

ne l'est même plus pour ce qui concerne le prolapsus, le poids à soulever ou à maintenir est trop lourd pour un ligament trop fragile. L'opération d'Alexander appliquée aux prolapsus ne se peut plus défendre.

Tout autre est l'*hystéropexie* : ici, c'est l'utérus lui-même qu'on attache à la paroi, et pour peu que la fixation soit bien faite et solidement maintenue, une bonne suspension ajoute à la correction du prolapsus un élément de grande valeur. J'ai souvent recours à l'hystéropexie comme opération complémentaire du prolapsus utérin, et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer. Chez les femmes jeunes surtout, encore en âge d'avoir des enfants, l'hystéropexie, en conservant l'utérus, rend réalisable l'éventualité d'une grossesse. Comme, par ailleurs, les résultats en sont très favorables au point de vue de la fixation de l'utérus, l'hystéropexie est une excellente opération chez les femmes jeunes.

Et cependant je n'y aurai pas recours ici, et voici pourquoi.

D'abord ma malade est à un âge où la perspective d'une grossesse est impossible; et la conservation de l'utérus n'a, à ce point de vue, aucune importance.

De plus, il est ici un allongement assez important du col de l'utérus : grâce à cet allongement, le point d'insertion du vagin sur le col est très abaissé. Et si je fixe l'utérus à l'angle inférieur de la plaie abdominale, je crains que le col ne reste encore trop bas, que la suspension du prolapsus ne soit pas assez haute.

Je pourrais remédier à cet inconvénient en élevant la fixation de l'utérus vers l'ombilic; mais les ligaments de l'utérus me permettraient-ils une élévation assez complète? Je ne le pense pas, et j'en suis réduit à chercher dans des opérations d'exérèse le complément dont j'ai besoin.

3° Supprimer tout ou partie de l'utérus, pratiquer une hystérectomie partielle ou totale, la combiner avec des opérations de contention, telles sont les opérations que j'appelle d'*exérèse* et qui entrent maintenant pour une large part dans le traitement du prolapsus utérin. Voyons ce que nous en pouvons tirer pour le cas actuel.

J'ai dit qu'il y avait allongement du col : il y aurait donc, de ce fait, indication à pratiquer cette hystérectomie partielle, cette *amputation supravaginale*, dont Huguier avait fait le fond de sa méthode.

Huguier considérait l'allongement du col comme la cause du prolapsus et naturellement il s'adressait à cette cause initiale pour la

traiter : il espérait, en élevant les insertions du vagin sur le col, relever et guérir le prolapsus. C'était une erreur : l'allongement du col est un facteur secondaire, et il ne suffirait plus de faire une amputation du col pour remédier à un prolapsus utérin.

Ici, par exemple, l'utérus est presque tout entier dehors, et alors même que j'aurai relevé les insertions du vagin sur l'utérus, elles seront encore au dehors de la vulve, et s'il y a de ce fait amélioration, il n'y aura pas guérison.

La suppression complète de l'utérus, l'*hystérectomie totale* se comprend et se défend beaucoup mieux. On enlève l'utérus, on supprime un organe qui pèse de tout son poids souvent exagéré sur un prolapsus incoercible, et il suffit, par ailleurs, de refaire le périnée, de fermer la vulve, pour obtenir la guérison du prolapsus.

Mais remarquez-le bien, car la notion est capitale et j'y insiste : l'hystérectomie, à elle seule, l'hystérectomie, même totale, ne suffit pas à la cure d'un prolapsus utérin, et même l'utérus enlevé, les parois vaginales restent en inversion. J'en veux pour preuve les récurrences nombreuses qui ont été signalées à la suite de l'hystérectomie vaginale; j'en appelle à témoins quelques observations personnelles où n'ayant pu faire dans la même séance l'hystérectomie vaginale et la restauration du périnée, je vis le prolapsus rester dehors et les malades ne retirer de l'opération aucun bénéfice.

Pour compenser cette insuffisance de l'hystérectomie, Quénu fixe les tranches des ligaments larges à la cicatrice vaginale; il compte sur leur rétraction pour élever la cicatrice et fixer par le haut le prolapsus. Mais cette fixation est dans certains cas au moins quelque peu illusoire, et en fait l'hystérectomie vaginale ne fait rien contre le prolapsus lui-même, elle ne réussit que si on lui adjoint la réparation périnéale. C'est alors seulement qu'elle est combinée à la périnéorrhaphie, qu'on en peut obtenir et que j'en ai obtenu de bons résultats.

Cependant l'hystérectomie vaginale a certains inconvénients : l'opération est assez délicate, à cause de l'extériorisation de l'utérus et de l'abaissement de la vessie. Les vaisseaux sont dilatés, les hémorragies faciles, et l'hystérectomie vaginale assumait encore il y a quelques années une mortalité de près de 7 p. 100.

