

dables par les voies naturelles ou seulement par la laparotomie. Les progrès de la gynécologie opératoire permettent aujourd'hui, bien plus souvent que par le passé, d'éviter la section des parois abdominales.

Dans ce chapitre, je m'occuperai seulement des corps fibreux que leur évolution pousse vers le vagin et qu'on peut aborder par cette voie.

Corps fibreux
du museau de
tanche.

A. Corps fibreux de la portion vaginale du col. — Au niveau du col il n'y a pas lieu, vu le peu d'épaisseur des tissus, de distinguer les fibromes en sous-muqueux et interstitiels. Ils sont ordinairement faciles à détacher des tissus voisins. On peut donc, comme Lisfranc l'a fait autrefois¹, et à sa suite tous les chirurgiens, essayer de les énucléer à l'aide du doigt et d'une spatule, après en avoir enlevé la portion inférieure et en avoir suffisamment diminué le volume par l'ablation d'une tranche de tissu ou par l'évidement conoïde, afin de rendre la manœuvre plus facile.

Il est tout à fait inutile de compliquer l'opération, en se servant pour le morcellement de l'écraseur ou de l'anse galvanocaustique. Cette dernière est dangereuse pour les parties voisines et d'un maniement délicat. On ne l'emploiera que dans des cas très exceptionnels. L'écraseur, que beaucoup de chirurgiens préconisent encore pour l'ablation des tumeurs fibreuses par le vagin, a plusieurs défauts, dont quelques-uns très graves : il se casse facilement sur ces tissus d'une résistance extrême, il les sectionne très lentement et fait perdre beaucoup de temps, pendant lequel l'utérus peut saigner au-dessus de la tumeur; enfin il a une tendance à remonter, à grimper, pour ainsi dire, sur les tissus résistants, par une sorte de reptation qui a parfois causé l'ouverture du péritoine². Pour perdre le moins de sang possible, je crois que le meilleur moyen est de procéder vite avec le bistouri; les corps fibreux, en effet, sont très peu vasculaires, et si quelques vaisseaux donnaient du sang, il serait facile d'arrêter l'hémorrhagie, en plaçant sur eux quelques pinces à demeure ou en se servant du thermo-cautère. Si la tumeur du col, comme dans un cas de Schauta, se prolongeait supérieurement vers l'utérus, on pourrait s'abstenir de la poursuivre trop loin, se borner à enlever toute la partie aisément accessible, et laisser en place la base qui serait sans doute, plus tard, chassée en avant par les contractions utérines, et qu'on pourrait alors extirper. S'il s'agit d'un myome non pourvu de capsule, on fera l'amputation de la tumeur le plus haut possible, en conservant deux lambeaux qu'on réunira.

¹ LISFRANC. *Clinique de l'hôpital de la Pitié*, 1845, vol. III, p. 172, 178, 179.

² TILLAUX. *Annal. de gyn.*, 1874, t. II, p. 461.

Quand après l'énucléation il se présente une plaie nette, on pourra aussi en régulariser les bords et suturer. Mais, pour peu qu'on juge la réunion primitive impossible, on se contentera de réséquer les débris de la capsule et de la bourrer de gaze iodoformée.

B. Corps fibreux (du corps) pédiculés, ou polypes. — Lorsque le polype est intra-utérin, il faut faire une opération préliminaire pour le rendre accessible. Ce qui est préférable, c'est l'incision bilatérale du col, qu'on pratiquera avec de forts ciseaux jusqu'à l'insertion vaginale. La portion sus-vaginale du col est généralement dilatée par la tension même du polype; s'il en était autrement, on se servirait de la laminaire pour la ramollir, puis des bougies de Hégar pour la dilater. Enfin, on ferait au besoin le débridement bilatéral du museau de tanche (p. 120).

L'ablation d'un polype est ordinairement très simple. La malade est placée en position dorso-sacrée; le vagin est dilaté par des valves et des écarteurs; le polype étant saisi avec des pinces à griffes (fig. 144 et fig. 145), on l'abaissera le plus possible, tandis que la main appliquée au-dessus du pubis s'assure qu'il n'y a pas inversion de l'utérus. On imprime alors au polype un mouvement de rotation sur son axe, de façon à tordre le pédicule. Au bout de deux ou trois tours, on fait glisser jusqu'à l'insertion du pédicule sur le polype de forts ciseaux, courbés sur le plat, et on commence à inciser le pédicule à petits coups, en continuant la torsion. Celle-ci a un double effet : elle aide au détachement du pédicule et elle favorise l'hémostase.

