

lières que dans les annexites doubles, repose sur ce principe qu'il est bon, pour enlever des annexes adhérentes, de se débarrasser d'abord de l'utérus et de profiter de la place que laisse, au milieu du bassin, l'extirpation de cet organe pour attaquer les annexes par leur côté le plus vulnérable. Il consiste donc dans l'extirpation première de l'utérus et l'extirpation secondaire des annexes.

On commence, à droite par exemple, par sectionner le pédicule annexiel près de la corne utérine (fig. 220), puis on descend le long du bord droit de l'utérus jusque sur l'artère utérine qui est pincée et coupée. On agit de même à gauche. L'utérus est ainsi isolé des deux côtés et ne tient plus que par le col, tionne (fig. 221). Lorsque l'utérus est enlevé, on extirpe de part et d'autre

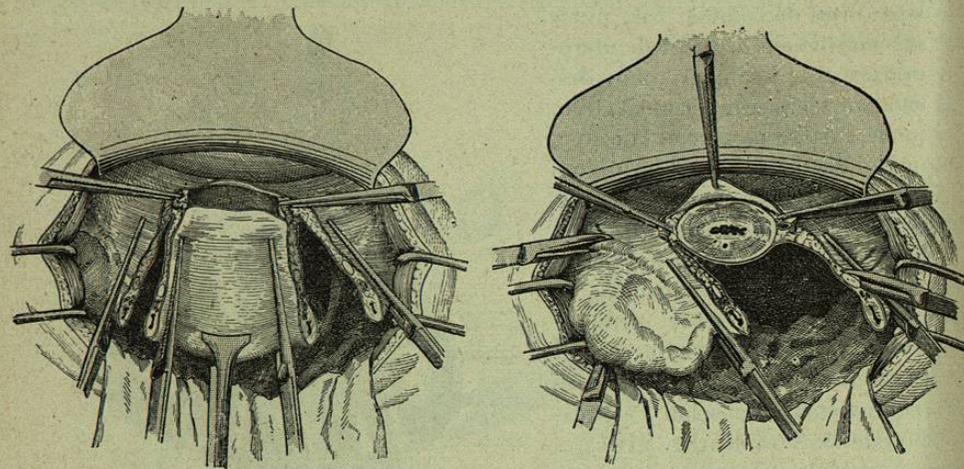


Fig. 221. — Les deux ligaments larges sont sectionnés. Pincement des utérines.
Fig. 222. — L'utérus a été enlevé ainsi que les annexes droites. Les annexes gauches vont être attaquées par dessous (d'après Delage).

qu'on seles annexes en les attaquant par-dessous, ce qui est facile, grâce à la place que donne au centre du bassin la suppression de l'utérus (fig. 222).

Ce procédé est applicable dans les annexites doubles adhérentes aux parois pelviennes; mais pour qu'il soit facilement exécutable, il faut que les annexes puissent être aisément séparées de l'utérus, ce qui n'est pas toujours le cas. Aussi vaut-il mieux, en règle générale, avoir recours au procédé suivant.

Hystérectomie par hémisection. — Ce procédé, que j'ai décrit en 1897, est fort simple; il pourrait être employé dans tous les cas où l'utérus est peu volumineux, et en particulier dans toutes les annexites doubles, mais dans les cas simples, nous avons mieux. La décollation et le procédé américain sont préférables. Il doit être réservé aux cas dans lesquels les annexites sont adhérentes aux parois pelviennes. Dans ces cas difficiles il rend des services inappréciables et doit être préféré à tous les autres procédés, y compris celui de Terrier.

