

Quant l'élytrotomie est pratiquée pour *grossesse extra-utérine*, on incise le cul-de-sac postérieur dans un endroit où on ne sent pas les pulsations artérielles. Cet orifice est ensuite débridé et agrandi avec les doigts introduits en cône jusqu'à ce que la main y puisse passer tout entière. On saisit le pied qu'on amène à la vulve, et à sa suite on dégage peu à peu le reste du corps. Le cordon est coupé à ce moment et on procède au décollement du placenta. S'il est adhérent, on l'abandonne et on irrigue la cavité avec une solution de naphthol β . Pinard fait ensuite des injections fréquentes qu'on peut remplacer par des tampons de gaze iodoformée s'il ne se manifeste pas de signes d'infection putride.

XI

ÉNUCLÉATION DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

INDICATIONS. — L'énucléation des fibromyomes par la voie vaginale, imaginée par Velpeau et exécutée pour la première fois par Amussat, dont elle porte le nom, doit être réservée pour les corps fibreux de petit volume. Elle est alors une opération inoffensive, qu'il ne faut pas confondre avec la myomotomie vaginale par morcellement, préconisée par notre regretté maître Péan.

Les fibromes justiciables de l'énucléation à proprement parler peuvent être rangés dans quatre catégories :

1° Ceux de la portion vaginale du col, fibromes intravaginaux ;

2° Ceux de la portion sus-vaginale du col et qui se trouvent très près du vagin. Ce sont des fibromes pelviens ou sous-aponévrotiques, nés de la portion sus-vaginale du col et développés dans le tissu cellulaire du bassin, sous l'aponévrose sacro-recto-génitale ;

3° Ceux de la face antérieure et postérieure de l'utérus, juxta-vaginaux, fibromes sous-péritonéaux ;

4° Enfin, ceux de la cavité utérine, fibromes sous-muqueux ou interstitiels placés très près de la muqueuse.

L'énucléation abdominale intra-péritonéale ne s'applique qu'aux fibromyomes interstitiels à évolution abdominale, bien encapsulés et à noyau unique. C'est alors une

opération conservatrice excellente, à condition qu'il n'existe point d'autres fibromes dans l'utérus.

L'opportunité de ces opérations est déterminée dans chaque cas par l'intensité des phénomènes morbides que provoque la présence des fibromes même de petit volume : métrorragies fréquentes ; douleurs dues à l'irritation du péritoine (fibromes sous-péritonéaux) ; coliques occasionnées par les contractions utérines (fibromes sous-muqueux) ; symptômes de compression des nerfs (névralgies) ; des vaisseaux (œdème des membres inférieurs, accidents hémorroïdaires) ; de la vessie (accidents urémiques) et du rectum (constipation opiniâtre, coprostase).

TECHNIQUE. — Les soins préliminaires sont ceux de toute opération gynécologique par la voie vaginale ; anesthésie générale ; position dorso-sacrée, les jambes soutenues par les tiges surmontées de sous-cuisses.

Deux aides écartent à l'aide de valves les parois vaginales. L'un abaisse en même temps l'utérus en déprimant l'hypogastre, l'autre pratique l'irrigation continue du champ opératoire.

Le toucher rectal, le cathétérisme vésical peuvent être utiles dans certains cas pour apprécier les rapports de la tumeur avec les organes voisins. L'utérus est fixé par une pince de Museux.

Quand il s'agit de *fibromes de la portion vaginale du col*, qui sont ordinairement séparés de leur capsule par un tissu cellulaire lâche, l'énucléation en totalité de la tumeur ne présente point de difficulté. On n'a qu'à inciser avec un bistouri jusqu'à la tumeur et l'énucléer à l'aide du doigt ou d'une spatule. Dans le cas contraire, on facilitera la décortication en détachant la tumeur par fragments. Le corps fibreux étant très peu vasculaire, on aura rarement besoin de laisser à demeure quelques pinces hémostatiques. Si après l'énucléation la plaie est nette, on la

suturera ; si elle ne paraît pas propre à la réunion primitive, on la tamponnera à la gaze iodoformée.

Les fibromes de la portion sus-vaginale du col, ceux de la face antérieure ou postérieure du corps de l'utérus qui proéminent dans le cul-de-sac de Douglas ou s'insinuent entre l'utérus et la vessie sont également facilement énucléés.

Pour décortiquer ces fibromyomes juxta-vaginaux, on pratique une incision jusqu'à la tumeur dans le cul-de-sac vaginal correspondant.

On la saisit avec une forte pince de Museux et on la détache comme dans le cas précédent. L'hémostase étant faite, on suture, si possible, la plaie ainsi que l'incision vaginale.