J'ai voulu remédier à quelques-unes de ces déficiences en substituant l'hystérectomie abdominale à l'hystérectomie vaginale; j'espérais ainsi trouver pour ce prolapsus un moyen de fixité meilleur que celui que je pouvais constituer par la voie inférieure.



## III

Des trois opérations que l'on pratique contre le prolapsus utérin — opération de contention, opération de suspension, opération d'exérèse — il n'en est pas une seule qui suffise à la cure des prolapsus

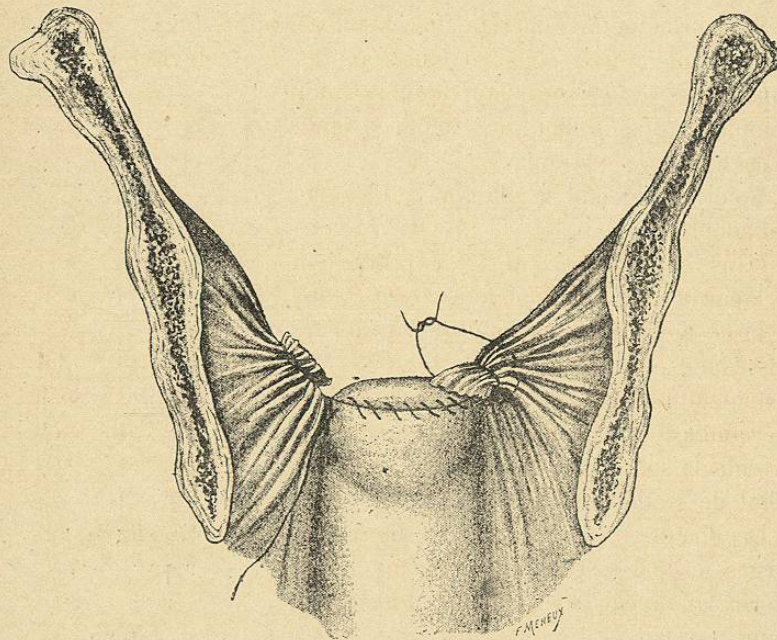


Fig. 60. — Colopexie ligamentaire (Jacobs).

graves. Aussi, est-il nécessaire de combiner quelques-unes de ces opérations.

Le procédé auquel j'aurai recours et que je vais vous exposer a cet avantage qu'il réunit dans une seule séance toutes les opérations qu'on peut pratiquer contre le prolapsus utérin.

J'enlève l'utérus par la voie abdominale : voilà l'opération d'exérèse. Je fixe le col à l'angle inférieur de la paroi abdominale : voilà l'opération de fixation. Je termine par la colpopérinéorrhaphie : voilà l'opération de contention.

Plusieurs chirurgiens ont déjà préconisé ainsi l'ablation de l'utérus par la voie abdominale.

P. Müller<sup>1</sup>, en 1889, préconisa un procédé d'hystérectomie, sur lequel est à peu près exactement copié celui que j'ai adopté. Fritsch<sup>2</sup> et Martin<sup>3</sup> ont également recommandé l'hystérectomie abdominale à laquelle ils ajoutent la réparation du périnée. Enfin, Jacobs<sup>4</sup> pratique l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, mais au lieu de fixer le moignon cervical à la paroi abdominale, il le fixe aux ligaments larges, raccourcis et plissés, par l'ablation des trompes et des ovaires (fig. 60).

Si le principe de l'opération de Jacob est après tout le même que pour la mienne, si nous voulons tous les deux obtenir une fixation supérieure, je crois que la fixation est plus complète, plus solide, plus efficace enfin avec mon procédé qu'avec le sien.

Voici exactement le plan opératoire que j'ai adopté :

Dans un premier temps, je procède à la laparotomie. L'abdomen est ouvert sur la ligne médiane, l'utérus attiré au dehors aussi haut que possible. Je note sur le col fortement tiré en haut le point qui vient au contact de la paroi abdominale, au niveau de son angle inférieur. Ce sera le point de section du col.

De chaque côté, je lie les ligaments larges, et je les sectionne ; je coupe le col utérin au niveau fixé, et ainsi l'hystérectomie est faite.

La collerette péritonéale péricervicale est suturée au péritoine pariétal, toujours à l'angle inférieur de la paroi abdominale. Et le col lui-même est chargé dans 3 ou 4 gros fils d'argent qui traversent toute la paroi musculo-aponévrotique et cutanée (fig. 61).

Et ainsi est réalisée la fixation pédiculaire, la pexie du col.

