

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^{er} 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

perles cependant l'ont beaucoup affaiblie dans ces derniers temps par leur prolongation et surtout par leur répétition. Elle se plaint encore de souffrir des reins, plus particulièrement pendant ses règles. A ce moment, elle se sent gonflée, lourde, moins agile, ses mictions sont douloureuses.

Le ventre est légèrement augmenté de volume, surtout dans la zone sous-ombilicale.

Au palper, on trouve sur la ligne médiane une tumeur dure, résistante, qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Cette tumeur est constituée par l'utérus lui-même augmenté de volume : au toucher on trouve en effet le col un peu élevé, dur et non ouvert, il se continue avec la tumeur et la tumeur se continue avec lui. Les culs-de-sac sont libres et les annexes sont intactes.

Le diagnostic n'est donc pas douteux : c'est un fibrome, car si ce n'était un fibrome, ce serait une grossesse.

La continuité de la tumeur et du col, la transmission facile des mouvements de l'un à l'autre, sa situation médiane, tout cela permet d'affirmer que la tumeur est constituée par l'utérus lui-même.

Un utérus ainsi hypertrophié ne peut être chez une femme de cet âge qu'un utérus gravide ou fibromateux.

Or il n'y a pas de grossesse, car les règles n'ont jamais fait défaut, et il y a des pertes depuis longtemps ; le col n'est pas modifié dans sa consistance, ni entr'ouvert.

Il n'y a donc pas de doute, nous avons affaire à un fibrome.

C'est un fibrome probablement unique, car la tumeur est régulière, globuleuse, dure et non fluctuante ; et ni par le palper, ni par le toucher, je ne parviens à sentir quelques-uns de ces noyaux secondaires qui permettent souvent de dire : fibromes multiples.

De plus la régularité de cette tumeur, l'uniformité de sa consistance me portent à penser que le fibrome est interstitiel et développé dans la paroi utérine elle-même.

A l'hystéromètre, nous trouvons un utérus allongé à 12 centimètres, une cavité se dirigeant en arrière : c'est donc que le fibrome est surtout développé sur la paroi antérieure de l'utérus.

L'opération est nécessaire pour plusieurs raisons.

Le fibrome a déjà un assez beau volume, il croît, il est en pleine évolution. Les pertes sont continues, la compensation ne se fait plus, l'anémie survient. Un fibrome de ce volume, qui à trente-cinq ans cause des pertes, est un danger permanent : la perspective d'une ménopause efficace serait un vain mot, si elle n'était pleine de périls.

Il faut donc opérer avant la déchéance, avant les pertes excessives, avant la grande anémie ; le moment est favorable, la malade est décidée : nous allons opérer.

Par ses dimensions, ce fibrome est du ressort de l'hystérectomie abdominale ; l'hystérectomie vaginale pour ces tumeurs de moyen volume est aujourd'hui passée au second plan, et je n'y ai recours qu'exceptionnellement.

Mais l'unité de la tumeur, l'âge de la femme m'engagent à n'enlever ici que la tumeur et à conserver l'utérus. Et j'espère si mes prévisions se confirment arriver à pratiquer chez elle l'*énucléation abdominale*.

Qu'est-ce donc que l'énucléation d'un myome ?

I

L'*énucléation* se définit aisément : c'est l'extirpation du fibrome de la paroi utérine dans laquelle il est enclavé, c'est l'ablation de la tumeur et rien de plus ; l'utérus est conservé après réparation et c'est le point intéressant, original de la méthode.

Il faudrait remonter bien loin dans le passé pour trouver les origines de cette opération, et je ne veux pas vous présenter à ce sujet un long historique qui ne comporterait par lui-même aucune application pratique.