On reconnaît d'abord le fond de l'utérus qu'on saisit de chaque côté de la ligne médiane avec une pince, puis avec de forts ciseaux droits on sectionne l'utérus sur la ligne médiane, du fond vers le col, jusqu'à l'isthme (fig. 225,

224). On sépare alors du col, à droite par exemple, d'un coup de ciseaux donné au niveau de l'isthme, une des moitiés utérines, on pince et on coupe l'artère

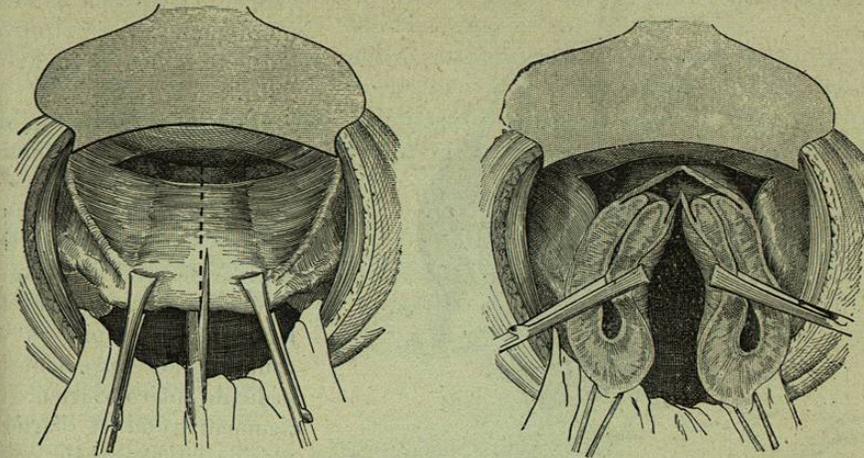


Fig. 224. — L'utérus est sectionné. Le vagin est ouvert au niveau des culs-de-sac antérieur et postérieur.
Fig. 225. — Hémisection de l'utérus (J.-L. Faure.)

utérine droite qu'on aborde par dedans. La moitié utérine se renverse alors vers le haut pendant que la main, profitant de l'espace laissé libre par le

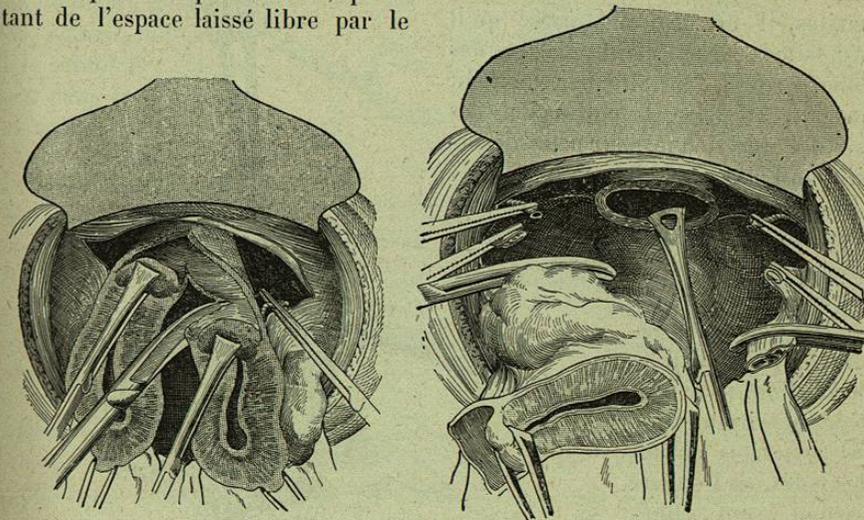


Fig. 225. — Extirpation de la moitié droite de l'utérus.
Fig. 226. — Extirpation de la moitié gauche (D'après J.-L. Faure.)

renversement de cette moitié utérine, va décoller les annexes en les attaquant de bas en haut et de dedans en dehors. Une pince saisit le ligament rond et

1. Ces dessins représentent l'hémisection utérine dans l'hystérectomie totale. Dans la subtotal, il suffit d'arrêter la section au niveau de l'isthme.

le ligament utéro-ovarien, et un coup de ciseaux les sectionne. La même opération est répétée du côté gauche, et l'extirpation du bloc utéro-annexiel se trouve ainsi terminée (fig. 225, 226).

