

Renversement du pédicule dans le vagin. — Meinert¹ a proposé d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas et de faire passer le pédicule dans le vagin. La seule fois qu'il expérimenta ce procédé la malade mourut.

Je mentionne simplement l'hystérectomie en deux temps, le premier consistant dans l'ouverture du péritoine et devant être suivi de la production d'adhérences, le second temps relatif à l'extraction du myome. Nussbaum² a employé ce moyen dangereux dans un cas de myome suppuré; la malade mourut. Vulliet³ a cru devoir le reprendre

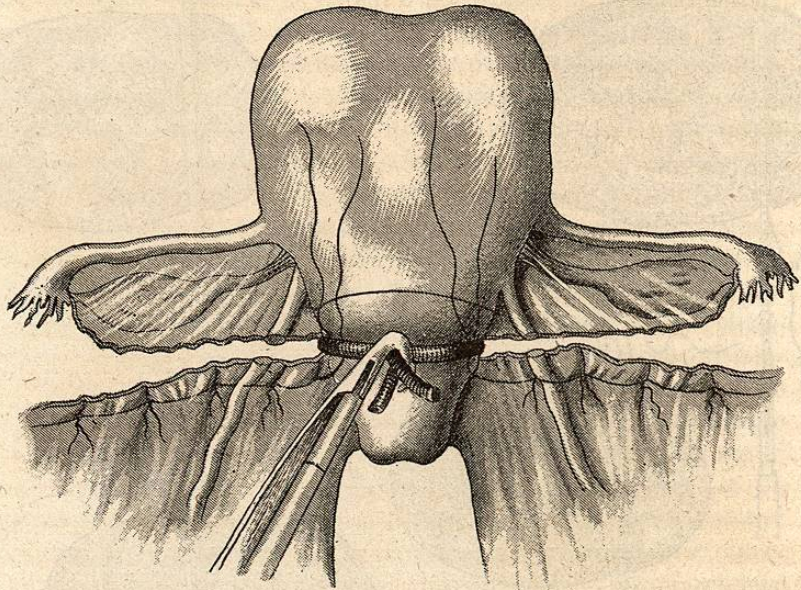


Fig. 162. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel.
Suture des ligaments larges et placement de la ligature élastique provisoire.

récemment : son opérée, au moment de la publication de l'observation, n'était pas encore guérie.

Procédé
de Zweifel
(ligatures par-
tielles juxtapo-
sées).

Ligatures partielles juxtaposées (Fortlaufende Partienligatur). — Sous ce nom, Zweifel a décrit un procédé de suture du moignon qui assure certainement mieux l'hémostase que celui de Schröder, mais qui paraît *a priori* un pas en arrière dans la technique, au point de

¹ MEINERT. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 42, p. 1275. — L'idée première de ce procédé paraît appartenir à PORRO et à WASSEIGE (SÄNGER. *Zur Technik der Amputatio Uteri myomatosi*; in *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, p. 718). — CHROBAK la revendique également (*Med. Jahrb. der k. k. Gesellschaft*. Vienne, 1888, Bd. III, p. 331). — DOLÉRIS a beaucoup plus récemment conçu la même idée (*Soc. obstét. et gyn. de Paris*, 11 avril 1889 et *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 355).

² NUSSBAUM, cité par ZWEIFEL, *loc. cit.*, p. 25.

³ VULLIET. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1885, p. 685.

vue de la réunion primitive du moignon et de ses chances de mortification. Toutefois les beaux résultats annoncés par Zweifel¹ commandent l'attention. Sur dix malades opérées par ce procédé, il n'avait eu qu'une seule mort, au moment de la publication de son livre (1888); et au mois de février 1889, il annonçait² une série de 22 opérations suivies de guérison. Voici quelle est sa technique :

Il se sert pour toutes les ligatures de soie désinfectée, et il emploie une aiguille montée à coulisse (premier modèle de Brun) qui ressemble assez à une forte aiguille de Reverdin dont l'extrémité est émoussée.

Il lie d'abord les ligaments larges en une série de sutures partielles. Il coupe alors ces ligaments et applique un lien élastique. Il a eu préalablement soin de laisser aux fils, provenant des deux ligatures à la soie des ligaments larges les plus voisines de l'utérus, une longueur suffisante pour pouvoir les relever sous le lien élastique (fig. 162).

Il excise la tumeur utérine de façon à ménager un petit lambeau musculo-péritonéal en avant et en arrière (fig. 163), et cautérise avec le thermo-cautère les cavités utérine et cervicale. S'armant ensuite d'une aiguille montée piquante, il procède à une série de ligatures partielles formant une suite continue, dont les

figures donnent une explication suffisante. Il termine par des sutures superficielles au catgut du revêtement péritonéal (fig. 164). Pas de drainage, sauf s'il y avait un suintement persistant; on drainerait alors par le vagin, avec le tube en croix.