Le vagin est bourré de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les deux jours jusqu'à la réunion parfaite, qui s'obtient ordinairement au bout de huit à dix jours.

Quand les fibromyomes dédoublent partiellement la cloison recto-vaginale, on peut les énucléer par le périnée (périnéotomie transversale, p. 302).

Quand ils se développent du côté des ligaments larges, on doit redoubler de précautions pour éviter de léser les gros vaisseaux ou les uretères.

L'énucléation des *corps fibreux sous-muqueux ou interstitiels* situés très près de la muqueuse, nécessite tout d'abord une large dilatation du col. On l'obtient en faisant passer dans le canal cervical des tiges de laminaire ou des bougies de Hegar.

Si l'on n'arrive pas à se frayer un passage suffisant par ces moyens, on aura recours à l'incision bilatérale du col ou à des incisions multiples, à l'exemple de Chrobak. Quand la tumeur est devenue accessible, on incise sa capsule aussi largement que possible. A l'aide des doigts, de spatules, ou d'énucléateurs de Pozzi ou de Sims, on la décortique alors tout en l'attirant avec une forte pince

à griffe. Reste maintenant à l'extraire, ce qui exige souvent un morcellement assez laborieux.

Quand la tumeur est volumineuse, le morcellement est néanmoins bien préférable à des tractions excessives qui peuvent occasionner l'inversion de l'utérus. L'ablation doit être complète pour éviter l'inflammation ou la gangrène des fragments abandonnés. On fera des injections antiseptiques fréquentes intra-utérines, si pareil accident arrivait. La tumeur énucléée, on régularise la plaie avec les ciseaux, on la lave avec une solution chaude d'acide phénique à 1/100, on suture les incisions du col et on le tamponne, ainsi que le vagin à la gaze iodoformée.

Après l'opération, quelques injections hypodermiques d'ergotine sont parfois utiles pour provoquer les contractions utérines.

Atlee, Sims, Duncan, Kustner conseillent l'énucléation par morcellement en plusieurs séances. Vulliet la préconise en deux temps : incision de la capsule d'abord, énucléation quelques jours après. Ces méthodes ne présentent aucun avantage et ne sont pas exemptes de dangers (inflammation, gangrène des fragments).

Lorsque le *fibromyome à évolution abdominale* est unique, on peut l'énucléer par cette voie et conserver ainsi l'utérus. Les préparatifs sont ceux de toute laparotomie (p. 218). On pratique l'ouverture de l'abdomen en faisant une incision sur la ligne blanche jusqu'au pubis. Dans la partie inférieure on redoublera d'attention pour ne pas blesser la vessie, souvent allongée au-devant de la tumeur. L'utérus est attiré hors de l'abdomen et placé sur les compresses. Un lien élastique, un tube, ou un cordon plein en caoutchouc, est appliqué autour du col et est maintenu par une forte pince. On incise longitudinalement le tissu utérin jusqu'à la tumeur, on la décortique et on suture au catgut la paroi utérine. Si au cours de l'opération on avait ouvert la cavité de l'utérus,

on la fermerait par quelques points de suture sur la muqueuse. Dans les cas où cette ouverture serait trop considérable, on se contenterait de suturer seulement la paroi utérine du côté du péritoine et on drainerait l'utérus avec un drain en croix passé dans le vagin à travers le col.

Avant d'appliquer définitivement les sutures, on s'assurera de l'hémostase et on enlèvera le lien élastique.

Toilette du péritoine. Fermeture de l'abdomen (voyez *Laparotomie*).

XII

EXTIRPATION DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

INDICATIONS. — Elle constitue le seul véritable traitement des bartholinites chroniques, des abcès et des kystes de cette glande qu'on désigne également sous le nom de glande vulvo-vaginale, glande de Cowper, de Duverney.

C'est aussi le traitement de choix des fistules qui succèdent souvent à l'évacuation spontanée des abcès.

TECHNIQUE. — Antisepsie de la vulve, du vagin et du rectum. Position dorso-sacrée. Certains kystes superficiels peuvent être extirpés en anesthésiant la région avec les injections hypodermiques de cocaïne. La chloroformisation est indiquée dans la généralité des cas.