On conseille généralement de sectionner le pédicule le plus haut possible. En agissant inversement, on se met, je crois, beaucoup plus en garde contre les chances (très problématiques, du reste) d'hémorrhagie secondaire. Le pédicule sectionné se rétracte dans la cavité utérine, et la portion qui n'est pas éliminée par suite de la torsion qu'elle a subie s'étale et s'efface rapidement.

Tous les moyens d'exérèse employés par crainte d'hémorrhagie doivent être résolument abandonnés. Ils ont causé plus de victimes qu'ils n'ont sauvé de malades : l'anse galvano-caustique, le serre-nœud, l'écraseur, la ligature, prolongent et compliquent infiniment



Fig. 145. — Pince à tumeurs (Collin).

une opération qui doit être rapide, pour rester bénigne. Déjà Dupuytren s'élevait contre la crainte chimérique de l'hémorrhagie et préconisait l'instrument tranchant. Il faut revenir à sa pratique. Dans les cas, assurément très rares, où le pédicule contient de gros vaisseaux¹, on les reconnaît à la palpation et on placerait sur le pédicule, avant de le sectionner, de longues pinces à pression qu'on

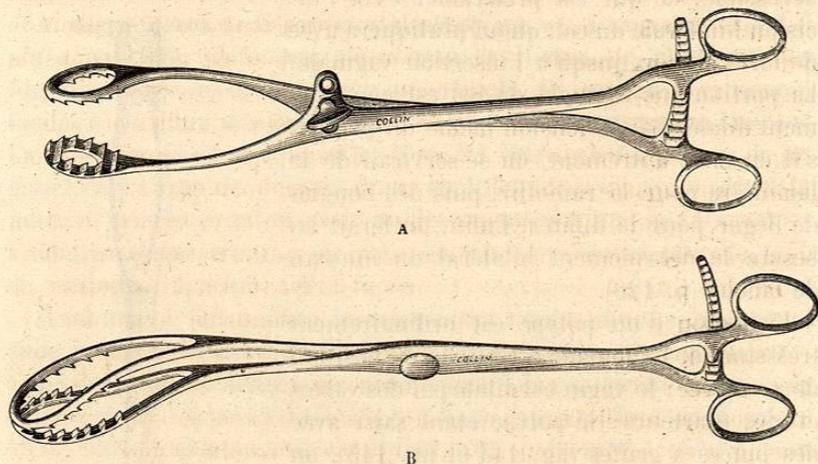


Fig. 146. — Pinces pour l'extraction des gros polypes.

A. Pince à tumeur à articulation mobile (Jeannel). — B. Forceps à dents de brochet.

laisserait quelques heures. Si une perte de sang se produisait, les injections d'eau chaude, l'ergot de seigle, et, au besoin, le tamponnement antiseptique de la cavité utérine à la gaze iodoformée, en viendraient facilement à bout.

Énormes polypes.

J'ai proposé² d'appeler **énormes polypes** ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas arriver le doigt au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres. Les énormes polypes donnent lieu à des indications opératoires spéciales. On ne peut pas essayer de sectionner le pédicule, sans avoir auparavant diminué le volume du fibrome. Ce résultat s'obtient très simplement, en combinant des moyens divers qui ont été prônés, à tour de rôle. Ce qu'on a appelé l'*allongement opératoire* est obtenu par de profondes incisions faites *en escalier* dans la tumeur, tandis qu'on l'attire au dehors (Simon³). On atteint le même but en pratiquant des incisions *spiroïdes* (Hegar⁴) sur la coque

¹ U. TRÉLAT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 1298.

² S. POZZI. *Revue de chir.*, févr. 1885, p. 143.

³ SIMON. *Monatschrift*, vol. XX, p. 25.

⁴ HEGAR et KALTENDACH. *Loc. cit.*, trad. franç., p. 414.

de la tumeur, qui est sa partie la plus résistante. Enfin, le morcellement par l'ablation de *tranches* ou de *fragments conoïdes* qui évi- dent progressivement le polype¹ paraît être un des meilleurs moyens. Il est bien préférable de s'attaquer à la tumeur que de faire des *débridements* à la fourchette, comme cela a d'abord été conseillé par Dupuytren et, même récemment², souvent exécuté. Dès que la tumeur a suffisamment diminué de volume, on la saisit entre les branches de pinces à larges mors (fig. 146); la compression en réduit encore le volume, et on procède à la section du pédicule à petits coups de ciseaux et en tordant simultanément.

C'est surtout dans les cas où les femmes sont affaiblies et cachectiques à un haut degré qu'il importe d'employer des procédés expéditifs et de ne pas prolonger l'anesthésie et les manœuvres.

