

les bougies d'HÉGAR ou le dilateur de SIREDEY; 2° le col étant fixé par une pince-érigne, la curette, du modèle de RÉCAMIER ou de VOLKMANN, est introduite au fond de l'utérus et racle la muqueuse sur tous les points de la paroi, jusqu'à ce que l'on perçoive sous la main et sous l'oreille la résistance spéciale du

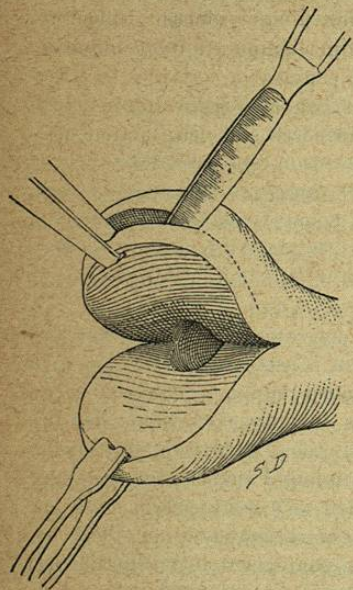


Fig. 269.

Opération de Schröder : excision du lambeau cervical (RICARD et LAUNAY).

muscle utérin; 3° la cavité utérine curettée est lavée avec une sonde à double courant (de préférence le dilateur-laveur de REVERDIN) pour enlever tous les débris; 4° on écouvillonne la cavité utérine avec un tampon garni de glycérine créosotée ou de liquide de BATTEY; 5° on tamponne la cavité avec une lanière de gaze iodoformée.

La thérapeutique des lésions du col est de la plus haute im-

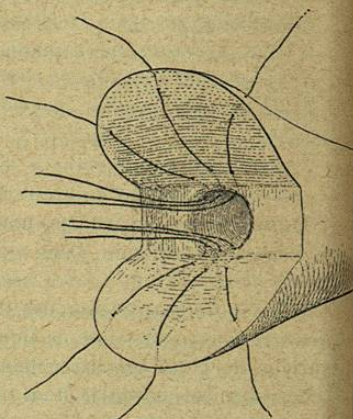


Fig. 270.

Opération de Schröder : sutures (RICARD et LAUNAY).

portance. Quand l'endométrite se complique d'une lacération unilatérale, à lèvres éversées et rouges, il faut pratiquer la trachelorrhaphie d'EMMET. — L'opération de SCHRÖDER (fig. 269 et 270), qui consiste en une excision conique de chaque lèvres suivie de la réunion de la muqueuse intra-cervicale à la muqueuse externe du col, est indiquée quand les lèvres cervicales sont éversées, atteintes d'ectropion muqueux et de dégénérescence kystique des glandes. — Enfin, l'amputation biconique du col, selon la technique de SIMON, convient à certaines métrites chroniques, douloureuses, à gros col, à corps volumineux, à cavité spacieuse : l'involution du corps suit cette action opératoire sur le col.

## ARTICLE V

## TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

**Définition.** — Sous les noms de *tumeurs fibreuses*, *corps fibreux* (CRUVEILHIER), *hystéromes* (BROCA), on désigne des tumeurs, *histologiquement bénignes*, dont la structure, identique à celle de l'utérus, se compose également de fibres musculaires lisses et de fibres de tissu conjonctif. — On a appelé *myomes* les variétés où le tissu musculaire paraît prédominer, *fibromes* celles formées surtout de tissu conjonctif : en général, les tumeurs fibreuses sont des *fibromyomes*, composés par parties variables, des deux tissus.

A côté de ces fibromyomes vrais, il faut faire une place, plus considérable qu'on ne l'a admis jusqu'à présent, à des tumeurs, pleines ou partiellement kystiques, qui occupent la paroi de l'utérus et qui se caractérisent par la présence d'éléments épithéliaux au sein de leur masse : le mémoire très important de VON RECKLINGHAUSEN, paru en 1896, a établi l'existence de ces tumeurs qu'il a désignées sous les noms d'*adénomyomes* ou *adéno-cystomes*, et qu'il a rattachées, comme origine, aux débris du corps de Wolff.

**Anatomie pathologique.** — 1° FRÉQUENCE, NOMBRE, VOLUME.  
— Les fibromes sont des tumeurs fréquentes : selon BAYLE, un cinquième des femmes présentent des corps fibreux après

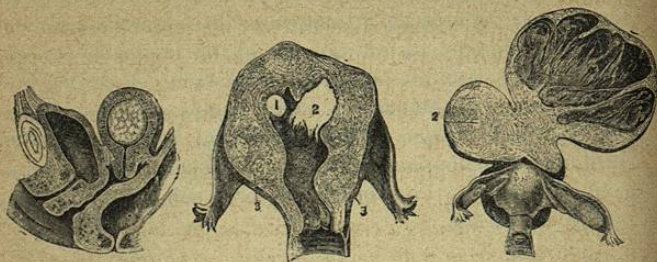


Fig. 271.

