

Dilacération.

Destruction partielle par dilacération. — Baker Brown¹ a imaginé de provoquer le processus naturel qui amène parfois la guérison des fibromes, par gangrène et élimination consécutive. Voici comment il a procédé : incision de la capsule ; introduction dans l'épaisseur du fibrome de ciseaux spéciaux coupant par leur bord externe, et dilacération de la masse morbide ; d'autres fois, ablation d'un fragment conoïde ou perforation de la tumeur avec une sorte de trépan.

Cautérisation.

Destruction partielle par cautérisation. — Greenhalgh², dans le même but, incisait la capsule au fer rouge et, une fois la suppuration établie, enlevait les débris avec la main ; dans des cas de tumeurs rétro-vaginales, il perforait à diverses reprises au fer rouge les points les plus saillants à travers le vagin ; dans deux cas sur trois, la mort survint par péritonite.

On peut rapprocher de cette conduite celle que Kœberlé³ a adoptée pour les fibromes qui lui paraissent inaccessibles par la voie sus-pubienne. Ayant dilaté le col, il fit dans un cas de ce genre une série d'incisions parallèles dans la tumeur où il introduisit une quantité suffisante de perchlorure de fer pour déterminer la mortification des couches interposées.

¹ BAKER BROWN. *Obst. Trans.*, 1859, t. I, p. 529, et 1861, t. III, p. 67.

² ROBERT GREENHALGH. *On the use of the actual cautery in the enucleation, etc.* (*Med. chir. Trans.*, 1876, t. LIX, p. 41.)

³ KÖEBERLÉ. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875, n° 6, p. 72.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX A ÉVOLUTION ABDOMINALE.
MYOMECTIONIE ET HYSTÉRECTOMIE.

Aperçu historique. — Synonymie. — Indications générales. — Classification des corps fibreux abdominaux, au point de vue opératoire. — Hémostase provisoire par ligature élastique. — Myomectionie. — Énucléation intra-péritonéale. — Hystérectomie partielle et supra-vaginale. Technique opératoire. — Traitement du pédicule. Méthode intra-péritonéale (procédé de Schröder). Méthode extra-péritonéale (procédé de Hegar). Procédés spéciaux : Procédé de Olshausen (ligature élastique, perdue). Procédé de Zweifel (ligatures partielles juxtaposées). Méthode mixte : Procédé Wölfler-Hacker. Procédé de Säger. Extirpation du pédicule, hystérectomie totale (procédé de Bardenheuer). — Décortication des corps fibreux intra-ligamentaires. — Gravité de l'hystérectomie. Accidents opératoires. Hémorragie. Blessure de la vessie. Blessure de l'uretère. Blessure de l'intestin. Causes de la mort après l'hystérectomie abdominale. Hémorragie. Septicémie. Shock. Embolie. Occlusion intestinale. Gravité absolue et parallèle des méthodes intra et extra-péritonéale. Choix de la méthode.

L'hystérectomie ou l'ablation, à travers les parois de l'abdomen, des corps fibreux faisant saillie dans cette cavité, est fille de l'ovariotomie. Cette opération, à ses débuts, n'a pas été préméditée ; elle est le produit d'erreurs de diagnostic. Après avoir ouvert le ventre pour enlever une tumeur présumée ovarique, il est arrivé à des chirurgiens de se trouver en présence de corps fibreux de l'utérus. Les premiers qui commirent cette méprise reculèrent devant les dangers d'une opération inconnue ; ils se hâtèrent de refermer le ventre sans achever l'opération. Tels furent les cas de Lizars en 1825, de Dieffenbach en 1826 et, plus récemment, ceux de Atlee (1849-51), de Baker-Brown, de Cutter, de Deane, de Mussey, de Smith. On compte 14 faits de ce genre publiés à cette période, dont 5 ont été suivis de mort¹. Quelques chirurgiens s'enhardirent jusqu'à extirper des fibromes sous-séreux pédiculés. Granville, en 1837, eut un insuccès ; en 1844,

Aperçu
historique de
l'hystérectomie
abdominale.

¹ Voir pour les indications bibliographiques : S. POZZI. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc. Paris, thèse d'agrég., 1875, p. 5. — HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynéc. opératoire*, trad. franç., 1885, p. 344. — P. ZWEIFEL. *Die Stielbehandlung bei der Myomectionie*, Stuttgart, 1888. — CATERNAUT. *Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines*, thèse de Strasbourg, 1866.

