

l'application du procédé, quand on faisait la ligature réglée avec des fils.

Richelot a pratiqué avec succès six hystérectomies vaginales par ce procédé, pour des cas de cancer utérin et aussi pour une rétroflexion utérine grave et rebelle.

MM. Terrier, Bouilly, Trélat ont aussi employé ce procédé, qui constitue un véritable perfectionnement auquel est intéressé l'avenir de l'hystérectomie vaginale.

Pince-clamp de Doléris.

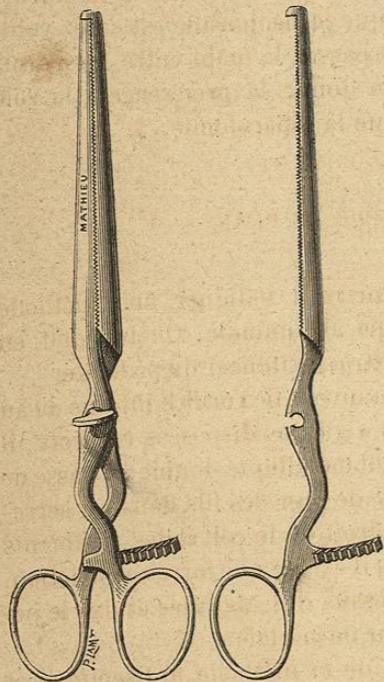


Fig. 23. — Pince-clamp de Doléris.

On éprouve quelquefois de la difficulté à faire glisser le ligament large entre les deux branches de la pince. Pour obvier à cet inconvénient, **Doléris** a fait construire des pinces à pression continue, pinces-clamp, dont les branches sont démontantes¹.

On introduit chaque branche séparément au-dessus et au-dessous du ligament, on les articule ensuite l'une à l'autre comme l'on fait des branches d'un forceps et on les maintient serrées par une fermeture à crémaillère.

L'une des branches est munie à son extrémité d'un crochet qui permet d'accrocher le rebord supérieur du ligament large et de l'amener aisément à portée de l'opérateur, ce qui simplifie la manœuvre.

L'opération de la désarticulation et de l'extraction, lorsque la chose est jugée nécessaire, est également simplifiée par la disposition de l'instrument.

1. L'instrument fabriqué par Mathieu a été présenté à la Société obstétricale et gynécologique de Paris à la séance de juillet de cette année.

MYOMOTOMIE

Comme je viens de l'indiquer dans le chapitre précédent, la voie vaginale est choisie de préférence pour l'extraction des néoplasmes utérins de petit volume.

La méthode de morcellement indiquée par Péan n'est pas encore entrée dans la pratique ordinaire de la chirurgie; aussi, toutes les fois que le néoplasme est assez volumineux pour empêcher de passer la main entre les parois vaginales et la tumeur, on donne la préférence à la voie abdominale et l'on pratique la laparotomie.

1^o PROCÉDÉ DE PÉAN

Péan a été un des premiers à indiquer une méthode rationnelle de myomotomie abdominale. On lui doit en particulier le traitement extra-péritonéal du pédicule.

Pédicule externe.

Ce chirurgien enfonce, au niveau de l'orifice interne ou au travers du col, deux fortes aiguilles disposées en croix; il perce le milieu du col d'un fil métallique double; il passe de chaque côté les deux chefs de l'un des fils dans un serre-nœud de *Cintrat*, et, à l'endroit où le col et les ligaments larges sont les plus minces, il exerce une forte constriction.

Il excise la tumeur au-dessus des aiguilles et fixe le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie.

L'application rigoureuse de la méthode antiseptique et un soin très grand dans l'hémostase ont permis de modifier ce procédé d'une façon avantageuse en abandonnant le pédicule suturé, cautérisé et aseptique dans le ventre et en obtenant ainsi la cicatrisation par première intention. — Je décrirai ces divers procédés tels que je les ai vu pratiquer en France, en Autriche et en Allemagne.

Pédicule interne.

2° PROCÉDÉ DE SCHROEDER

Ce procédé diffère selon les variétés de tumeurs auxquelles l'on a affaire.

