

la réunion immédiate avec une suture continue au catgut, à deux ou trois étages superposés. Le catgut est préférable à la soie quand on fait le traitement extra-péritonéal du pédicule, car la soie, qui est poreuse, pourrait être infectée par les sécrétions de la plaie péripédiculaire. On pourra, au contraire, user de la soie, si le pédicule doit être rentré dans l'abdomen, comme dans les myomectomies. Une sonde à demeure, molle, munie d'un tube formant siphon, sera maintenue dans la vessie pendant dix jours. Leopold a eu un succès complet de la sorte; j'ai moi-même appliqué ce traitement à une plaie de la vessie de 12 centimètres qui a parfaitement guéri, quoique la malade indocile eût retiré la sonde à demeure le sixième jour, ce qui a provoqué une désunion partielle et momentanée de la suture vésicale, rendue inoffensive par le tamponnement iodoformé placé au-devant d'elle. Dans un cas antérieur, survenu au cours d'une ovariectomie, et où la plaie était énorme (20 centimètres), j'avais suturé la partie intra-péritonéale et conservé une *boutonnière abdominale*, comme soupape de sûreté. Ma malade guérit après cette période de *fistulisation préalable*; il suffit d'un petit avivement pour oblitérer facilement la fistule.

Sänger a mis en usage un procédé différent, imposé par les circonstances, dans un cas où la vessie allongée avait été prise pour le pédicule même d'une tumeur de l'ovaire et traversée par des sutures; il conserva celles-ci et se contenta de fermer exactement le péritoine autour et au-dessus du pédicule vésical, par une séquestration analogue à celle qu'il emploie pour le pédicule utérin. Il y eut guérison sans fistule.

Blessure
de l'ouraque.

L'ouraque, resté perméable et divisé pendant l'opération, a très rarement causé des fistules. Elles ont, du reste, une tendance à guérir spontanément (Atlee, Sänger). Il est bon, toutefois, pour se mettre en garde contre cet accident, de faire porter l'incision abdominale en dehors de ce cordon, lorsqu'on le rencontrera. Si on le blessait, on devrait l'attacher dans l'épaisseur de la paroi abdominale, à l'aide d'une des sutures profondes de celles-ci (Spencer Wells). Si l'ouverture offrait quelque étendue, on la fermerait d'abord avec

vessie pour une très grande plaie intra et extra-péritonéale. Réparation en deux actes opératoires éloignés; guérison. (Annal. des mal. des org. génito-urin., 1^{er} mai 1885.) — J. REVERDIN. Ibid., janv. 1886. — SÄNGER. 2^e Congrès de la Soc. allem. de gynéc. Halle, 25 mai 1888. (Centr. f. Gyn., 1888, n^o 26, p. 418.) — LEOPOLD. Ibid., p. 419. — RICARD, Réunion immédiate des plaies chirurgicales de la vessie (Gaz. des hôp., 2 mars 1889, p. 241), rapporte trois observations de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, deux relatives à des plaies faites pendant l'opération de la cure radicale d'une hernie, une de taille hypogastrique. — S. Pozzi. Gros calcul vésical chez un vieillard de 80 ans; taille hypogastrique; suture complète de la vessie; drainage prévésical; guérison. (Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 10 avril 1889, p. 515.) — Enorme corps fibreux intra-ligamentaire; grande plaie de la vessie suturée immédiatement. (Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 18 déc. 1889, p. 786.)

des points au catgut. La malade serait soigneusement sondée toutes les trois heures, pour éviter la distension de la vessie.

Je crois que la ligature de l'uretère a dû souvent être faite, pendant l'hémostase des moignons qu'on réduisait dans l'abdomen ou dans la décortication des corps fibreux intra-ligamentaires, et que plus d'un cas de mort imputée au *shock* doit lui être attribué. On ne perdra pas de vue les rapports de ces conduits, en allant porter profondément par transfixion des ligatures sur les côtés du col utérin.