Allee et Lane réussirent. Clay et Heath en 1845, puis Burnham en 1855, entreprirent les premières amputations partielles de l'utérus. G. Kimball¹ serait le premier chirurgien qui aurait, de propos délibéré, fait l'hystérotomie pour un fibrome interstitiel, donnant lieu à de violentes hémorragies; la malade guérit. Kœberlé² ne serait que le second; mais la détermination exacte du diagnostic, le choix raisonné d'une technique opératoire, la nouveauté absolue du sujet en Europe, donnent à son observation une valeur exceptionnelle. C'est le travail qu'il publia à cette occasion qui mit véritablement l'hystérotomie à l'ordre du jour.

Kœberlé fut l'initiateur de la ligature du pédicule avec une anse métallique et un serre-nœud, ce qui établissait un progrès considérable sur la ligature en masse avec des fils, qui avait été jusque-là pratiquée, et qui exposait tout particulièrement aux hémorragies; une première étape était ainsi franchie. A partir de ce moment les faits isolés se multiplièrent. Dès 1866, Caternault, élève de Kœberlé, publiait 42 observations d'amputation de la matrice et 20 cas de gastrotomie avec extirpation de tumeurs pédiculées. Beaucoup d'auteurs, au lieu du serre-nœud, employaient alors l'écraseur et le *clamp*, sorte d'étau laissé à demeure sur le pédicule, mais ce procédé était bien inférieur au serre-nœud de Kœberlé. L'éminent chirurgien de Strasbourg avait à peine fait connaître ses opérations, que Péan³ se lançait, avec un rare bonheur, dans la même voie. Le retentissement de ses succès fut grand; ils étaient obtenus à Paris, dans ce milieu réputé malsain, impropre aux grandes opérations abdominales, où l'ovariotomie elle-même paraissait encore une singulière audace. La présentation d'une malade guérie, à l'Académie de médecine (août 1870), puis, la publication, trois ans plus tard, d'un important travail⁴, où les règles de l'opération perfectionnée étaient établies avec une précision jusqu'alors inconnue, achevèrent de lier indissolublement le nom de Péan à celui de l'hystérotomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule. La technique consistait surtout dans l'emploi constant de la forcipressure (dont Kœberlé était alors le seul à se servir avec la même profusion) et dans le

¹ GILMANN KIMBALL. *Boston med. and surg. Journ.*, mai 1855, t. LII, p. 249.

² KÖBERLÉ. *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sous-pubienne* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1864, n° 2 et suiv.). — La première hystérectomie de Kœberlé fut faite le 19 décembre 1865.

³ PÉAN. *Union méd.*, déc. 1869, 5^e sér. t. VIII, p. 874, etc. Lorsque Péan fit sa première hystérectomie (tumeur fibro-kystique, extirpation complète de l'utérus et des ovaires), Kœberlé avait déjà fait 9 hystérotomies suivies de 4 guérisons.

⁴ PÉAN et URDY. *Hystérotomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie*, Paris, 1875. — Voir encore PÉAN. *Leçons de clinique chir.*, 1876, t. I, p. 674-704, et 1879, t. II, p. 808-850.

morcellement des grosses tumeurs, après ligature métallique, pour ne pas exagérer l'ouverture de l'abdomen, dans la fixation, en dehors, du pédicule traversé d'aiguilles lancéolées et étreint par une anse de fil de fer appliquée avec l'ingénieux serre-nœud de Cintrat. Cette technique, dont les perfectionnements ultérieurs ont laissé subsister les lignes générales, fut longtemps adoptée par tous les opérateurs, en France et à l'étranger. C'est donc à deux chirurgiens français, Kœberlé et Péan, que « revient le mérite d'avoir établi cette opération sur des bases scientifiques¹ ».

Après cette première étape dans les progrès de l'hystérotomie abdominale, marquée par l'adoption de moyens de compression métallique du pédicule (serre-nœud ou clamp), étape signalée aussi par des luttes très vives², il convient d'en distinguer une seconde. Elle est caractérisée par l'application des procédés antiseptiques à cette opération, comme à toutes celles de la chirurgie.

Enfin, une troisième phase a été inaugurée par les perfectionnements de la technique, et, en particulier, par l'introduction de la ligature élastique pour l'hémostase temporaire ou définitive³; les traits les plus saillants de cette période sont, d'abord, la lutte entre le traitement intra et extra-péritonéal et ensuite l'avènement de la castration, substituée dans un grand nombre de cas à l'hystérotomie.

