

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*<sup>1</sup> avait déjà été pratiquée en 1872 presque en même temps, par Battey<sup>2</sup> et par Hegar, pour des dysménorrhées douloureuses, et les chirurgiens commençaient à se familiariser avec cette opération, lorsque Trenholme<sup>3</sup> 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 antérieures<sup>4</sup>. Hegar n'en demeure pas moins le grand propagateur de cette opération, que ses travaux et ceux de son élève Wiedow<sup>5</sup> ont contribué à vulgariser. En Angleterre,

<sup>1</sup> 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<sup>e</sup> 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).

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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<sup>e</sup> édit., 1886, p. 341.

<sup>5</sup> 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).

c'est Lawson Tait<sup>1</sup> qui lui a donné la plus vive impulsion. En France, il faut spécialement noter les travaux de Duplay<sup>2</sup>, Tissier<sup>3</sup> et Segond<sup>4</sup>.

Indications.

Il n'est pas encore facile de nettement poser les indications de cette opération. Hegar<sup>5</sup> n'est actuellement pas éloigné de la conseiller dans tous les cas de préférence à l'hystérectomie, qui est plus grave, quitte à faire cette dernière plus tard, si la castration n'a pas suffi. Il énumère les diverses variétés de fibromes où on l'a employée avec succès, et il ne trouve pas d'exception. Même dans un cas de tumeur fibro-kystique, Thornton<sup>6</sup> en a retiré de bons effets. Toutefois il n'est pas douteux qu'il y a des cas où l'opération est dangereuse par ses conséquences, même lorsqu'elle est facile, et qu'il y en a d'autres où elle est dangereuse, à cause des difficultés inhérentes à son accomplissement.

Dans la première classe de castrations rentrent celles qui sont pratiquées pour les très grosses tumeurs solides ou fibro-kystiques<sup>7</sup>. On doit redouter alors que la castration, par l'oblitération des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qu'elle entraîne, ne produise dans la masse fibreuse des changements de nutrition rapides et redoutables. On a observé un œdème qui parfois pouvait n'être que le résultat de la stase veineuse ou lymphatique, d'autres fois le premier phénomène de la mortification; les thromboses et les embolies consécutives sont particulièrement à craindre quand la tumeur et les ligaments larges contiennent de gros vaisseaux.

La castration peut encore être une opération primitivement dangereuse lorsqu'elle est rendue difficile par des adhérences très vasculaires ou par l'effacement complet des ailerons du ligament large, comme dans certaines tumeurs intra-ligamentaires; c'est l'hémorragie immédiate qui est alors à redouter.

Il convient de placer ces considérations en première ligne, car ce sont elles qui dominent les indications opératoires. On pourrait peut-être les résumer de la façon suivante : *Toutes les fois que la castration doit être beaucoup moins grave que l'hystérectomie et que celle-ci n'est pas formellement indiquée par des phénomènes de compression, la castration devra lui être préférée.*

Les hystérotomies pour fibromes pédiculés (myomectomies) devront garder le pas sur la castration pour deux raisons : d'abord parce

<sup>1</sup> LAWSON TAIT. *Brit. med. Journ.*, 1880, t. II, p. 48, et *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1885, t. XXV, p. 59 et 205.

<sup>2</sup> DUPLAY. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1885, 7<sup>e</sup> sér., t. XVI, p. 1.

<sup>3</sup> TISSIER. *De la castration de la femme en chirurgie*. Thèse de Paris, 1885, n<sup>o</sup> 208.

<sup>4</sup> P. SEGOND. *Annal. de gyn.*, 1888, t. XXVI, p. 416.

<sup>5</sup> HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, p. 578.

<sup>6</sup> THORNTON. *Obstet. Society of London*, 1885, t. XXIV, p. 157.

<sup>7</sup> Il est à remarquer, par contre, que l'hystérectomie paraît moins grave quand il s'agit de tumeurs fibro-kystiques que lorsqu'on a affaire à des tumeurs solides (GUSSEBOW, *loc. cit.*, p. 295).

qu'elles sont relativement peu graves; en second lieu, parce que, dans cette variété de corps fibreux, l'hémorragie est le symptôme le moins important; or c'est celui contre lequel la castration est surtout dirigée.

Les fibromes interstitiels à évolution abdominale, petits ou de moyen volume, pourront être traités par la castration, si le seul accident qu'ils déterminent est la perte de sang; de même pour les corps fibreux intra-ligamentaires et pelviens, au commencement de leur évolution.

L'état anémique des malades sera encore une indication spéciale pour l'ablation des ovaires de préférence à celle de l'utérus.