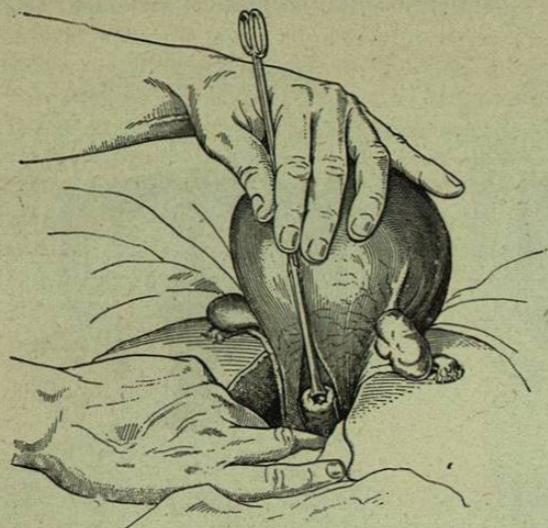


Fig. 227. — Prise du col, à travers le cul-de-sac postérieur. (Doyen.)

Ce procédé est facile à appliquer dans les cas simples où tous les procédés sont bons. Dans les cas difficiles, surtout lorsqu'il s'agit d'annexites, il est mauvais, parce qu'il nécessite la décortication préalable des annexes qu'il faut attaquer de haut en bas, et prive le chirurgien des facilités que donne pour cette décortication l'attaque de bas en haut.

Je ne saurais donc conseiller ce procédé, puisque nous avons mieux. Dans les fibromes et les annexites mobiles et faciles, il ne vaut ni la décollation, ni le procédé américain. Dans les annexites où un des côtés, où les deux surtout sont adhérents, il ne vaut ni le procédé américain, ni le procédé de Terrier, ni l'hémisection utérine.

Il faut le connaître, comme tous les autres; mais il vaut mieux ne pas s'en servir.

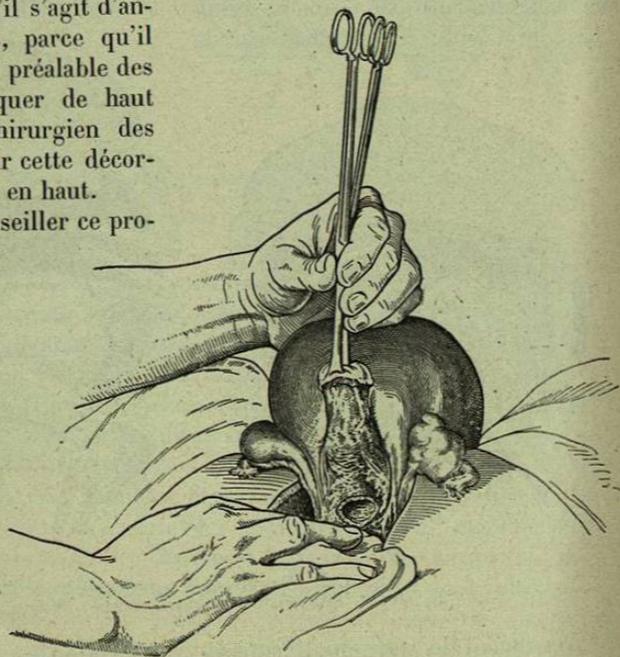


Fig. 228. — Le col a été désinséré circulairement; la vessie est décollée. (Doyen.)

Il n'y a, en réalité, qu'un procédé d'hystérectomie subtotale par attaque de haut en bas : c'est le procédé de Schröder, dans lequel on descend de chaque côté de haut en bas dans le ligament large, pinçant et coupant successivement le pédicule utéro-ovarien, le ligament rond et l'artère utérine, et conservant pour la fin la section de l'isthme utérin.

L'extirpation de l'utérus et des annexes achevée, l'opération se termine de la même façon dans tous les procédés. Les ligatures des pédicules vasculaires doivent être faites au catgut, avec trois nœuds, et en passant les fils dans l'intérieur des tissus, pour éviter tout desserrage et toute chute des fils.

Le col, dont l'orifice a été cautérisé, est fermé par un surjet au catgut, et le péritoine est reconstitué par un surjet semblable. Pour ces surjets, l'aiguille de Reverdin à pédale rend de très grands services.