Après l'ablation des polypes, il est bon de faire, séance tenante, quelques jours après, un curettage suivi de cautérisation pour guérir la métrite qui est constante et précipiter, en outre, l'involution de l'utérus qui, par le séjour du néoplasme, a augmenté de volume.

Corps fibreux sous-muqueux. — Cliniquement, il faut entendre, sous ce nom, les fibromes qui, même encore séparés de la muqueuse par une couche musculaire, en sont cependant beaucoup plus voisins que de la surface péritonéale et font une saillie notable dans la cavité utérine. A certains moments, durant les règles et les métrorrhagies accompagnées de coliques, le col peut s'effacer plus ou moins et s'ouvrir de façon à laisser le doigt pénétrer jusqu'à la saillie de la tumeur. La dilatation artificielle, à défaut de cette dilatation naturelle, permet, du reste, d'apprécier ces conditions anatomiques. Une pressante indication d'intervention active est le commencement de gangrène.

La laxité des connexions entre l'utérus et la tumeur contenue dans ses parois, et l'exemple, plusieurs fois renouvelé, d'expulsions spontanées par les simples efforts de la nature, devaient engager les chirurgiens à en tenter l'énucléation.

L'idée de l'énucléation appartient à Velpeau³, mais c'est Amussat⁴ qui exécuta la première opération de ce genre; l'ardeur qu'il mit à la défendre lui fit donner son nom. Cette opération hardie, séduisante, fut depuis lors plusieurs fois répétée par L. Boyer, A. Bérard, Maisonneuve, Lisfranc, etc. Elle eut alors, en France, une vogue

¹ VELPEAU et CHASSAIGNAC. *Bull. de la Soc. anat.*, 1833, p. 115.

² HEYWOOD SMITH et BARNES. *Trans. of the obstetr. Society of London*, 1881, vol. XXIII, p. 235. — KÖBERLÉ. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1888, n° 4, p. 57.

³ AUG. BÉRARD. *Gaz. des hôp.*, 1842, p. 18.

⁴ AMUSSAT. *Revue méd.*, août 1840, et *Mémoire sur l'anatomie pathol. des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper, lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe*. Paris, 1842.

Traitement chirurgical des corps fibreux sous-muqueux.

Énucléation.

momentanée, mais bientôt de nombreuses et funestes déceptions vinrent ralentir l'ardeur de ses partisans. Elle finit par tomber dans le discrédit, et ne fut plus pratiquée que de loin en loin et d'une façon isolée : les critiques contenues dans les thèses de concours de Jarjavay et de Guyon¹ contribuèrent puissamment à ce résultat. Mais, pendant que la fortune de l'énucléation déclinait en France, elle s'élevait à l'étranger. Atlee² propagea en Amérique le moyen « de guérir des tumeurs, considérées jusqu'ici comme au-dessus des ressources de l'art ». En Angleterre et en Allemagne on pratiqua aussi l'opération d'Amussat³, qui continua longtemps, cependant, à avoir ses principaux partisans en Amérique⁴. Elle n'était presque plus employée en France, quand ma thèse d'agrégation parut attirer, de nouveau, l'attention sur elle, et provoqua quelques observations nouvelles⁵. Mais les progrès de la laparotomie ont, il faut l'avouer, presque exclusivement dirigé la plupart des chirurgiens vers les opérations intra-péritonéales (hystérotomie, castration), jusqu'à la récente réaction tentée, en faveur de la voie vaginale, par Péan⁶ et ses émules.

Pour Schröder, le volume des tumeurs justiciables de l'énucléation peut aller jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme; on ne tentera, dit-il, une pareille opération que dans le seul cas où le néoplasme serait déjà descendu en majeure partie dans le vagin.

Nous verrons, toutefois, que le morcellement des tumeurs permet de reculer beaucoup plus loin l'action du chirurgien par la voie vaginale. Ce n'est, du reste, que lorsqu'il s'agit de très petits fibromes qu'on peut procéder à l'opération type de l'énucléation, sans morcellement.

L'étroitesse et la rigidité du vagin sont une contre-indication suffisante dans certains cas; on peut essayer de les vaincre par un tamponnement antérieur.

¹ JARJAVAY. *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus*, thèse de concours, Paris, 1850. — GUYON. Thèse d'agrég., 1860.

² W. L. ATLEE. *The surgical treatment of certain fibroid tumours of the uterus heretofore considered beyond the resources of art*. Philadelphie, 1855.