Lorsqu'on est en présence d'un abcès de la glande, on trace sur la muqueuse une incision de haut en bas, à quelques millimètres en dedans du bord libre de la lèvre, et parallèlement à lui. Dans les abcès granuleux on ne doit pas omettre de ponctionner ensuite les petites poches secondaires correspondant aux lobules de la glande. Le pus est évacué. A l'aide des ciseaux courbes on procède alors à l'extirpation complète de la glande en excisant toute la surface de la poche. On pince les vaisseaux qui donnent, on lave la plaie à l'eau phéniquée forte et on la tamponne fortement à la gaze iodoformée. Une mèche de

même gaze est placée dans le vagin, et, si on a constaté une fistule aboutissant au rectum, on en introduira une nouvelle mèche dans cet organe. Le tout est couvert d'une épaisse couche de coton et maintenu par un bandage en T.

Les soins consécutifs consistent à renouveler la gaze tous les deux jours jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. Pour empêcher les liquides vaginaux de venir au contact de la plaie, on remettra dans le vagin, à chaque pansement, une mèche de gaze antiseptique. On administre à la malade du salol à petites doses, si l'urine est irritante.

Quand il s'agit d'extirper une bartholinite chronique ayant donné naissance à des écoulements fistuleux, on pourra tenter la réunion immédiate par sutures au catgut, à étages superposés.

L'extirpation des kystes de la glande vulvo-vaginale se fait de la même manière. Après la dissection au bistouri, les lèvres de la plaie seront rapprochées par des points de suture, et, au besoin, on y laissera pour un ou deux jours une petite mèche de gaze iodoformée. Pozzi, pour faciliter la dissection, ponctionne d'abord le kyste avec un trocart à hydrocèle, le vide, le lave à l'eau chaude, puis y fait couler du spermaceti dissous au bain-marie. Quand la poche est ainsi distendue, on l'entoure de glace pilée, et au bout de quelques minutes on obtient une masse dure qu'il est très facile d'extirper rapidement, avec la simple anesthésie par le froid et les injections de cocaïne.

XIII

EXTIRPATION DES POLYPES

INDICATIONS. — C'est le mode de traitement le plus rationnel aussi bien des polypes muqueux que des polypes fibreux, qu'ils soient intra-vaginaux ou intra-utérins.

Les hémorragies incoercibles que provoquent même les polypes de très petit volume, les douleurs qu'ils occasionnent, la gangrène de la tumeur, sont autant d'indications opératoires.

TECHNIQUE. — Antisepsie vulvo-vaginale. Position dorso-sacrée. On peut souvent se passer d'anesthésie générale pour les polypes muqueux et fibreux intra-vaginaux. Les corps fibreux pédiculés intra-utérins la réclament, au contraire, toujours.

Une valve périnéale et une valve pubienne découvrent le col qu'on fixe par une pince de Museux.

Quand il s'agit d'un *polype muqueux*, on le saisit le plus près possible de son insertion sur la muqueuse avec une pince à pansement utérin à mors cannelés, et on lui imprime un mouvement de rotation sur son axe. Cette torsion suffit ordinairement pour arracher le polype, sinon, un coup de ciseaux aidera à le détacher.

Le point d'implantation du polype est cautérisé au perchlorure de fer ou au thermocautère; le col et le vagin sont tamponnés à la gaze iodoformée.

Les *polypes fibreux intra-vaginaux* sont extirpés de la même manière. On abaisse la tumeur le plus possible pendant qu'un aide s'assure avec une main appuyée sur l'hypogastre, qu'il n'y a pas d'inversion de l'utérus. On glisse deux doigts de la main gauche le long du pédicule, et, après lui avoir imprimé un mouvement de rotation, on le sectionne à petits coups de ciseaux courbes introduits le long de ces doigts.

Lorsqu'un fibrome pédiculé de grandes dimensions obstrue tout le vagin, on diminue son volume en l'évidant par ablation de tranches conoïdes jusqu'à ce que l'on puisse atteindre le pédicule avec les doigts et le sectionner.

Ce morcellement est de beaucoup préférable au débridement de la fourchette et à la section du périnée, que préconisent quelques chirurgiens.

Irrigation chaude de l'utérus, tamponnement de sa cavité et du vagin à la gaze iodoformée.

Quand on a affaire à un *polype intra-utérin*, il faut tout d'abord dilater largement l'orifice cervical, et, si cela ne suffisait pas, débrider bilatéralement le col jusqu'à l'insertion vaginale. La tumeur devenue accessible, on procède comme pour un polype intra-vaginal.

Ordinairement l'hémorragie provoquée par la section du pédicule est minime. Le tamponnement intra-utérin en aura, en tout cas, toujours raison.

Le curettage, destiné à guérir la métrite concomitante et à hâter l'involution de l'utérus distendu par la tumeur, complètera utilement l'extirpation des polypes.

Quelques injections d'ergotine peuvent également être faites dans ce dernier but.