Fibrome intra-corporéocervical d'origine corporeale à évolution sous-muqueuse.

Fig. 272.

Fibromes généralisés intra-pariétaux (SCHROEDER).

Fig. 273.

Fibrome sous-séreux de l'utérus (SCHROEDER).

trente-cinq ans; mais beaucoup de ces néoplasmes restent latents et méconnus. — Leur nombre est variable : quelquefois,

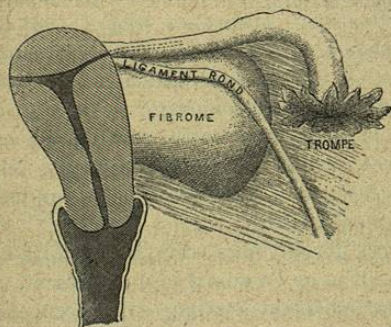


Fig. 274.

Fibrome occupant l'épaisseur du ligament large (AUVARD).

il ne se développe qu'une tumeur, prépondérante, avec quelques petits noyaux dans l'épaisseur de l'organe; les fibromes sous-muqueux sont assez fréquemment solitaires, les sous-

péritonéaux sont quelquefois très nombreux; certains utérus sont bourrés de noyaux interstitiels et bosselés de tumeurs sous-séreuses. — Le volume est souvent considérable : ceux que nous enlevons varient des dimensions d'une orange à une tête d'adulte.

2° SIÈGE. — Le siège est relatif : 1° au point d'origine dans l'épaisseur de la paroi utérine; 2° à la région de l'organe occupée.

Par rapport à la paroi, le fibrome se développe : 1° dans l'épaisseur même de cette paroi (*fibrome interstitiel*), auquel cas il reste longtemps sessile; 2° vers une des deux surfaces libres, soit la muqueuse (*fibrome sous-muqueux*) soit la séreuse (*fibrome sous-péritonéal*), circonstance qui en facilite la pédiculation (formation d'un *polype fibreux à évolution vaginale* ou d'un *fibrome abdominal pédiculé*).

Relativement à la région de l'utérus, le fibrome peut prendre naissance : 1° dans le corps de l'organe, ce qui est la condition la plus fréquente, surtout au niveau de la paroi postérieure; 2° dans le col, ce qui est plus rare et ce qui se complique, quand le point de départ est à la portion sus-vaginale du col, du développement du corps fibreux dans l'épaisseur des ligaments larges, *fibrome intraligamentaire*, variété importante par les phénomènes de compression pelvienne auxquels elle donne lieu et par les difficultés opératoires qu'elle suscite.

3° CONNEXIONS AVEC : 1° le tissu utérin; 2° la cavité de l'organe; 3° l'endomètre. — Ordinairement, les corps fibreux, comme CRUVELLIER l'avait indiqué par cette détermination, sont des productions isolées du parenchyme même de l'organe par une capsule lamelleuse de tissu cellulaire lâche, d'où la tumeur peut être énucléée : disposition utilisée en médecine opératoire. Mais, souvent, cette indépendance n'est point aussi complète et des connexions plus ou moins étroites unissent le fibrome au parenchyme. — Au contact d'un corps fibreux en état de progression, le tissu utérin participe à ce développement comme s'il renfermait un produit de conception, ce qui justifie, pour certains cas, l'expression de *grossesse fibreuse* employée par GUYON. — La déformation de la cavité utérine est constante :

en règle générale, cette cavité est *agrandie* et cet allongement cavitaire, mesurable à l'hystéromètre, est un signe de diagnostic différentiel; dans le cas de myomes à saillie sous-muqueuse, la cavité devient sinueuse, condition propice aux rétentions septiques. — La muqueuse utérine est atteinte d'endométrite glandulaire ou interstitielle, avec dilatations vasculaires marquées : cette endométrite fongueuse, hémorragique, joue un rôle important dans la production des hémorragies symptomatiques du fibrome.

4° STRUCTURE. — Les tumeurs fibreuses sont généralement arrondies, de consistance ferme, formées d'un tissu dense qui crie sous le couteau et qui se montre sous forme de fibres disposées en tourbillons, comme si elles étaient enroulées autour d'un centre. — Deux éléments les composent : 1° des fibres musculaires lisses, agglomérées en spirales; 2° un tissu conjonctif qui pénètre entre les faisceaux musculaires, s'accumule surtout à la périphérie, d'autant plus abondant que le fibrome est en moindre activité. — Le centre du fibrome est occupé par un vaisseau qui semble bien l'axe de la production : comme l'a décrit PILLIET, c'est généralement un vaisseau capillaire avec revêtement endothélial, que l'on voit pousser des pointes d'accroissement sur les fibro-myomes en activité; autour de ce vaisseau se disposent des fibres lisses et le tissu conjonctif, ce qui explique l'aspect tourbillonné que montrent les sections des fibromes.