L'intestin peut être simplement appliqué sur la surface d'un corps fibreux qui a dédoublé le mésocolon; on l'en sépare alors facilement avec les doigts. Mais il peut aussi être tout à fait fusionné avec une tumeur qui tire de lui des vaisseaux nourriciers. J'ai observé ce fait dans un fibrome sous-péritonéal volumineux, à pédicule étroit et peu vasculaire. Il faut alors se résoudre à laisser une couche mince de la tumeur adhérente à l'intestin qu'on détachera par une dissection attentive. Cette lamelle fibreuse, si elle n'est pas trop étendue, pourra être repliée sur elle-même et suturée (fig. 151). Si, au contraire, une notable surface de l'intestin était ainsi lésée, on risquerait, par un pareil affrontement de la partie cruentée, de rétrécir le calibre du tube digestif. Mieux vaudrait alors très légèrement toucher cette surface au thermocautère, puis la fixer par quelques points de catgut au péritoine pariétal, le plus près possible de la plaie abdominale drainée. L'abandonner simplement dans le ventre serait s'exposer à des adhérences, favorisant l'iléus.

Causes de mort après l'hystérectomie abdominale. — L'hémorrhagie, la septicémie et le syndrome complexe qualifié de *shock*, telles sont les trois grandes causes de mort, après l'opération. Des causes beaucoup plus rares sont : l'embolie, l'iléus, le tétanos.

J'ai déjà parlé de l'hémorrhagie primitive, intra-opératoire.

Quand on réduit le pédicule par le procédé de Schröder, l'hémorrhagie tardive est toujours à redouter. On en est averti par l'agitation extrême des malades, l'accélération, l'affolement et la petitesse du pouls, le gonflement du ventre, la pâleur du visage et des muqueuses. Certaines opérées ont eu la sensation très nette d'un jet chaud coulant dans l'abdomen; chez d'autres, on a pu voir de la sérosité sanguinolente suinter à travers la suture de la peau. Le sang peut aussi s'épancher en grande abondance sous le péritoine, entre les ligaments larges, et former d'énormes hématoécèles rétro-péritonéales, ou encore s'accumuler dans la loge d'une tumeur énucléée du tissu cellulaire pelvien, et faire alors une saillie qui déprime fortement le vagin ecchymosé.

Si l'on soupçonnait une hémorrhagie interne, il ne faudrait pas hésiter à rouvrir le ventre, à la fois pour lier les vaisseaux et pour

Blessure
de l'uretère.

Blessure
de l'intestin.

Causes de mort
après
l'hystérectomie
abdominale.

Hémorrhagie.

enlever le liquide et les caillots qui serviraient de bouillon de culture aux microbes, venus du dehors par la cavité des trompes, ou peut-être du dedans, à travers les parois de l'intestin paralysé. O. Küstner rapporte un cas remarquable où il a sauvé ainsi une femme atteinte d'hémorrhagie du pédicule réduit dans le ventre, après une ovariectomie. En outre il faut, si l'état de la circulation le permet, si la force du cœur ne paraît pas trop compromise, se hâter d'injecter par la veine céphalique environ 1 litre d'eau stérilisée à 38 degrés, contenant 6 pour 1000 de chlorure de sodium. Il suffit pour tout appareil instrumental d'une canule-trocart (flambée) et d'un réservoir de verre, muni d'un tube de caoutchouc de 1 mètre de longueur, stérilisés à l'eau bouillante. Si le pouls était si faible qu'on jugeât dangereuse une augmentation subite du contenu des vaisseaux, on ferait, de préférence, l'injection d'eau salée dans le tissu cellulaire sous-cutané, par petites quantités, de 100 à 200 grammes¹. Le liquide est très rapidement absorbé.

Septicémie.

La septicémie peut se produire de différentes façons. Elle peut provenir de fautes opératoires, d'une antiseptie et surtout d'une aseptie insuffisantes; mais la cause la plus fréquente est assurément l'infection du péritoine par les germes venus du dehors, par l'intermédiaire d'un pédicule réduit. De là, les précautions recommandées de détruire la muqueuse, d'affronter rigoureusement les surfaces pour obtenir une occlusion parfaite; de là aussi, les autres méthodes de traitement du pédicule.

La constriction des sutures ne suffit évidemment pas à expliquer la mortification d'un pédicule réduit et suturé; on sait qu'en dehors de l'action des germes, les tissus privés de circulation subissent seulement une transformation granulo-graisseuse. Du reste, la circulation peut se rétablir par des adhérences ou même par des ponts de tissu, jetés au-dessus de la ligature qui est ainsi peu à peu encapsulée. L'action des microbes est indispensable.

Il existe des observations d'infection tardive ou secondaire des sutures du moignon réduit, qu'il s'agisse de fils de soie ou de liens élastiques. L'infection peut alors être venue par les trompes (on en a observé, après un accouchement laborieux) ou peut-être même à travers l'intestin, par suite d'une coprostase momentanée; enfin on peut invoquer, dans certains cas, le microbisme latent. Quoi qu'il en soit, des cas de mort par suppuration pelvienne et péritonite, survenant longtemps après l'abandon du pédicule, ne sont pas très rares.