En résumé, la castration est contre-indiquée : dans les très grosses tumeurs (danger d'œdème et de mortification); dans les tumeurs même moyennes occasionnant des accidents marqués de compression; dans les tumeurs fibro-kystiques (bénignité relative de l'hystérectomie, marche galopante de ces tumeurs), et télangiectasiques (danger de thromboses).

Telles sont les indications qui pourront diriger le chirurgien dans le choix de l'opération.

Mais il est impossible de les formuler d'une manière tout à fait définitive, avant l'ouverture de l'abdomen. En fait, comme beaucoup d'auteurs l'ont dit avec raison, une castration, en pareil cas, commence toujours par une incision exploratrice. On peut alors se rendre exactement compte des connexions de la tumeur et des dangers plus ou moins grands de l'intervention.

Il y a donc, à côté de la castration de choix primitif pré-opératoire, une castration de nécessité, intra-opératoire, ou plutôt de choix secondaire, quand l'ouverture du ventre a démontré les risques excessifs d'une hystérectomie préméditée, tout en indiquant la possibilité et l'utilité d'une extirpation des ovaires.

Terrillon a essayé de donner une base précise aux indications de la castration, en les fondant sur un signe positif et facilement appréciable, l'étendue de la cavité utérine. Selon lui, la castration donne les meilleurs résultats quand la cavité mesure de 11 à 14 centimètres. Quand elle mesure 18, 20 ou 25 centimètres, il y a peu de chances d'obtenir un résultat favorable. Il conseille, par suite, d'insister sur le cathétérisme avec son hystéromètre flexible à cadran. En somme, cette prescription se réduit à signaler de nouveau les dangers de l'ablation des ovaires, dans les cas de grosses tumeurs interstitielles, dont un des signes est l'agrandissement extrême de la cavité utérine. Mais il y a tout intérêt à faire ce diagnostic, sans l'aide du cathétérisme. Ainsi que les expériences de Winter<sup>1</sup> l'ont démontré, l'hystéro-

<sup>1</sup> G. WINTER. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 2, p. 445.

mètre refoule dans la cavité utérine les germes qui existent normalement dans le col, et l'on provoque ainsi l'auto-infection de la malade, à la veille de lui pratiquer une opération.

Le cathétérisme utérin avec des instruments rigides peut être dangereux pour une autre cause encore : il expose aux fausses routes, vu les sinuosités occasionnées par les saillies des tumeurs, et la mollesse de la muqueuse généralement altérée. On a pu voir la suppuration du myome et la mort suivre une pareille exploration<sup>1</sup>.

Technique opératoire.

**Technique opératoire.** — Le moment le plus favorable pour pratiquer l'opération est la semaine qui suit les règles. Les préparatifs de l'opération, les préceptes pour l'ouverture du ventre sont les mêmes que dans toute laparotomie. Hegar recommande expressément de palper les ovaires et de s'assurer toujours de leur position exacte, avant d'opérer. C'est une précaution très utile, mais il n'est pas toujours possible d'acquiescer sur ce point des données précises, avant l'ouverture de l'abdomen.

Il existe trois voies pour arriver aux ovaires : la ligne médiane, la partie latérale du ventre, le cul-de-sac postérieur du vagin. La première seule est réellement pratique dans l'immense majorité des castrations pour myomes.

Incision latérale.

**L'incision latérale, dans la région des flancs**, théoriquement, doit présenter des avantages, puisqu'on arrive ainsi directement sur l'ovaire, souvent très rejeté en dehors par la saillie de la tumeur. Hegar l'a d'abord pratiquée, à l'exemple des vétérinaires. Mais il semble l'avoir abandonnée, par suite des inconvénients très réels qu'elle présente : nécessité d'une double plaie, rétraction très forte de ses lèvres, vascularité plus grande des tissus à ce niveau, etc. Enfin, ce ne serait que pour les très gros fibromes que ce déplacement latéral de l'incision serait nécessaire, et j'ai dit que la castration, dans ces cas-là, est une opération dangereuse, qu'on ne doit pas faire de propos délibéré.

Incision vaginale.

**L'incision vaginale** trouve sa véritable indication dans la castration que j'ai qualifiée d'*analgsique* (opération de Battey), pratiquée en l'absence de tumeur et quand on peut constater la procidence de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas. Mais c'est un procédé déplorable, quand par un fibrome les annexes sont portées au-dessus du détroit supérieur. De plus, on est exposé à confondre, par le toucher vaginal, un petit fibrome lobulé avec un ovaire prolabé. Enfin, le danger d'hémorrhagie provenant d'un vaisseau dilaté des ligaments larges prend ici une importance particulière, à cause de la profondeur à laquelle on opère.