Je me bornerai à vous dire que cette opération avait depuis longtemps disparu ou n'était réservée qu'à quelques cas exceptionnels, lorsque les diverses hystérectomies, vaginale et abdominale, s'élevèrent sur les ruines de l'opération de Battey. Du duel entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale, la laparotomie sortait avec les honneurs du triomphe, et il semblait qu'avec une technique perfectionnée et en quelque sorte définitive, avec des opérations réglées, méthodiques et rapides, nous avions étayé sur des bases solides un traitement rationnel, radical et efficace des fibromes par l'hystérectomie abdominale, lorsque le traitement conservateur reparut à l'horizon, et avec un cortège imposant de faits heureux vint revendiquer des droits légitimes.

Ainsi depuis longtemps, en Allemagne, depuis 1878, Martin pratiquait et préconisait cette opération ; et en 1893 il comptait déjà 141 énucléations avec 4 récurrences seulement. En Autriche, Albert, Schauta, Chrobak en étaient partisans. Baldy en Amérique la défendait.

dait aussi et donnait il y a trois ans une statistique de 37 énucléations sans décès avec 3 récidives. En France, Bouilly puis Doléris dès 1890 la pratiquaient. Mais c'est surtout Témoïn (de Bourges) qui en 1896 attira l'attention sur cette opération qu'il utilisait d'une façon courante avec d'excellents résultats.

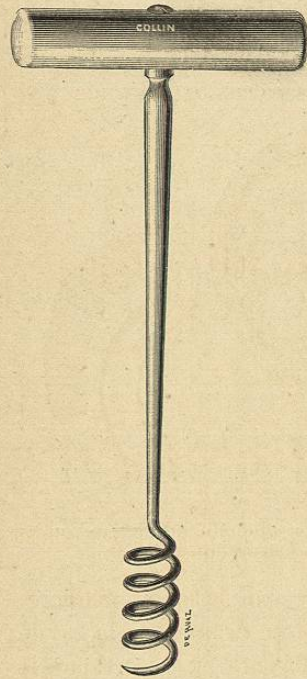


Fig. 62. — Tire-bouchon de Segond.

Peu à peu, Montprofit (d'Angers), Longuet, Tuffier apportent de nouveaux faits. Le traitement conservateur gagne chaque jour des partisans; et on dirait qu'une réaction intense est à la veille de se faire contre une période, pourtant heureuse, d'hystérectomie à outrance.

Quoi qu'il en soit, l'énucléation a reconquis bien vite une place importante dans le traitement des fibromes utérins: il s'agit donc de peser ses avantages, de discuter ses inconvénients et de voir enfin dans quels cas cette méthode doit être préférée à l'hystérectomie abdominale.

L'énucléation se fait par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

L'énucléation vaginale fut autrefois seule pratiquée: on craignait le péritoine et l'abdomen; par le vagin, les opérations se faisaient moins meurtrières, et l'énucléation gagna de ce côté ses premières batailles. Actuellement encore l'énucléation vaginale est pratiquée et défendue avec énergie et conviction par mon maître Segond.

Malgré les arguments que développe Dartigues dans sa thèse¹, je considère la voie vaginale comme inférieure pour l'énucléation des myomes, à la voie abdominale. Je réserve la première à des cas très spéciaux, à des myomes pédiculés ou sessiles mais bas situés; je ne puis pas d'ailleurs aborder cette question pour l'instant, et en parlant d'énucléation, j'entends parler seulement de celle qui se fait par la voie abdominale.

1. Dartigues. *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes*, Paris, Maloine, 1901.

L'opération consiste essentiellement dans le temps que voici: l'abdomen est ouvert, et l'utérus extériorisé autant que possible.

Sur la saillie du fibrome, la paroi utérine est incisée et le fibrome mis à nu: saisi avec une pince ou avec un tire-bouchon (fig. 62), on l'attire, on l'extrait, on le sort de la loge dans laquelle il n'y a que des adhérences dissociables; et une fois le noyau enlevé, il ne reste dans la paroi utérine qu'une cavité à combler. A l'aide de quelques points de catgut, on adosse l'une à l'autre les parois de cette loge, et les lèvres superficielles de la plaie utérine seront juxtaposées aussi exactement que possible (fig. 63).