Shock.

On a compris à l'étranger d'abord, puis en France, sous le nom de *shock*, un ensemble de symptômes dépressifs de causes très diverses,

¹ U. WIERCINSKY. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 41, p. 716.

au milieu desquels la mort survient, après les opérations graves ou de longue durée. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de ces cas ne soient imputables à l'hémorrhagie, dont certains chirurgiens sont trop portés à se dissimuler l'importance. D'autres ne sont peut-être que de l'urémie aiguë, provenant, soit de la ligature accidentelle des deux uretères, soit de l'abolition complète des fonctions des reins, depuis longtemps altérés, sous l'influence du traumatisme et de l'absorption des anesthésiques. Enfin, la dégénérescence du cœur, bien étudiée par Hofmeier¹ et sur laquelle je me suis déjà précédemment étendu (p. 252), doit être incriminée dans un très grand nombre de cas. Ces myocardites sont plus fréquentes qu'on ne le suppose chez les femmes affaiblies. Conheim² a montré que les hémorrhagies persistantes suffisent seules à amener l'altération graisseuse du muscle cardiaque. Ungar et Strassman³ ont précisé, dans ces cas-là, l'action particulièrement nuisible du chloroforme. Divers auteurs⁴ ont enfin montré que l'action des antiseptiques sur le cœur n'était pas négligeable. Il faut aussi attribuer une certaine part, dans la production des phénomènes dépressifs, à l'exposition des viscères et à leur manipulation, influence bien démontrée par les expériences de Goltz sur le choc abdominal et par les observations d'Olshausen sur l'éviscération⁵. A ces causes multiples de prostration Landau⁶ a cru pouvoir encore ajouter l'intoxication chronique par l'ergotine, qui produirait l'affaiblissement du cœur⁷, et même l'action similaire de l'iode⁸. Ces substances ont parfois été absorbées en grande quantité, par suite d'injections hypodermiques ou intra-utérines auxquelles tant d'opérées pour corps fibreux ont longtemps été soumises.

Contre les accidents du *shock*, on doit conseiller d'abord, comme moyen préventif, l'adoption, chez les femmes affaiblies ou dont la circulation est compromise, de la méthode mixte d'anesthésie avec injection préliminaire d'atropine et de morphine (p. 35). Je ne saurais trop recommander également, alors surtout, la rapidité opératoire; l'action dépressive de toute laparotomie qui dure plus d'une heure est aggravée dans des proportions considérables. On aura soin

¹ HOFMEIER. *Zur Lehre von Shock*. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, Heft 2, p. 366.)

² CONHEIM. *Vorlesungen über allg. Pathol.*, Berlin, 1882, Bd. I, p. 475.

³ UNGAR. *Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 1887, N. F. Bd. XLVII, p. 98.

⁴ OBERLÄNDER. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1878, n° 57. — KÜSTER. *Berlin. klin. Woch.*, 1878, n° 48. — KÖNIG. *Centr. f. Chir.*, 1882, n° 7, p. 101, et n° 8, p. 117. — SÄNGER. *Berlin. klin. Woch.*, 1888, n° 22, p. 450.

⁵ OLSHAUSEN. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 10.

⁶ TH. LANDAU. *Zur Prognose der Myomoperationen*. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 11, p. 169.)

⁷ A. STRUMPELL. *Lehrb. der spec. Path. und Ther.*, 1884, Bd. II, Abth. II, p. 305.

⁸ L. LEWIN. *Lehrb. der Toxicol.*, 1885, p. 404.

aussi d'éviter absolument l'exposition à l'air des intestins, ce qu'il est possible de faire, en les protégeant avec des compresses-éponges chaudes et en maintenant l'ouverture abdominale fermée, dès que la tumeur aura été amenée au dehors. Du reste, on ne fera ordinairement qu'une incision assez petite; la tumeur n'y passera qu'avec une certaine difficulté, comme dans une boutonnière élastique, et on facilitera, au besoin, son issue hors de l'abdomen, en lui imprimant des mouvements de rotation sur son axe, ou même en la faisant fortement soulever par un aide, qui introduira ses doigts dans le vagin.