5° TRANSFORMATIONS ET DÉGÉNÉRESCENCES. — I. *Transformations dures : sclérose et calcification.* — Il est classique d'admettre que la ménopause amène, dans les fibromes, une condensation fibreuse de leur masse, un arrêt de leur développement, une diminution de leur volume. De là, cette intervention souvent tentée : la production d'une ménopause anticipée par castration tubo-ovarienne. Il s'en faut malheureusement que l'âge critique marqué pour ces tumeurs un temps d'arrêt constant. Nous enseignons, au contraire, que l'on voit fréquemment des fibromes, jusqu'alors tolérés, se compliquer à cette période de la vie, de phénomènes hémorragiques ou douloureux.

Les fibres composant la tumeur s'incrudent parfois de matière calcaire; le fibrome subit une véritable pétrification qui se fait de deux manières : tantôt par un encroûtement périphérique, plus souvent par une infiltration calcaire totale qui rayonne du capillaire central du lobule.

II. *Transformations molles : œdème, altérations myxomateuses, sarcomateuses, kystiques, caverneuses.* — Par opposition à ces fibromes densifiés ou calcifiés, la tumeur peut être atteinte par des altérations variables de ramollissement.

Parfois il s'agit d'un véritable œdème de la masse; dans d'autres cas, le fibrome se ramollit par dégénérescence graisseuse, comme on peut l'observer après l'accouchement, et est capable alors de disparaître en s'associant au processus d'involution de l'utérus. — Quelques fibromes sont mous par *transformation myxomateuse* : cette altération débute, comme toutes les transformations, par le vaisseau central, dont les parois se clivent en lamelles contenant des cellules plates étoilées qui donnent naissance à un tissu muqueux.

L'évolution *sarcomateuse* des fibromes est fréquente : comme l'a dit PILLIET, si on examine avec soin les fibromes qu'enlèvent les chirurgiens, c'est-à-dire ceux qui par leurs symptômes de douleur, d'hémorragie ou d'accroissement rapide indiquent l'opération, on trouve souvent dans un fibrome d'apparence normale des points sarcomateux disposés autour des vaisseaux de la tumeur. — Ces sarcomes tendent à la gangrène, à la nécrose commençant par la partie centrale, consécutivement à la thrombose néoplasique du vaisseau : beaucoup de fibromes à cavités lacunaires, fibromes en géodes, en général les *fibromes kystiques*, ne sont que des fibro-sarcomes dont la portion sarcomateuse s'est nécrosée. — Enfin, sous le nom de *myomes télangiectasiques* on décrit des fibromes creusés de lacunes vasculaires dues à la dilatation des capillaires.

*Pathogénie.* — Les fibromyomes peuvent être envisagés comme une tumeur bénigne d'origine vasculaire : KLEBS et KLEINWACHTER avaient déjà indiqué que ce néoplasme se développe autour d'un vaisseau; PILLIET a précisé cette histogénèse.

Tout fibrome est composé de lobules agglomérées : chacun de ces lobules constitue l'unité histologique. Au centre de chacun d'eux, se trouve un vaisseau axile, qui est l'origine de la formation néoplasique, comme il est le point de départ de toutes ses transformations : sclérose, calcification, sarcomatose.

Le point de départ, le premier mobile histogénique, est le développement anormal du système vasculaire utérin : il se comprend bien, quand on songe aux variations considérables de la circulation utérine pendant la grossesse, à l'occasion des règles, consécutivement à une métrite. — Ce développement du système vasculaire a pour conséquence une réaction hypertrophique du muscle et du tissu conjonctif : les néo-capillaires s'entourent d'éléments musculaires et conjonctifs jeunes ; voilà autant de noyaux fibromateux développés sur un ou plusieurs districts vasculaires. Le même phénomène se produit pour la mamelle ; mais les tumeurs bénignes qui s'y développent ont pour centre de leurs unités un canal glandulaire au lieu d'un vaisseau : ce sont des *adéno-fibromes*, tandis que le fibrome utérin est un *angio-fibrome*.

**Symptômes.** — Hémorragies ; douleurs ; phénomènes de compression : tels sont les *signes rationnels* des fibromes utérins. — Les *signes physiques* sont constitués par la constatation : 1° d'une tumeur utérine ; 2° de l'agrandissement de la cavité de l'organe.