S'il y a deux, trois, quatre fibromes, on agit de même à leur égard; on les atteint ou par une nouvelle incision, ou par une brèche créée dans la première cavité d'énucléation.

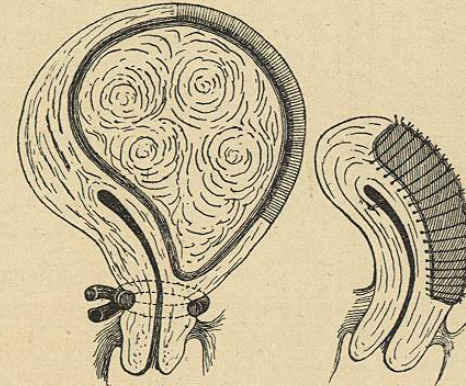


Fig. 63. — Énucléation abdominale d'un myome: Réparation en suture de l'utérus à droite.

Uniques ou multiples, les cavités sont comblées et les incisions fermées de la même manière.

Si la muqueuse utérine est ouverte, on met un drain dans la cavité utérine; il part de la place inoccupée du fibrome et ressort par le col, ou bien — et je l'ai fait sans incident — on suture tout bonnement la muqueuse utérine et par dessus elle, on reconstitue la paroi musculaire.

Telle est dans ses grandes lignes cette opération simple d'exécution, bénigne en ses suites: nous devons envisager maintenant sa valeur relative et nous en déduisons ses indications.

II

Les avantages de l'énucléation résident surtout dans la conservation de l'utérus.

Que la femme soit enceinte ou non, cet avantage ne peut être discuté! Si la femme est enceinte, l'énucléation d'un myome permettra la continuation de la grossesse. Si elle ne l'est pas, l'opération lui laisse

la perspective de le devenir, et à ce point de vue l'énucléation est supérieure à l'hystérectomie chez toutes les femmes jeunes au moins, chez toutes celles qui sont encore capables de grossesse. Même chez les autres, l'énucléation en atténuant la régularité de la fonction menstruelle, maintient la malade dans un état plus normal que ne peut faire l'hystérectomie.

A côté de cet avantage, cependant, il y a bien quelques inconvénients, et plusieurs objections ont été formulées contre cette opération.

On reproche à l'énucléation de causer ou d'exposer à l'hémorragie : la brèche utérine en effet peut saigner, la cavité du fibrome peut suinter aussi, et vous savez combien une hémorragie même minime est grave de conséquences lorsqu'elle se fait dans le ventre, et surtout après une laparotomie. Le sang fait bouillon de culture, la péritonite s'ensuit, la mort peut en être la conséquence. C'est un danger inhérent à toute opération abdominale, mais l'énucléation, dit-on, en ouvrant la zone de décollement des vaisseaux, en incisant l'utérus sur ses faces si vasculaires, expose plus que tout autre à ces hémorragies dangereuses.

Soit : mais ces hémorragies sont évitables ; vous les éviterez en restant autant que possible sur la ligne médiane pour l'incision de l'utérus, en restant pour l'énucléation de la tumeur bien exactement dans le plan de clivage, en fermant enfin toutes les brèches vasculaires constatées.

Il y a peu de vaisseaux d'ailleurs autour du fibrome, et plusieurs fois il m'est arrivé de ne pas trouver une seule ligature à mettre. Mais j'adapte très soigneusement les parois de la cavité à elle-même : c'est là une précaution très importante, je supprime tout espace mort, je comble tous les vides, et pour cela je mets autant de points de catgut, je fais autant de plaies qu'il est nécessaire ; et de cette façon tout danger d'hémorragie est écarté.