Pour combattre les phénomènes de dépression extrême et de refroidissement, on usera de frictions chaudes, d'injections hypodermiques d'éther, alternant tous les quarts d'heure avec des injections de caféine¹. Enfin, si l'on suppose que l'anémie aiguë puisse avoir une part dans les accidents, on fera sous la peau de la région sous-claviculaire des injections de 100 à 200 grammes d'eau stérilisée tiède et salée (6 pour 1000).

Embolie.

L'embolie² a causé la mort de quelques opérées, même en convalescence. On ne saurait donc trop insister sur le repos absolu, surtout si la tumeur était très vasculaire ou si les ligaments larges étaient variqueux.

Occlusion intestinale.

L'occlusion intestinale a été observée après l'hystérectomie, comme après toutes les opérations abdominales³. Mais il ne faut pas se dissimuler que quelques-uns des cas publiés sous cette rubrique n'étaient que des pseudo-étranglements dus à la paralysie intestinale, annonçant une péritonite infectieuse, méconnue.

Pour se mettre à l'abri de cette terrible complication, on doit être sobre d'antiseptiques dans la cavité péritonéale, sinon s'en abstenir complètement : ces substances agissent avec une extrême intensité sur l'épithélium délicat de la séreuse et prédisposent aux exsudats plastiques. En outre, on ne devra pas, autant que possible, laisser dans le ventre de surface cruentée. La section des moignons sera recouverte du péritoine soigneusement suturé; on fermera, par des surjets au catgut, les ligaments larges divisés ou dilacérés dans les manœuvres de décortication.

Comme traitement de l'iléus, on devrait, avant de se décider à

¹ Voici la formule de cette injection :

Benzoate de soude	1 gramme.
Caféine	1 —
Eau distillée	3 —

² PÉAN. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1879, p. 509.

³ A. OBALINSKI. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 12, p. 251. — H. C. COE. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1890, p. 469.

rouvrir le ventre, essayer le moyen vanté par Leopold¹ et qui consiste à donner des lavements forcés d'infusion chaude de camomille, avec addition d'huile et de savon, puis à coucher la malade sur le côté.

Gravité de l'hystérotomie. — Comparaison des résultats des diverses méthodes. — Il est excessivement difficile d'établir, d'après les statistiques, la gravité réelle de l'opération, la plupart des auteurs ne prenant pas soin de diviser leurs observations par catégories comparables. C'est ainsi que l'on ne devrait pas légitimement faire figurer côte à côte une amputation supra-vaginale typique et une décortication de gros fibromes pelviens. Il y a plus de différence entre ces deux opérations qu'entre une amputation de jambe et une amputation de cuisse. Faut de mieux, il faut cependant avoir recours aux statistiques. Voici les plus récentes, car on ne doit évidemment pas tenir grand compte des faits anciens, où la technique était incomplète et l'antisepsie insuffisante². Cette première série est empruntée à Paul Wehmer³ :

Gravité de l'hystérotomie; absolue et selon les méthodes (intra ou extra-péritonéale).

A. Méthode intra-péritonéale.			
	Nombre d'opérations.	Morts.	Mortalité.
Gusserow	19	6	31,6 pour 100
Kaltenbach	5	5	60,0 —
Martin	86	15	17,4 —
Olshausen	29	9	31,0 —
Spencer Wells	26	10	58,4 —
Schröder	155	41	50,0 —
Tauffer	12	4	55,5 —
	312	88	28,2 pour 100

B. Méthode extra-péritonéale.			
	Nombre d'opérations.	Morts.	Mortalité.
Bantock	22	2	9 pour 100
Hegar	22	6	27,2 —
Kaltenbach	22	1	4,5 —
Keith	58	2	5,5 —
Péan	52	18	54,6 —
Tauffer	17	2	11,7 —
Spencer Wells	20	10	50,0 —
Lawson Tait	54	20	57,0 —
Thornton	15	2	15,5 —
	262	65	24,0 pour 100

¹ LEOPOLD. Société gyn. de Dresde, séance du 5 janv., 1889. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 285.)

² En 1875, dans ma thèse de concours (*De la valeur de l'hystérotomie*, etc.), j'avais pu réunir 119 cas comprenant 77 morts, soit 64 pour 100. — Quatre ans plus tard, LEROUSEY, dans sa thèse (*Hystérectomie sus-vaginale dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines*, Paris, 1879), trouvait, sur 84 cas postérieurs à mes relevés, 56 morts, environ 45 pour 100. — GUSSEROW (*Die Neubildungen des Uterus*, 1886), rassemblant les faits de 1878 à 1885, a recueilli le nombre considérable de 535 cas dont 185 morts, soit 54,8 pour 100. — D'autre part, VAUTRIN, sur 175 observations nouvelles qu'il a réunies, à l'occasion de sa thèse de concours (*Du traitement chirurgical des myomes utérins*, Paris, 1886), a compté 68 morts, soit 59 pour 100.

