
48	P. (Mélanie), 30 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 29. — Entrée le 1 ^{er} juin 1889. (D ^r Ambrezin).	Ovario-salpingite double ; souffre depuis 1 an 1/2. Douleurs au palper surtout du côté gauche de l'utérus. Tumeurs très notables des 2 côtés.	3 juin 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION.	OBSERVATIONS.
<p>Incision sous-ombilicale ; adhérences très à solides droite. Trompe forme cordon dur, ovaire volumineux avec kyste. 3 fils soie sur substance de l'utérus. A gauche mêmes dispositions, 3 fils. Trompes oblitérées.</p>	<p align="center">40 minutes.</p>	<p>Sortie le 13 avril 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. Tumeur à droite du volume d'une grosse orange, 2 ponctions successives, 3 fils sur pédicule ; G. Ovaire muriforme ; trompe oblitérée, nombreuses adhérences (3 fils soie).</p>	<p align="center">1 h. 5. Chloroforme. 55 grammes.</p>	<p>Sortie le 28 mai 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. Tumeur comme une orange droite, constituée par ovaire et trompe peu dilatée, mais très adhérente. G. Ovaire et trompe très adhérents (3 fils soie).</p>	<p align="center">1 h. 30. Chloroforme.</p>	<p>En plus des lésions d'ovario-salpingite, tumeur droite constituée par kyste dermoïde contenant matières sébacées avec traces de suppuration et cheveux ; bonnes nouvelles en juillet, quelques douleurs encore par règles.</p>
<p>Incision sous-ombilicale : adhérences considérables des deux côtés. D. Ovaire kystique, trompe oblitérée (3 fils). G. Ovaire adhérent de tous côtés. Trompe oblitérée 3 fils. Laborieux.</p>	<p align="center">1 heure. Chloroforme. 100 grammes.</p>	<p>Suites simples. Pertes de sang le 28 avril. 1^{er} août, nouvelles, pas de règles, bon état, quelques phénomènes de congestion.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. D. Tumeur adhérente à l'épiploon. Trompe oblitérée. Petits kystes de l'ovaire. G. Adhérences intestinales, ovaire d'aspect muriforme. Trompe oblitérée, 2 catguts sur l'épiploon.</p>	<p align="center">1 h. 10. 60 grammes.</p>	<p>Sortie le 8 juin 1889.</p>
<p>Incision sous-ombilicale. Tumeur gauche adhérente au gros intestin, kyste hémattique ponctionné. Ablation de l'ovaire et de la trompe, 3 fils thermo, ovaire droit altéré, infiltré de sang, adhérences dans le petit bassin. Ponction d'un kyste hémattique. Deux pédicules distincts, 4 fils.</p>	<p align="center">1 h. 05. 60 grammes.</p>	

