

Le curettage est indiqué :

Dans les métrites hémorragiques, fongueuses, et c'est alors qu'il donne les plus beaux résultats ;

Dans la métrite puerpérale consécutive à des rétentions de fragments de membranes, de placenta, avec les restrictions et les réserves ci-dessus ; dans les métrites purulentes séniles avec rétention et développement de fongosités qui simulent parfois un épithélioma intra-utérin.

Lorsque la métrite est aiguë, parenchymateuse, soit blennorragique, soit puerpérale, le curettage n'est pas indiqué et ce qu'il y a de mieux, c'est le drainage après dilatation, avec modifications par des pansements intra-utérins bien faits.

Il doit être rejeté en général quand il existe franchement une suppuration péri-utérine ou annexielle (ovarique ou tubaire).

*De l'opération d'Emmet ou trachélorraphie.* — Nous avons vu les relations qui existent entre la métrite et les déchirures du col.

Certaines métrites post-puerpérales sont entretenues par cette lésion minime au premier abord et la première chose à faire est de réparer la déchirure pour arriver à une guérison de la phlegmasie utérine. Généralement on associera à cette opération le curettage qui sera pratiqué d'abord, lorsqu'il sera indiqué, et qui sera dans ces conditions autant une manœuvre d'asepsie qu'une intervention directement dirigée contre la métrite.

L'opération d'Emmet s'applique aux cols déchirés, dont la muqueuse est intacte ou peu altérée, avec tissu de cicatrice plus ou moins rétractile remontant plus ou moins vers l'insertion vaginale.

Elle consiste, après avoir abaissé le col de l'utérus, mis en évidence par le placement de deux valves, à aviver la déchirure en enlevant largement le tissu cicatriciel rétractile, puis à faire une suture exacte des deux surfaces cruentées de façon à reconstituer le col dans sa physionomie première. L'opération sera faite d'un ou des deux côtés, suivant que la déchirure sera uni ou bilatérale. Les points de suture seront faits au catgut n° 3. De la sorte, il sera inutile d'enlever les points, le catgut se résorbant et tombant spontanément au bout de dix à quinze jours.

Lorsque l'opération est terminée, la cavité vaginale est tamponnée mollement à la gaze aseptique ou iodoformée.

Pour qu'elle réussisse et ait le résultat désiré, il faut qu'il n'y ait aucune désunion, ni suppuration consécutive : il faut une réunion immédiate et complète.

Très souvent des métrites, rebelles jusque-là, guérissent ensuite par des moyens simples, et sans retour.

*De l'excision bi-pariétale du col (procédé de Bouilly) (1).* —

(1) BOUILLY, De l'endométrie cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical (Bull. de la Soc. de chirurgie, 1893, p. 112).

Lorsque le col est étroit, petit, sans éversion, qu'il semble que l'endométrie puisse être entretenue par une issue difficile des produits de sécrétion, que la muqueuse cervicale est manifestement atteinte, Bouilly a imaginé une intervention que nous avons eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois et qui nous a donné de bons résultats.

La voici telle qu'elle est décrite par son auteur : L'utérus est, comme à l'habitude, dilaté à l'aide de lamineurs pendant quarante-huit heures. Après fixation et abaissement de l'organe avec la pince tire-balles, le curettage est exécuté, le col est gratté, lui aussi, surtout au niveau des extrémités de son diamètre transversal où la muqueuse va être respectée ; une pince tire-balles est placée sur la lèvre antérieure, une autre sur la lèvre postérieure ; l'orifice cervical dilaté permet de voir largement la muqueuse cervicale plus ou moins hypertrophiée. Avec un bistouri étroit et pointu, l'on enlève sur la lèvre antérieure un lambeau rectangulaire comprenant les trois quarts de la demi-circonférence antérieure de la muqueuse. Le bistouri est porté à 1 centimètre et demi de profondeur jusqu'au voisinage de l'orifice interne au niveau de la jonction de la paroi inférieure et de la paroi latérale, et il détache à la face interne du col un petit lambeau rectangulaire étendu d'une commissure à l'autre ; en haut on achève la section d'un coup de ciseau pendant que le lambeau est attiré à l'aide d'une pince à griffes. La même manœuvre est répétée pour la lèvre postérieure ; il en résulte la formation de deux demi-gouttières élargissant en avant et en arrière la cavité du col, se regardant par leur concavité ; la muqueuse est enlevée partout, excepté au niveau des parties latérales pour éviter tout rétrécissement consécutif.