³ P. WEHMER. *Beitrag zur Myomomie und Castration bei Fibromen*. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, p. 106 à 140.)

Zweifel a récemment recueilli parmi les chirurgiens allemands¹ les éléments d'une nouvelle série :

A. Méthode extra-péritonéale.

	Nombre d'opérations.	Morts.
C. Braun von Fernwald (de 1880 à 1887).	65	12
Fehling.	15	1
Gusserow.	5	5
Kehrer.	9	2
Leopold.	14	5
Säxinger.	10	5
Schauta.	5	2
Schultze.	1	1
Werth.	2	1
Zweifel.	8	1
	<u>150</u>	<u>29</u>

B. Méthode intra-péritonéale.

	Nombre d'opérations.	Morts.
C. Braun von Fernwald.	5	2
Dohrn.	9	0
Fehling.	5	2
Gusserow.	25	6
Kehrer.	5	2
Leopold.	19	7
Runge.	11	4
Säxinger.	7	6
Schauta.	1	1
Schultze.	12	5
Werth.	11	5
Winckel.	2	1
Zweifel.	10	1
	<u>116</u>	<u>58</u>

Dans cette série, la mortalité pour la méthode extra-péritonéale est de 22,5 pour 100, et même, en faisant abstraction des résultats exceptionnels de Braun, elle demeure de 25,5 pour 100 seulement.

La mortalité par la méthode intra-péritonéale est de 52,7 pour 100. On le voit, la bénignité relative de la première méthode paraît ressortir de ces chiffres d'une façon éclatante².

On a fait à cette statistique l'objection suivante : dans les listes précédentes on voit des partisans avérés du traitement extra-péritonéal (comme Kaltenbach, Thornton, S. Keith) figurer aussi parmi

¹ ZWEIFEL. *Die Stielbehandlung bei Myomektomie*, 1888.

² A. BÜCHEL (*Beiträge zur operativen Behandlung der Uterusmyome*. Dissert. inaug., Bâle, 1890) a publié une statistique plus récente encore. FEHLING, sur 14 cas de traitement extra-péritonéal du pédicule, a constaté une mortalité de 7,14 pour 100. — Sur 152 opérations faites par HEGAR, KALTENBACH, KEITH, BANTOCK, FEHLING et FRITSCH, par la même méthode, la mortalité s'éleva à 12,9 pour 100. SCHRÖDER, OLSHAUSEN, MARTIN et GUSSEROW ont employé le traitement intra-péritonéal dans 155 cas et la mortalité monta à 50,8 pour 100. FROMMEL, LANDAU et HOFMEIER, opérant de la même façon, dans 57 cas, eurent une mortalité de 14 pour 100.

les opérateurs par la méthode intra-péritonéale; il est donc évident que leurs cas n'étaient pas similaires dans les deux séries, et très vraisemblablement ceux où ils ont abandonné le pédicule dans le ventre étaient plus graves que ceux où ils ont appliqué leur procédé favori. Pour avoir une statistique affranchie de cette aggravation, il convient donc de prendre les chiffres de chirurgiens pratiquant exclusivement l'abandon intra-péritonéal du pédicule. Voici cette liste, extraite des précédentes :

	Nombre des opérations.	Morts.	Mortalité.
A. Martin ¹	86	15	17,4 pour 100
Olshausen.	29	9	31,0 —
Schröder.	155	41	50,1 —
Gusserow.	25	6	26,0 —
Schultze.	12	5	25,0 —
Werth.	11	5	27,2 —
Dohrn.	9	0	0,0 —
Leopold.	19	7	56,8 —
Runge.	11	4	56,5 —
Zweifel (depuis l'adoption exclusive de la ligature partielle juxtaposée intra-péritonéale); première série d'opérations.	10	1	10,0 —
	<u>545</u>	<u>89</u>	

La mortalité tombe, à la vérité, dans cette liste à 25,79 pour 100.

Mais, si l'on fait un travail analogue dans les séries relatives à la méthode extra-péritonéale et qu'on en élimine les cas de Schultze et de Werth, partisans notoires de la méthode opposée, on tombe aussi de ce côté-là à 21,6 pour 100 de mortalité. La supériorité persiste donc.