Synonymie. — Il est nécessaire de bien s'entendre tout d'abord sur la valeur des mots. Le terme *hystérotomie*, qui signifie étymologiquement section de l'utérus, est essentiellement compréhensif; avec le qualificatif *abdominale*, il peut s'appliquer à une opération quelconque où le tissu utérin est entamé, après ouverture du ventre. Une autre épithète peut encore préciser l'opération: ainsi hystérotomie *supra* ou *sus-vaginale* veut dire section et ablation de l'utérus

Synonymie.

¹ HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, trad. franç., p. 545. HEGAR a le tort de ne pas associer Kœberlé au légitime hommage qu'il rend à Péan. ZWEIFEL (*loc. cit.*, p. 8-10) ne commet pas la même injustice.

² L'hystérotomie abdominale fut formellement condamnée par l'Académie de médecine de Paris, à la suite d'un rapport de DEMARQUAY présenté sur les travaux de Kœberlé et de Péan. — Le professeur RICHEL seul fit quelques réserves (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872, p. 1062-1075). — Voir aussi BOINET. *De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines, etc.* (*Gaz. hebdom.*, 1875, p. 117). — En 1875, le jury d'agrégation en chirurgie, présidé par le professeur Richet, donna, parmi les sujets de thèse, celui-ci, qui m'échut: *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus.* — « L'hystérotomie abdominale est une opération qui, bien que très grave, est parfaitement justifiable dans certains cas et mérite de prendre définitivement rang dans la chirurgie. » Cette affirmation, que je crus pouvoir émettre en tête de mes conclusions, paraissait encore très audacieuse, au moment où elle était formulée (1875).

³ La première opération où la ligature élastique ait été employée est celle de B. G. KLEBERG, d'Odessa, le 8 juill. 1876 (*St-Petersb. med. Woch.*, 24 sept. et 6 oct. 1877, p. 535). — MARTIN a d'une manière systématique recommandé la ligature élastique pro-

au-dessus du vagin. Tillaux, dans une communication à l'Académie, en 1879, a proposé d'employer le mot d'*hystérectomie*, qui comporte une idée d'exérèse, pour les cas où l'on enlève une partie ou la totalité de l'organe. Cette dénomination, plus exacte, a rapidement prévalu, quoique l'ancienne se rencontre encore souvent dans les auteurs. Les Allemands emploient le mot *myomotomie* ou *myomectomie* pour l'ablation des myomes, quand tout ou partie de l'utérus est respecté. Elle comprend donc, pour eux, et l'hystérotomie pour corps fibreux pédiculés et l'hystérectomie partielle pour fibromes interstiels. Enfin, on désigne sous le nom d'*énucléation (intra-péritonéale)* une simple incision dans les parois utérines permettant d'enlever la tumeur, tout en conservant la totalité de l'organe.

On le voit, les termes de myomotomie et myomectomie, qui présentent quelque amphibologie, s'appliquent à la fois à ce que nous appelons, en France, l'hystérectomie partielle et l'ablation des fibromes pédiculés. Nous la réserverons exclusivement à celle-ci. Les étrangers désignent généralement, sous le nom d'*amputatio uteri supra-vaginalis*, ce que nous nommons hystérectomie sus-vaginale; inutile de rappeler que l'*ablation totale* signifie l'extirpation de l'organe tout entier, y compris le col.

Indications générales.

Indications générales de l'hystérectomie abdominale. — Nous verrons plus loin que la possibilité de substituer parfois à cette opération, toujours grave, une autre opération qui l'est moins (la castration), restreint, dans certaines circonstances déterminées, le champ d'action de l'hystérectomie. Quoi qu'il en soit, on peut formuler ainsi les indications de l'hystérectomie abdominale : accroissement rapide et *marche galopante* de la tumeur; hémorragies graves, n'ayant cédé à aucun palliatif; ascite produite par l'irritation d'un corps fibreux très mobile; compression des organes contenus dans le petit bassin ou dans l'abdomen; volume considérable de la tumeur et, en particulier, sa dégénérescence kystique, œdémateuse ou suppurative;

visoire, en 1878, au Congrès des naturalistes et des médecins allemands à Cassel. — HEGAR l'a ensuite appliquée à la ligature définitive du pédicule (DORFF. *Centr. für Gyn.*, 1880, p. 265). — Je l'ai fait connaître, en France, à la Société de chirurgie de Paris (*Séance du 28 novembre 1883*).