Ces variétés peuvent être rangées en quatre classes :

- 1° Myôme sous-séreux pédiculé;
- 2° Myôme interstitiel sous-séreux;
- 3° Myôme interstitiel sous-muqueux;
- 4° Myôme péritonéal, pelvien.

Dans les deux premiers cas, l'opération est facile et permet de respecter l'utérus et ses annexes.

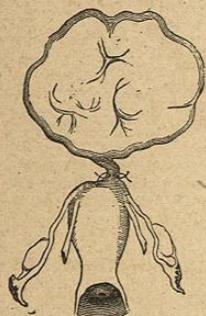


Fig. 24. — Schéma de la myomotomie dans le cas de myôme sous-séreux pédiculé.

— On serre sur le pédicule ou autour de l'utérus et de ses annexes un tube en caoutchouc; on excise la tumeur au-dessus de cette ligature et, s'il est nécessaire d'ouvrir la cavité utérine, il suffira ensuite de cautériser les surfaces incisées avec une solution phéniquée à 10 pour 100 et de les réunir par des sutures étagées.

Dans ce but, on évidera autant que possible les surfaces de section en entonnoir. On réunit par des points de suture superficiels les bords du péritoine appliqués sur le moignon utérin; on place quelques ligatures, si c'est nécessaire, pour assurer l'hémostase et l'on abandonne le tout dans le fond du bassin.

— Quand le myôme est *interstitiel sous-séreux* et qu'il est développé dans le tissu utérin au-dessous des points d'implantation des ligaments, on relève la tumeur de façon à rendre bien accessibles les annexes de l'utérus et les ligaments; on étale le péritoine et le ligament large d'un côté, et au travers de ce dernier l'on prend entre deux ligatures les vaisseaux et les annexes, puis on divise le tout entre ces deux ligatures.

On libère l'utérus de la même façon de l'autre côté, puis

Myôme interstitiel sous-séreux.

on le fait soulever par un aide, et l'on pose sur le col un tube en caoutchouc bien serré.

On incise le péritoine à 5 centimètres au-dessus du tube et l'on commence l'incision sur la paroi postérieure de l'utérus que l'on saisit aussitôt et fortement avec une pince de Museux.

On incise ensuite des deux côtés en ayant soin de bien ligaturer les artères utérines à mesure qu'on les coupe; enfin l'on entame la paroi antérieure, que l'on saisit aussi très fortement avec des pinces de Museux. Il est à noter que par les ligatures portées sur les ligaments larges, au début de l'opération, et par la striction exercée au moyen du tube de caoutchouc, l'hémostase pendant l'opération est presque complètement assurée.

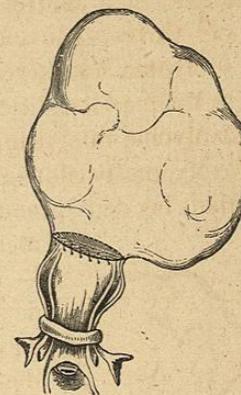


Fig. 25. — Schéma de la myomotomie quand le myôme est implanté directement sur le fond de l'utérus.

Au moment où l'incision arrive sur la cavité utérine, on cautérise soigneusement la muqueuse incisée à l'aide d'une solution phéniquée à 10 pour 100; de plus, avant de commencer l'opération, l'on aura lavé soigneusement la cavité utérine et vaginale avec cette même solution.

En cas que l'opération soit faite pour un myôme qui aurait déjà donné lieu à des accidents septiques, et que d'autre part la muqueuse utérine soit enflammée, il est prudent de toucher profondément avec le cautère actuel toute la surface de section et de pénétrer même dans le conduit utérin. On rafraîchit ensuite les parties, en opérant au bistouri l'abrasion de la zone cautérisée. Les orifices des lymphatiques de la surface de section suspectés d'inflammation seront profondément et rigoureusement touchés avec une solution fortement antiseptique, acide phénique, etc.

L'asepsie du moignon ainsi assurée du côté de la cavité utéro-vaginale et des gros orifices vasculaires, suivant la

Désinfection du pédicule.