Si l'on juge le drainage vaginal indispensable, rien n'est plus simple. Il suffit d'inciser en arrière, sur la ligne médiane, le col et la paroi postérieure du vagin jusqu'au fond du Douglas. On a ainsi une voie de drainage parfaite, sans avoir les ennuis d'hémostase que donnent toujours plus ou moins l'extirpation du col et la désinsertion du vagin.

Hystérectomie totale. — En dehors du cancer, l'hystérectomie totale vit seulement des contre-indications de la subtotale : col suspect dans les fibromes, col également suspect ou trop malade dans les annexites bilatérales : c'est dire que ses indications sont singulièrement restreintes et pour ma part je ne la fais certainement pas dans plus de 2 à 5 pour 100 des cas.

Mais si on doit la faire, on s'inspirera des mêmes principes que dans la subtotale, et l'on choisira de préférence les procédés qui permettent de pratiquer de bas en haut l'extirpation de l'utérus et des annexes.

Dans les cas faciles et en particulier dans les gros fibromes très mobiles, le procédé de Doyen est très commode. Après bascule de l'utérus en avant, on ouvre le cul-de-sac vaginal postérieur en s'aidant au besoin d'une pince directrice introduite par la vulve. Par l'ouverture ainsi faite, on va saisir le col que l'on attire vers le haut, puis on sectionne les insertions vaginales au ras du col avec de gros ciseaux courbes. Lorsque le vagin est désinséré, l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges. On ramasse de bas en haut le ligament large droit que l'on pince et que l'on sectionne, puis on fait basculer l'utérus à gauche et on sectionne de même, après l'avoir pincé, le ligament large gauche. L'utérus est enlevé, il ne reste qu'à faire l'hémostase et à terminer l'opération (fig. 227, 228, 229).

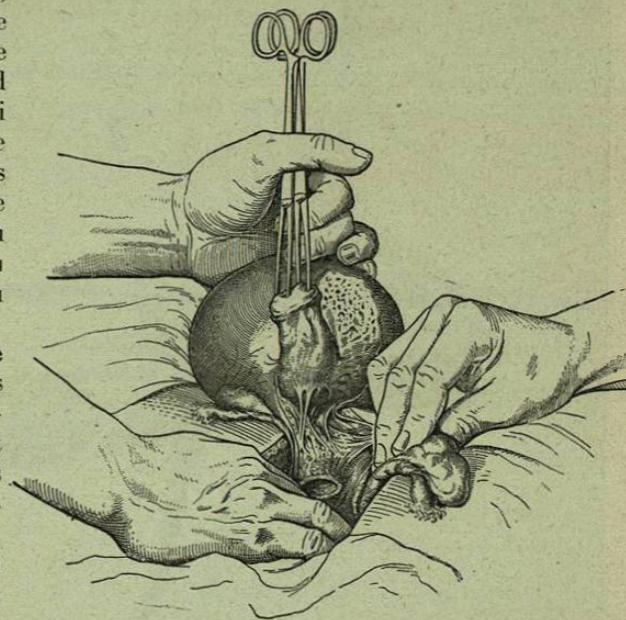


Fig. 229. — Le ligament large droit a été sectionné. Bascule de l'utérus à gauche. (Doyen.)

Dans un grand nombre de cas correspondant à ceux que j'ai examinés plus haut, on pourra remployer le *procédé américain* avec la modification de Segond, qui a ajouté au procédé de Kelly l'extirpation du col. La technique ne diffère pas sensiblement. Mais, au lieu de se borner à sectionner le col, il faut, au moment où on arrive au bas du ligament large, ouvrir le vagin sur sa partie