Après l'ablation des lambeaux, on peut passer la curette tranchante sur les surfaces avivées, de manière à dilacérer et à ouvrir largement les culs-de-sac glandulaires qui auraient échappé au bistouri. Le vagin est alors nettoyé, légèrement tamponné, puis une mèche imbibée de glycérine créosotée à un tiers est appliquée dans la cavité du col recouverte de gaze sèche, tandis que le vagin est tamponné comme habituellement avec des lanières de gaze iodoformée.

Le pansement est changé au bout de quarante-huit heures, remplacé par un nouveau au bout de quatre jours et ainsi de suite, en ayant toujours soin de maintenir béante la cavité du col et de prolonger le traitement antiseptique par la créosote. Au bout de quinze jours, tout est généralement terminé.

Le seul accident signalé est quelquefois une hémorragie qui peut survenir immédiatement ou quelques heures après l'intervention et qui cède à un tamponnement vaginal bien fait. L'opération de Bouilly peut être pratiquée aussi dans les cas de sténose du col et, à ce titre encore, nous la retrouvons dans les indications fournies par cette dernière.

*De l'opération dite de Schröder.* — C'est l'intervention appli-



cable dans tous les cas de métrites cervicales avec cols déchirés, éversés, bourgeonnants; que le col soit petit ou volumineux, l'amputation de Schröder peut être pratiquée.

L'opération de Schröder (fig. 174) consiste dans l'excision de toute la muqueuse cervicale malade en même temps que d'une partie du parenchyme sous-jacent avec réunion du lambeau résultant de l'excision du museau de tanche, avec la muqueuse cervicale restante, en avant et en arrière.

Il vaut mieux faire précéder l'opération de Schröder de la dilatation par des lamineuses, de façon à rendre l'orifice largement béant, la muqueuse bien étalée. Comme toujours, il y a de l'endocervicite et presque toujours de l'endométrite corporelle: il sera bon encore de commencer par un curetage soigné de la cavité corporelle, puis cervicale.

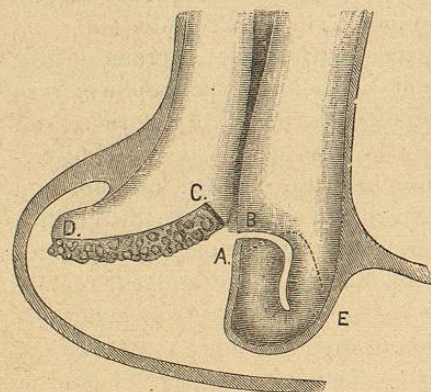


Fig. 174. — Opération de Schröder.

Plus l'utérus se laisse facilement abaisser, plus l'opération sera facile; elle devient très difficile, sinon impossible, lorsque l'utérus ne se laisse pas mobiliser vers le bas et, presque toujours alors, il vaut mieux y renoncer et faire l'amputation biconique de Simon où l'avivement et la réunion sont relativement plus faciles, si l'on peut, par cette dernière, exciser complètement la muqueuse malade.

L'utérus abaissé, d'un coup de ciseau on fend le col de chaque côté en ayant soin d'exciser les tissus cicatriciels des déchirures, s'il en existe. Puis, commençant par la lèvre postérieure bien agrippée, on enlève toute la muqueuse épaissie avec le tissu scléreux sous-muqueux et les glandes, en laissant de la lèvre un lambeau qui sera suturé à la section de la muqueuse cervicale à l'aide de catguts n° 2 ou 3; la même opération sera répétée pour la lèvre antérieure, quelques fils fermeront le col de chaque côté. L'opération terminée, un pansement intra-utérin est appliqué par-dessus le pansement gynécologique usuel.