N ^{os} D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
49	B. (Hélène), 26 ans, couturière. Isolement, lit n° 10. — Entrée le 11 mai 1889.	Ovario-salpingite avec adhérences, 3 fausses-couches, la dernière il y a 4 ans. Douleurs surtout à gauche. Tumeur notable, cul-de-sac gauche.	27 mai 1889
50	R. Jeannette (femme R.), 32 ans, cordonnière. Isolement, lit n° 4. Entrée le 4 mars 1889.	Ovario-salpingite double, 2 enfants, le dernier 6 ans. Douleurs vives dans la fosse iliaque droite, moins à gauche. Douleurs dans les deux culs-de-sac.	20 mai 1889.
51	M. (Henriette), 29 ans, couturière. Isolement, lit n° 13. — Entrée le 11 mai 1889.	Ovario-salpingite hémorragique à la suite d'un accouchement; douleurs constantes surtout à droite. Pertes depuis 7 mois. Tumeur dans le cul-de-sac droit.	21 mai 1889.
52	B. (Octavie), 30 ans, couturière. Isolement, lit n° 12. — Entrée le 25 janvier 1889.	Ovario-salpingite; jamais d'enfants. Sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite. Douleur vive dans le cul-de-sac gauche.	27 mai 1889.
53	S. (Florence), 43 ans, chapelière. Isolement, lit n° 14. — Entrée le 25 janvier 1889.	Douleurs des deux côtés, surtout à droite. Au toucher, tumeur à gauche déplaçant l'utérus, même à droite. Enfant à 17 ans. Bien réglée; depuis deux ans plus abondantes; perte il y a 5 mois.	4 février 1889.
54	M. (Caroline), 33 ans, ouvrière en chaussures. Isolement, lit n° 5. — Entrée le 22 janvier 1889.	Ovario-salpingite. Souffre depuis 12 ans; deux enfants; une fausse-couche antérieure. Règles abondantes, douloureuses; au palper, douleur et tuméfaction à gauche, moins à droite.	18 février 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Incision sous-ombilicale. G. Tumeur comprise dans adhérences considérables, surtout gros intestin. Kyste hématique extérieur à l'ovaire et à la trompe, 3 fils soie. D. adhérences considérables, ovaire détaché par fragment. 3 fils soie.	1 heure. 40 grammes.	Suites bonnes, un peu de bronchite et d'élévation de température. — Sortie 20 juin 1889.
Incision sous-ombilicale. A droite ; ovaire adhérent kystique ; trompe fixée dans le cul-de-sac de Douglas. Adhérences épiploïque et au gros intestin. Gauches adhérences un peu moins solides, ovaire parsemé de petits kystes. Ablation.	40 minutes. 45 grammes.	Sortie le 14 juin 1889, toutes douleurs disparues.
Incision sous-ombilicale. Tumeur à gauche constituée par la trompe altérée (3 fils). A droite, ovaire très adhérent, trompe oblitérée, petits kystes (3 fils).	1 h. 10. Chloroforme. 50 grammes.	Sort le 14 juin 1889 avec douleurs disparues.
Incision sous-ombilicale ; ovaire droit volumineux avec adhérences épiploïques détachées. Ablation. Ovaire et trompe. A gauche. trompes avec adhérences détachées ; 3 fils.	55 minutes. 60 grammes.	Suites simples. — Sortie le 21 juin 1889.
Grande incision sous-ombilicale. Ovaire gauche facile, dur, atrophié ; trompe saine ; quelques adhérences lâches ; 3 fils. Ovaire droit adhérent de toutes parts, très laborieux. 3 fils soie sur pédicule.	60 minutes. 100 grammes.	Vomissements : râle guttural. Sort en bon état ; asthme et congestion pulmonaire. — Sort le 22 mars 1889.
Incision sous-ombilicale ; D. Appendice adhérent à l'ovaire ; adhérences épiploïques et dans le cul-de-sac de Douglas. Laborieux ; 3 fils soie thermo. G. Adhérences moindres. Ovaire non déformé. Trompe oblitérée adhérente à l'S iliaque. Ablation.	80 minutes. 105 grammes.	Suites excellentes. — Sortie le 16 mars 1889 — Revue le 27 avril 1889. Deux pertes de sang depuis. Douleurs disparues.