Évidement du pédicule.

nécessité bien entendu, il est indiqué d'évider autant que possible la surface du pédicule, et de le transformer en un infundibulum dont la base libre extérieure sera représentée par une manchette de péritoine et dont le sommet profond répondra à la muqueuse utérine.

Suture.

Suture. Elle se fait en étages, en allant du fond vers la surface. Le premier plan réunit les bords de la muqueuse utérine et ferme le canal utéro-vaginal.

Les plans suivants affrontent les surfaces opposées du tissu musculaire, d'avant en arrière.

Le plan superficiel affronte exactement la manchette péritonéale, qui vient recouvrir tout le moignon et isoler ainsi

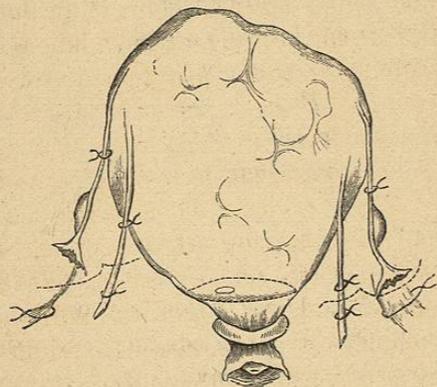


Fig. 26. — Schéma de la section en entonnoir dans le cas de myôme interstitiel.

de la grande cavité séreuse les parties cruentées du pédicule. L'affrontement des parties une fois terminé, le pédicule a la forme d'un fer de hache dont le bord libre est dominé par la suture péritonéale.

Toutes les sutures, bien entendu, sont faites avec de la soie et sont destinées à être abandonnées dans la profondeur des tissus. C'est peut-être le côté défectueux de l'opération, que la nécessité d'abandonner une grande quantité de matière à ligature dans l'épaisseur du moignon. Lorsque les ligaments larges ont été intéressés, ce qui est la règle, on en assure l'hémostase par des ligatures perdues sur les bords cruentés et sur les gros vaisseaux qui n'auraient pas

été suffisamment étroits dans les ligatures préventives du début. Cela fait, le moignon utérin est abandonné dans le bassin.

— Si la tumeur s'est développée dans le tissu conjonctif du bassin, l'opération devient beaucoup plus délicate encore.

La tumeur est enveloppée dans les tissus qui entourent l'utérus.

Dans ce cas, aussitôt la tumeur découverte on coupe les annexes de l'utérus entre deux ligatures, du côté correspondant à la tumeur, que l'on sépare du tissu conjonctif pelvien avec les doigts seuls ou aidés par le bistouri et les ciseaux. — Cette énucléation donne rarement de fortes hémorragies.

Ce premier temps achevé, on serre un tube de caoutchouc autour du col, et l'on procède comme il a été indiqué plus haut pour le reste de l'opération si l'hémorragie est modérée.

Si les accumulations de sang sont abondantes, il faut suturer avec soin les bords de la plaie péritonéale et drainer par le vagin la cavité de la plaie, qui n'est plus alors en communication avec la cavité abdominale.

Dans certains cas la tumeur est facilement énucléable à travers une incision qui intéresse le péritoine et la capsule du myôme. Quelquefois il suffit de réunir ensuite, par des sutures profondes, les parois de la cavité vide de sa tumeur.

3^o PROCÉDÉ DE BILLROTH

La méthode du chirurgien de Vienne ne diffère pas beaucoup de celle de Schroeder. Nous décrirons à propos de la myomotomie son procédé général pour l'ouverture du ventre tel que nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois. Un imperméable percé d'un trou laissant saillir la tumeur est placé sur le ventre; tout autour sont disposées des serviettes imprégnées d'eau chaude aseptique.

L'incision pratiquée sur la ligne blanche divise, d'un seul coup, la peau et le tissu cellulaire de l'ombilic au

Premier temps de l'opération.

pubis. L'hémostase est faite à mesure à l'aide des pinces et des ligatures. Les muscles sont coupés et leur hémostase est aussi faite complètement.

L'épiploon, quand il est au-devant de la tumeur, est divisé et des ligatures sont placées sur ses vaisseaux.