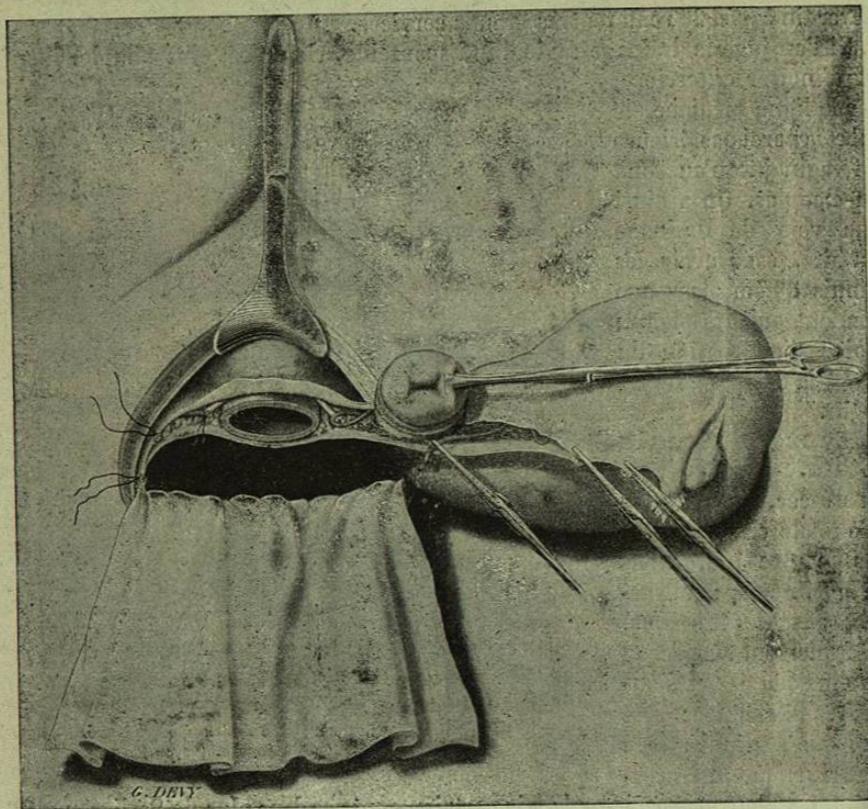


Fig. 250. — Procédé Kelly-Segond. Bascule de l'utérus à droite après désinsertion du col.

latérale et le désinsérer tout autour du col, en ayant bien soin de ne pas s'en écarter de peur de léser les uretères (fig. 250).

Enfin l'hystérectomie totale peut être faite également par *hémisection*. Il suffit, après avoir incisé le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et refoulé la vessie, de poursuivre l'hémisection jusque dans le vagin. Ce procédé a ici un avantage marqué, c'est qu'il évite toute hésitation dans la recherche du vagin. En suivant la cavité utérine on y est conduit fatalement, et précisément sur la ligne médiane, ce qui permet de savoir exactement où l'on est par rapport aux uretères. Le vagin ouvert, le demi-moignon cervical est saisi, attiré en haut et désinséré. Le reste de l'opération est conforme à la description que j'en ai faite plus haut (fig. 225, 224, 225, 226).

Dans le *cancer du col*, par exception, on exécutera l'extirpation de haut en

bas, parce qu'il faut garder pour la fin le col et les tissus avoisinants et qu'on ne peut les disséquer convenablement que lorsque l'utérus est libre de toutes ses autres attaches. C'est en somme l'ancien procédé de Freund plus ou moins modifié et perfectionné, en particulier par Wertheim. La description de cette opération absolument spéciale sera mieux placée avec celle de la maladie qu'elle est destinée à combattre [V. UTÉRUS (CANCER)].

J.-L. FAURE.

HYSTÉROPEXIE. — C'est la fixation de l'utérus. Cette opération est destinée à fixer l'utérus en position normale et à combattre soit certains prolapsus, soit surtout la rétroversion utérine [V. UTÉRUS (RÉTROVERSION)].

J.-L. FAURE.

HYSTÉROTOMIE. — Section, ou plutôt *incision* de l'utérus. Opération qui consiste à inciser l'utérus, par exemple dans la sténose du col ou dans un fibrome intra-utérin, lorsqu'on cherche à se frayer un passage vers le corps fibreux [V. UTÉRUS (STÉNOSE, FIBROME)]. L'incision de la paroi utérine dans la myomectomie abdominale ou dans l'OPÉRATION CÉSARIENNE (v. c. m.) est encore une *hystérotomie*.

J.-L. FAURE.