1° SIGNES RATIONNELS. — I. *Hémorragie.* — L'hémorragie, dans la majorité des cas, est le symptôme initial et prépondérant : elle coïncide souvent, du moins au début, avec l'époque menstruelle, c'est une *ménorragie* ; d'autres fois ou plus tard, la perte de sang survient dans la période intercalaire, c'est la *métrorragie*.

L'hémorragie est d'autant plus accusée qu'il s'agit d'un fibrome interstitiel ou d'un fibrome rapproché de la cavité utérine. Elle se produit, en effet, selon un double mécanisme : 1° par la fluxion vasculaire que la tumeur entretient dans la matrice, comme un véritable corps étranger ; 2° par l'altération de la muqueuse utérine, par l'endométrite hémorragique qui est à son

maximum dans les fibromes sous-muqueux ou dans les polypes fibreux à évolution vaginale.

Les pertes rouges sont accompagnées ou suivies de pertes blanches tachant le linge, écoulement tantôt glaireux et opalescent, tantôt muco-purulent. Dans certains cas, où la cavité utérine est déformée et très agrandie, on observe des pertes séreuses (*hydrorrhée*), très abondantes, s'évacuant par gorgées brusques : ce sont les *fibromes hydrorrhéiques* de TRÉLAT.

II. *Douleurs.* — Les douleurs sont un symptôme variable. On voit de grosses masses fibromateuses, évoluant vers l'abdomen, ne déterminer qu'un sentiment de pesanteur et de tiraillement lombaire ; au contraire, de petits fibromes, enclavés dans le bassin, donner lieu à des douleurs par compression sur les plexus sacrés. — Certains fibromes ne sont douloureux qu'au moment des règles : cela s'observe quand la cavité utérine est déformée et quand le sang ou les liquides leucorrhéiques s'y accumulent. — Lorsqu'un fibrome non enclavé donne lieu à des douleurs continuelles, il faut craindre qu'il ne se complique de lésions annexielles, de salpingo-ovarite.

III. *Phénomènes de compression.* — Un fibrome à développement intrapelvien peut comprimer : 1° la vessie (dysurie pouvant aller jusqu'à la rétention) ; 2° le rectum (constipation opiniâtre, météorisme, auto-infections intestinales) ; 3° les uretères, dont la compression reste souvent latente et doit être dépistée par la recherche de l'albumine, la constatation de la diminution de l'urée, la palpation des reins, les petits signes de l'insuffisance rénale.

2° SIGNES PHYSIQUES. — I. *Allongement de la cavité utérine.* — C'est un signe constant, qu'il s'agisse de fibromes intrapariétaux provoquant, par leur présence, l'hypertrophie de l'organe, ou de gros fibromes allongeant l'utérus par leur développement excentrique. — On le constate par le cathétérisme qui doit toujours être : 1° aseptique, 2° méthodique. Si l'introduction de l'hystéromètre est difficile et se heurte à la saillie intracavitaire d'un myome, on aura recours à une bougie urétrale flexible.

II. *Constataion de la tumeur utérine.* — Trois cas sont à distinguer : la tumeur est *abdominale, pelvienne* ou *vaginale*.

*Grosses tumeurs à évolution abdominale.* — L'*inspection* montre, pour les tumeurs s'élevant à l'ombilic, la paroi abdominale soulevée généralement sur la ligne médiane. — La *palpation* délimite une tuméfaction arrondie ou bosselée, à contours nets, de consistance ferme. — Le *palper bimanuel* établit que les mouvements communiqués à cette tumeur se transmettent au doigt touchant le col par le vagin ; ce *toucher vaginal* révèle que le col est très élevé. — A la *percussion*, la tumeur est mate, environnée d'une zone sonore qui représente les anses intestinales refoulées.

Dans ces conditions, et surtout s'il y a coexistence d'hémorragies, le diagnostic de fibrome est net. Une erreur grave, mais rare, consiste à prendre une grossesse pour un fibrome. Il est plus fréquent de confondre un corps fibreux avec un kyste de l'ovaire, soit que le fibrome mou, œdématié, kystique, pourvu d'un pédicule étroit, soit mobile par rapport à l'utérus, soit qu'au contraire un kyste, à pédicule tordu, ou inclus dans le ligament large, ou simplement adhérent, présente des mouvements communiqués au col, qui font croire que la tumeur fait partie de l'utérus.

*Tumeurs pelviennes.* — Lorsqu'un fibrome dépasse à peine le pubis, il ne donne point lieu à une tuméfaction visible : la tumeur est dans le petit bassin et sa présence est reconnue par le toucher vaginal et rectal combiné à la palpation.

Deux cas sont à distinguer, comme l'a fait LEGUEU : 1° la tumeur semble constituée par l'utérus augmenté de volume ; 2° la tumeur est développée à côté de l'utérus.