L'opération de Schröder a été modifiée par Jeannel qui, avec un seul fil, traversant muqueuse et lambeaux, amène l'affrontement. A notre avis, aucune manière de faire ne vaut le procédé proprement dit; seulement, il est difficile à bien exécuter et ce sont surtout les sutures, et, par suite, l'affrontement exact des surfaces, qui sont malaisées. On a beaucoup parlé et écrit contre cette intervention; on l'a accusée de provoquer des avortements, des accidents de dystocie,

lorsque la femme devient enceinte par la suite. Ce reproche est absolument injuste et immérité et, comme cela ressort de la discussion qui a eu lieu à la Société d'obstétrique et de gynécologie (1899-1900), jamais une opération bien exécutée et bien réussie n'a donné lieu à des ennuis consécutifs; ce sont les cas de Schröder mal faits, mal réussis, suppurés, qui donnent lieu à des cicatrices vicieuses, rétractiles, à des cols déformés et rigides et, par suite, aux accidents graves signalés.

*De l'amputation biconique du col* (Simon Markwald). — L'amputation biconique du col est indiquée dans tous les cas de cols gros hypertrophiés, avec ou sans éversion utérine, lorsque les altérations de la muqueuse cervicale sont relativement limitées au segment inférieur du col (fig. 175).

Le col, abaissé par une pince placée sur la lèvre postérieure, est incisé verticalement au niveau de ses deux commissures avec de forts ciseaux droits. La lèvre postérieure est saisie spécialement et l'on en excise un coin à sommet dirigé en haut, à base en bas, comprenant une partie plus ou moins grande suivant le degré d'hypertrophie; les deux faces du coin excisé sont réunies l'une à l'autre par de forts catguts 3; quatre à cinq points suffisent généralement.

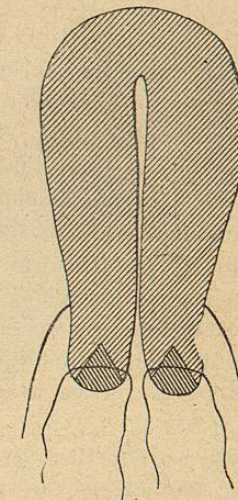


Fig. 175. — Amputation biconique du col (Simon Markwald).

La même opération est renouvelée pour la lèvre antérieure; puis l'incision latérale est fermée à son tour à droite, puis à gauche. Bien entendu, l'amputation biconique a été précédée d'un curetage, si celui-ci a été reconnu nécessaire. Mêmes soins comme pansements que précédemment.

L'usage des catguts a un grand avantage dans toutes ces interventions. Les fils étant résorbables, il n'est pas besoin de les enlever; la partie saillante dans le vagin s'élimine du dixième au quinzième jour généralement et le col est parfaitement reconstitué.

Toutes les opérations plastiques que nous venons de passer en revue ont une action incontestable, non seulement sur les cervicites et endocervicites, mais encore sur la métrite du corps. Braun avait déjà insisté sur les modifications consécutives du côté du corps par de simples interventions sur le col et il est incontestable que l'involution utérine déficiente est grandement favorisée par elles.

Lorsque les métrites résistent au traitement que nous avons indiqué, le chirurgien peut être amené à pratiquer des opérations encore plus étendues, et c'est ainsi que l'hystérectomie vaginale a été préconisée contre certaines métrites douloureuses ou hémorragiques abso-



lument rebelles à toute thérapeutique. Cette opération sera décrite plus loin à propos du traitement des fibromes.

La castration totale utéro-ovarienne, consistant à enlever du même coup soit par laparotomie, soit par la voie vaginale, l'utérus et les annexes, a été proposée et exécutée.

N'oublions pas enfin que souvent la métrite est compliquée de rétroversion, de prolapsus, et que les interventions dirigées contre ces déplacements complètent efficacement les soins ou les opérations pratiqués sur la matrice elle-même.

### FIBROMES UTÉRINS (1).

Les tumeurs fibreuses ou corps fibreux de l'utérus, fibromes, myomes ou fibromyomes utérins sont des tumeurs bénignes pouvant atteindre un volume énorme, mais susceptibles de régresser spontanément à la suite d'un accouchement ou après la ménopause.

Formées par les éléments mêmes qui constituent la charpente du parenchyme utérin, tissu musculaire et tissu conjonctif en proportion variable, ces tumeurs, noyées d'abord dans le parenchyme dont elles naissent, s'en isolent ensuite par une capsule conjonctive plus ou moins lâche et peuvent s'en énucléer enfin et s'en détacher, plus ou moins complètement, pour se développer soit vers la cavité abdominale, soit vers le tissu cellulaire pelvien, soit vers la cavité utérine et le vagin.