SCHRÖDER a pour la première fois décrit sa méthode de traitement du pédicule au Congrès de Cassel en 1878, puis l'année suivante, 1879, au Congrès de Baden-Baden (*Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XV, p. 271), et enfin sa technique définitive a été exposée au Congrès de Salzbourg, en 1881 (*Arch. f. Gyn.*, 1881, Bd. XVII, p. 478). — SPENCER WELLS, travaillant d'une façon tout à fait indépendante et sans aucunement s'inspirer des travaux de Schröder, arrivait simultanément à des résultats analogues. Au 48^e Congrès de l'Association britannique, à Cambridge (*Brit. med. Journ.*, 1880, t. II, p. 375), il exposa le procédé qu'il mettait en usage, depuis 1878, par analogie avec le traitement des pédicules ovariens : ligature en masse ou fragmentée en plusieurs faisceaux, affrontement du péritoine sur la surface du moignon. Il ne suturait pas la muqueuse utérine.

prolapsus symptomatique de l'utérus; et grossesse, quand le fibrome doit manifestement être une cause grave de dystocie. (Je reviendrai sur ce point dans un chapitre spécial. Voir p. 355.)

La classification qu'on peut établir en vue de l'opération, par la voie abdominale, est la suivante :

- I. Corps fibreux pédiculés ;
- II. Corps fibreux à noyau unique (ou prépondérant), énucléable ;
- III. Corps fibreux à noyaux multiples ;
- IV. Corps fibreux intra-ligamentaires et pelviens.

Pour la première catégorie, l'ablation de la tumeur est d'une simplicité extrême et diffère à peine de l'ovariotomie; c'est ce qu'on devrait exclusivement appeler la *myomectomie*.

Pour la deuxième et la troisième catégorie, on fera généralement l'*hystérotomie partielle* ou l'*hystérectomie supra-vaginale*, selon la disposition des tumeurs. Dans certains cas déterminés, on pourra faire l'*énucléation intra-péritonéale*.

Pour la quatrième catégorie, on devra faire une *décortication intra-ligamentaire*, quand on n'aura pas recours à une opération palliative, la castration.

Enfin, l'*extirpation totale* par la voie abdominale a été pratiquée pour certains myomes multiples, pénétrant jusque dans le col, avec une telle hypertrophie des tissus que toute confection de moignon était impossible.

Avant de passer en revue ces diverses opérations et leurs variétés, je dirai quelques mots d'une manœuvre opératoire applicable à toutes et qui a complètement changé les conditions techniques depuis son introduction dans la chirurgie abdominale.

Hémostase provisoire durant les opérations d'hystérotomie. — Quelle que soit la nature de l'opération pratiquée sur l'utérus par l'abdomen, il est très précieux de pouvoir l'accomplir à blanc, sans perte de sang, au moins immédiate. Les anciens opérateurs employaient souvent, à cet effet, la constriction avec l'écraseur : Billroth a imaginé une énorme pince (fig. 44, 1, p. 70) qui ne peut servir dans tous les cas. Un précieux moyen d'hémostase provisoire est la *ligature élastique temporaire*, qu'il ne faut pas confondre avec la ligature élastique définitive, dont nous aurons à parler plus loin. C'est Kleberg¹, d'Odessa, qui le premier tira parti, pour lier le *pédicule* utérin, de l'élasticité du caoutchouc et de sa propriété d'assurer une constriction constante. Il s'en était servi à la place des fils métalliques, employés par Kœberlé et Péan; il laissa ensuite les tubes élastiques sur le moignon, et sa malade guérit. On ne peut lui refuser le titre

Classification des corps fibreux abdominaux, au point de vue opératoire.

Hémostase provisoire par ligature élastique.

¹ B. G. KLEBERG. *St-Petersb. med. Woch.*, 1877, p. 355.

d'inventeur de la ligature élastique pour l'hémostase intra et post-opératoire. Toutefois, il convient de reconnaître que, de même que c'est Hegar qui a érigé la ligature élastique définitive en méthode générale, c'est Martin¹ qui a, le premier, systématisé le procédé de Kleberg et en a fait une application générale, remplissant en chirurgie utérine le rôle que la bande d'Esmarch joue en chirurgie générale.