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
55	L. Elisabeth (femme M.), 37 ans, journalière. Isolement, lit n ^o 15. — Entrée le 31 mai 1889.	Ovarite-kystique. Cinq enfants; couches normales. Début sans palper douloureux sur les parties latérales de l'utérus. Pas de tumeur. Sensibilité du cul-de-sac gauche.	17 juin 1889.
56	R. (femme P.), 23 ans, dévideuse. Isolement, lit n ^o 12. — Entrée le 22 juin 1889. Opération unilatérale.	Ovaire gauche; malade depuis son mariage, 2 ans. — Fausse-couche, septembre 1888. Douleurs à gauche. Marche difficile. Exacerbation aux règles avec vomissements. Douleurs modérées à droite. Palper douloureux à gauche. Ovaire gros. Toucher douloureux.	24 juin 1889.
57	B. Emilie (femme J. Eug.), 27 ans, journalière. Isolement, lit n ^o 8. — Entrée le 5 juillet 1889. — Opération unilatérale.	Ovarite avec kyste hémorrhagique. Début 4 ans, couche. Douleurs à la pression à l'angle gauche. Douleur moindre à droite.	16 juillet 1889.
58	C. (femme B.), 34 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 21. — Entrée le 19 juin 1889.	Ovarite kystique double. Douleur vive dans la région lombaire gauche. Palper. Pas de tumeur. Contracture des muscles de l'abdomen; douleur à la pression. Chloroforme. Pas de tumeur à la partie supérieure du ventre. Tumeur nette à gauche (ovaire).	8 juillet 1889.
59	C. (Maria), 22 ans, journalière. Isolement, lit n ^o 12. — Entrée le 21 juin 1889. — Opération unilatérale.	Ovarite kystique gauche; 1 enfant à 18 ans; 2 ^e 15 ^e mois. Douleurs depuis première couche dans le ventre, reins; palper douloureux sur les parties latérales. Toucher douloureux dans le cul-de-sac gauche; tuméfaction nette. Sucre.	9 juillet 1889.
60	P. (femme G.), 28 ans, fleuriste. Isolement, lit n ^o 15. — Entrée le 19 juin 1889.	Ovario-salpingite double. Début, 10 ans. Ni enfant, ni fausses-couches. Douleurs en urinant et sur les parties latérales de l'utérus. Sensibilité de toute la région suspubienne. Douleur surtout cul-de-sac gauche; tuméfaction.	1 ^{er} juillet 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Incision sous-ombilicale ; ovaire gauche douloureux avec kyste hématique qui se rompt pendant la traction. Adhérences au gros intestin (3 fils). D. Ovaire kystique ; peu d'adhérences (3 fils).	55 minutes. 75 grammes.	Elévation de température. Malaise nerveux. Crachotement.
Incision sous-ombilicale ; ovaire gauche gros sans adhérences (3 fils). Kystes petits. Droite. Ovaire médiocre, volume paraît normal.	40 minutes. 60 grammes.	Suites simples, mais avec énervement. — Sort le 19 juillet 1889 sans douleurs.
Incision sous-ombilicale ; ovaire et trompe gauche adhérents (intestins). Le pédicule est constitué par un lacis de vaisseaux très volumineux (3 fils soie). Ovaire droit laissé en place.	40 minutes. 35 grammes.	Sort tout à fait, sans douleur, 11 août 1889.
Incision sous-ombilicale ; ovaire gauche adhérent. Ablation des annexes (3 fils). Ablation de l'ovaire droit gros (3 fils). Les deux ovaires sont polykystiques (tantôt liquide clair, tantôt louche, tantôt sang).	40 minutes. 25 grammes.	Sort sans douleur, très bon état, 4 août 1889.
Incision sous-ombilicale ; ovaire gauche sans adhérences, donnant sensation de fluctuation. Veines volumineuses (3 fils soie en chaîne). Ovaire contenant plusieurs kystes.	30 minutes. 35 grammes.	Très bien, toute douleur disparue, sort 31 juillet 1889.
Incision sous-ombilicale agrandie vers l'ombilic. Tumeur à droite (trompe dilatée par le pus). Ablation de la tumeur (5 fils, 4 en chaîne). Ovaire contenant également du pus. Gauche. Tumeur plus petite dans le cul-de-sac rétro-utérin (4 fils). Trompe renfermant du pus. Ovaire dur. Œdématie.	1 h. 1/2. 75 grammes.	Suites simples, sort le 31 juillet 1889.