Une serviette imprégnée d'une solution antiseptique chaude est glissée étanche dans l'angle supérieur de la plaie, sous la paroi abdominale, de façon à recouvrir tous les organes abdominaux, pour préserver le péritoine et les intestins des traumatismes possibles au cours de l'opération. La tumeur est alors fortement amenée au dehors, ce qui permet de mieux distinguer le pédicule lorsqu'il existe.

Second temps.

Le pédicule est saisi au-dessous de la tumeur entre les mors d'un gros clamp solidement fixé. La forme de ce clamp est à peu près celle d'une poignée d'épée. Il se compose d'une tige droite et d'une courbe articulée sur la première. A cinq centimètres au-dessus du clamp, une incision circulaire circonscrit la tumeur qui est excisée. L'opérateur a toujours soin d'opérer la section en évitant le pédicule. Ceci fait, les bords du pédicule sont saisis et maintenus par des pinces à mors plats et carrés dont les surfaces prenantes sont striées.

Au-dessous du clamp, on place alors horizontalement une pince longue dont les mors dentelés laissent sur le pédicule une marque qui sert de point de repère pour passer les premières sutures et aussi pour indiquer si l'afflux du sang arrive dans cette partie. Cette pince fait le même office que le clamp et si elle ne suffit pas à comprimer toute l'épaisseur du pédicule on en place deux. Le clamp est alors enlevé et le chirurgien passe trois fortes sutures à travers le moignon, au-dessous des pinces plates. Ces sutures sont faites avec de la grosse soie phéniquée.

A l'aide du thermocautère Paquelin, on sectionne à nouveau le pédicule, à un centimètre et demi au-dessus de la ligature. Une grosse éponge mouillée préserve les parties voisines du rayonnement de la chaleur. Au-dessous de la première ligne de ligatures, on passe une série de

fils de soie phéniquée, de façon qu'une partie du pédicule est suturée en forme de claie.

On nettoie rapidement la surface péritonéale avec des éponges aseptiques entourées de gaze fine, et quelques points de suture sont faits avec de la soie fine sur l'épiploon.

La main gauche de l'opérateur, glissée à plat dans la cavité péritonéale, en soulève les parois et facilite une première suture du péritoine pariétal.

Troisième temps de l'opération.

La paroi musculaire est à son tour affrontée et, pendant ce second temps de suture, trois tubes courts à drainage sont placés verticalement aux deux angles et à la partie médiane de la plaie.

Ces deux sutures sont faites avec de la soie phéniquée et à points séparés. Enfin la troisième, qui comprend la peau, est faite par la suture continue en surjet. Cette troisième maintiendra solidement les tubes. D'après Billroth, ce mode de suture ne donne pas de suppuration et évite l'éventration et la hernie consécutive.

Quand toutes ces sutures, qui sont très soignées, sont terminées, on éponge la peau avec une solution phéniquée forte et l'on procède au pansement avec la gaze iodoformée, le protectif et une couche d'ouate recouverte à son tour d'un large imperméable que maintient un bandage de corps.

Pansement.

Ce qu'il y a de remarquable dans le procédé de Billroth, c'est la cautérisation du pédicule qui doit être abandonnée dans la cavité péritonéale. Ce chirurgien ne fait aussi que très peu la toilette du péritoine et du cul-de-sac de Douglas. Elle est du reste rendue à peu près inutile par l'application de la serviette mouillée sur les intestins et au-dessous du pédicule, dès le début de l'opération. De cette façon, on évite les traumatismes du péritoine et des intestins.

Considérations sur la méthode de Billroth.

La soie phéniquée est employée de préférence au catgut, qui est moins fidèle et peut laisser se produire des hémorragies secondaires.

Quel que soit le nombre de sutures faites avec la soie, celle-ci s'enkyste sans jamais produire de suppuration si elle est parfaitement aseptique.

— Dans un autre cas de tumeurs fibreuses multiples interstitielles, sous-séreuses, que j'ai vu opérer par Billroth, ce chirurgien, après avoir amené au dehors la tumeur principale, qui était pédiculée, a pu énucléer avec les doigts les fibromes des parois, après en avoir incisé la coque. Des sutures de fils de soie furent placées ensuite sur les incisions, de façon à réunir par première intention les parois de ces cavités.