Cette supériorité s'affirme encore dans les dernières statistiques.

Tauffer², sur 51 hystérectomies, a constaté 12 morts, soit 25,5 pour 100 (hystérectomies extra-péritonéales).

Fritsch³, dans les opérations où il a employé le traitement extra-péritonéal du pédicule (un peu modifié, procédé intra-pariétal analogue à celui de Wölfler-Hacker), a observé 5 morts seulement sur 25, tandis qu'il y avait eu d'abord 11 morts sur 27, avec le procédé intra-péritonéal de Schröder.

Albert⁴, sur 50 opérations, n'a enregistré que 1 mort, par la méthode extra-péritonéale.

¹ MARTIN (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797) a depuis publié une série moins heureuse : sur 155 cas, il y eut 46 morts, soit 54 pour 100.

² TAUFFER. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 20, p. 550) indique, par erreur, 22,2 pour 100.

³ FRITSCH. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 359.

⁴ ALBERT. *Laparotomien wegen Uterusmyomen* (*Wien. med. Presse*, 1888, n° 15, p. 429, et 1889, n° 2, p. 49).

si le tissu du centre était comprimé par les couches superficielles généralement plus serrées. On peut parfois distinguer à la surface, sans le secours d'une loupe, des fibres entre-croisées et des espèces de tourbillons, comme si les fibres étaient enroulées autour d'axes fictifs multiples (fig. 139).

Les vaisseaux sont relativement peu nombreux : toutefois, dans les énormes fibromes, on en voit de très gros ramper à la superficie, sous le péritoine ou dans la capsule, et j'ai observé, dans un cas, un vaisseau du ligament large qui offrait le calibre de l'humérale et donnait lieu à un bruit de souffle très net, accompagné de *thrill*. Les

veines périphériques peuvent alors offrir le volume de la jugulaire et de toutes parts adhérer aux nappes de fibres musculaires qui les maintiennent béantes. Quand cette disposition est très accusée et que le néoplasme est, en outre, creusé de lacunes vasculaires dues à la dilatation des capillaires, il rentre dans la variété décrite par Virchow¹ sous le nom de *myomes télangiectasiques*, *myoma telangiectodes, seu cavernosum*; les portions ainsi dégénérées ressemblent à une éponge gorgée de sang.

Dans les polypes, le pédicule contient rarement de gros vaisseaux artériels; lors même qu'il en existe²,

ils présentent un épaissement de leurs parois et jouissent d'une rétractilité qui, jointe à la contractilité du pédicule lui-même, assure rapidement l'hémostase spontanée, lorsqu'on vient à les sectionner.

Les espaces qui séparent les pelotons ou les nappes de fibres sont considérés par Klebs comme des espaces lymphatiques.

Des nerfs ont été suivis dans ces tumeurs par Astruc et Dupuytren : Bidder en a de nouveau démontré l'existence et Hertz³ a même décrit leur mode de terminaison dans les noyaux de fibres lisses.

Les corps fibreux, examinés au microscope, présentent des fibres musculaires lisses et des fibres conjonctives en proportion variable.

¹ R. VIRCHOW. *Traité des tumeurs*, trad. franç., Paris, 1871. t. III, p. 585.

² TURNER. *Edinb. med. Journ.*, 1861. t. VI, p. 706.

³ HERTZ. *Virchow's Arch.*, 1869. vol. XLVI, p. 255.



Fig. 139. — Corps fibreux de l'utérus. Coupe montrant la disposition des fibres à l'œil nu (Gusserow).

Myomes télangiectasiques.

D'après Ch. Robin¹, les fibres musculaires ne figurent jamais pour plus de moitié et n'y sont parfois que dans la proportion d'un dixième. Suivant que l'une ou l'autre espèce d'éléments prédomine ou s'équilibre, on a divisé ces tumeurs en *fibromes*, en *myomes* ou en *fibromyomes*. Cette dernière dénomination seule est vraiment exacte, car presque toujours les éléments y sont mélangés. Gusserow² propose de distinguer les fibromes durs, où prédominent les fibres connectives des fibromes mous, qui sont surtout musculaires; ces derniers sont moins nettement encapsulés et plus vasculaires.

