

cette question, on a cherché à fixer quelle doit être la limite supérieure du fibrome pour pouvoir être attaqué utilement par le vagin; les opinions des chirurgiens varient autant sur cette limite que sur l'objet du litige qu'elle doit trancher; ce fait seul montre que la limite supérieure qu'atteint le fibrome par rapport à la paroi abdominale est un élément très inconstant d'appréciation des bornes d'une action efficace par la voie vaginale.

Pour nous, tout le problème se réduit à savoir quand l'hystérectomie vaginale conserve sa bénignité; or, elle la conserve quand l'opération est facile, c'est-à-dire quand le vagin est large, l'utérus facilement abaissable à la vulve et la tumeur d'un volume tel que son morcellement ne puisse pas excéder le temps normal d'une hystérectomie abdominale. Dans de tels cas, la voie vaginale mérite la préférence avec ce seul correctif qu'un fibrome, même petit, pédiculé vers l'abdomen, doit déterminer l'opérateur à recourir à la laparotomie. Cette délimitation nous semble juste, d'abord parce qu'elle tient compte, aussi exactement que possible, des risques opératoires en les réduisant au minimum, ensuite parce qu'elle s'allie avec la faculté de demeurer conservateur au cours de l'intervention.

En effet, lorsque l'utérus vient facilement à la vulve, le fait d'avoir entrepris une hystérectomie vaginale n'oblige point l'opérateur à la terminer lorsque, ayant largement fendu l'utérus sur la ligne médiane, il s'aperçoit qu'il peut se contenter d'énucléer quelques tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses. Une telle conduite lui serait interdite, au contraire, s'il abordait l'utérus par le vagin pour enlever un fibrome pédiculé vers l'abdomen: l'hystérectomie préalable serait la condition même de la solution de son intervention. Dans ces cas, la laparotomie permet justement de ménager l'utérus.

La notion de la conservation, qu'il ne faut jamais perdre de vue, s'harmonise donc parfaitement avec les conditions de facilité et de sécurité opératoires que nous avons admises, en première ligne, pour résoudre la question tant débattue du choix de la voie opératoire.

En réalité, lorsque la question d'opportunité opératoire a été résolue, c'est le choix de la voie qui devient la question primordiale: à plupart du temps, en effet, la détermination absolue de l'opération à exécuter sera impossible avant l'intervention révélatrice de la topographie, de l'étendue réelle des lésions et aussi des possibilités chirurgicales; il en est particulièrement ainsi en ce qui concerne les énucléations de corps fibreux par la voie haute ou par la voie basse.

Il importe donc seulement que le chirurgien discerne assez judicieusement la voie à prendre pour qu'une fois entré dans celle qu'il a choisie, il n'y soit pas gêné pour modifier sa tactique opératoire, en ayant bien présentes à l'esprit, au moment même de les appliquer, les notions relatives à l'âge, à la conservation et surtout aux chances de guérison efficace et durable que nous avons envisagées. C'est

dans cet esprit que nous abordons l'étude des divers procédés opératoires.

Procédés opératoires. — A. PROCÉDÉS INDIRECTS, PALLIATIFS OU ATROPHIQUES. — *Réduction d'un fibrome enclavé.* — Cette opération consiste à repousser avec le doigt introduit dans le vagin ou dans le rectum, une tumeur fibreuse enclavée dans le cul-de-sac de Douglas et déterminant des accidents de compression.

Son manuel opératoire est des plus simples: il consiste à exercer de bas en haut sur la tumeur, au moyen de l'index et du médius de la main droite, une pression continue et énergique pour la faire remonter au-dessus du promontoire; ce résultat est annoncé par l'ascension brusque de la tumeur qui disparaît comme par un déclic.

Cette manœuvre peut être pratiquée en donnant à la malade diverses positions: le décubitus dorsal simple, la position de la taille, la position génu-pectorale, la position déclive. Il y a intérêt parfois à accrocher le col avec une pince et à l'attirer en bas et en avant, tandis que les doigts vaginaux repoussent en haut la tumeur; la main gauche appliquée sur l'abdomen peut attirer avec avantage le corps utérin en avant pour aider la pression vaginale de la main droite; enfin, la manœuvre est facilitée par l'administration du chloroforme chez la femme nerveuse.

La tumeur réduite est maintenue par un tampon vaginal. Les résultats de cette manœuvre sont parfois très importants; grâce à elle, on a pu conjurer des obstructions intestinales graves. L'un de nous a obtenu récemment un tel succès chez une malade très affaiblie qui n'eût pas supporté une intervention radicale.