N ^o D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
61	L. (Julienne), 34 ans, marchande de fleurs. Isolement, lit n ^o 17. — Entrée le 17 juillet 1889.	Ovario-salpingite par oblitération, utérus mobile, sensibilité du ventre surtout à droite, sans tuméfaction nette. Règles irrégulières.	25 juillet 1889.
62	D. (femme S.), 24 ans, cartonnrière. Isolement, lit n ^o 23. — Entrée le 26 juillet 1889. Unilatérale.	Ovarite-kystique gauche. Douleurs vives pendant les règles, surtout à gauche. Tumeur occupant le cul-de-sac latéral gauche. Rien à droite.	29 juillet 1889.
63	B. (Marie), 19 ans, journalière. Isolement, lit n ^o 22. — Entrée le 26 juillet 1889. Unilatérale.	Salpingite-hydropisie tubaire. Pertes depuis un an. Douleurs à l'angle gauche de l'utérus. Tuméfaction ; jamais d'enfant.	5 août 1889.
64	T. (Lucie), 22 ans, couturière. Isolement, lit n ^o 16. — Entrée le 15 juillet 1889.	Enfant 1 an 1/2. Douleurs depuis sur les deux ovaires ; palper douloureux. Toucher également. On sent une tumeur dans le cul-de-sac droit. Opération unilatérale.	12 août 1889.
65	F. (Léontine-Céleste), 30 ans, blanchisseuse. Isolement, lit n ^o 3. — Entrée le 31 juillet 1889.	Hématocèle rétro-utérine avec salpingite hémorragique. 5 enfants. Pertes depuis deux mois. Tumeur très dure au toucher.	12 août 1889.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Incision sous-ombilicale. Ovaire et trompe très adhérents à gauche (5 fils). De même à droite (4 fils).	1 h. 15. 80 grammes.	
Incision sous-ombilicale. Ovaire gauche polykystique. Pédiculisation pénible. Deux kystes rompus (3 fils). Droite, ovaire petit, consistance normale.	55 minutes. 30 grammes.	Nombreux arrêts, respirations pendant la chloroformisation.
Incision sous-ombilicale. Tumeur corné gauche de l'utérus. Détachement de l'ovaire et de la trompe. Rien à droite.	55 minutes. 65 grammes.	
Incision sous-ombilicale. Ovaire gauche médiocre volume laissé ; ovaire droit plus adhérent. Détaché avec la trompe. Deux kystes déchirés au cours des tractions.	40 minutes 55 grammes.	Suites bonnes ; vomissements.
Incision sous-ombilicale ; caillots abondants, noirâtres. A droite, tumeur fondue avec la paroi de la poche annexe (3 fils). Paquets des annexes enlevé à gauche, 3 fils, nettoyage laborieux. Caillots 320 gram.	1 h. 5. 80 grammes.	

Statistiques et résultats obtenus des opérations pour adhérences.

Le groupe d'opérations pour adhérences est peut-être le plus intéressant. Il comprend 10 cas sans un décès. L'opération n'entraîne aucune mutilation, peu de réaction, point de troubles nerveux. Dans ce groupe, j'ai laissé deux femmes qui avaient présenté des accidents très redoutables, hématocele et corps fibreux avec obstruction intestinale. Ils témoignent de l'extraordinaire efficacité d'une opération même dans des conditions détestables.

Mais certaines malades donnent des résultats bien topiques.

Le n° 3 par exemple, femme jeune, ayant des douleurs menstruelles violentes, des constipations opiniâtres, a vu ses douleurs céder complètement; la constipation, l'S iliaque étant libéré, avait disparu au lendemain de l'opération pour ne plus reparaitre. Une année plus tard, les résultats ne s'étaient pas démentis.

Les suites de ces opérations sont d'une extrême bénignité. Il n'y aurait pas lieu de jamais hésiter à les faire. Dans mes opérations, aucune suite grave.

Je reviendrai quelque jour sur ces faits, car ils constituent un champ d'intervention merveilleux pour la chirurgie, sans mutilations, sans troubles nerveux primitifs et secondaires. Aucune intervention par la laparotomie ne m'a donné de plus complets résultats. La destruction des adhérences intestinales serait, si les malades et les médecins s'y décidaient, la source des plus grands progrès de la thérapeutique. Pour les cas trop anciens qui nous passent actuellement entre les mains, les résultats au point de vue de la douleur et de l'état général sont des plus surprenants.

En parcourant le tableau qui suit, on sera frappé de voir la grande diversité des cas qui s'y rencontrent, et je crois que j'aurais encore pu joindre à ce tableau quelques autres cas qui, dans nos opérations de laparotomie, occupent d'autres situations.