La grosse tumeur fut enlevée par le procédé décrit ci-dessus.

4° PROCÉDÉ DE KARL BRAUN

Le procédé que nous avons vu mettre en action par le professeur K. Braun, de Vienne, diffère peu de celui de Péan. Comme lui, il fixe le pédicule en dehors de la cavité abdominale. Cette pratique présente cependant quelques particularités intéressantes à noter.

L'incision des parois abdominales est généralement petite.

Un aide assis entre les jambes de l'opérée a la main placée dans le vagin pour repousser l'utérus et par conséquent la tumeur le plus haut possible.

La tumeur tirée fortement en dehors est traversée à sa base par quatre gros fils de soie phéniquée qui la comprennent tout entière dans quatre anses fortement serrées.

Des ligatures sont placées alors, de chaque côté, sur les ligaments larges et sur les organes annexes. D'autres ligatures sont pratiquées, de façon à cercler la tumeur, que l'on traverse alors d'une broche métallique au-dessous de laquelle on place un gros lien élastique fortement serré autour de la base de la tumeur.

La séreuse de la tumeur est alors incisée à quelques centimètres au-dessus de la ligature et le tissu fibreux est évidé autant que possible en entonnoir jusqu'à cette ligature. La tumeur est ainsi complètement excisée au bistouri et aux ciseaux.

On fait l'hémostase soigneuse du pédicule creusé en cône

avec des pinces et des ligatures. Le pédicule qui reste est fixé par ses parois aux bords de la plaie du ventre, à l'aide de sutures solides. Il est ensuite cautérisé longuement et comme torréfié par le thermocautère, longtemps promené à sa surface. Le pédicule ainsi laissé à l'extérieur est pansé à l'iodoforme et recouvert d'ouate aseptique.

RÉSUMÉ. — La myomotomie est une opération qui tend à se régler de plus en plus et qui, si elle a donné de mauvais résultats au début paraît destinée à rendre les plus grands services.

Deux procédés principaux sont employés :

1° Pédicule intra-péritonéal (Schroeder, Billroth, etc.);

2° Pédicule extra-péritonéal (Péan, Terrier, Braun, etc.).

Dans l'une et l'autre méthode des progrès ont été réalisés.

Schroeder, par l'affrontement exact des surfaces cruentées, la fermeture soigneuse du péritoine sur le moignon et la rigueur de l'antisepsie, arrive, malgré la multiplicité des liens abandonnés, à rendre l'opération presque aussi sûre que l'ovariotomie, dans les cas ordinaires.

Billroth remplace le tube de caoutchouc et la ligature préventive des vaisseaux des ligaments larges, par l'usage d'un clamp.

Sa suture ne ferme pas le péritoine, et les bords de son moignon restent cruentés dans le péritoine, mais il en opère la cautérisation soigneuse, ce qui est encore une façon de l'isoler.

Tandis que Schroeder est obligé d'opérer beaucoup dans le ventre par son procédé, Billroth au contraire opère hors du ventre le plus possible.

La méthode du pédicule extra-péritonéal, l'unique adoptée jusqu'ici en France, est peut-être plus sûre, mais nécessite une complication de soins et de traitements ultérieurs. Sa sécurité est dans le siège externe des surfaces cruentées hors du ventre, d'abord, et ensuite dans l'adoption des ligateurs *élastiques*, qui restent à demeure à la façon d'un *clamp*.

Nous citerons parmi les modèles les plus usités celui de Bouilly. La striction est sûre, continue, solide; elle peut être augmentée suivant la nécessité et au fur et à mesure du retrait des tissus.

Enfin il se manifeste en ce moment en France une tendance réelle à opérer par la voie vaginale les myômes accessibles par le vagin, soit intra-ligamentaires, soit interstitiels, à condition qu'ils soient de petit volume.

Péan les morcelle. Terrier, Richelot ont déjà fait l'hystérectomie totale par le vagin, pour des utérus infiltrés de myômes.