³ BAKER BROWN. *Obstetrical Transactions*, Londres, 1862, t. III, p. 67, 79. — DUNCAN. *Edinb. med. Journ.*, févr. 1867, t. XII, 2^e part., p. 706. — MAENNEL. *Prag. Vierteljahrsh.*, 1874, Bd. II, p. 29. — C. BRAUN. *Wien. med. Woch.*, 1874, n^o 39-41. — Un des travaux les plus complets sur ce sujet a été publié par R. LOMER. *Zeitsch. f. Geburtsh.*, 1885, Bd. IX, p. 277; on en trouvera l'analyse dans l'*Union méd.*, 9 oct. 1885. — Consulter aussi : CHROBAK. *Ueber die vaginale Enucléation der Uterinfibr.* (*Med. Jahrb. der k. k. Gesellschaft*, Vienne, 1888, t. III, p. 531). — NEBEL. *Zur vaginalen Enucléation der Uterusmyome* (*Münchn. med. Woch.*, 1890, n^o 5).

⁴ MARION SIMS. *New-York med. Journ.*, avril 1874, t. XIX, p. 537.

⁵ DEZANNEAU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 janv. 1882, p. 7. — DURET. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, août 1889.

⁶ PÉAN. *Gaz. des hôp.*, 1886, p. 445 et p. 1169 et *Ablation des petites tumeurs fibreuses par le vagin*. Paris, 1883. — SÉCHEYRON. *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*. Paris, 1889, p. 157 et suiv.

En l'absence de la dilatation spontanée du col, on se fera un passage avec des tiges de laminaire et les bougies de Hegar pour pratiquer l'incision bi-latérale du col. Chrobak préfère des incisions multiples, radiées, qu'il suture avec soin, après l'opération. Du reste, pour peu que la tumeur dépasse le volume du poing, on ne tentera pas d'énucléer le néoplasme en totalité, mais on s'adressera, de préférence, au morcellement.

L'opération varie considérablement selon le volume, la consistance et les connexions du corps fibreux. Avant de donner les règles de la technique opératoire, je ferai remarquer, encore une fois, qu'il est bien rare actuellement de faire l'énucléation telle qu'on la pratiquait jadis, depuis qu'une plus grande hardiesse a rendu le morcellement familier à la plupart des chirurgiens.

La position la plus commode paraît être la position dorso-sacrée; quelques opérateurs préfèrent celle de Sims ou décubitus latéral. L'anesthésie est nécessaire. Deux aides soutiennent les jambes de la malade, l'un d'eux abaisse l'utérus en pressant au-dessus du pubis, l'autre pratique l'irrigation continue : tous deux tiennent des valves ou des écarteurs.

Il est bon d'avoir un aide de rechange, l'assistance étant particulièrement fatigante.

Quand le col n'est pas assez dilaté, on n'hésitera pas à l'inciser, jusqu'à l'insertion vaginale, après avoir fait la ligature préventive des branches inférieures de l'artère utérine (p. 121). C'est un temps préliminaire.

Si la tumeur est petite, et si le col n'est pas trop aminci pour qu'on puisse le saisir et le maintenir, une pince fixatrice sur l'une et l'autre lèvre rendra des services, en facilitant l'abaissement et en donnant un point d'appui pour les manœuvres d'énucléation.

Le premier temps consiste à ouvrir la capsule. On saisit fortement, avec des pinces de Museux, la portion la plus saillante de la tumeur, et dans le point où la muqueuse se réfléchit sur l'utérus on fait avec le bistouri ou les ciseaux une incision aussi étendue que possible, si on ne peut la déchirer avec les ongles.

Dans un deuxième temps on décortique la tumeur avec les doigts introduits dans la capsule. Une spatule montée est nécessaire dans la plupart des cas. Elle doit être mousse et légèrement concave; j'ai fait construire un énucléateur qui m'a rendu de grands services : il a la forme et la cambrure du manche d'une grande cuiller à potage (fig. 147). Je le préfère à l'énucléateur de Sims et à la cuiller dentée de G. Thomas.

A mesure qu'on a détruit dans une certaine étendue les adhérences du fibrome, on l'attire en bas à l'aide d'une ou de plusieurs pinces

Technique opératoire de l'énucléation.

de Museux. Des érignes doubles peuvent aussi être utiles. On fait ainsi rouler le fibrome sur son axe : s'il était nécessaire, on couperait avec des ciseaux courbes les tractus fibreux qui ne céderaient pas à l'énucléateur.



Fig. 147. — Énucléateur de Pozzi.

Énucléation en plusieurs temps.