En Allemagne, on se sert généralement de tubes en caoutchouc épais dont la lumière est d'environ 5 millimètres. Je préfère les cordons pleins de 5 millimètres de diamètre, qui ont été généralement adoptés en France, à la suite de la communication par laquelle je fis connaître ce procédé dans notre pays². Il est plus facile d'assurer leur asepsie et, à volume égal, ils sont plus résistants. Pour la ligature provisoire, il faut appliquer le cordon élastique, après l'avoir fortement étiré, en lui faisant faire deux fois le tour de la partie qu'il doit étreindre. On place ensuite sur ses chefs croisés une forte pince à pression. Hegar a fait construire des pinces à mors courts et coudés, assez commodes. J'ai, moi-même, imaginé un constricteur élastique qui rend des services, lorsqu'on est obligé d'opérer dans une cavité étroite, et qui est beaucoup moins encombrant que les pinces. Divers chirurgiens, se méprenant sur le but réel de cet instrument, ont fait construire des modèles analogues, destinés à faire la ligature permanente; or, celle-ci n'est jamais mieux assurée que par un double fil de soie. Le ligateur doit toujours être un agent de constriction provisoire³.

Myomectomie.

I. Fibromes pédiculés. Myomectomie. — Tout d'abord, une ligature élastique destinée à assurer l'hémostase provisoire est placée sur l'utérus, aussi bas que possible, en déprimant les ligaments larges. Ensuite, il suffit, si le pédicule est mince, de le traverser avec une aiguille armée d'un fil de soie double, dont on noue les deux chefs avec le nœud de Bantock ou de Lawson-Tait (fig. 51, 5-6, p. 56). Si l'on n'est pas familiarisé avec ce nœud spécial, on coupera simplement l'anse et on liera, à droite et à gauche, après avoir entre-croisé les chefs par un demi-tour (fig. 51, 5-4). On devra toujours passer le fil deux fois pour faire le nœud du chirurgien (fig. 51, 2).

Si le pédicule est épais, on fera bien de le saisir dans les grosses pinces-clamp de Billroth (fig. 44, 1, p. 70) et de le comprimer très énergiquement, pendant qu'on sectionne le corps fibreux à un travers de doigt au-dessus d'elle, en ayant soin de ménager, à ce niveau,

¹ A. MARTIN. *Naturforschersammlung in Cassel*, 1878.

² S. POZZI. *Note sur la technique de la ligature élastique du pédicule*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 28 nov. 1885, p. 889), et *Congrès français de chirurgie* (*Comptes rendus*, 1885, p. 537).

³ Pour la technique, voir p. 62, et fig. 56 à 42.

une sorte de collerette de péritoine et de substance corticale de la tumeur. La pince-clamp est alors enlevée, et dans le sillon qu'elle a tracé sur le pied du pédicule on place une série de points de suture à la soie. On excise l'excès de tissu qu'on a ménagé au-dessus du point comprimé, ne conservant que ce qui est nécessaire pour recouvrir exactement la plaie, qu'on affronte avec les points de suture précédemment passés et quelques points superficiels. On retire la ligature élastique provisoire, et si du sang suinte par les sutures, on ajoute quelques points profonds. Si, au moment de la section des tissus, il a été possible de voir la lumière de quelques vaisseaux, on les aura liés isolément.

Ce n'est qu'après s'être bien assuré que tout suintement sanguin est arrêté qu'on abandonne le pédicule dans le ventre. Si l'on avait encore des craintes au sujet de l'hémostase, on emploierait la méthode Wölfler-Hacker (décrite ci-après), qui permet de faire le tamponnement du moignon.

On peut, surtout avec les corps fibreux pédiculés, se trouver en présence de larges adhérences à l'intestin, formant de véritables racines vasculaires adventices, plus importantes que la racine initiale ou pédiculaire. Pour détacher ces adhérences quand elles sont intimes, on se servira d'un procédé recommandé par Schröder; on laissera adhérente à l'intestin la couche superficielle ou péritonéale du corps fibreux, puis, on passera, à ce niveau, un ou plusieurs fils de catgut de manière à amener l'affrontement de cette surface cruentée (fig. 151).