Je crois, en effet, qu'on n'a pas suffisamment tenu compte de l'importance des destructions d'adhérences dans la cure des douleurs abdominales. Quand on songe que des adhérences épiploïques dans une hernie suffisent à déterminer de si vives douleurs que la vie en soit empoisonnée, on se rend bien compte du désordre jeté dans les fonctions du petit bassin, où tous les organes sont sujets à la distension et à la congestion. Aussi, ces détachements d'adhérences

ont-ils amené simultanément la disparition des douleurs menstruelles, les douleurs dues aux tiraillements de l'épiploon, celles causées par la fixation de l'intestin, les troubles vésicaux, et toutes les misères qu'entraîne la congestion habituelle du petit bassin.

Si on considère que c'est là une opération qui ne conduit pas à l'extirpation d'organes du système nerveux développé, que seule la durée de l'opération ou la perte de sang ont quelque importance, on conçoit la bénignité relative de ces interventions. Le tableau ne peut représenter cela ; mais les observations détaillées démontrent que, constamment, ces opérations ont des suites infiniment plus simples que les précédentes. Pour ma part, ma préoccupation constante sera toujours de pratiquer celles-ci de préférence, toutes les fois qu'elles seront possibles, et je suis persuadé que j'y arriverai aisément.

On peut voir déjà que la proportion des cas où je suis intervenu de la sorte est beaucoup plus considérable que celle citée par aucun chirurgien.

Non seulement il n'y a pas de mort dans ce chapitre, mais il n'y a pas eu de suites graves.

Nos D'ORDRE.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
1	B. (femme T.), 32 ans, blanchisseuse. Richard Wallace, lit n° 6. — Entrée le 27 avril 1885.	Hématocèle rétro-utérine ancienne. Etat général grave ; douleurs atroces au moment des règles.	16 octobre 1885
2	B. (Eugénie), 35 ans, couturière. Isolement, Richard Wallace, lit n° 18. — Entrée le 2 décembre 1886.	Hématocèle péri-utérine ancienne. Douleurs vives aux époques.	8 décembre 1886
3	O. (Elise), 20 ans, demoiselle de magasin. Isolement, lit n° 13. — Entrée le 20 février 1888.	Adhérences ovariennes à l'intestin, l'épiploon, l'S iliaque. Constipation habituelle opiniâtre. Douleurs violentes aux époques menstruelles.	12 mars 1888.
4	P. (Marie), 47 ans, couturière. Isolement, lit n° 2. — Entrée le 12 janvier 1888.	Tumeur abdominale, corps fibreux utérin ; adhérences pelviennes. Accidents graves d'obstruction.	9 avril 1888.
5	J.-P. (Valentine), 21 ans, couturière. Isolement, lit n° 26. — Entrée le 11 mai 1889.	Adhérences de l'épiploon aux ovaires et à la vessie. Douleurs vésicales violentes.	22 mai 1888.
6	B. (Elise), 24 ans, journalière. Isolement, lit n° 18. — Entrée le 6 juin 1889.	Phlegmon iliaque avec adhérences à l'épiploon.	25 juin 1888.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Laparotomie pour enlever les ovaires qu'on ne peut pas trouver, destruction d'adhérences considérables. Ligature d'épiploon. Résection. Opération très laborieuse.		Sortie le 27 décembre 1885. — Revue le 12 mars 1886 en très bon état, engrainée ; plus de douleurs. A été réglée 2 fois depuis. Nouvelles en 1887, guérie parfaitement. Règles régulières. Marche facile.
Laparotomie pour enlever les ovaires introuvables. Nombreuses adhérences détachées.		Guérie, bien que l'opération n'ait servi qu'à détacher des adhérences sans rien extirper. Se sent très soulagée. — Sortie le 17 mars 1887. — Revue en 1888, souffre encore mais modérément ; refuse d'être réopérée.
Laparotomie pour les détacher. L'S iliaque est fixé d'une façon très intime et détaché avec soin. Les ovaires, volume normal, paraissent sains.	45 minutes.	Les résultats de cette opération ont été des plus remarquables. — Sortie le 14 avril 1888. Cette femme, revue un an plus tard, était bien réglée et avait des selles tout à fait régulières. Le lendemain de l'opération elle avait eu une débâcle.
Laparotomie, détachement des adhérences, ovaires introuvables. Résection de 38 gr. épiploon.	1 h. 33. 55 grammes.	Etat grave le lendemain, cédant à un purgatif. Sorti souffrant encore, mais très améliorée. — Sortie le 29 juin 1888. Revu 1 an plus tard albuminurie. Abscès pelviens.
Laparotomie ; détachement de l'épiploon de l'ovaire droit. Résection de l'épiploon 4 fils, à gauche même disposition, plus adhérences à la vessie ; même intervention.	35 min. 50 grammes.	Très bon état.
Incision sous-ombilicale ; tablier épiploïque fixé dans la fosse iliaque gauche et vers la vessie. Résection de l'épiploon en 3 groupes, 12 fils. Adhérences détachées à la surface de l'utérus, nettoyage, sutures.	45 min. 45 grammes.	Les suites ont été très bonnes. La malade, à la sortie le 26 juillet 1888, était tellement soulagée qu'elle pouvait se considérer comme guérie par ce détachement d'adhérences. Revue souvent après.