Le troisième temps, ou accouchement de la tumeur, n'est laborieux que si celle-ci est volumineuse; alors le morcellement et la réduction avec un petit forceps peuvent s'imposer, de même que pour les énormes polypes. J'ai pu avec une pince à faux germe, accoucher d'un bloc, un fibrome intra-utérin plus gros que le poing que j'avais dû énucléer, non de sa capsule, mais de la cavité utérine elle-même avec laquelle il avait contracté des adhérences. Il s'agissait d'un cas très curieux de polype à apparitions intermittentes qu'on avait négligé d'enlever après de fréquentes migrations vaginales, et qui finalement avait rétrogradé dans l'utérus où il s'était secondairement fixé¹.

Frankenhauser a inventé, pour l'extraction des tumeurs volumineuses, un instrument spécial ressemblant à un céphalotribe; Martin, des pinces articulées comme le forceps. P. Segond a imaginé un instrument permettant de les égruger. C. Braun, pour broyer les tumeurs volumineuses, s'est servi du cranioclaste. On peut simplifier l'arsenal et s'en tenir aux instruments que j'ai indiqués.

Quand la fatigue de l'opérateur ou l'épuisement de la malade sont venus interrompre l'extirpation, on a vu souvent l'élimination du reste de la tumeur se faire spontanément au bout de quelques jours; d'autres fois une seconde opération s'effectue plus facilement par suite de l'infiltration de la capsule et du relâchement des adhérences. Cette dernière circonstance donna l'idée à quelques opérateurs d'ériger en principe l'opération en plusieurs temps (Matthews Duncan², Marion Sims). Mais c'est transformer en condition de choix une condition de nécessité : on s'expose, en effet, à la septicémie qui a suivi beaucoup de cas traités de cette façon. Il est une autre variété de l'opération en deux temps : au lieu de faire deux séances d'énucléation, on fait seulement dans la

¹ S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 nov. 1884, p. 779.

² M. DUNCAN. *Edinb. med. Journ.*, janv. et févr. 1867, t. XII, 2^e partie, p. 628 et 706.

première, à l'exemple d'Atlee¹, une profonde incision de la capsule. On attend ensuite quelques jours, et, quand on suppose que les contractions utérines ont produit la déhiscence de l'incision et un certain relâchement de la tumeur, on procède à l'énucléation. Vulliet² a récemment repris et perfectionné le procédé d'Atlee. D'abord, il essaye, un peu théoriquement peut-être, de diriger le fibrome, dès les premières phases de son apparition, vers la cavité utérine plutôt que vers la cavité abdominale, à l'aide de l'électricité (courant galvanique). Puis, le fibrome devenu sous-muqueux est traité par l'incision de la capsule; enfin, l'ergotine et l'électricité faciliteraient singulièrement l'énucléation spontanée de la tumeur que favoriserait encore l'excitation causée par le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée, renouvelé toutes les quarante-huit heures. On intervient, en dernier lieu, pour compléter et terminer le travail spontané d'expulsion, qui se fait tantôt sous forme de polype, tantôt par lambeaux.

On peut reprocher à cette méthode sa lenteur extrême, la multiplicité des manœuvres auxquelles elle expose l'utérus, enfin l'inutilité d'une aussi longue temporisation, dès que la tumeur est devenue accessible à l'opérateur.

S'il est impossible d'enlever toute la tumeur, à moins d'user d'une violence dangereuse, on peut se résigner à en abandonner une partie dans l'utérus, pourvu que, par un traitement antiseptique convenable (tamponnement iodoformé, injections intra-utérines phéniquées, etc.), on se mette en garde contre la septicémie que pourrait provoquer la gangrène du fragment laissé en place. Il n'y a rien d'étonnant si ces ablations incomplètes de fibromes ont donné lieu à des désastres, lorsque les précautions antiseptiques n'étaient pas prises ou n'avaient pas été suffisantes³. Quoique l'événement soit toujours très fâcheux, on peut, en pareil cas, espérer voir se réaliser l'une ou l'autre des éventualités suivantes dont on possède plusieurs observations : expulsion spontanée plus ou moins tardive des restes du fibrome⁴, ou rétraction et atrophie du moignon intra-utérin⁵.

¹ W. L. ATLEE. *Amer. journ. of med. sciences*, avril 1845, 2^e sér. t. IX, p. 509 et oct. 1856, t. XXXII, p. 363. (Opération par F. Hinkle.)

² VULLIET. *Contribution à l'étude du traitement des fibro-myomes intra-pariétaux* (*Arch. de toc.*, 1885, p. 336).

³ P. BROCA. *Traité des tumeurs*, Paris, 1869, t. II, p. 272. — L. MERNER. *De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins, des dangers de leur extirpation partielle*, thèse de Paris, 1883, n^o 77 (contient une observ. inédite de M. Dumontpallier). — OTTO SPIEGELBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1873, Bd. V, p. 100. — RIEDINGER. *Wien. med. Woch.*, 1885, n^o 20, p. 605. — BREISKY. *Zeitschr. für Heilk.*, 1884, Bd. V, p. 109.