Généralement, sur une coupe on voit les faisceaux musculaires et fibreux sectionnés tantôt transversalement, tantôt obliquement, ou

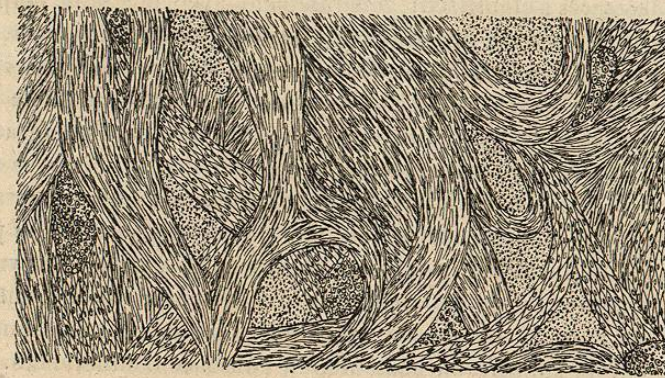


Fig. 140. — Fibro-myome de l'utérus. (Coupe vue au microscope.)

même en long. Les premiers se distinguent facilement par l'aspect fusiforme des éléments et par leurs noyaux caractéristiques, dont la coupe transversale figure une mosaïque. Il faut se garder de confondre cette section horizontale des fibres et de leur noyau avec la projection d'une cellule ronde. Entre ces faisceaux, existent des nappes fibreuses inégalement épaisses et entre-croisées en divers sens, formant une sorte de système unissant; elles sont composées en partie de faisceaux de fibres conjonctives, pauvres en cellules, en partie de faisceaux de corps fusiformes, à longs prolongements (fig. 140).

Connexions avec les organes voisins. — Quand un fibrome naît par une large base, au niveau d'une partie libre de l'utérus, telle que le fond, la face postérieure ou antérieure, il prend son extension dans la cavité abdominale, au-dessus du détroit supérieur et flotte au milieu de la masse intestinale. L'utérus est alors soulevé et parfois comme étiré en haut, le col est aminci, sa cavité allongée.

Connexions avec les organes voisins.

¹ CH. ROBIN. *Dict. de Nysten*, 14^e édit., Paris, 1878.

² GUSSEROW. *Die Neubildungen des Uterus*, 1886, p. 5.

PÉDICULES TRÈS SAIGNANTS :

- a. Suffisamment longs : *traitement extra-péritonéal* (procédé de Hegar).
- b. Insuffisamment longs : *traitement mixte avec ligature élastique* (procédé de Sänger).
- c. Excessivement courts : *traitement intra-péritonéal avec ligature élastique perdue* (procédé de Olshausen) ou *hystérectomie totale* (procédé de Bardenheuer).

PAS DE PÉDICULE : TUMEURS INTERSTITIELLES OU SOUS-MUQUEUSES, FACILEMENT ÉNUCLÉABLES.

- a. Parties latérales de l'utérus (très vasculaires) : *hystérectomie supra-vaginale et traitement extra-péritonéal du pédicule* (Hegar).
- b. Face postérieure ou antérieure de l'utérus (peu vasculaires) : *énucléation, suture de la capsule et abandon intra-péritonéal* (procédé de Martin).
- c. *Idem*, avec ouverture de la cavité utérine, durant l'énucléation : *hystérectomie supra-vaginale, traitement extra-péritonéal* (Hegar).

PAS DE PÉDICULE : TUMEURS ENCLAVÉES DANS LE TISSU CELLULAIRE PELVIEN OU INCLUSES DANS LE LIGAMENT LARGE.

- a. Petite tumeur facilement énucléable : *Décortication, suture totale de la poche, pas de drainage*.
- b. Grosse tumeur facilement détachée de l'utérus, grande cavité ou poche saignante : *décortication, résection partielle et suture superficielle de la poche; drainage par le vagin* (Martin) ou *drainage par la plaie abdominale, selon le cas; au besoin, tamponnement à la gaze iodée. Utérus respecté*.
- c. *Idem*, avec connexions étroites et saignantes à une partie latérale de l'utérus : *hystérectomie supra-vaginale (pour le traitement du pédicule, voir ci-dessus). Suture et drainage de la poche avec ou sans tamponnement*.

CHAPITRE V

DE LA CASTRATION POUR CORPS FIBREUX.

Aperçu historique. — Indications. — Technique opératoire. Incision latérale. Incision vaginale. Incision médiane. Ligature du pédicule. Ligatures atrophiées. Castration unilatérale. — Gravité de l'opération. Résultats curatifs.

Aperçu historique.