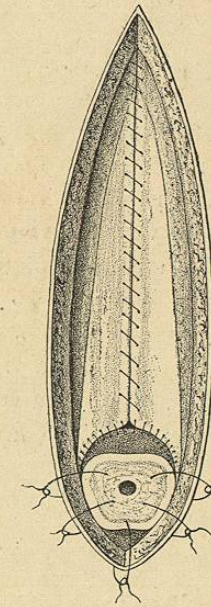


Fig. 61. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour prolapsus. Le moignon du col est fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale (Legueu).

1. Müller. *Verhandlung der Gynækol.; section der 62 Versamml. Deutsche Naturforscher und Aerzte*, Heidelberg, 1889.

2. Fritsch. *Central. f. Gynæk.* B. XXXV, 1889, p. 187.

3. A. Martin. *Berl. Klin. Woch.*, 1891, n° 43.

4. Jacobs. *Centrb. f. Gynæk.* 1896, n° 15.



Après, je n'ai plus qu'à fermer la paroi abdominale comme d'habitude, et le premier temps de l'opération est terminé.

Dans un second temps, la malade est mise dans la situation du spéculum, et je pratique l'élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie.

L'opération ne demande pas plus d'une heure un quart environ.

J'ai opéré l'année dernière de cette façon, une malade d'une cinquantaine d'années, qui, en même temps qu'un prolapsus énorme, avait un utérus fibromateux. J'enlevai l'utérus par la voie abdominale; je renouvelai pour ce cas exceptionnel, l'ancienne hystérectomie à pédicule externe, et je fus frappé de ce que, après la fixation du col, le prolapsus était bien réduit et solidement fixé. La restauration du périnée fermait en même temps la vulve, et un résultat excellent se maintenait quelques mois après.

Ici même, il y a quelques semaines, vous m'avez vu mettre à exécution la même opération dans des conditions à peu près identiques. Peut-être vous souvient-il encore de cette malade, âgée, qui, au lit n° 10 de la salle Saint-Jean, nous présentait un volumineux prolapsus.

Il y avait plus de 6 ans que chez elle, le prolapsus était devenu appréciable à l'extérieur. Elle avait été, elle aussi, opérée l'année dernière, mais n'avait retiré aucun bénéfice de l'opération. Au bout de deux mois, la vulve commençait à se distendre, et en six mois, le prolapsus se reproduisait avec les mêmes caractères qu'avant l'opération.

Les parois vaginales étaient infiltrées et œdémateuses; un séjour prolongé à l'extérieur, peut-être aussi un peu d'étranglement avaient modifié assez sérieusement la conformation extérieure et l'aspect des muqueuses extériorisées. Le col de l'utérus était le siège d'une large ulcération, et je dus laisser pendant quinze jours cette malade au lit, faire chaque jour désinfecter minutieusement la région, et maintenir le prolapsus en réduction, avant de songer à l'opérer.

A ce moment, l'œdème avait diminué, l'infection semblait éteinte, et on pouvait opérer avec des chances de succès.

La vulve était large et avait des dimensions suffisantes pour laisser passer le poing. L'utérus était gros et congestionné, les ligaments étaient relâchés.

Que fallait-il faire? Réparer le périnée, se contenter de fermer la vulve? il n'y fallait pas penser, puisque la même opération avait été l'année dernière suivie d'un échec complet.

Enlever l'utérus? cela était nécessaire, puisqu'il était gros, scléreux, métritique; mais l'enlever par la voie vaginale, c'était chercher un bénéfice bien minime.

Je pratiquai l'hystérectomie abdominale avec fixation pédiculaire, par le procédé que j'ai décrit, et dans la même séance, la colpopérinéorrhaphie. Cette malade a guéri simplement, et j'ai pu vous montrer combien le résultat immédiat était favorable.

Au bout de trois semaines, cependant, au moment où cette malade se préparait à quitter l'hôpital, elle fut prise d'accidents cardiaques assez intenses, elle eut un œdème généralisé des membres inférieurs et de l'abdomen. Cette crise était indépendante de l'opération que nous lui avions faite et de la maladie qui nous l'avait amenée. Ses reins avaient été vérifiés avec soin, et nous n'avions pu trouver aucun indice de ces altérations rénales qui ajoutent une note si sombre au pronostic des prolapsus graves invétérés. J'ai dû la faire passer dans un service de médecine, elle y fut traitée comme il convient, et elle en est sortie au bout d'un mois en très bon état.

Voilà donc deux cas dans lesquels le procédé a été appliqué avec succès; pour la dernière opération, il n'est pas encore question du résultat éloigné, mais j'ai confiance que ce résultat se montrera aussi favorable qu'il a été chez ma première malade.

Cette opération a sur les autres l'avantage de combiner toutes les ressources que nous employons isolément contre le prolapsus utérin. Elle supprime un utérus trop lourd ou malade; elle fixe directement et sans faire appel à des ligaments usés ou distendus; enfin, je lui ajoute la restauration du périnée, toujours nécessaire.