⁴ FRANKENHAUSER. *Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte*, 1875, p. 225. — TILLAUX, DUPLAY, GUYON, GUÉNIOT, POLAILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1874, p. 651 et suiv.

⁵ MÜLLER. *Arch. f. Gynäk.*, 1874, Bd. VI, p. 125. — CHIARI. *Klin. der Geburtsh.*, p. 408.

Soins consécutifs
à l'énucléation.

Après l'énucléation d'un fibrome intra-utérin, on se trouve en présence d'une cavité souvent très grande, saignante, traversée de débris flottants, et d'un utérus, en état de relâchement plus ou moins complet. On doit régulariser la plaie, en excisant tous les lambeaux de muqueuse et de brides. Une injection antiseptique chaude sera ensuite indispensable. Il vaut mieux se servir d'une solution phéniquée (à 20/1000) que de sublimé, vu la grande surface d'absorption qui pourrait donner lieu à des accidents d'absorption. La température de l'injection sera élevée à 50 degrés, s'il y a un suintement de sang notable. On pourra aussi alors tamponner la cavité utérine avec la gaze iodoformée et colophanée. Enfin, une injection hypodermique d'ergotine jointe à des malaxations du bas-ventre amèneront les contractions de l'utérus. On placera un bandage de corps serré sur d'épaisses couches d'ouate et on condamnera la malade au repos absolu.

Accidents.

Les principaux accidents de l'énucléation sont : l'hémorrhagie, la blessure des parois utérines, l'inversion de l'utérus et, tardivement, la septicémie.

Pour l'hémorrhagie, le meilleur remède est de terminer l'opération rapidement : le retrait des parois utérines amène l'hémostase. Dans le cas contraire, on ferait la compression de l'aorte abdominale et le tamponnement intra-utérin¹.

La perforation n'est très grave que s'il survient une inflammation septique de la cavité; sans quoi, une péritonite adhésive vient bientôt fermer la plaie, comme cela arrive après l'hystérectomie vaginale.

L'inversion peut se produire pendant l'opération, sous l'influence des tractions excessives et peut même faciliter la tâche du chirurgien, en rendant la tumeur plus accessible; mais il est dangereux alors de la méconnaître, car elle pourrait égarer l'opérateur. Après l'opération, la minceur de la coque a parfois favorisé une inversion consécutive. Bischoff², dans un cas semblable, obtint la réduction progressive, à l'aide du tamponnement.

La septicémie, avec ses diverses manifestations locales, métrô-péritonite, thromboses, etc., est à craindre quand une très grande cavité subsiste, par suite du manque de rétraction des parois de l'utérus. Il

— CHROBAK. *Med. chirurg. Rundschau*, p. 871. — P. WALTER. *Dorpat. med. Zeitsch.*, 1878, Bd. IV, p. 401. — J. BROWKILLO. *De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux*, thèse de Paris, 1881 (une observ. inédite de Th. Anger).

¹ Sur le tamponnement intra-utérin, après l'ablation de tumeurs, consulter : FRITSCHE, *Samml. klin. Vorträge*, n° 288, et *Die Krankheiten der Frauen*, 3^e édit., 1886, p. 77. — Sur le tamponnement, après l'accouchement : DÜRRSEN. *Die Uterustamponade mit Iodoformgaze bei Atonie des Uterus nach normaler Geburt* (*Centr. f. Gyn.*, 27 août 1887, p. 555.) — AUVARD. *Gaz. hebdomadaire*, 1887, n° 44, p. 706. — MAX KORTUM. *Centr. f. Gyn.*, 11 févr. 1888, p. 81.

² BISCHOFF. *Vortrag in der med. Gesells. in Basel*, 1^{er} nov. 1877 (*Corresp. f. Schweiz. Aerzte*, 1878, p. 481, 522).

est utile alors de faire des injections et des pansements antiseptiques intra-utérins répétés. On pourra placer à demeure, dans l'intérieur de la cavité, un tube de caoutchouc en croix qui tient facilement en place, sans exercer de pression (fig. 48, p. 75).

Dans les cas où la sécrétion serait très abondante et putride, on emploiera l'irrigation continue à courant faible; on injecterait même le liquide goutte à goutte, à l'aide de l'ingénieux appareil de Schücking, adapté au tube d'écoulement d'un réservoir rempli de liquide antiseptique (eau phéniquée à 20/1000) et relié au tube en croix intra-utérin (fig. 52, p. 82).