Méthode mixte (on pourrait aussi l'appeler *juxta-pariétale*). — Elle est née de l'impossibilité où se sont trouvés des chirurgiens de fixer hors des parois abdominales des pédicules trop courts, alors qu'ils

¹ P. ZWEIFEL. *Die Stielbehandlung bei der Myomectomie*, Stuttgart, 1888, p. 65.

² ZWEIFEL. *Soc. obst. de Leipsick (Centr. f. Gyn.)*, 1889, n° 52, p. 570.

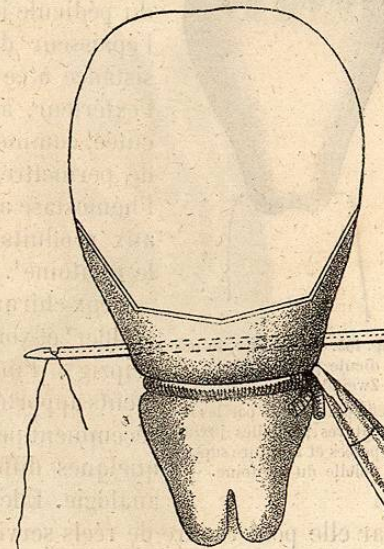


Fig. 163. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel.

Figure montrant la forme à donner à l'excision de la tumeur pour la confection du pédicule. L'aiguille montée va ramener l'extrémité d'un fil qui traverse déjà le pédicule.

n'osaient cependant pas franchement les abandonner dans le ventre. Tel est le cas de Kleberg d'Odessa, que j'ai cité comme l'inventeur de la ligature élastique, et qui (en 1877) laissa glisser un moignon épais et court au fond de la plaie, par où il ramena les extrémités du lien élastique qui étreignait le pédicule; il obtint la guérison. Péan a

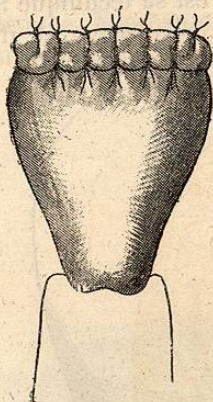


Fig. 164. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel.

Pédicule affronté par les ligatures partielles juxtaposées et la suture superficielle du péritoine.

dû de même parfois laisser un faisceau de pinces hors du ventre, et a obtenu des succès. Mais c'étaient là des procédés de nécessité. La fixation du pédicule immédiatement au-dessous ou dans l'épaisseur des parois abdominales, avec persistance à ce niveau d'une communication avec l'extérieur, a été récemment proposée et exécutée, comme procédé de choix. Elle a pour but de permettre la surveillance dans les cas où l'hémostase a été difficile, et d'assurer une issue aux produits septiques qui pourraient infecter le péritoine¹.

Deux chirurgiens de Vienne, élèves de Billroth. Wölfler² et von Hacker³ d'abord, puis Säger, de Leipzig⁴, l'ingénieux auteur des perfectionnements apportés à l'opération césarienne, ont plus récemment proposé une méthode mixte qui, sauf quelques différences légères, offre plus d'une analogie. Elle est digne d'être décrite en détail, car elle peut rendre de réels services.

Procédé de Wölfler-Hacker.

Procédé de Wölfler-Hacker. — C'est von Hacker qui eut la première conception du procédé, inspiré sans doute par une observation de

¹ La tentative compliquée et peu pratique de Freund doit seulement être signalée, comme premier essai de la *méthode mixte* : après l'amputation de l'utérus pour une tumeur volumineuse, Freund (Homburger. *Centr. f. Gyn.*, 1882, p. 481) réunit en un seul faisceau le pédicule utérin et les ligaments larges, les entoura d'un lien élastique et emboîta l'extrémité du moignon dans un *condom* dont il avait coupé l'extrémité fermée; un gros tube de verre fut placé dans l'intérieur de ce *condom* jusque sur le pédicule, laissé dans l'abdomen; on fit passer les extrémités de la ligature élastique dans la lumière de ce tube dans lequel on introduisit de la gaze iodoformée. La malade guérit. Mais il est bien évident que c'est la formation rapide d'adhérences protectrices et non le *condom* qui a servi de barrière à l'infection du péritoine. Un tamponnement avec de la gaze iodoformée au-dessus du pédicule eût été à la fois plus simple et plus sûr.

² ANTON WÖFLER. *Zur Technik der supra-vaginalen Amputatio Uteri* (Wien. med. Woch., 1885, n° 25, p. 795).