Nos d'ordre.	NOM DU MALADE. AGE. PROFESSION. SALLE ET LIT. ENTRÉE.	MALADIE.	DATE DE L'OPÉRATION.
7	B. Herminie (femme B.), 28 ans, ménagère. Isolement, lit n° 21. — Entrée le 12 octobre 1888.	Adhérences des annexes des deux côtés. Début 8 ans. Un accouchement et à la suite exaspération des douleurs. Douleurs à gauche au palper. Empatement vers la corne gauche.	29 octobre 1888.
8	L. (Gabrielle), 19 ans, blanchisseuse. Isolement, lit n° 10. — Entrée le 30 mars 1889.	Souffre depuis 18 mois. Palper: douleurs des deux côtés de l'utérus surtout à droite. Tumeur douloureuse dans le cul-de-sac droit. Utérus rejeté à gauche. Tuméfaction moins nette de ce côté.	15 avril 1889.
9	B. (Marie), 25 ans, chapelière. Isolement, lit n° 17. — Entrée le 1 ^{er} avril 1889.	Adhérences ovariennes. Disparition des règles depuis le mois de décembre. — Tumeurs occupant la fosse iliaque gauche, amélioration par le repos.	6 mai 1889.
10	V. (Berthe), 23 ans, caissière. Isolement. — Entrée le 28 juin 1889.	Règles irrégulières douloureuses ; a eu un enfant.	4 juillet 1889.

OPÉRATION.	DURÉE DE L'OPÉRATION. ANESTHÉSIE.	OBSERVATIONS.
Ovaire et trompe gauche fixés à la face postérieure du ligament large et à l'angle droit de l'utérus. Détachement des adhérences sans enlever les annexes : à droite, adhérences moins considérables également rompues.	38 min. Chl. 40 grammes	Revue en bon état en avril 1889
Incision sous-ombilicale ; ovaires peu volumineux ; trompes saines en apparence. Adhérences considérables des ovaires. Laborieux. Détachement.	40 min. 45 grammes.	Régulée quelques jours après l'opération sans douleurs. Difficultés pour uriner ; sondée 3 ou 4 jours. Sort le 9 mai 1889 sans ceinture ; douleurs semblent disparues. Revue en très bon état en juillet.
Laparotomie ; adhérences épiploïques très serrées ; grosse masse d'anses intestinales agglutinées ; détachement des adhérences.	30 min. 50 grammes.	Sortie le 1 ^{er} juin 1889 sans ceinture. — Douleurs disparues ;
Incision sous-ombilicale ; ovaire gauche plus volumineux ; adhérent dans le cul-de-sac postérieur. L'ovaire droit tient aussi par de petites adhérences détachées.	35 min. 30 grammes.	

Nota. — Le chiffre des opérations est déjà sensiblement plus élevé que celui fixé par ces tableaux. Quatre opérations sont trop récentes pour être enregistrées, et deux opérées ont été retrouvées. L'une d'elles, qui nous a été adressée par M. Lecorché, a bien guéri et ne figure pas aux tableaux.

Biblioteka Główna WUM

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

Biblioteka Główna WUM

Br.6666



000027581



www.dlibra.wum.edu.pl