Dans la première hypothèse, l'erreur toujours à fuir est la grossesse : dans le doute, ne point faire d'hystérométrie. Mais, ordinairement, la situation est la suivante : on a affaire à une femme qui approche de la ménopause et qui souffre d'hémorragies abondantes et répétées. Faites l'hystérométrie ; elle montre une cavité allongée, mesurant 9 à 12 et 15 centimètres : concluez à la présence de fibromes interstitiels, en voie de développement.

Parfois le corps fibreux occupe la paroi postérieure et peut prêter à confusion avec la rétroflexion utérine : là encore, l'hystérométrie tranche le diagnostic en montrant que la cavité utérine garde sa direction normale et qu'elle est allongée.

Deuxième hypothèse : un fibrome, dédoublant à leur base les feuillets du ligament large, se développe sur le flanc de

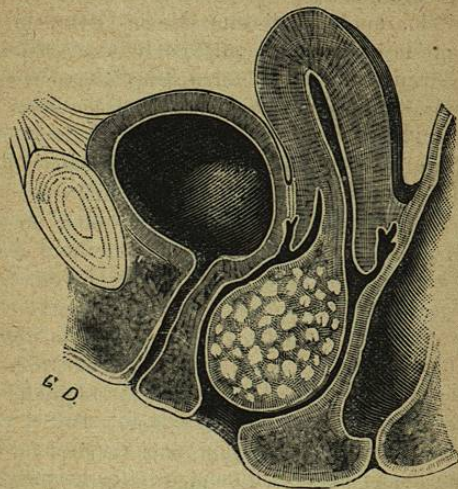


Fig. 275.

Fibrome intravaginal d'origine cervical (AUVARD).

l'utérus qu'il refoule. Le doigt poussé dans le cul-de-sac vaginal correspondant apprécie la tuméfaction profonde qui le soulève et, grâce au palper combiné, se rend compte qu'elle fait corps avec l'utérus. — Un kyste para-ovarien, inclus dans le ligament large, très tendu, peut prêter à confusion : le diagnostic se fonde surtout sur les hémorragies caractéristiques du fibrome. La salpingite se distingue parce qu'elle est une tumeur plus souvent douloureuse, ordinairement bilatérale, de tuméfaction moindre et moins régulière. — L'hématocèle postérieure ou antérieure a souvent été confondue avec un fibrome de la

paroi ventrale ou dorsale de l'utérus : ordinairement, le fibrome se différencie par ses contours plus nets, ses limites plus précises.

*Tumeurs vaginales.* — Un corps fibreux du corps, de siège sous-muqueux, évolue vers le vagin. Dans une première phase, il reste enfermé dans la cavité de la matrice, il est intra-utérin, et sa présence n'est objectivement démontrée que par sa palpation digitale, après dilatation du col. Dans une seconde phase, il entr'ouvre le col et se présente à son orifice, parfois de façon intermittente, au moment des règles. Dans une troisième période, le fibrome pédiculé, sorti de l'utérus, se touche et se voit, au fond du vagin, sous la forme d'un polype rougeâtre, parfois très volumineux, dont il faut faire le diagnostic différentiel d'avec une inversion utérine (p. 975).

Il est des fibromes à évolution vaginale, formant des « polypes énormes », en arrière desquels se font des stagnations putrides qui, à l'occasion d'une exploration ou d'une intervention, deviennent l'origine de septicémies très graves. Parfois un fibrome, étranglé par le col à son pédicule, se sphacèle, s'ulcère, donne lieu à une sécrétion fétide, qui peut faire croire à un cancer du col : le diagnostic se fonde sur la constatation d'un véritable cercle utérin, formé par le col dilaté, entourant le pied du fibrome.

**Pronostic.** — Le fibrome, tumeur histologiquement bénigne, devient une affection grave et même mortelle par ses complications : 1° abondance des hémorragies ; 2° insuffisance rénale par compression urétérale, surtout à craindre dans les tumeurs pelviennes ; 3° hyposystolie cardiaque, dans les grosses tumeurs abdominales ; 4° dégénérescence sarcomateuse, plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois ; 5° mortification et septicémie secondaire, dans les formes à évolution vaginale.

Donc, la bénignité des tumeurs fibreuses, opinion autrefois classique, est loin d'être constante. S'il est des fibromes, même volumineux, qui restent compatibles avec une vie active, en revanche, on en voit beaucoup qui, par des hémorragies additionnées et l'anémie grave qui en résulte, par l'insuffisance croissante de l'excrétion rénale et hépatique, par les altérations

secondaires du myocarde, entraînent à la longue un état particulier de cachexie, avec face jaune pâle, pouls fréquent et petit, abaissement considérable du taux de l'urée, et qui présentent à l'intervention des conditions très défavorables. — Il s'en faut que la ménopause soit le signal de l'arrêt de leur développement ; trop souvent, et nous insistons sur cette observation clinique, l'apparition ou l'aggravation des accidents coïncident avec cette période.