Elles prennent ainsi des apparences variées qui les différencient les unes des autres, tant au point de vue des symptômes qu'elles provoquent, qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale qu'elles appellent; elles méritent par là d'être envisagées séparément, suivant le siège qu'elles occupent.

Cette étude se divisera donc, très naturellement, en quatre chapitres. Dans le premier nous étudierons les fibromes en général avec leurs caractères communs; dans le second, nous nous occuperons des particularités anatomiques, symptomatiques et diagnostiques qui distinguent chacune de leurs variétés; dans le troisième, nous envisagerons les indications et les procédés médicaux et chirurgicaux que comporte la thérapeutique des diverses espèces de ces tumeurs; dans le quatrième, enfin, nous traiterons des fibromes dans la grossesse.

#### I. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES FIBROMES UTÉRINS.

**Anatomie pathologique.** — Sur l'utérus d'une même malade on peut trouver réunies, à leurs divers stades de développement, toutes

(1) Avec la collaboration du Dr Maurice HEPP, ancien interne des hôpitaux de Paris.

les formes des fibromes (fig. 176). L'utérus, englobé et souvent masqué par elles, est plus ou moins déformé, augmenté de volume, de consistance ferme: son col est allongé, rétréci et comme étiré; en un point de sa surface s'implante, par un pédicule grêle dans lequel transparaissent de grosses veines, une tumeur arrondie à revêtement péritonéal lisse. Dans un autre point, la surface de la matrice est soulevée par une bosselure qui fait corps avec elle. La section longitudinale de l'utérus dont les parois sont épaissies permet de

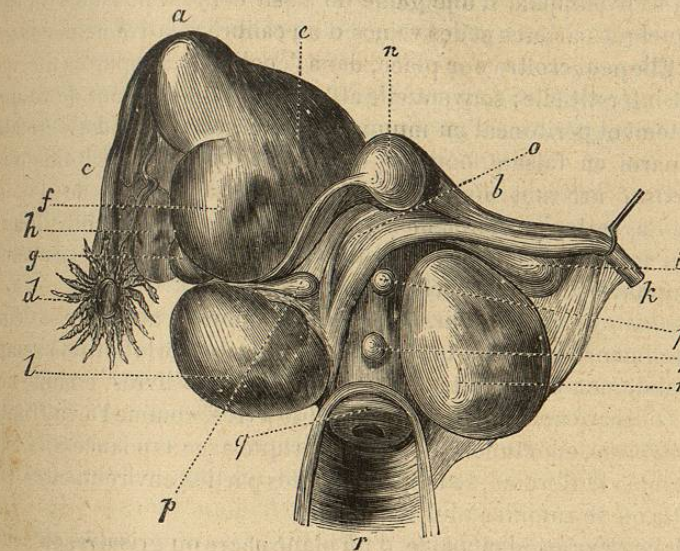


Fig. 176. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. — a, angle latéral droit de l'utérus; b, angle latéral gauche; c, trompe utérine droite; d, pavillon de la trompe; e, première tumeur fibreuse; f, deuxième tumeur fibreuse; g, portion de la troisième tumeur; h, ovaire droit; i, ovaire gauche; k, ligament rond droit; l, m, tumeurs fibreuses secondaires développées dans le tissu cellulaire; n, tumeur fibreuse pédiculée; o, repli du péritoine; pp, petites tumeurs à l'état naissant; q, museau de tanche normal; r, vagin à l'état normal (M<sup>me</sup> Boivin et Dugès, Atlas, pl. XIV).

découvrir de nouvelles tumeurs qui ne font saillie ni en dedans, ni en dehors, et qui apparaissent à la surface de la coupe, dont elles semblent vouloir faire hernie, plus ou moins sphériques et isolées du tissu ambiant par une capsule plus lâche; d'autres tumeurs se montrent au niveau de la cavité utérine, soulevant la muqueuse simplement ou libres dans cette cavité au bout d'un long pédicule qui leur permet de s'engager dans la cavité cervicale. En même temps, le chirurgien observe: une tumeur sous-séreuse pédiculée, un fibrome sous-séreux sessile, des fibromyomes interstitiels, des fibromes sous-muqueux, un polype fibreux, c'est-à-dire la série anatomique complète des espèces sous lesquelles peuvent se présenter les tumeurs fibreuses à leurs divers degrés de développement.