Malheureusement, certaines tumeurs, primitivement enclavées, dans le cul-de-sac de Douglas, sont anatomiquement irréductibles.

La *dilatation du col* préconisée par Nélaton, la *discission du col* acceptée par Pozzi, ne sont que des moyens palliatifs très discutables et inconstants dans leur action contre les hémorragies; ils sont inférieurs au *curettage utérin*, dont la vogue fut grande il y a une dizaine d'années, grâce à l'idée fautive que les hémorragies des fibromes provenaient d'une métrite fongueuse concomitante. Le curettage réussit cependant assez souvent à suspendre l'hémorragie, mais pour un temps très court; il ne constitue pas un mode efficace de traitement, ni surtout de guérison.

La *castration bilatérale*, pratiquée en 1872 par Hegar et par Battey dans la dysménorrhée douloureuse, fut appliquée en 1876 par Trenholm et par Hegar à la cure des fibromes pour amener artificiellement les effets sédatifs et atrophiques de la ménopause. Elle eut un grand succès jusqu'en 1892; à cette époque, le perfectionnement du manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale la fit abandonner généralement. L'opération de Battey-Hegar est cependant d'une bénignité et d'une efficacité certaines. Mais elle n'amène pas une guérison immé-

diatée et présente tous les inconvénients des castrations doubles; elle est donc inférieure à l'hystérectomie et surtout à l'énucléation, et de plus n'est pas applicable aux malades ayant dépassé l'âge de la ménopause chez lesquelles l'ovaire est devenu un organe indifférent.

Le manuel opératoire est des plus simples; toutefois, si, la laparotomie faite, les ovaires ne se présentent pas d'eux-mêmes, il faut savoir que, souvent étirés, aplatis, en forme de poires tapées, appliqués contre la tumeur qui a déplissé et envahi le ligament large, parfois masqués par des adhérences, ils peuvent être difficiles à trouver et à pédiculiser. Aussi est-il souvent nécessaire de recourir à la position déclive et de faire une incision étendue pour mener à bien cette variété de castration.

La gravité de l'opération est presque nulle, la guérison opératoire est aujourd'hui la règle. Quant aux résultats éloignés, la statistique de Wiedow, qui rapporte les cas de Hegar, et une statistique toute récente de Schulein les présentent sous le même jour.

Résultat parfait dans 69 p. 100 des cas environ; cessation des hémorragies et des règles dans 78 p. 100 des cas; atrophie plus ou moins marquée de la tumeur dans 80 p. 100 des cas; la ménopause et l'atrophie ne sont pas toujours parallèles; 20 p. 100 des malades ne retirent aucun bénéfice de l'intervention; 10 p. 100 des malades ne profitent que d'une accalmie et voient leurs hémorragies revenir et leur tumeur augmenter de nouveau après un ou deux ans.

La castration agit surtout sur les tumeurs interstitielles, son action est nulle sur les tumeurs pédiculées.

Ses indications se réduisent donc à la cure des grosses tumeurs interstitielles, difficiles à énucléer, chez des femmes encore réglées, mais approchant déjà de l'âge de la ménopause. Chez des jeunes femmes, outre que l'opération a l'inconvénient de laisser la porte ouverte à la récurrence, elle cause les troubles inhérents à la suppression de la fonction ovarienne.

La *ligature des artères utérines* est un procédé palliatif plus récent. Il porte le nom de F. Martin et Gottschalk qui furent ses deux premiers défenseurs. La ligature des utérines, considérée par Martin, Dorsett et Rydigier, comme un cas particulier de la méthode des ligatures atrophiantes, par Gottschalk comme une méthode rationnelle, spécifique, destinée à supprimer l'irritation produite sur les parois vasculaires, dont la prolifération est, selon lui, l'origine des fibromes, fut pratiquée, presque simultanément, par ces divers auteurs, en 1892; depuis ce moment, elle a été faite par beaucoup d'autres.

On peut lier l'utérine par la voie abdominale et par la voie vaginale. De prime abord, la voie abdominale est plus séduisante parce qu'elle permet de lier en même temps l'utéro-ovarienne et semble ainsi donner à l'opérateur la faculté de soustraire l'utérus à tout afflux sanguin; mais, en réalité, les artérioles nées en amont du coude

de l'utérine échappent à la ligature par la voie abdominale et rétablissent rapidement l'irrigation utérine. La ligature de l'artère utérine par voie vaginale supprime, au contraire, cette importante voie collatérale et il importe peu qu'elle épargne l'utéro-ovarienne, car cette artère ne prend presque aucune part à la vascularisation de l'utérus.