³ V. HACKER. *Zur Technik der supra-vaginalen Amputatio Uteri* (Wien. med. Woch., 1885, n° 48, p. 1466).

⁴ SÄGER. *Zur Technik der Amputatio Uteri myomatosi supravaginalis, intraperitoneale Abkapselung*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, p. 718). — HOW. A. KELLY (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXII, p. 375) a décrit, sous le nom de *nouvelle méthode d'hystéromyomectomie*, un procédé qui se rapproche énormément de ceux de Wölfler-Hacker et de Säger.

Billroth¹. C'est Wölfler qui le premier l'a exécuté, le 21 août 1884.

Le pédicule est suturé, selon le procédé de Schröder, puis on le laisse descendre de sorte que son sommet soit au niveau de la surface profonde des parois abdominales. Pour le fixer en cet endroit, affleurant à l'incision du péritoine pariétal, on passe à droite et à gauche une aiguille armée d'un fil de soie phéniquée qui traverse les couches superficielles du pédicule, puis les parois abdominales; on lie ces anses de fil sur de petits rouleaux de gaze iodoformée, de

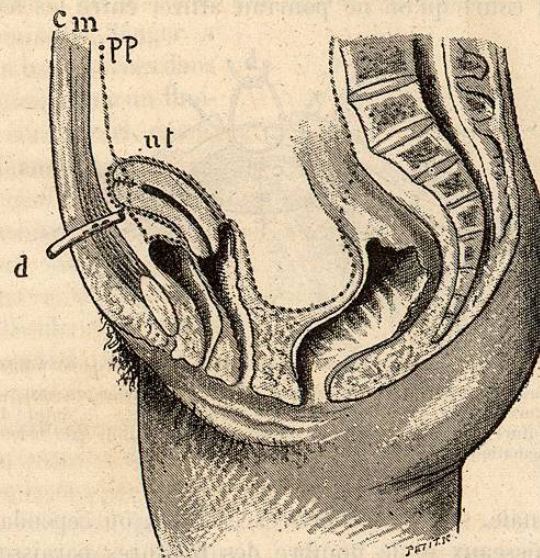


Fig. 165. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Wölfler-Hacker).
c. Peau. — m. Couche musculaire aponévrotique. — pp. Péritoine pariétal. — d. Drain. — ut. Pédicule utérin. (Coupe schématique médiane.)

façon à attirer la surface du moignon utérin entre les lèvres de la plaie péritonéale. Cette plaie est laissée béante immédiatement à ce niveau, mais, au-dessus, elle est fermée avec soin et le péritoine pariétal est, en outre, suturé au moignon, en sorte que la cavité abdominale se trouve close au-dessus de lui et qu'il est vraiment devenu extra-péritonéal en même temps que juxta-pariétal. On suture les parois abdominales, en ne laissant que la place nécessaire pour le passage d'une bandelette de gaze iodoformée, et d'un drain qu'on insinue jusque sur le pédicule (fig. 165 et 166).

Les deux premières opérées de Wölfler et de Hacker guérirent, après un peu de suppuration et de mortification; elles seraient probablement mortes de péritonite septique, si le pédicule avait été

¹ BILLROTH. Voir *Langenbeck's Arch.*, 1877, Bd. XXI, Heft 4, p. 860.

complètement abandonné au fond de la cavité abdominale. Depuis lors, de très nombreuses guérisons ont été obtenues. Fritsch¹ a obtenu dix-neuf succès sans une seule mort, tandis que par les procédés de Olshausen (ligature élastique perdue) et de Schröder (pédicule suturé intra-péritonéal) il avait compté douze morts sur trente-neuf opérations.

Alors même qu'on ne l'adopterait pas constamment, il est certain que ce procédé est très utile à connaître; il est applicable à un pédicule gros et court qu'on ne pourrait attirer entre les lèvres de la

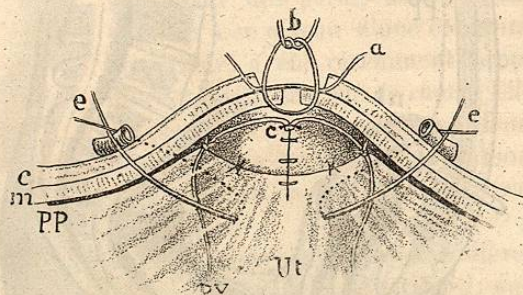


Fig. 166. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Wölfler-Hacker).
c. Peau. — m. Muscles. — pp. Péritoine pariétal. — p. v. Péritoine viscéral. — ut. Pédicule utérin. — a. Suture cutanée. — b. Suture musculo-aponévrotique. — c. Suture du péritoine au catgut. — e. Suture enchevillée du pédicule sur des rouleaux de gaze iodoformée. (Coupe transversale schématique.)

plaie abdominale, sans des efforts excessifs et où cependant l'abondance des vaisseaux et le nombre des ligatures paraissent rendre l'abandon intra-péritonéal dangereux, par crainte d'hémorragie consécutive ou de mortification et de septicémie; je lui ai dû un succès dans un cas de ce genre.