La clinique a, depuis longtemps, appris que la cessation de la vie sexuelle chez la femme amène le plus souvent une sédation

remarquable dans les accidents causés par les corps fibreux : les hémorrhagies cessent et la tumeur elle-même diminue et s'atrophie dans bien des cas. De là est venue l'idée de hâter l'apparition de cette période favorable, en provoquant une *ménopause artificielle* par l'ablation des ovaires.

La *castration*¹ avait déjà été pratiquée en 1872 presque en même temps, par Battey² et par Hegar, pour des dysménorrhées douloureuses, et les chirurgiens commençaient à se familiariser avec cette opération, lorsque Trenholme³ publia, en 1876, le premier exemple connu de castration pour myome utérin; Hegar la pratiqua dans le même but, peu de mois après. Il n'est pas douteux que Hegar ignorait à la fois les opérations de Battey et de Trenholme quand il conçut et exécuta les siennes, mais il n'est pas contestable que les publications de ces auteurs sont antérieures⁴. Hegar n'en demeure pas moins le grand propagateur de cette opération, que ses travaux et ceux de son élève Wiedow⁵ ont contribué à vulgariser. En Angleterre,

¹ Le mot de *castration*, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, doit être exclusivement réservé à l'ablation des ovaires sains ou supposés sains, faite en vue d'une modification fonctionnelle. Telle est la manière de voir de SCHRÖDER et de HOFMEIER (*Grundriss der gyn. Oper.*, p. 515), tandis que HEGAR applique ce mot à l'ablation de tout ovaire sain ou malade, « ne formant pas une notable tumeur » (*Centr. f. Gyn.*, 1878, n° 2, p. 25, *ibidem*, 1887, n° 44, p. 698, et *Operative Gyn.*, 3^e édit., p. 341). Cette définition n'est évidemment pas suffisante, car alors l'ablation d'un petit kyste devra être appelée tour à tour castration, s'il est du volume du poing, ovariectomie, s'il est du volume de la tête. BATTEY et les Américains désignent la castration sous le nom d'*ovariotomie normale*. On l'a encore appelée *oophorectomie*. Il ne faut pourtant pas confondre les opérations de cet ordre, où l'ovaire et la trompe sont enlevés comme centres producteurs de réflexes, soit hémorrhagiques, soit douloureux, avec les opérations où l'on enlève ces annexes pour une altération morbide diagnostiquée, avant l'ouverture du ventre; c'est, dans ce dernier cas, la *salpingo-oophorectomie*, qu'a surtout vulgarisée LAWSON TAIT. Peut-être serait-il bon de distinguer, mieux qu'on ne le fait d'ordinaire, des catégories aussi différentes. On réserverait alors le nom de *castration* à l'ablation des annexes réputées saines, en distinguant la *castration hémostatique* (TRENHOLME, HEGAR), et la *castration analgésique* (BATTEY); le nom d'*oophorectomie* ou de *salpingo-oophorectomie* (L. TAIT) désignerait l'extirpation des annexes enflammées (salpingites, ovarites). On éviterait ainsi bien des confusions. Une tentative de nomenclature dans ce sens a été essayée par MUNDÉ. *A year's work in laparotomy* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 25).

² BATTEY. *Atlanta med. and surg. Journ.*, sept. 1872, et *Amer. practit.*, 1875.

³ TRENHOLME. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1876, p. 702. — L'opération de TRENHOLME est de janvier 1876; celle de HEGAR du mois d'août de la même année. LAWSON TAIT (*Brit. med. Journ.*, 15 août 1885) a affirmé qu'il avait fait la castration pour un fibrome utérin, en août 1872. Malheureusement sa revendication est trop tardive pour qu'on en tienne compte.

⁴ HEGAR. *Die Castration der Frauen* (*Volkman's klin. Vortr. Gynäk.*, Leipzig, 1878, p. 42). — *Zur Exstirpation normaler und nicht zu umfang. Geschwülste entart. Eierstöcke* (*Wien. med. Woch.*, 1878, n° 15, et *Centr. f. Gyn.*, 1877, n° 17, p. 297 et 1878, n° 2, p. 25). — *Ueber Castration* (*Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 22, p. 529). — *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankh. mit nervösen Leiden*, 1885 (pour l'historique). — HEGAR et KALTENBACH. *Die operative Gynäk.*, 3^e édit., 1886, p. 341.

⁵ W. WIEDOW. *Zur Kastration bei Uterusfibrom*. (*Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 6, p. 81.) — *Die Kastration bei Uterusfibrom* (lu au congrès internat. de Copenhague, 1884) (*Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, Heft 2, p. 299).