Gravité de l'opération. — Selon la remarque judicieuse de West¹ et de Gillette², il est impossible de se faire une idée exacte de la gravité de l'énucléation par les statistiques résultant de tous les cas connus; d'une part, en effet, on publie plus volontiers les succès que les revers; d'autre part, on réunit aussi des cas très dissemblables d'énucléations complètes ou incomplètes, en une ou plusieurs séances, pratiquées pour des tumeurs intactes ou gangrenées, traitées ou non antiseptiquement, etc.

Enfin, le mot *énucléation* n'a pas la même signification pour tous les auteurs. Pour bien juger cette opération — comme toutes les autres — il faudrait pouvoir réunir une suite d'importantes séries individuelles, provenant de chirurgiens d'une compétence avérée, et établies par catégories de faits homologues. De pareils éléments, malheureusement, manquent et on doit se contenter des documents disparates et plus ou moins incomplets, accumulés dans les publications périodiques. J'avais ainsi, en 1875³, réuni 64 cas comprenant 16 morts, soit 25 0/0 de mortalité. Gusserow⁴ a pu rassembler 154 opérations, faites depuis Amussat jusqu'en 1877, suivies de 51 morts, soit 33 0/0. Lomer⁵, qui a restreint son enquête à la période qu'on pourrait appeler antiseptique, de 1875 à 1885, a trouvé sur 112 cas 18 morts, soit 16 0/0. Enfin, en ajoutant à la statistique de Lomer quelques faits récents, Gusserow arrive au chiffre de 155 cas dont 25 morts, soit 15 0/0. Ascher⁶ n'a observé qu'une mort sur 10 cas, soit 10 pour 100. Enfin Léopold⁷ a récemment obtenu 28 guérisons sur 28 opérations et C. Braun⁸, 15 guérisons sur 15 cas.

¹ WEST. *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. par Ch. Mauriac. Paris, 1870, p. 552.

² GILLETTE. *Annal. de gynéc.*, 1875, t. III, p. 68.

³ S. POZZI. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc., 1875, p. 151.

⁴ GUSSEROW. *Die Neubildungen des Uterus*, 1885, p. 90.

⁵ LOMER. *Über die Enucléation der Myome*. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. IX, p. 293.)

⁶ S. ASCHER (de Hambourg). *Zur Kasuistik der Myomoperationen*. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XX, Heft 2, p. 507.)

⁷ LEOPOLD. *Die operative Behandlung der Uterusmyome*, etc. (*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, Heft 1).

⁸ EGON BRAUN, fils. *Beiträge zur Lehre der Laparotomien*, etc., Vienne, 1890, p. 12.

Gravité
de l'énucléation

On voit de quelle énorme atténuation dans la gravité de l'opération nous sommes redevables à l'antisepsie.

A. Martin¹ donne une statistique personnelle qui a une valeur exceptionnelle, vu l'habileté de ce chirurgien et la possibilité qu'il a eue dans sa grande pratique de comparer cette opération à celles faites par la voie abdominale, pour des cas analogues. Sur 27 opérations il a observé 5 morts, dont 2 par blessure du péritoine et péritonite, 2 par septicémie (à une époque antérieure à l'ère antiseptique), 1 par collapsus. Martin déclare qu'il est tout à fait revenu de l'énucléation vaginale pour les tumeurs du corps de l'utérus, même quand elles sont à moitié *accouchées*. Il préfère de beaucoup l'extraction par la voie abdominale, et il fait alors, de ce côté-là, une véritable *énucléation* qui respecte l'intégrité de l'utérus, comme nous le verrons plus loin².

Je crois, avec Martin, qu'on a eu tort de trop étendre les indications de l'énucléation par voie vaginale. Les tumeurs allant jusqu'à l'ombilic doivent plutôt être enlevées par la laparotomie. Toutefois l'énucléation (seule ou avec morcellement) reste une précieuse ressource, relativement bénigne, pour les corps fibreux du col, et pour ceux de la partie inférieure du corps qui ne dépassent pas le volume d'une tête de fœtus et ont déjà commencé la dilatation du col.

Énucléation
transvaginale.