Procédé
de Säger.

Procédé de Säger, séquestration intra-péritonéale (intra-peritoneale Abkapselung). — Säger désigne ainsi une manœuvre opératoire qui consiste à suturer très largement le péritoine au-dessus du pédicule, en attirant pour cela le péritoine pariétal et le fixant le long de la face postérieure du moignon utérin, coudé en avant. On sépare ainsi de la cavité abdominale la loge inférieure où le pédicule se trouve séquestré. Säger distingue deux cas :

1° *Pédicule affronté par les sutures selon le procédé de Schröder, mais pour lequel on redoute l'hémorragie.* On le fixera au-dessous

¹ FRITSCHE. Bericht über den zweiten Kongress f. Gynäk. in Halle (Centr. f. Gyn., 1888, p. 389). — Malgré ces insuccès, Fritsch est revenu, tout récemment, au procédé d'Olshausen, après avoir pendant quelque temps préconisé le procédé de Bardenheuer. (Ueber die Myomoperationen, in Centr. f. Gyn., 1890, p. 60, Supplément, et Ueber intra-peritoneale Stielversorgung nach Myomotomie, in Centr. f. Gyn., 1891, n° 18, p. 561).

de la paroi abdominale, en suturant au-dessus de lui le péritoine pariétal; on établira un drainage à ce niveau (fig. 167).

2° *Pédicule trop court pour être attiré au dehors : broches placées très loin de la ligature élastique, disposée comme pour le traitement par le procédé de Hegar.* On doit, dans ce dernier cas, suturer le péritoine à la partie supérieure du pédicule, même au-devant du lien élastique, de façon à le séquestrer hors du péritoine. On constitue une sorte de barrière au-dessus de lui; on tâche de faire, de la sorte, une ligature extra-péritonéale, quoique intra-abdominale. Säger a eu ainsi un beau succès dans un cas difficile avec un moignon qui était court, épais, et très saignant (fig. 168).

Si l'on étudie de près les deux procédés de Säger, on voit, en somme, que le premier ne se distingue de celui de Wölfler-Hacker par rien d'essentiel, car on ne peut ainsi qualifier l'absence des deux sutures latérales, pour la suspension du pédicule, remplacées par la suture du péritoine pariétal sur la face postérieure du moignon. Quant au second, c'est en somme le procédé de Hegar appliqué à un pédicule court où la suture péripédiculaire est remplacée par une suture sus-pédiculaire du péritoine. Il offre pourtant ce point original que le péritoine est suturé (au catgut) au-dessus de la ligature élastique, par conséquent sur des portions destinées à se mortifier. Säger saupoudre ensuite le moignon avec un mélange d'acide salicylique, d'iodoforme et de tannin. J'y joindrais, pour ma part, un tamponnement à la gaze iodoformée.

Extirpation du pédicule ou Hystérectomie totale. — Bardenheuer¹ l'a recommandée comme procédé de choix, même dans les cas les plus simples. Il conseille d'inverser ensuite vers le vagin les ligaments larges sur lesquels on place de solides ligatures; on

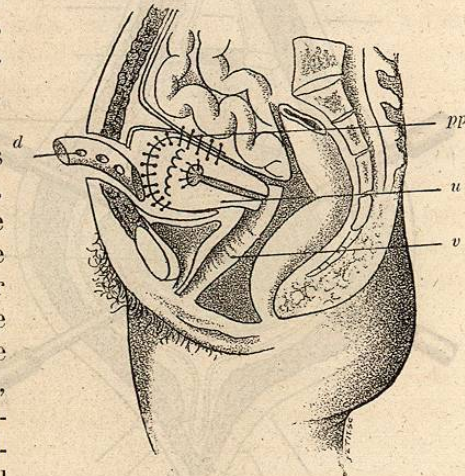


Fig. 167. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Säger).

Séquestration intra-péritonéale d'un pédicule, suturé selon le procédé de Schröder. — pp. Péritoine pariétal suturé sur la face postérieure du pédicule. — u. Pédicule utérin. — v. Vagin. — d. Drain.

Procédé de Bardenheuer
(extirpation
du pédicule).

¹ BARDENHEUER. Centr. f. Gyn., 1881, n° 22, p. 519.

établit un drainage, que Bardenheuer considère comme essentiel.