Pratiquement, il convient donc simplement de citer, pour mémoire, la ligature des utérines par l'abdomen, et il ne faut retenir que la ligature par la voie vaginale, temps principal et unique d'une intervention ou temps complémentaire et préparatoire d'une énucléation par la voie basse.

La ligature des utérines par le vagin n'est pas toujours possible quand l'utérus est haut situé et fixé. Le manuel opératoire est le suivant: le col découvert par un écarteur est attiré à la vulve et cerné d'une incision circulaire comme pour l'hystérectomie. On ajoute à l'incision circulaire deux débridements transversaux sur la muqueuse des culs-de-sac. Le col utérin est alors libéré en avant et en arrière et la base des ligaments larges mise à découvert sur les côtés et isolée sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Le long du bord utérin, à droite et à gauche, sur une hauteur de 1 centimètre, un coup de ciseaux entame les ligaments larges, sectionnant souvent une branche inférieure de l'utérine qui est liée séparément. Le chirurgien palpe alors le bord inférieur du ligament large entre ses deux index droit et gauche, sent les battements de l'utérine, passe, au-dessus d'elle et à 1 centimètre environ du bord utérin, un fil avec l'aiguille de Deschamps, et ramène dans le vagin les deux chefs de ce fil dont le nœud étroitement solidement toute la base du ligament large. La ligature fait nettement pâlir le col. Les incisions vaginales sont ensuite suturées au catgut. La ligature peut être remplacée par la forcipressure au moyen d'une forte pince languette qui est laissée quarante-huit heures en place. Schwartz, Eugène Rochard, Gouilloud y ont eu recours et s'en sont bien trouvés.

Les résultats opératoires sont parfaits: il n'y a eu ni mortalité, ni morbidité. — Les résultats éloignés sont très favorables; l'action sur les hémorragies est immédiate et se maintient, bien que les règles finissent par se rétablir, l'action atrophiante sur la tumeur est également très marquée, quoique moins constante. Entre les mains de F. Martin, de Gottschalk, de Schwartz, de Gouilloud, les résultats ont été très concordants; cependant, la guérison n'est pas certaine et, outre que l'action est très aléatoire et parfois nulle sur les fibromes pédiculés, on peut voir réapparaître, au bout de quelque temps, un fibrome interstitiel ou même voir les hémorragies se reproduire comme l'a noté Gottschalk, contraint de faire, dans deux cas analogues, une hystérectomie secondaire. Quoi qu'il en soit, la ligature des utérines, opération absolument innocente, est la seule opération atrophique utilisable après la ménopause; c'est, de plus, l'opération de

choix contre les petits fibromes hémorragiques des femmes jeunes; c'est enfin un temps complémentaire très utile, d'une énucléation transcervicale, opération qu'elle facilite.

B. OPÉRATIONS DIRECTES OU CURATIVES. — Nous étudierons successivement les opérations praticables par la voie vaginale et par la voie abdominale, en nous bornant à exposer les méthodes essentielles universellement acceptées.

I. Opérations par voie vaginale. — Elles comprennent l'ablation des polypes fibreux, l'énucléation transvaginale des corps fibreux, l'énucléation transcervicale des tumeurs fibreuses, la myotomie vaginale, l'hystérectomie vaginale.

Ablation des polypes fibreux. — Cette opération, pratiquée instinctivement de tout temps, réglée seulement par Lisfranc, s'exécute aujourd'hui sans serre-nœuds, sans écraseur, de la façon la plus simple. Le polype est saisi par de fortes pinces à griffes, découvert par deux écarteurs vaginaux, attiré à la vulve; le chirurgien s'assure qu'il n'y a pas d'inversion utérine; il tord alors plusieurs fois le pédicule sur son axe en même temps qu'il le sectionne progressivement à tout petits coups de ciseaux. Une toilette soignée du vagin et de l'utérus est faite ensuite avec du sublimé pour éviter les accidents infectieux qui résultent souvent du sphacèle du polype.

Si la tumeur n'est pas nettement pédiculée, on la saisit avec une pince à griffes, on fend sa coque et on l'énuclée.