HYSTÉRIE. — Les manifestations de l'hystérie ont, de tout temps, attiré l'attention des observateurs; elles ont été le sujet d'innombrables travaux, parmi lesquels ceux de Lepois, de Sydenham, de Briquet, de Chareot et de ses élèves méritent une mention toute spéciale. Néanmoins, la plupart des auteurs éprouvent les plus grandes difficultés dès qu'il s'agit de donner une définition claire et précise, confirmant ainsi l'aphorisme de Lasègue : « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. »

« Cela tient à des raisons faciles à comprendre. On définit ordinairement une maladie par l'indication de ses lésions essentielles ou par l'énumération rapide des symptômes caractéristiques. Or, l'hystérie n'a pas de lésions connues; c'est une névrose, c'est-à-dire une affection *sine materia*. D'autre part, ses symptômes sont extrêmement variables, et aucun d'eux ne peut être donné comme caractéristique.

« En réalité, ce mot d'*hystérie* est un vocable abstrait par lequel on désigne, non pas un être pathologique à physionomie distincte et uniforme, mais une foule d'accidents nerveux, en apparence très différents les uns des autres, bien qu'ils appartiennent à une seule et même famille naturelle.... Les cliniciens n'ont jamais affaire à l'*entité hystérie*; ils ne voient et ne traitent que des *accidents hystériques* » (Pitres).

Il est donc indispensable de rechercher, en se maintenant, jusqu'à nouvel ordre, dans un domaine purement symptomatique, des caractères communs à tous ces accidents et n'appartenant qu'à eux, sous peine de faire de l'hystérie un véritable chaos et d'englober dans sa description une foule de troubles morbides qui n'ont absolument rien à voir avec elle. Babinski a montré que la possibilité de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence *exclusive* de la persuasion constituait précisément un caractère de ce genre (pour cet auteur, le mot « suggestion » contrairement à celui de « persuasion », doit impliquer que l'idée qu'on cherche à insinuer est déraisonnable, telle l'idée d'une mala-

die, d'une paralysie par exemple, chez un sujet bien portant). On n'est pas toujours sûr de guérir par persuasion tous les phénomènes hystériques, mais on peut affirmer leur nature hystérique si, au préalable, on a observé d'autres cas, ayant un aspect clinique identique et tout à fait spécial, qu'on a pu reproduire par suggestion et faire disparaître par persuasion. Ces manifestations sont parfois le point de départ d'autres accidents (atrophie musculaire, rétractions fibro-tendineuses par exemple) sur lesquels la suggestion et la persuasion sont sans influence : ce sont des troubles secondaires qui ne tardent pas à s'effacer dès que le trouble primitif, qui leur a donné naissance, n'existe plus. Aussi Babinski a-t-il proposé la définition suivante qui délimite exactement ce qu'on doit entendre par phénomène hystérique :

« L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par quelques troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Le terme *hystérie*, qui comporte l'idée d'affection essentiellement féminine à point de départ utérin, devrait être, pour cet auteur, remplacé par le terme *pituitisme* (guérissable par persuasion) plus conforme à la réalité des faits.

L'hystérie est une des maladies les plus répandues et, dit Babinski, « je suis, pour ma part, porté à croire qu'il est bien peu d'individus, qui dans de certaines circonstances, sous l'influence de causes occasionnelles plus ou moins actives, ne peuvent en subir les atteintes. Cette proposition, je me hâte de le dire, ne s'applique qu'à la petite hystérie; je crois, en effet, que la grande hystérie ne se développe guère que chez des sujets prédisposés par leur naissance, et qu'elle est l'apanage d'une aristocratie névropathique; la première est en quelque sorte à la portée de tout le monde. »