On reproche encore à l'énucléation d'ouvrir par effraction de la muqueuse la cavité utérine et d'exposer ainsi à la contamination primitive ou secondaire du péritoine, mais d'abord cette ouverture n'est point fatale, et puis quand même elle est réalisée, il n'est pas difficile d'en prévenir les conséquences par une protection minutieuse et d'en fermer l'accès par une suture appropriée. Ainsi seront atténués les effets fâcheux qui pourraient en effet résulter de cette brèche imprévue. Le tout est de s'en apercevoir, de ne pas ouvrir la muqueuse sans le savoir et de la fermer quand on l'a vue.

D'ailleurs les faits sont là pour établir après tout, que la gravité de ces opérations est restreinte : d'après les documents condensés en grand nombre dans la thèse de Ferendinos¹, dans celle de mon élève Zwibel², inspirée par Tuffier, la mortalité de l'énucléation vacille entre 2,5 et 3 p. 100 ; c'est assurément très peu, et ces chiffres répondent victorieusement aux objections *a priori* tirés de l'ouverture de la cavité utérine.

Une objection beaucoup plus sérieuse me paraît résider dans l'inconvénient qu'il y a à laisser un ou plusieurs fibromes méconnus dans la paroi utérine, et à s'exposer à une récurrence pour plus tard. A coup sûr, il n'est pas toujours simple ni facile de poursuivre tous les noyaux fibreux : les gros se trouvent aisément, on les sent, on les voit même. Mais un petit noyau fibreux du volume d'une lentille, caché dans la paroi utérine, un noyau nettement interstitiel peut parfaitement ne se révéler à l'extérieur ni par un changement de couleur, ni par une saillie et échapper aux investigations les plus minutieuses, et il n'est pas douteux que l'abandon dans l'utérus d'un noyau fibreux, en exposant à la récurrence, enlèverait à cette opération beaucoup de sa supériorité.

Les faits sont encore là pour répondre à ce sujet : Ferendinos sur 290 cas ne mentionne que 3 récurrences, et Zwibel, sur 513 n'en trouve que 4 : 4 récurrences, c'est-à-dire 4 cas seulement dans lesquels le chirurgien a été obligé de revenir lui-même par une nouvelle opération sur un fibrome jusqu'alors méconnu. Assurément, c'est peu. Mais cela ne nous dit pas combien de malades ont conservé un noyau à la suite de la première énucléation : un petit fibrome croît lentement, il met du temps avant de déterminer des signes assez accentués pour qu'une opération nouvelle soit formellement indiquée. Et si les malades n'ont pas été suivies longtemps, rien ne prouve qu'elles n'ont pas conservé quelque fibrome, qu'il faudra opérer plus tard. Et je gagerais que sur les 513 malades dont il est question, il y en a plus de 4 sur lesquelles on aura un jour à intervenir à nouveau.

Et d'ailleurs admettons que tous les fibromes formés au jour de l'opération seront enlevés, rien n'empêche que l'utérus n'élabore après l'énucléation ce qu'il avait déjà fait avant. La cause du fibrome, sa raison persiste dans la paroi utérine qui est conservée, et je vois là une objection d'autant plus sérieuse à faire à l'énucléation qu'elle

1. Ferendinos. *Thèse de Paris*, 1900.

2. Zwibel. *Enucléation abdominale dans le traitement des fibromes* (thèse de Paris, juin 1900).

s'adresse à des femmes plus jeunes et observées plus loin de la ménopause.

Donc l'énucléation, quels que soient ses avantages, n'est pas dépourvue de certains inconvénients ; et je veux m'inspirer des uns et des autres pour apprécier et déterminer les indications et les contre-indications de la méthode.

III

Celles-ci se tirent de deux éléments : du *sujet* et de la *tumeur*.

L'*âge* de la malade me paraît avoir une grande importance. Chez les femmes jeunes, l'énucléation est précieuse ; chez les femmes âgées, elle n'a pas la même valeur.

Chez les femmes jeunes, elle est utile parce qu'elle permet une conception ultérieure, et, à ce point de vue, elle est incontestablement supérieure à l'hystérectomie. Le nombre des malades opérées par l'énucléation et qui ont eu ultérieurement des enfants est encore très restreint : on cite, par exemple, une malade de Annam qui, stérile depuis huit ans, eut, à la suite de l'opération, trois grossesses successives. C'est un très beau succès ; malheureusement, il n'y en a pas encore beaucoup d'autres pareils.