<sup>1</sup> LAUTIER. *Soc. anat.*, 11 mai 1888, p. 522. — Voir les commentaires du professeur CORNIL.

**Opération médiane sur la ligne blanche.** — Quand on entreprend une castration, il ne faut jamais oublier qu'on peut être amené à faire l'hystérectomie, et on doit avoir tout disposé pour cette éventualité.

Incision médiane.

**1<sup>er</sup> temps. Ouverture de l'abdomen.** — On fera l'incision plus ou moins au-dessous de l'ombilic, selon la hauteur à laquelle on suppose que le corps fibreux a porté les annexes. On ne devra pas faire tout d'abord une incision de plus de 8 centimètres, suffisante pour passer deux ou trois doigts. On arrivera très vite jusqu'au péritoine, plaçant rapidement quelques pinces sur les vaisseaux de quelque importance, sans s'attarder aux autres. Dès qu'on sera sur le péritoine, on deviendra circonspect et on incisera un pli de la séreuse avec le bistouri tenu à plat; puis dans cette boutonnière on passera une sonde cannelée. On évitera ainsi de blesser soit une anse intestinale, soit la surface de la tumeur dont la moindre éraillure peut être très saignante.

L'incision étant très petite et ses bords pouvant, par suite, être tirillés et décollés, quand la tumeur est assez volumineuse, il est bon, suivant le conseil de Hegar, de passer immédiatement des anses de fil en haut, en bas et sur les côtés, de façon à unir provisoirement la séreuse aux autres plans abdominaux. Ces anses de fil servent en même temps à écarter les lèvres de la plaie.

**2<sup>e</sup> temps. Recherche et ablation de l'ovaire.** — Une compresse-éponge très fine est introduite par un de ses angles dans la plaie et sert à relouler l'intestin et l'épiploon. L'index et le médius de la main droite sont enfoncés profondément et s'orientent sur le fond de l'utérus, pour aller à la recherche de l'ovaire qu'on saisit, ainsi que le pavillon de la trompe, entre ces deux doigts, et qu'on attire hors de la plaie. Un aide en rapproche aussitôt les lèvres. Pour avoir sur l'ovaire une prise plus forte, on peut remplacer les doigts par une pince. Certains chirurgiens se servent pour cela de pinces spéciales : des pinces quelconques peuvent suffire, en particulier des pinces longues et un peu courbes, passées sous l'ovaire et le pavillon de la trompe. Une aiguille mousse armée d'un fil double traverse alors l'aileron de l'ovaire et de la trompe (fig. 172). J'ai l'habitude, dans l'ablation des annexes, de lier le pédicule par le nœud de Lawson Tait (p. 56, fig. 51, 6), qui est expéditif et ne laisse qu'un seul nœud dans le péritoine. Mais, pour peu que le pédicule soit large et tendu, il vaut mieux le lier avec deux fils entre-croisés.

Il est rationnel et pratique de comprendre la trompe dans l'ablation de l'ovaire, d'autant plus que celle-ci est souvent atteinte d'inflammation chronique et que son ablation contribue beaucoup à la disparition des douleurs et des hémorrhagies.

Si le pédicule est très court, on pourra ajouter à la **ligature en**

Ligature du pédicule.

masse (qui pourrait glisser) des ligatures complémentaires sur les vaisseaux, dont la lumière sera soigneusement recherchée, sur la surface de la section. Dans ce cas-là, il faut aussi s'assurer avec soin que la ligature a été placée au-dessous de l'ovaire, et qu'une portion de cet organe, plus ou moins étirée, ne lui a pas échappé. Cette forme aplatie et comme écrasée de l'organe, qui le fait ressembler à une poire tapée, est très remarquable dans certains cas de fibromes.

Je préfère pratiquer alors, pour plus de sûreté, à l'exemple de Hegar, la cautérisation du pédicule avec le thermocautère, de façon à détruire profondément les tissus. S'il y reste quelque vestige d'ovaire, il sera ainsi anéanti ou suffisamment modifié pour être ensuite résorbé. Il est très compromettant pour le succès opératoire de laisser subsister de pareils vestiges; en outre, comme P. Müller<sup>1</sup> l'a montré, ils peuvent eux-mêmes devenir le siège de néoformations kystiques.