On pourrait être tenté de faire l'hystérectomie totale dans les cas où le col est bourré de fibromes de telle sorte que la confection du pédicule paraît impossible. Pourtant, on arrive toujours à en confectionner un, en énucléant et en évidant le moignon, sur la coque

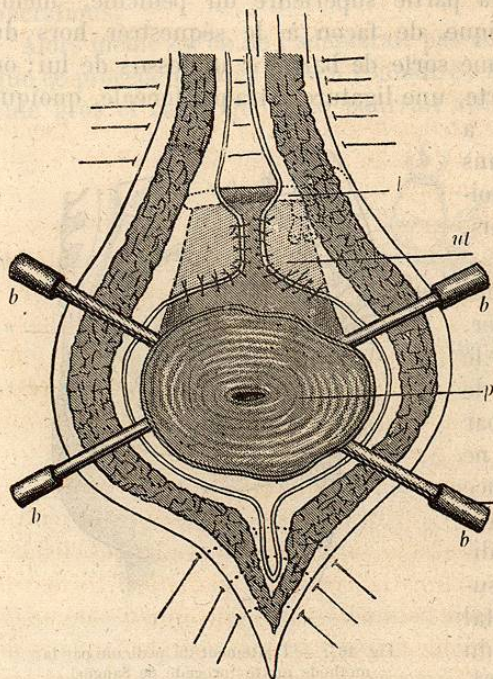


Fig. 168. — Traitement du pédicule par la méthode mixte (procédé de Sanger).

Séquestration intra-péritonéale d'un pédicule avec ligature élastique. — *l.* Ligature élastique. — *ut.* Face postérieure de l'utérus. — *p.* Pédicule (coupe). — *b.* Broches.

duquel on peut appliquer une ligature élastique; on abandonnera celle-ci dans le péritoine ou bien on aura recours à la méthode mixte, si le pédicule est trop court pour être maintenu à l'extérieur. Les procédés d'Olshausen ou de Sanger me paraissent, en effet, moins graves que l'extirpation totale, quoique Bardenheuer ait eu, dès le début, six succès sur sept opérations; mais il semble qu'il s'agissait alors de cas très simples qui eussent guéri par toute autre méthode. Les faits publiés depuis lors n'ont pas été nombreux¹, ce qui prouve bien les légitimes défiances inspirées par cette application aux fibromes de l'opération de Freund pour le cancer, aujourd'hui condamnée.

Dans ces derniers temps, cependant, de nouvelles tentatives ont été faites pour réhabiliter l'extirpation totale. Martin² l'a préconisée; il fait d'abord, par l'abdomen, l'hystérectomie supra-vaginale, après ligature élastique provisoire. Puis un assistant libère le col par le vagin, après quoi le chirurgien termine l'opération par l'ab-

¹ KEITH. *Edinb. med. Journ.*, 1885, t. XXX, 2^e part., p. 969 : deux succès. — POLK, cité par VAUTRIN, *Du traitement chirurg. des myomes utérins*, 1886, p. 181 : une opérée, guérie après péritonite grave.

² A. MARTIN. *Réunion des naturalistes et médecins allemands à Heidelberg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n^o 40, p. 689).

dômen¹, en liant les ligaments larges et en décollant la vessie. Martin recommande de protéger les intestins avec une éponge imbibée d'huile désinfectée, de manière à les lubrifier. Il croit ainsi s'opposer au développement d'adhérences ultérieures. T. J. Crofford² a publié un succès de ce genre, mais sa technique (il emploie l'écraseur) paraît très défectueuse³.

IV. Corps fibreux intra-ligamentaires et pelviens. — Décortication. — Les corps fibreux qui sont nés de la portion sus-vaginale du col ou de la partie inférieure du corps de l'utérus s'accroissent au-dessous du péritoine, qu'ils soulèvent et déplissent, en ne s'en coiffant jamais que très incomplètement et ayant, au contraire, une tendance à s'insinuer dans les espaces cellulaires du plancher pelvien. On en a vu dédoubler le mésorectum jusqu'au détroit supérieur; d'autres soulèvent le cul-de-sac utéro-vésical, en comprimant la vessie contre le pubis; le plus grand nombre trouve à s'étendre latéralement entre les ligaments larges dont le repli est bientôt entièrement comblé et effacé. Au point de vue chirurgical, toutes ces variétés sont réunies en un groupe naturel par ces caractères communs : difficulté extrême de constituer un pédicule; rapports intimes et étendus avec les parois du petit bassin et les viscères pelviens.