II. Corps fibreux à noyau unique (ou prépondérant), encapsulé. Énucléation intra-péritonéale. — Il s'agit encore ici de cas relativement exceptionnels. Le plus souvent, en effet, les corps fibreux sont multiples, déformant un segment notable de l'utérus, qui en est comme criblé et farci (fig. 152 et 153, p. 234). Faire l'énucléation de ces nombreux noyaux, et traiter isolément chaque poche résultant de cette manœuvre, ne serait pas possible. Mais il en est autrement lorsque la tumeur est unique, qu'elle soit formée par une masse simple ou agglomérée ou qu'elle soit interstitielle ou sous-muqueuse. Alors,

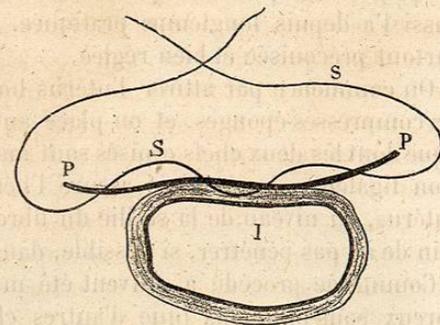


Fig. 151. — Suture d'un petit lambeau de corps fibreux adhérent à l'intestin et résultant du détachement d'une adhérence intime. — I. Intestin. — P. Revêtement péritonéal du corps fibreux. — S. Fil de soie ou de catgut.

Énucléation
intra-péritonéale.

on a pu concevoir et réaliser le projet d'enlever, par énucléation, le néoplasme seul, en respectant l'intégrité de l'utérus et des annexes, et sans interrompre la vie génitale de la femme. Cette considération n'a un certain poids que lorsqu'il s'agit d'une malade éloignée de la ménopause. Ce sera donc assez exceptionnellement qu'elle entrera en jeu. Le plus souvent, il ne faut donc considérer l'énucléation que comme une simplification de la technique opératoire, applicable à certains cas déterminés.

Spiegelberg¹ paraît, le premier, l'avoir employée. Spencer Wells² aussi l'a depuis longtemps pratiquée. Mais c'est A. Martin³ qui l'a surtout préconisée et bien réglée.

On commence par attirer l'utérus hors de l'abdomen sur un lit de compresses-éponges, et on place autour du col un cordon élastique dont les deux chefs croisés sont maintenus par une pince ou par mon ligateur. Ayant ainsi assuré l'hémostase provisoire, on fend l'utérus, au niveau de la saillie du fibrome, et on l'énucléé en ayant soin de ne pas pénétrer, si possible, dans la cavité utérine.

Comme ce procédé a souvent été mis en usage pour des corps fibreux sous-muqueux (que d'autres chirurgiens abordent, de préférence, par la voie vaginale), l'ouverture de la cavité utérine a souvent été faite (dix fois sur seize, Martin); dans ces cas-là, Martin réunit d'abord la muqueuse par une suture continue au catgut.

On ferme ensuite la plaie de la paroi utérine par une série de sutures profondes cheminant sous toute l'étendue de la plaie (fig. 152). Actuellement, Martin fait toutes ces sutures avec du catgut à l'essence de genévrier, qu'il a substitué à la soie phéniquée qu'il employait au début.

Lorsque la cavité résultant de l'énucléation paraît trop considérable, Martin y met un drain en croix dont il fait passer l'extrémité, à travers le col de l'utérus, dans le vagin. Freund⁴, dans une belle observation suivie d'un succès d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'un fibrome enflammé, a remplacé le drain de caoutchouc par une mèche iodoformée, puis a tamponné la cavité utérine à la gaze iodoformée. On peut, du reste, diminuer la cavité résultant de l'énucléation, en réséquant des portions de la poche.

¹ SPIEGELBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. VI, p. 540.

² SPENCER WELLS, cité par ZWEIFEL. *Die Stielbehandlung bei Myomectomie*, p. 82. — L'opération de Spencer Wells date du 12 janv. 1865.

³ MARTIN, *loc. cit.*, p. 287-88, et H. BURKHARDT. *Deutsche med. Woch.*, 1880, n° 27, p. 557. — CZEMPIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 225 et *Soc. gyn. de Berlin*, oct. 1886. — NAGEL. *Centr. für Gyn.*, 1886, n° 51, p. 497. — HAGER. *Ibid.*, 1886, n° 40, p. 649. — R. CHEVRIER (d'Ottava). *Énucléation des fibro-myomes utérins par la voie abdominale*. (*Nouv. Arch. d'Obstet. et de Gyn.*, 1891, p. 201, 279, 514 et 564.)

⁴ FREUND. — *Zur Entfernung submucoser Myome durch die Laparotomie*. (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 49, p. 801.)

Martin a une fois enlevé les deux ovaires altérés, et une fois un seul ovaire; il conseille de faire la castration dans les cas où l'on soupçonnerait la présence, dans les parois de l'utérus, d'un autre noyau fibreux, inaccessible.