Cette cautérisation peut se faire sur une pince munie d'une plaque isolante d'ivoire, et à laquelle Hegar a donné une double courbure; elle est fort commode quand le pédicule est profond (fig. 171). Mais je me contente ordinairement d'une grande pince courbe ordinaire, pour saisir les annexes au-dessus de la ligature, et je l'isole des parties sous-jacentes par une serviette-éponge humide. Au lieu de sectionner avec le thermocautère, ce qui est lent, je préfère ne l'employer qu'après avoir coupé le pédicule avec les ciseaux, laissant finalement, au-dessus de la ligature, un petit moignon d'environ un demi-centimètre de hauteur que je dessèche peu à peu à petits coups, avec le thermocautère porté au rouge sombre. Cette cautérisation sert à la fois à la destruction des derniers restes de tissu ovarien, à l'hémostase et à l'antisepsie.

Toutes les fois que cela m'est possible, c'est-à-dire quand l'ovaire peut facilement être attiré à l'extérieur, je supprime l'emploi de la pince. Saisissant l'ovaire et la trompe de la main gauche, j'en sectionne le pédicule aux trois quarts, avec les ciseaux, à un centimètre au-dessus de la ligature. Puis, prenant le thermocautère, tandis que je maintiens le pédicule à l'aide de la partie non sectionnée qui adhère encore à l'ovaire, je cautérise la tranche de la surface de section, et je n'achève qu'en dernier lieu de détacher au thermocautère le bord extrême du pédicule.

On ne coupera les chefs des ligatures du pédicule qu'après s'être bien assuré qu'il n'y a, à sa surface, aucun suintement sanguin, et que ces ligatures sont bien placées. Mais il vaut mieux les couper

<sup>1</sup> P. MÜLLER. *Beiträge zur oper. Gynäk.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1884, Bd. XX, p. 1.)

aussitôt après l'ablation de chacune des annexes, car si l'on réserve ce soin pour la fin de l'opération, laissant les chefs très longs sous prétexte de revision terminale, on s'expose à des tiraillements dangereux.

On procédera de même à l'ablation du second ovaire.

Il peut se faire qu'une incision aussi petite que celle que j'ai recommandée ne permette pas de manœuvrer assez à l'aise; il vaut alors beaucoup mieux l'agrandir que d'user de force: on l'agrandira soit en haut, soit en bas. Il serait dangereux pourtant de se donner trop de jour, et l'on se gardera de désinsérer le muscle droit de l'abdomen sur le pubis, comme cela a été conseillé. Si l'on est gêné par les intestins, on les refoulera plus aisément, en donnant à la malade une position très déclive, de telle façon que ces viscères tombent vers le diaphragme (Voir position dorso-sacrée déclive, p. 90).

Le tamponnement du vagin et du rectum pour élever les organes au-dessus du petit bassin, l'introduction des doigts dans le vagin, dans le même but, ne seront que rarement nécessaires ici, comme ils peuvent l'être dans les castrations ordinaires, les ovaires se trouvant plutôt au-dessus qu'au-dessous de leur situation normale.

L'éviscération, ou extraction

temporaire du paquet intestinal, qu'on enveloppe de compresses aseptiques chaudes, donne assurément beaucoup de place; c'est une manœuvre exceptionnelle, mais parfois nécessaire. J'y reviendrai plus longuement, à propos du traitement des lésions inflammatoires des annexes par la laparatomie.

Dans aucun cas, il ne faudra commettre l'imprudence de faire sortir la tumeur fibreuse hors du ventre; elle se congestionnerait et

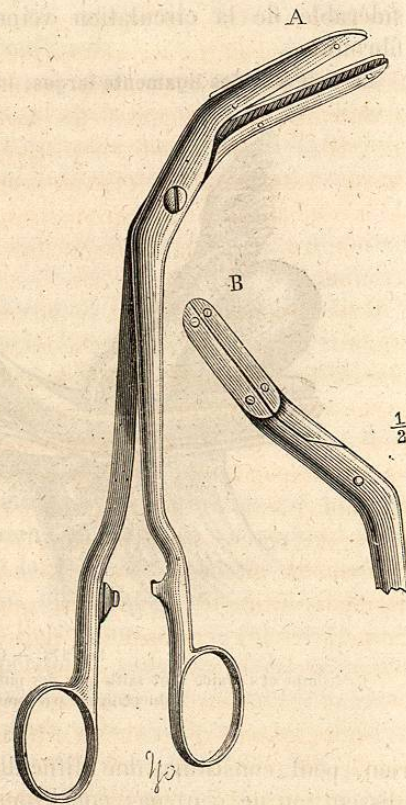


Fig. 171. — Pinces de Hegar pour la cautérisation du pédicule dans la castration.

A. Pinces vues par leur face supérieure. — B. Pinces vues par leur face inférieure, munie d'une plaque d'ivoire.

Tamponnement  
du vagin  
et du rectum.

Éviscération.