Cependant, le fait seul que la grossesse est possible après l'énucléation, laisserait toujours à cette opération une réelle supériorité sur les autres méthodes.

Et, cependant, lorsqu'un utérus a été dilacéré en plusieurs endroits, lorsqu'il a été tailladé de différents côtés, et qu'il reste bardé de cicatrices, je me demande quel sera ultérieurement le fonctionnement de cet organe au cours d'une grossesse éventuelle et pendant le travail de l'accouchement ? Je n'en sais rien, je pose la question sans la résoudre.

En tout cas, la raison qui fait la supériorité de l'énucléation chez les femmes jeunes, cesse d'exister chez les femmes âgées, chez celles qui ont atteint la ménopause, ou du moins ont dépassé le terme de quarante ou quarante-deux ans, au delà duquel la perspective d'une grossesse devient irréalisable.

Pour admettre la supériorité de l'énucléation à cet âge, il faudrait établir qu'elle est beaucoup moins grave que l'hystérectomie : or, le fait n'est pas du tout démontré. Je n'ai encore pratiqué l'énucléation que cinq fois, et, dans les cinq cas, j'ai guéri mes malades. Mais,

dans la même période de temps, j'ai pratiqué bien plus souvent l'hystérectomie et avec des résultats tels que je doute que l'énucléation puisse m'en donner de meilleurs.

Depuis le 1^{er} janvier jusqu'au 31 octobre 1901, j'ai pratiqué 14 hystérectomies abdominales pour fibromes avec 14 guérisons. Depuis le 1^{er} janvier 1899 jusqu'à cette année, j'ai opéré 14 autres malades, avec 13 guérisons et 1 mort, et encore celle-ci est-elle une mort par embolie subite, survenue au dixième jour sur une malade qui paraissait hors de danger. Et, si je réunis les faits qui représentent ma pratique d'opérations pour fibrome depuis trois ans, j'ai 28 hystérectomies avec 1 mort, soit 23 hystérectomies supravaginales sans une mort, et 5 hystérectomies totales avec 1 mort.

L'énucléation n'a pas de meilleures statistiques ; et il est donc exagéré de dire, jusqu'à nouvel ordre, que l'énucléation est moins grave que l'hystérectomie. Je pense au contraire que les manœuvres d'une énucléation compliquée, multiple, exposent à plus de dangers que celles très réglées, très méthodiques d'une hystérectomie supravaginale, et, en somme, chez une malade âgée, je ne vois plus aussi bien les avantages de l'énucléation et je préfère encore l'hystérectomie.

Du côté de la *tumeur*, il est d'autres éléments qui, même chez une femme jeune, me paraissent de nature à faire rejeter encore l'énucléation.

En premier lieu, voici l'*inénucléabilité* du fibrome. Tous les myomes ne sont pas également énucléables ; il en est qui font, pour ainsi dire, corps avec l'utérus ; on ne peut les en séparer qu'en les sculptant dans la paroi utérine.

C'est ce que nous avons vu ici même il y a quelques semaines : je n'ai pu faire, comme je l'espérais, l'énucléation d'un fibrome. Voici dans quelles conditions :

Une jeune femme d'une trentaine d'années entrainée à l'Hôtel-Dieu le 25 juin pour des pertes. Je la suivais depuis quelques mois, je l'avais décidée à se faire opérer, et, répondant à mes conseils, elle venait réclamer une intervention.

Sans enfants, sans fausses couches, cette femme avait depuis quelques mois des ménorragies abondantes. Je l'avais vue au début de ses accidents ; il avait été même à ce moment question de l'opérer : j'avais trouvé un utérus gros, globuleux, régulier, mais, au moment de prendre une décision, j'avais eu un soupçon de grossesse, et, ajour-