Sur seize cas il a observé trois morts; il a dû une fois consécutivement pratiquer l'amputation supra-vaginale de l'utérus, par suite du développement d'un nouveau fibrome, dont le noyau d'origine avait passé inaperçu, au cours de la première opération. Cette éven-

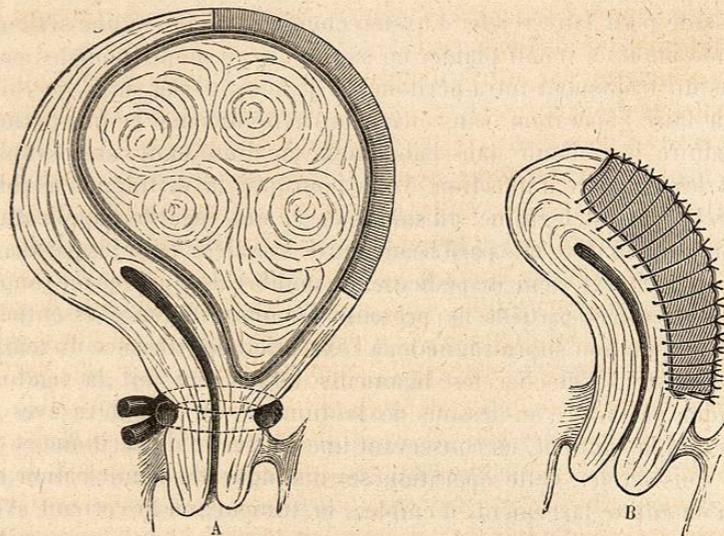


Fig. 152. — A. Énucléation d'un myome interstitiel. — B. Suture après l'énucléation.

tualité est évidemment le côté faible d'une pareille méthode. Pour l'éviter, il faudrait toujours la combiner avec la castration. Mais alors l'énucléation manque son but initial¹, qui était le maintien des fonctions génitales, et devient un simple cas particulier de l'hystérectomie partielle avec abandon intra-péritonéal du pédicule².

III. Corps fibreux à noyaux multiples. Hystérectomie supra-vaginale. — Il faudrait, d'après Schröder, distinguer deux cas différents, selon que le fibrome est situé au niveau du fond de l'utérus, au-dessus des annexes, le corps de l'utérus étant lui-même à peu près intact, ou selon que le corps de l'utérus est envahi, de telle sorte que les

Hystérectomie.

¹ KRÖNLEIN, de Zurich (*Einige Bemerkungen zu Gunsten des conservirenden Verfahrens bei der Myotomie*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 48, p. 876), cite un cas, qu'il dit unique dans la science, de résection étendue de l'utérus pour un fibrome du fond, à large base, suivi de grossesse qui évolua normalement.

² MARTIN (*Ueber Myomoperationen*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797) a récemment publié une statistique de 96 cas d'énucléation abdominale, se répartissant de la façon suivante : 24 fois l'utérus fut ouvert (8 morts); 72 fois la cavité utérine fut respectée (10 morts).

annexes se trouvent soulevées par la tumeur à côté de laquelle elles forment une sorte d'appendice plus ou moins sessile.

Dans le premier cas, la règle est de ne pas détacher les ligaments larges, ce qui rend l'opération plus rapide et moins grave. Mais, comme on n'est jamais sûr qu'il n'existe pas, dans le reste de l'utérus, un ou plusieurs petits noyaux en voie d'évolution, il est prudent de pratiquer l'ablation des ovaires, comme dernier temps de l'opération. On n'obtient généralement pas ainsi un pédicule aussi étroit qu'avec l'ablation de tout le corps de l'utérus : cette raison serait suffisante pour faire rejeter l'hystérectomie partielle, si une sérieuse considération ne venait plaider en sa faveur, au moins pour les partisans du traitement intra-péritonéal : je veux parler de la possibilité de faire l'opération, sans ouvrir la cavité utérine, ce qui permet de réduire le pédicule dans l'abdomen, en diminuant considérablement les chances d'infection. Voilà pourquoi la distinction établie par Schröder est légitime, au moins en ce qui regarde l'application de son procédé. Mais elle perd beaucoup de sa valeur pour les partisans du traitement extérieur du pédicule, au nombre desquels je me range.

Hystérectomie partielle.