Le traitement chirurgical de ces tumeurs est celui qui soulève les plus grosses difficultés. On sera en droit, après l'ouverture du ventre, si elles paraissent trop grandes pour que l'extirpation offre des chances réelles de salut, d'avoir recours à la castration (palliative), au lieu de l'extirpation (curative). Il faut toutefois reconnaître que, comme en pareils cas ce ne sont pas les hémorragies, mais les phénomènes de compression qui sont le plus à redouter, la castration n'a, alors, qu'une valeur assez contestable; si on la pratique, c'est comme *pis aller*.

Je propose de donner le nom de **décortication** exclusivement à la manœuvre qui consiste à extraire ces tumeurs de leur lit cellulaire, en réservant le nom d'**énucléation** à l'extraction des corps fibreux hors du tissu utérin. L'emploi ordinaire du même mot pour deux opérations si différentes a souvent prêté à de grandes confusions.

Il est absolument impossible de donner une description régulière

¹ BOLDT (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n^o 58, p. 685) a, dans trois cas, suivi la technique de Bardenheuer, avec cette particularité qu'il a fait l'ablation du col par le vagin. — GUERMONPREZ (*Commun. à l'Acad. de méd.*, le 15 sept., *Gaz. des hôp.*, 1891, n^o 108, p. 1009) a publié un cas heureux d'hystérectomie totale, faite uniquement par l'abdomen.

² T. J. CROFFORD (*Amer. Journ. of Obstet.*, mai 1889, t. XXII, p. 500) croit avoir inventé le procédé et le qualifie de *nouvelle méthode de pratiquer l'hystérectomie*.

³ R. CHROBAK (*Zur Exstirpation Uteri myomatosi abdominalis in Centr. f. Gyn.*, 1891, n^o 35, p. 715) vient de proposer une modification intéressante de la technique de Bardenheuer. Il fait une décortication sous-péritonéale de l'utérus, résèque l'organe le plus bas possible, de façon à ne laisser en place qu'une rondelle de col, sur laquelle il rabat les deux lèvres de la séreuse péritonéale. Sur 17 cas opérés de la sorte, il a eu 17 guérisons.

Décortication
des corps fibreux
intra-
ligamentaires.

et typique de cas qui eux-mêmes sortent de toute règle et sont, comme on l'a dit, *atypiques*.

L'application d'une ligature élastique provisoire ne sera que rarement possible, et sur une partie seulement de la tumeur; on redoublera ici d'attention pour ne pas comprendre dans cette ligature la vessie, généralement très allongée sur la face antérieure de l'utérus. Si une portion du corps fibreux fait une forte saillie dans la cavité péritonéale, on placera la ligature élastique aussi profondément que possible à la base de ce lobé, qu'on enlèvera ainsi sans crainte. On tâchera d'énucléer les parties profondes en exerçant de fortes tractions; le lien élastique suit la diminution de la tumeur et fait encore une constriction hémostatique suffisante sur la coque qu'on a évidée. Le plus souvent, il est nécessaire de commencer l'opération par la ligature et la section des annexes du côté où l'on opère. Si l'on peut, dès le début, placer une ligature profondément sur le tronc même de l'artère utérine, on ne devra pas manquer de le faire.

Il peut arriver que ces manœuvres soient impossibles et qu'on doive d'emblée en venir au temps fondamental de l'opération, à l'ouverture large de la loge ligamentaire, dont les lèvres seront fortement saisies avec des pinces, puis à la décortication avec les doigts et la spatule. On exercera toujours de fortes tractions avec des pinces à griffes; on rasera très exactement le néoplasme, et l'on multipliera les pinces sur les points saignants, sans perdre de vue la position des uretères. Une fois les fibromes enlevés, les veines, parfois énormes, des ligaments larges, s'affaissent, et l'on est surpris d'avoir à placer beaucoup moins de ligatures qu'on ne s'y attendait.

Les connexions de la tumeur avec l'utérus déterminent la conduite qu'on doit tenir avec cet organe. Quand elles sont peu étendues, on se borne à faire, à ce niveau, les ligatures ou sutures hémostatiques nécessaires, laissant en place le corps utérin; mais si elles sont intimes et l'hémostase difficile, il vaut mieux se décider, sans hésiter, pour l'hystérectomie supra-vaginale. Il peut arriver, du reste, que celle-ci soit effectuée presque sans qu'on s'en doute, et qu'à la fin de la décortication laborieuse d'un fibrome remplissant tout le petit bassin, on arrive en dernier lieu sur une sorte de pédicule où l'on ne tarde pas à reconnaître le col utérin lui-même.