**Traitement.** — Le traitement opératoire des fibromes, depuis surtout les progrès techniques de l'hystérectomie abdominale, tend à prendre le pas sur le traitement médical.

1° TRAITEMENT MÉDICAL. — Ce dernier demeure, toutefois, applicable aux fibromes qui ne déterminent point d'hémorragies abondantes, qui ne s'accompagnent ni de phénomènes douloureux ni de symptômes de compression, qui ne montrent point une tendance au développement rapide. Les injections salées (Eaux de Salies, de Balaruc) ont une action réelle ; l'ergotine, associée aux extraits fluides d'*hydrastis canadensis*, de *cannabis indica* et de *viburnum prunifolium*, est avantageusement employée dans les fibromes mous et hémorragiques. L'électrothérapie, par courants continus, réussit quelquefois à arrêter les hémorragies, à opérer une régression du fibrome : elle convient surtout aux fibromes interstitiels.

2° TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — Il comprend : 1° le curettage ; 2° la castration ; 3° les opérations par la voie vaginale ; 4° la myomectomie abdominale ; 5° l'hystérectomie abdominale.

I. *Curettage.* — Le curettage, suivi de pansements utérins et d'une série d'injections très chaudes intra-utérines, est indiqué dans les fibromes interstitiels, avec cavité utérine allongée jusqu'à 12 centimètres et hémorragies irrégulières et fréquentes : nous avons vu ainsi les hémorragies s'arrêter, chez certaines malades, et la cavité utérine subir une diminution mesurée à l'hystéromètre.

II. *Castration.* — La castration était, jusqu'à ces derniers temps, sous le nom d'opération d'HÉGAR et BATEY, appliquée à un assez grand nombre de cas : malades jeunes, atteintes d'hémorragies abondantes, portant un fibrome de croissance

rapide. Actuellement, la castration n'est qu'une intervention exceptionnelle cédant le pas à l'hystérectomie.

III. *Opérations par la voie vaginale.* — Un fibrome pédiculé, accouché à travers le col, est saisi par des pinces à griffes et abaissé : son pédicule est sectionné, après ligature préalable, ou simplement tordu ou forcipressé. — Sous le nom d'*énucléation vaginale*, on désigne une méthode

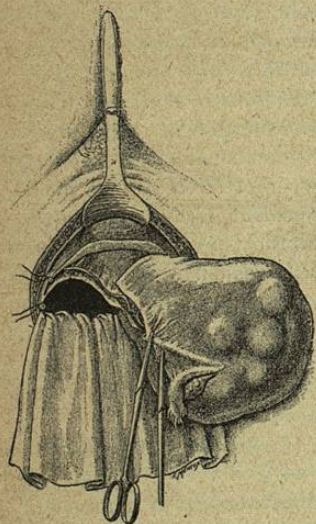


Fig. 276.

Procédé (KELLY-SEGOND) représenté ici dans un cas d'utérus fibromateux (SEGOND).

qui consiste à inciser sur le myome la muqueuse de recouvrement et à dégager le corps fibreux du parenchyme utérin, à la faveur de la capsule lamelleuse qui l'en isole : elle est applicable aux noyaux fibreux développés sur les lèvres du col et aux fibromyomes sessiles du corps, émergeant dans la cavité utérine par une saillie sous-muqueuse. — L'*hystérectomie vaginale* pour fibrome a été surtout réglée par PÉAN, à qui nous devons la technique du *morcellement*, perfectionnée par SEGOND, RICHELOT et DOYEN.

IV. *Myomectomie abdominale.* — S'agit-il d'un myome libre sous-séreux, à pédicule plus ou moins étroit, on l'enlève après section de ce pédicule et péritonisation. — Sous le nom de *myomectomie abdominale*, on décrit une opération, dont on tend actuellement à développer les indications, applicable à un corps fibreux à noyau unique et limité, consistant à inciser l'enveloppe musculo-séreuse, à décapsuler le myome et à suturer par des plans perdus au catgut les parois de la poche d'énucléation.

V. *Hystérectomie abdominale.* — Deux procédés sont en paral-

lèle : 1° *l'hystérectomie supravaginale*, qui ampute l'utérus au-dessus des insertions du vagin ; 2° *l'hystérectomie totale* qui désinsère le vagin.