Si la tumeur est très volumineuse, on la morcelle, du centre et à la périphérie, avec le bistouri, ou on la réduit, comme Simon, par une série d'incisions en escalier entamant sa coque et permettant de l'étirer, comme Hegar, par une incision spiroïde entamant de même la coque.

La nécessité de fendre les commissures du col pour atteindre le pédicule d'un polype en sablier étranglé par l'orifice cervical, a été l'origine de l'énucléation transcervicale des corps fibreux érigée, en 1840, en méthode, par Amussat, pour le traitement des corps fibreux sous-muqueux. Après des vicissitudes diverses, cette opération, conservée en Allemagne par Langenbeck et Hegar, a repris son rang. Pour aborder la cavité utérine, on procède comme Amussat, Péan, Segond: on fend les commissures du col en transformant celui-ci en deux valves, on saisit la tumeur avec une forte pince à griffes, on incise sa capsule au niveau de son pli de réflexion avec la muqueuse utérine et on l'énuclée. Ou bien on recourt à l'incision médiane de l'utérus suivant le procédé que Schwartz a érigé en méthode, on pratique l'hystérotomie vaginale antérieure, amorçant ainsi l'hystérectomie vaginale si elle devient nécessaire.

L'hystérotomie vaginale antérieure, suivant le procédé de Schwartz, comporte le manuel opératoire suivant: le col est découvert par un écarteur, attiré à la vulve, cerné par une incision demi-circulaire,

libéré en avant, fendu sur la ligne médiane antérieure. Cette incision antérieure est prolongée sur la face antérieure du corps utérin abaissé peu à peu. Ainsi, une ou plusieurs tumeurs sous-muqueuses, même volumineuses, même du fond de l'utérus, peuvent être énuclées sous le contrôle de la vue et le domaine de l'énucléation transcervicale s'est étendu, d'autant plus qu'on peut, dans le cours de l'opération, pratiquer la ligature des utérines avant ou après avoir fait l'énucléation: c'est l'opération vaginale conservatrice par excellence. Actuellement, ces énucléations transcervicales sont extrêmement bénignes; leur mortalité est nulle, leur morbidité l'est à peu près.

L'énucléation transvaginale des corps fibreux consiste à énucléer ceux-ci en les abordant par une incision faite à la paroi vaginale.

Cette opération, pratiquée par L. Jocis (1878), Czerny (1881), ne s'adressait, au début, qu'aux corps fibreux développés aux dépens de la face postérieure du col qu'on enlevait par torsion et incision du pédicule quand ils étaient pédiculés, par énucléation quand ils étaient sessiles. Aujourd'hui, grâce à A. Martin, l'énucléation transvaginale est appliquée aux tumeurs isolées nées des faces antérieure ou postérieure du corps utérin. Suivant son siège d'implantation, la tumeur est abordée par une incision du cul-de-sac postérieur ou du cul-de-sac antérieur, saisie et abaissée dans le vagin par une pince à griffes; la capsule est alors incisée, ses deux lèvres repérées avec des pinces, la tumeur énuclée, la capsule suturée au catgut, l'utérus réduit dans le ventre et l'incision vaginale suturée. C'est d'ailleurs là un procédé d'exception, sauf pour les fibromes de la face postérieure du col, pour lesquels la voie transvaginale est la voie d'élection.

L'énucléation transpérinéale s'applique aux rares corps fibreux qui dédoublent la cloison recto-vaginale; Péan (1894) enleva ainsi par une périnéotomie verticale un gros corps fibreux; il vaut mieux recourir à la périnéotomie transversale qui permet de ménager à coup sûr le rectum.

L'énucléation par morcellement transcervical des tumeurs fibreuses de l'utérus ou myotomie vaginale, opération de Péan, n'est qu'une énucléation transcervicale plus complète; cependant, elle mérite une place à part, car elle a été, pour ainsi dire, le germe de l'hystérectomie par morcellement et elle constitue parfois une hystérectomie incomplète.

Le col découvert est attiré à la vulve, cerné par une incision circulaire, isolé sur toutes ses faces, incisé au niveau de ses commissures sur toute sa hauteur, après pincement préventif des utérines. Les deux valves cervicales, ainsi obtenues, sont saisies par des pinces de Museux, écartées l'une de l'autre, et la cavité utérine est ainsi largement ouverte; saisies au moyen de pinces de Museux après incision de leur capsule morcelées au bistouri par tranches si elles sont volu-