Reste à traiter la cavité résultant de la décortication: elle est souvent considérable et pousse des prolongements en arrière du rectum et de la vessie, ou sur les côtés du vagin. On adoptera l'un ou l'autre des deux plans suivants:

Peut-on avoir une pleine confiance dans la manière aseptique dont l'opération a été accomplie et dans le milieu où l'on opère, on tentera la réunion immédiate, sans drainage. S'il n'y a pas eu de déchirures

et de délabrement du péritoine, comme dans certaines opérations pour des tumeurs relativement petites ou à connexions lâches, on se bornera à placer quelques points de suture pour réunir les parties divisées; on fera la toilette du péritoine et l'on refermera le ventre. Si la poche est très profonde et saignante, on pourra faire une suture continue à étages, qui servira à la fois à l'hémostase et à la réunion. On n'hésitera pas à exciser les débris qui seraient susceptibles de se mortifier.

Mais cette conduite hardie ne sera justifiée que dans des cas exceptionnels; pour peu que la cavité soit étendue et que le suintement soit à craindre, le drainage sera plus prudent. Il peut se faire par deux voies: Martin¹ recommande le drainage par le vagin, à l'aide

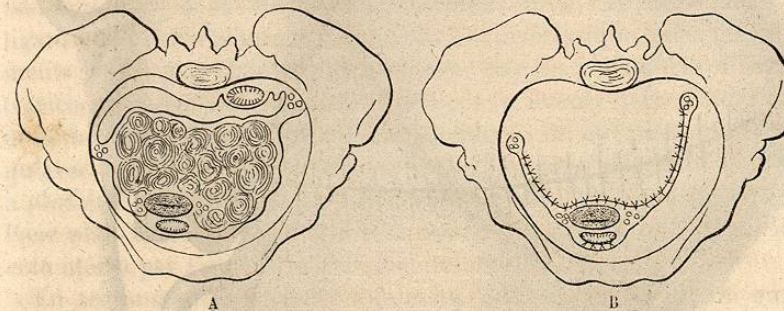


Fig. 169. — Corps fibreux intra-ligamentaire.

A. — Coupe horizontale pour montrer les connexions de la tumeur (qui pesait 14 livres).
B. — Suture de la poche résultant de l'énucléation du fibrome précédent. Drainage par le vagin. Guérison (Kaltenbach).

d'un tube en croix qu'il introduit, en crevant le cul-de-sac vaginal; Kaltenbach a adopté la même voie². Sanger³, ayant réduit dans l'abdomen un pédicule, d'où il avait énucléé un fibrome de la partie supérieure du col, a dû, immédiatement après avoir fermé les parois abdominales, ouvrir et tamponner par le vagin la coque remplie de sang qui s'y était déversé; sa malade a guéri.

Le drainage par la partie inférieure de la plaie abdominale sera préférable dans certains cas, vu la situation de la poche; il offre l'avantage certain de moins exposer à l'infection, avantage compensé, du reste, par l'absence de déclivité. Terrier⁴ a récemment traité de la sorte la poche d'un myome du ligament large: la guérison laissa subsister une fistule. Howard A. Kelly⁵ a laissé béante et a drainé la

¹ MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 290.

² HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, p. 498 (3^e édit.).

³ SANGER. *Zur Oper. von Cervixmyomen durch die Laparotomie*. Soc. gynéc. de Leipsick (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n^o 12, p. 207).

⁴ F. TERRIER. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 868.

⁵ H. A. KELLY. *Amer. Journ. of obstet.*, janv. 1886, p. 44.

cavité résultant de la décortication d'un corps fibreux pelvien qui comprimait la vessie. Il se loue beaucoup des injections phéniquées faibles poussées hardiment par le drain, sans craindre l'effusion dans le péritoine, dont la cavité est séparée, dès les premiers jours, par des adhérences protectrices. Je préfère, pour ma part, utiliser à la fois comme hémostatique et comme moyen de drainage capillaire le tamponnement avec la gaze iodoformée. Je m'en suis servi, avec succès.