L'*hystérectomie supravaginale* conserve un moignon formé par le col. Ce moignon, on l'a successivement traité de trois façons : 1° en le maintenant au dehors (*traitement extra-péritonéal du pédicule*, procédé de KOEBERLÉ et de HÉGAR), étranglé par un

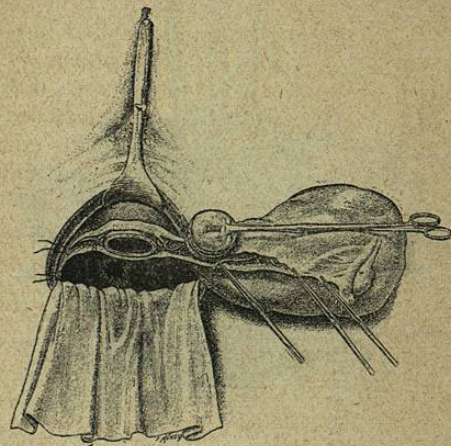


Fig. 277.

Deuxième temps : la masse utéro-ovarienne renversée à droite ne tient plus que par le ligament large correspondant (SEGOND).

lien de caoutchouc, et transpercé par deux broches en X, jusqu'à la chute de la ligature élastique ; 2° en le fixant au niveau de la face profonde de la paroi abdominale et en l'accolant au péritoine pariétal (*traitement du pédicule par la méthode mixte*, ou juxtapariétale, procédé de WOELFLER-HACKER ; 3° en l'abandonnant dans l'abdomen, après suture au catgut affrontant la surface du moignon et suture à la soie le recouvrant de péritoine (*traitement intrapéritonéal*, procédé de SCHRÖDER). Cette dernière technique est actuellement le procédé de choix.

Enlever en totalité l'utérus avec la tumeur, tel est le but de

*Hystérectomie totale.* — Des procédés nombreux ont été proposés : les uns emploient la combinaison des voies vaginale et abdominale, soit qu'on commence par le vagin pour finir par l'abdomen (*hystérectomie vagino-abdominale*), soit qu'on exécute les manœuvres suivant un ordre inverse, et qu'on achève d'enlever par le vagin le moignon cervical (*hystérectomie abdomino-*

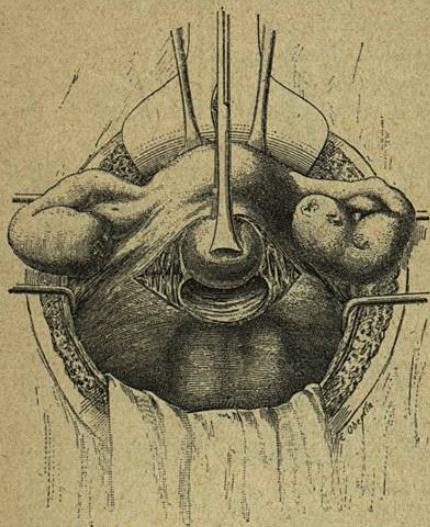


Fig. 278.

Procédé DOYEN. Le cul-de-sac postérieur a été ouvert, le col est attiré dans le ventre et le vagin est en partie désinséré.

*vaginale*); les autres conduisent et terminent l'opération tout entière par l'abdomen. C'est à ces derniers procédés que l'on donne actuellement la préférence.

Un progrès considérable a été réalisé par la ligature méthodique des artères utérines, substituée à l'hémostase en masse autrefois pratiquée. Nous le devons à l'Américain STIMSON. Donc, dans les procédés ordinaires, on procède à la libération du col et à l'ouverture des culs-de-sac vaginaux, en marchant

de haut en bas, de l'abdomen vers le vagin. Cela comprend les temps suivants : 1° sectionner des deux côtés de l'utérus, les ligaments larges, en dehors des annexes, ligaturées ou forcipressées; 2° tailler un lambeau péritonéal antérieur, le séparer de l'utérus et isoler la vessie du col; 3° rechercher, pincer ou

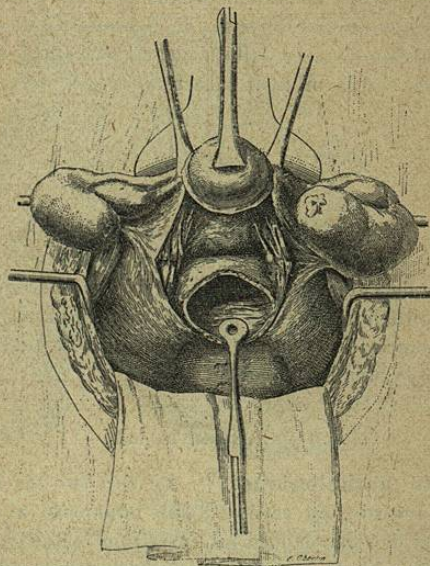


Fig. 279.