L'hystérectomie partielle ne présente aucune différence essentielle avec l'amputation supra-vaginale, à l'exception de l'absence du temps qui consiste à détacher les ligaments larges. On fait la ligature élastique provisoire au-dessous de la tumeur, qu'on enlève avec la coque qui la contient, en conservant une collerette de péritoine et de tissu sous-séreux. Cette opération se distingue de l'énucléation en ce qu'on enlève largement, d'emblée, la tumeur, en la cernant avec le couteau. On ne doit jamais s'y résoudre sans raison ; je conseille toujours de s'assurer auparavant par une coupe verticale que l'énucléation n'est pas possible, car alors elle est préférable. Le pédicule sera traité selon l'une ou l'autre des méthodes appliquées à l'hystérectomie supra-vaginale.

Hystérectomie supra-vaginale.

J'arrive à l'hystérectomie ou amputation supra-vaginale, qui est l'opération typique, celle à laquelle on doit avoir recours dans la grande majorité des cas, soit d'emblée, soit après avoir essayé vainement une opération plus parcimonieuse, énucléation ou hystérectomie partielle.

Deux grandes méthodes se partagent les préférences des chirurgiens :
1° Celle où le pédicule est maintenu à l'extérieur (traitement extra-péritonéal), à laquelle sont attachés les noms de Kœberlé et de Péan, les initiateurs, et de Hegar, qui l'a poussée à un haut degré de sécurité et de perfection ;

2° La méthode où le pédicule est abandonné dans le péritoine (traitement intra-péritonéal), à laquelle Schröder mérite de donner son nom, mais à laquelle divers auteurs ont apporté des modifications.

Enfin, j'aurai à décrire des procédés dépendant de l'une ou de

l'autre de ces méthodes, et, en particulier, une méthode mixte qui participe à la fois des deux précédentes et qui a la prétention d'en réunir les avantages ; et je dirai quelques mots de l'ablation de l'utérus y compris le col, ou hystérectomie totale.

Technique opératoire.
Technique de l'hystérectomie supra-vaginale. Les premiers temps de l'opération sont identiques, qu'on doive instituer le traitement extra-péritonéal du pédicule (procédé de Hegar), ou le traitement intra-péritonéal (procédé de Schröder).

On opère rapidement l'ouverture de l'abdomen, au niveau de la ligne blanche, sans s'attarder à placer des pinces sur les petits vaisseaux, en particulier sur les veines qui saignent au premier moment, mais que le contact de l'air oblitère spontanément. Si la tumeur est petite et à développement marqué du côté du bassin, on devra prolonger l'incision jusqu'au pubis, mais on le fera avec grandes précautions, en s'assurant avec une sonde de la situation de la vessie. Il faut toujours redouter l'allongement de cet organe au-devant de la tumeur¹, qui l'expose à être blessé. Pour se donner du jour en bas, on pourra parfois désinsérer un des muscles droits.

Si la tumeur est très volumineuse et molle, on s'assurera tout d'abord si son volume ne peut pas être diminué par la ponction des cavités kystiques. Dans le cas négatif, il vaut mieux franchement prolonger l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde, s'il est nécessaire, que de se livrer à la longue, pénible et périlleuse manœuvre du morcellement, autrefois préconisée par Péan².

Il faut ensuite dégager l'utérus de telle sorte qu'on puisse appliquer sur son col une ligature élastique en vue de l'hémostase provisoire. On doit de nouveau se rendre compte des connexions de la vessie avec la tumeur, et pour cela introduire dans ce réservoir un cathéter suffisamment long (sonde d'homme). Il est arrivé à d'habiles chirurgiens de comprendre la vessie dans la ligature et d'en enlever ainsi un fragment. Pour la protéger dans les cas difficiles, Albert place, dès le début, une broche à travers la tumeur immédiatement au-dessus d'elle, de manière à empêcher la ligature élastique de glisser sur elle et de la saisir.

On doit alors entre une chaîne de doubles ligatures sectionner les ligaments larges. On se sert, pour cela, d'une aiguille mousse montée (fig. 18, 2-5), soit droite et un peu courbée vers sa pointe, soit de la forme d'une aiguille de Deschamps (Voir pour la technique de ces manœuvres, p. 57 à 61). On aura soin de lier isolément la

¹ F. GAILLARD-THOMAS. *Expansion of the bladder over the surface of abdominal tumours and its attachment to them or to the abdominal walls as a complication of laparotomy* (Trans. of the Amer. gyn. Society, 1882, t. VI, p. 258).

² PÉAN et URBY. *Hystérotomie, etc.*, p. 201.