Énucléation transvaginale. — Il peut arriver que le myome, né de la partie sus-vaginale du col ou de la face postérieure de l'utérus, proémine derrière la paroi postérieure du vagin, qu'il faut alors inciser pour arriver le plus directement sur la tumeur et pour pouvoir l'énucléer. Souvent aussi, quoique plus rarement, le fibrome s'avance du côté du cul-de-sac antérieur du vagin; dans ces cas-là, l'opération la plus rationnelle est de franchement inciser le vagin pour extirper le fibrome. On comprend que les manœuvres soient relativement simples, quand on opère en arrière, pour des tumeurs exclusivement développées dans le tissu conjonctif pelvien et non coiffées du péritoine. Czerny³, ainsi que Ljocis et Olshausen⁴, rapportent plusieurs succès obtenus par cette méthode; Le Fort⁵ a relaté un cas curieux où la paroi recto-vaginale était dédoublée dans toute sa hauteur (ce qui simulait un rectocèle) par un corps fibreux pédiculé dont il a fait l'énucléation par le périnée; la malade guérit. Marc Sée,

¹ MARTIN. *Path. und Therap. der Frauenkr.*, 1887, p. 270.

² MARTIN (*Ueber Myomoperationen*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797) n'a cependant pas entièrement abandonné l'énucléation, puisqu'il a récemment publié une série de 51 cas, avec 6 morts.

³ CZERNY. *Wien. med. Woch.*, 1881, n° 18 et 19, p. 501 et 525.

⁴ LJOCIS. Thèse de Zurich, 1878. — OLSHAUSEN. *Klin. Beitr. f. Gyn.*, 1884, p. 96.

⁵ L. LE FORT. *Myome cervical infiltré dans la cloison recto-vaginale* (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juill. 1888, p. 577).

à cette occasion, cite un cas analogue, mais cette fois sans pédicule.

Eugène Bœckel¹, chez une femme où le fibrome était surtout accessible à travers le vagin, incisa ce canal et le col utérin, en arrière et sur la ligne médiane, excisa et énucléa la tumeur et obtint une guérison.

Quand la tumeur est très volumineuse, il vaudra mieux joindre le morcellement à l'énucléation.

Lorsque le corps fibreux proémine à la fois vers le vagin et vers la cavité péritonéale, on est exposé à ouvrir le péritoine, ce qui complique beaucoup l'opération et la rend plus grave. On connaît plusieurs cas de morts dus à la péritonite consécutive². Mais on a aussi enregistré de beaux succès³.

Morcellement ou myotomie vaginale. — La difficulté de faire l'énucléation quand la tumeur offre un volume considérable ou des connexions étroites avec le tissu utérin, d'une part, la gravité de l'ouverture du ventre comparativement à une opération faite par la voie vaginale, d'autre part, ont poussé des chirurgiens hardis à entreprendre l'ablation de grosses tumeurs en fragments successifs par le vagin, à travers le col largement effacé, soit par la dilatation naturelle, soit par l'incision.

Morcellement
ou myotomie
vaginale.

Emmet⁴, en Amérique, a désigné, sous le nom d'extraction des corps fibreux par traction, un procédé qu'il pratique depuis 1874 et qu'il décrit malheureusement d'une manière un peu diffuse. Son but, dit-il, est d'arriver par des tractions à pédiculiser la tumeur, qu'il excise alors par un procédé mixte de morcellement et d'énucléation. Mais il expose sa technique d'une façon si incomplète qu'on ne peut s'en faire une idée très précise. Les faits isolés de Czerny et autres chirurgiens allemands n'ont pas non plus été synthétisés en une méthode définie.

On ne peut, au contraire, refuser ce caractère à la technique que Péan a fait connaître jusqu'en ses moindres détails par une série de publications⁵ qui ont été bien résumées dans la thèse, puis dans le livre de Sécheyron. L'idée maîtresse de ce procédé consiste à employer

¹ EUG. BÖCKEL. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1885, n° 5, p. 51.

² ST. SUTTON. Cas cité dans la *Gaz. hebdomadaire*, 1877, n° 33, p. 528. — CZERNY. *Loc. cit.*

³ A. VAN DERWEER. *Boston med. and surg. Journ.*, oct. 1879, t. CI, p. 467, 518.

⁴ EMMET, *The principles and practice of gynecology*, 3^e édit., Londres, 1885, p. 587 et suiv. — Voir, en particulier, l'observ. 64 et les figures 110 et 111.

⁵ PÉAN. *De l'intervention chirurg. dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* (*Gaz. des hôp.*, 1885, p. 656). — *Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses ou cancéreuses* (*Ibid.*, 1886, p. 66). — *Ablation des tumeurs fibreuses ou myomes de l'utérus par la voie vaginale* (*Ibid.*, 1886, p. 250). — *Ablation par morcellement*, etc. (*Ibid.*, 5, 28 mars et 11 avril 1889, p. 246, 341, 395). — SÉCHEYRON. *De l'hystérotomie vaginale, étude sur le traitement chirurgical des fibromes et des kystes de l'utérus par la voie vaginale*, thèse de Paris, 1888, et *Traité d'hystérectomie par la voie vaginale*. Paris, 1889.