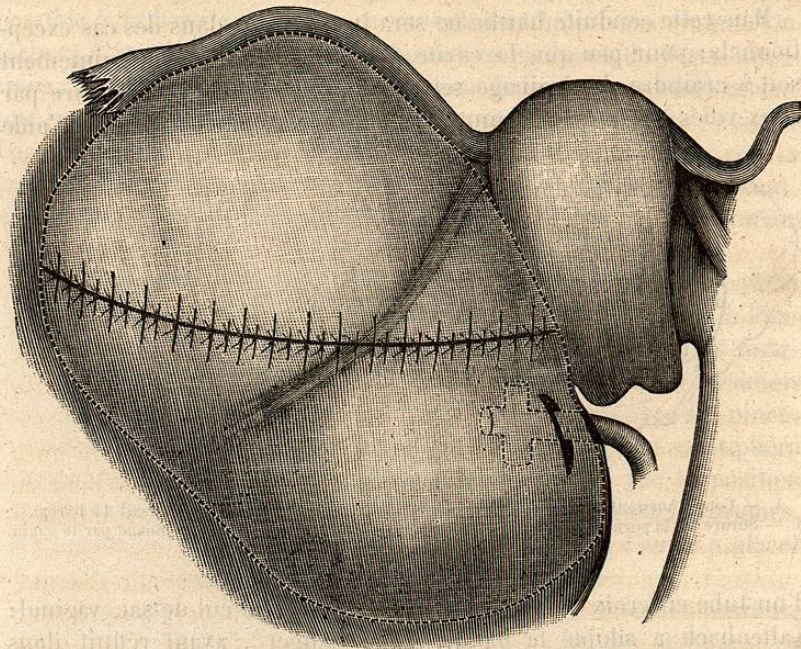


Fig. 170. — Fibrome intra-ligamentaire. Décortication et suture de la poche et drainage par le vagin (Martin).

dans un cas de fibrome intra-ligamentaire du poids de 15 livres¹. Küster² avait de même bourré la poche et réuni ses bords à la partie inférieure de la plaie péritonéale. La gaze doit être retirée peu à peu et remplacée par des drains, au bout de quelques jours.

Taufler³ a obtenu des succès très curieux avec la **résection partielle** de gros fibromes intra-ligamentaires, dont le tronçon, fixé dans la plaie abdominale, était ensuite traité par des cautérisations énergiques au chlorure de zinc.

¹ S. Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 déc. 1889, p. 786.

² KÜSTER. *Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 1, p. 6.

³ Voir G. A. DIRNER. *Zur Frage der Stielversorgung*, etc. (*Centr. f. Gyn.*, 1887, nos 7 et 8, p. 97 et 113).

Accidents opératoires. — L'hémorrhagie constituait autrefois un des dangers les plus redoutables, et nombre de malades en sont mortes sur la table d'opération. Elle peut être évitée aujourd'hui par l'emploi judicieux de la ligature élastique temporaire. Il faut toutefois noter qu'il ne s'agit pas ici, comme pour la bande d'Esmarch appliquée aux membres, de faire l'ischémie de la tumeur. Cette idée, ingénieuse mais peu pratique, mise en avant par L. Labbé, n'est pas sortie du domaine de la théorie : outre les difficultés insurmontables de son application dans l'immense majorité des cas, elle exposerait à des manipulations excessives et, sans doute aussi, à l'embolie. On ne doit donc pas être surpris, en sectionnant l'utérus au-dessus du lien contracteur, de voir parfois s'écouler une assez grande quantité de sang *résiduel* qui y a été emprisonné, au moment de l'application de la ligature. Si l'on a affaire à une tumeur tégangiectasique, ou si les ligaments larges sont simplement parcourus par des veines très dilatées (varicocèle tubo-ovarien), il faut lier ces ligaments avec grand soin et ne les sectionner qu'entre deux ligatures. On ne passera les fils qu'avec des aiguilles mousses pour éviter la piqûre des vaisseaux, qui a plusieurs fois causé des épanchements sous-séreux considérables. Pour plus de rapidité, on peut souvent remplacer les ligatures du côté utérin par l'application de longues pinces.

En sectionnant la tumeur au-dessus du lien élastique, on aura grand soin de ne pas faire porter le couteau trop près de ce lien, de manière à éviter que le pédicule n'échappe à son étreinte, en un point quelconque de son pourtour.

Le traitement extra-péritonéal, avec ligature élastique du pédicule, met complètement à l'abri de l'hémorrhagie post-opératoire. Il n'en est pas de même du traitement intra-péritonéal, avec ligature du moignon à la soie ou au catgut. Il faut se souvenir que les artères utérines doivent alors être liées par une ligature médiate très serrée, placée à droite et à gauche du pédicule, à l'aide d'une forte aiguille, traversant une certaine épaisseur de tissu. Malgré cette précaution, on a souvent vu une hémorrhagie mortelle survenir quelques heures et même quelques jours après l'opération, par suite du tassement des tissus qui relâche la ligature.

La possibilité de la **blessure de la vessie** doit être toujours devant les yeux de l'opérateur. Nombreux sont les cas où elle a été ouverte, ou déchirée, ou partiellement comprise dans le lien élastique, laissé à demeure. Si ce réservoir est allongé au-devant de la tumeur, on le décollera dans une étendue suffisante pour pouvoir mettre le cordon de caoutchouc au-dessous d'elle.

Dans les plaies, même très étendues, de la vessie¹, on doit tenter

¹ OLSHAUSEN. *Handb. der Frauenkrankh.*, t. II, p. 586, 751. — S. Pozzi. *Suture de la*

Accidents
opératoires.
Hémorrhagie.

Blessure
de la vessie.