Et en regard de ces avantages, quels sont les inconvénients?

La suppression de l'utérus? mais je ne préconise l'hystérectomie que là où l'utérus est inutile et la perspective d'une grossesse improbable.

La gravité? mais avec des soins, une asepsie minutieuse, je crois l'hystérectomie abdominale moins grave que l'hystérectomie vaginale: celle-ci se faisant sur une région souvent infectée et difficile à nettoyer exactement. D'ailleurs, sur ce point, l'avenir jugera.

Mais je ne voudrais pas vous laisser croire, Messieurs, que je traite de cette façon tous les prolapsus. Je reconnais au contraire à cette opération des indications et des contre-indications très précises.

D'abord, cette opération complexe ne me paraît indiquée que pour les prolapsus graves invétérés, rebelles ou récidivés; pour les



autres, alors que la ptose en est à ses premières phases, il suffit de restaurer le périnée pour obtenir un bon résultat, et à plusieurs reprises, vous m'avez vu pratiquer cette simple opération.

Mais au contraire, dans les prolapsus complets, à plus forte raison pour ceux qui ont récidivé, je crois toujours plus prudent, et souvent nécessaire d'ajouter à la colpopérinéorrhaphie, une opération complémentaire et destinée à lui prêter assistance.

Lorsque la femme est jeune, encore exposée à la grossesse, c'est à l'hystéropexie que je donne la préférence; lorsque la malade a atteint ou dépassé l'âge de la ménopause, lorsque la conservation de l'utérus n'a plus aucune utilité, je propose et je pratique l'hystérectomie abdominale de préférence à l'hystérectomie vaginale.

Cependant, je vois aussi quelques contre-indications à cette opération : d'abord l'âge excessif de la malade, puis un embonpoint excessif, qui rendrait difficiles et plus graves les manœuvres de la laparotomie, enfin, les lésions rénales constituent aussi une contre-indication capitale.

Chez notre malade, je ne vois aucune de ces contre-indications : elle n'est pas trop âgée, elle n'est pas trop grasse, ses reins sont intacts, et j'espère que l'opération lui donnera immédiatement et plus tard un très bon résultat.

*Opération.* — La malade est opérée le matin du 1<sup>er</sup> septembre 1901, par M. Legueu, assisté de M. Duclaux, interne. Chloroforme.

L'opération est réalisée suivant la technique exposée : l'utérus est enlevé [avec les trompes, les ovaires et un segment important de col.

Après l'hystérectomie, on pratique l'élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie, suivant le procédé de Tait.

L'opération a duré en tout une heure un quart.

La malade quittait un mois après l'hôpital en bon état.

## VI

## L'ÉNUCLÉATION ABDOMINALE DES MYOMES

- I. En quoi consiste l'énucléation : elle se fait par la voie vaginale ou par la voie abdominale. Sa technique.
  - II. *Ses avantages* : opération conservatrice. *Ses inconvénients* : dangers de l'hémorragie, dangers d'infection, récidives possibles.
  - III. *Ses indications et contre-indications* : utilité chez les femmes jeunes; sa gravité comparée à celle de l'hystérectomie. Ses contre-indications sont l'inénucléabilité du fibrome (observation à l'appui), le volume énorme de la tumeur, le grand nombre des noyaux, certaines dégénérescences, l'infection des annexes.
- Opération.* Enucléation d'un myome unique.  
Résultat.

## MESSIEURS,

Il ne se passe guère de semaines, que je n'opère devant vous quelque fibrome de l'utérus : je les enlevais autrefois par la voie vaginale, je les enlève maintenant plus volontiers par la voie abdominale, mais je supprime d'ordinaire en même temps l'utérus et je fais en somme une hystérectomie abdominale.

C'est une opération tout autre que je vais faire aujourd'hui : je vais enlever la tumeur sans enlever l'utérus, et réaliser l'énucléation abdominale d'un myome. Cette opération essentiellement conservatrice n'est pas neuve; mais elle fut longtemps oubliée. On y revient à cette heure, on en parle beaucoup maintenant, et il est indispensable que vous en connaissiez les avantages et les inconvénients.

Une femme de trente-cinq ans, couchée au n° 11 de la salle Saint-Jean, a un fibrome de l'utérus. L'histoire est classique et le diagnostic facile.

Mère de trois enfants dont le dernier a dix ans, cette malade a vu depuis dix-huit mois ses règles augmenter d'abondance et de durée. Elles durent douze jours, s'accompagnent de quelques caillots, et depuis le mois d'avril, ces pertes sont à peu près continuelles. C'est ce qui amenait la malade à l'Hôtel-Dieu le 12 août dernier.

C'est une femme jeune encore, solide, non amaigrie, et n'était un peu de pâleur des téguments, on la dirait très bien portante. Les