La désinsertion du vagin est complète. La face intérieure de l'utérus commence à se décoller. Il ne reste qu'à pédiculiser les ligaments larges et à les sectionner.

lier les artères utérines; 4° inciser le vagin, tout autour du col; 5° suturer au catgut les tranches vaginales et les recouvrir, au moyen d'un surjet du lambeau péritonéal antérieur.

Sous le nom de *procédé américain*, on décrit une technique qui consiste à enlever l'utérus et les annexes de gauche à droite, en coupant successivement le ligament large de gauche, le vagin, le ligament large de droite (fig. 276 et 277); dans le procédé américain type, on garde une rondelle de col.



Au lieu d'exécuter la libération du col de haut en bas, DOYEN la pratique de bas en haut, en incisant d'emblée le cul-de-sac postérieur, en libérant les attaches latérales du col qui, saisi par une pince et attiré en haut, se détache de la vessie sans danger de lésion des uretères (fig. 278 et 279). Après section du ligament large droit, la tumeur attirée vers la gauche, se dépouille de son enveloppe séreuse; le ligament large gauche est sectionné; l'hémostase est faite à ciel ouvert après ablation de la tumeur, et c'est là un trait caractéristique de cette ingénieuse méthode.

## ARTICLE VI

## CANCER DE L'UTÉRUS

Le cancer de l'utérus est, au point de vue anatomo-pathologique, un épithélioma. — Au point de vue clinique, on distingue : 1° le cancer du corps; 2° le cancer du col, qui est l'espèce de beaucoup la plus fréquente.

## I. — CANCER DU COL

**Anatomie pathologique.** — Le col, sur ses deux faces externe et interne, est revêtu d'une muqueuse à épithélium différent : en dehors, depuis les insertions vaginales jusqu'au museau de tanche, le revêtement muqueux n'est autre que la muqueuse du vagin à épithélium pavimenteux; en dedans, la portion cervicale de la cavité utérine est recouverte par une muqueuse qui, comme celle du corps utérin, offre un épithélium cylindrique.

De là, ces deux variétés distinctes par leur origine et leur type histologique : 1° l'épithélioma qui naît à la face externe du museau de tanche, *épithélioma de la portion vaginale*, est du type *pavimenteux*; 2° celui qui prend son point de départ dans le *canal cervical* est un épithélioma *cylindrique*. — Ces deux catégories répondent à la presque généralité des cas. Toutefois, on peut observer, sur la face externe, le développement d'épithé-

liomas cylindriques, naissant au niveau d'érosions où l'épithélium pavimenteux a subi la transformation en épithélium cylindrique : c'est le cancer poussant sur une érosion, l'« Erosion-Carcinome » de Winter.

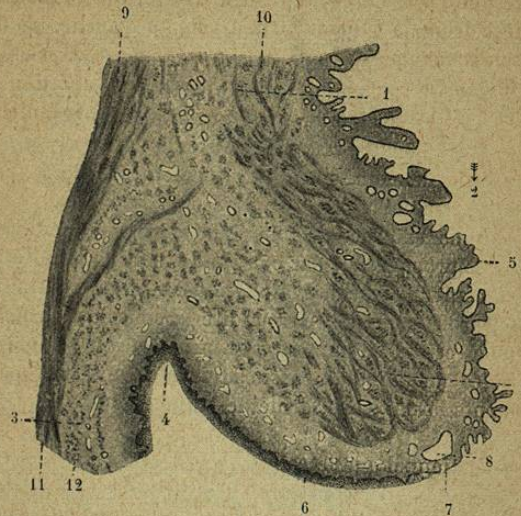


Fig. 280.

Coupe longitudinale du museau de tanche sur une femme vierge de 24 ans, montrant la transition entre l'épithélium utérin et l'épithélium vaginal (d'après TOURNEUX).

1, col utérin, avec 1', museau de tanche. — 2, cavité du col (canal cervical). — 3, paroi du vagin. — 4, cul-de-sac du vagin. — 5, épithélium prismatique du canal cervical. — 6, épithélium pavimenteux stratifié recouvrant la surface vaginale du museau de tanche. — 7, ligne de transition entre les deux épithéliums. — 8, œuf de Naboth. — 9 et 10, couche musculaire du col. — 11 et 12, couches musculaires. Les artères se différencient des veines par l'épaisseur de leurs tuniques.

L'épithélioma pavimenteux, qui prend le type lobulé ou tubulé, avec ou sans globes épidermiques, est un véritable cancroïde, identique à ceux du vagin lui-même. — Deux formes se rencontrent : 1° la forme *papillaire*, qui bourgeonne en masses mamelonnées, vasculaires, remarquables par leur friabilité et, par conséquent, par leur tendance à se ramollir et à saigner (tumeurs en choux-fleurs, *Cauli flower tumour* de John Clarke);