Rare avant 10 ans et après 40 ans, elle se développe surtout vers la puberté. L'hystérie féminine est plus fréquente que l'hystérie masculine (1 homme contre 2 ou 3 femmes (Gilles de la Tourette), sauf dans les classes inférieures de la société où la proportion paraît être inverse. L'hérédité neuro-arthritique joue un rôle important, comme dans toutes les maladies mentales (surtout hérédité de transformation; hérédité similaire dans 1/5 des cas). Les causes occasionnelles sont innombrables : causes morales, émotions, surmenage, imitation (épidémies d'hystérie), pratiques d'hypnotisme ou de spiritisme, etc.; traumatismes (association fréquente de l'hystéro-traumatisme avec la neurasthénie (v. c. m.), traumatismes chirurgicaux, coliques hépatiques, néphrétiques, etc.; intoxications par le plomb, l'alcool, le mercure; maladies infectieuses et maladies générales : fièvre typhoïde, diphtérie, grippe, pneumonie, scarlatine, impaludisme, syphilis, etc.; toutes les maladies organiques ou dynamiques du système nerveux.

D'ailleurs, quelle que soit la cause, l'hystérie reste toujours identique à elle-même.

Symptomatologie. — On divisait autrefois les symptômes de l'hystérie en deux groupes : 1° les *stigmates* (troubles de la sensibilité, troubles psychiques, amyosthénie, catalepsie partielle, diathèse de contracture) qui avaient pour caractères d'être permanents, discrets, c'est-à-dire presque toujours ignorés du malade, indifférents, c'est-à-dire ne gênant nullement les fonctions ordinaires de la vie, et dont la recherche méthodique permettait au médecin d'assurer son diagnostic; 2° les *accidents*, manifestations bruyantes, de durée variable, qui attireraient l'attention du malade et de son entourage. En réalité, il s'agit de symptômes de même nature qu'il est impossible de séparer dans une description clinique.

A. — Troubles de la sensibilité. — Ces troubles sont excessivement variés et occupent la première place dans presque toutes les descriptions. Ils portent sur la sensibilité générale (anesthésie, hyperesthésie, paresthésie) et sur la sensibilité spéciale (troubles sensoriels) (V. SENSIBILITÉ).

Anesthésie. — « J'ai constaté, dit Bernheim, que l'anesthésie en général est beaucoup plus rare chez les sujets à crise qu'on ne l'a dit; je ne la constate que dans une petite minorité des cas chez les sujets vierges de toute investigation antérieure; j'ajoute ceci parce que j'ai montré combien cette anesthésie est facile à créer chez certaines personnes impressionnables, avec ou sans crises d'hystérie, par suggestion inconsciente, rien qu'en la cherchant, rien qu'en dirigeant l'attention du sujet sur ce symptôme.

« J'ai montré, et je montre à chaque instant à mes élèves, que la localisation précise topographique de l'anesthésie (en manche de veste, en gigot, en doigt de gant) et la frontière exacte de l'hémianesthésie n'existent pas en réalité, mais sont créées par l'esprit du sujet, souvent actionné par l'idée préconçue du médecin qui la cherche. »

L'anesthésie, qui constituait autrefois un des signes de possession diabolique, et qui actuellement est considérée par beaucoup de médecins comme la signature en quelque sorte de l'hystérie, n'est qu'un phénomène de suggestion à mettre au même rang que les autres symptômes de la maladie.

Elle peut porter non seulement sur les téguments cutanés et atteindre les différents modes de la sensibilité (tact, douleur, pression, température, sensibilité électrique), mais sur les muqueuses (cornée, langue, pharynx, etc.), les muscles (perte de la sensibilité générale, de la sensation de fatigue), les articulations (abolition de la douleur à la torsion), les os (abolition de la sensibilité vibratoire), les troncs nerveux (piqûre du nerf cubital non douloureuse (Pitres). La localisation des sensations, le sens musculaire, le sens stéréognostique peuvent être également intéressés.

Ces anesthésies s'associent de façon à reproduire tous les types possibles (type syringomyélique, par exemple); elles se présentent avec une intensité variable; il est rare néanmoins que l'analgésie résiste à une excitation imprévue ou suffisamment forte.

Exceptionnellement généralisée, l'anesthésie cutanée serait partielle dans l'immense majorité des cas et se présenterait alors sous trois types : l'hémianesthésie, l'anesthésie insulaire en îlots irrégulièrement disséminés, l'anesthésie segmentaire, superposée généralement aux paralysies ou aux contrac-