

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-

mineuses, les tumeurs utérines, même interstitielles, même sous-péritonéales, sont énucléées, l'une après l'autre, par traction, torsion, rotation aidées de manœuvres digitales. La capsule est nettoyée, l'hémostase faite par de longues pinces à forcipressure laissées à demeure; l'utérus est tamponné ainsi que le vagin après suture de ses incisions et de celles du col. Malgré les perforations utérines fréquentes et l'ouverture du péritoine, cette opération est très bénigne et Segond, qui en est resté le partisan déterminé, affirme que sa mortalité est nulle et ses résultats éloignés excellents. Cependant, l'hystérotomie médiane antérieure, mieux réglée et causant moins de délabrements, a remplacé généralement la myotomie vaginale de Péan.

L'hystérectomie vaginale n'a été érigée en méthode de traitement des fibromes que par Kottmann (1887), bientôt suivi de Demons, de Terrier et, surtout, de Péan qui substitua bientôt à l'hystérectomie en bloc, avec ligatures, l'hystérectomie par morcellement, avec forcipressure, étendant ainsi énormément les apanages de la voie vaginale.

Aujourd'hui, la pratique systématique de l'incision médiane antérieure de Doyen, ou de l'hémisection complète de Müller-Quenu, l'habitude de faire, en dernier lieu et de haut en bas, sous le contrôle de la vue, la forcipressure du ligament large, la réglementation plus précise des manœuvres de morcellement ont complété la méthode primitive et permis de l'appliquer avec simplicité, rapidité et sécurité à des tumeurs volumineuses, à la seule condition que le col soit accessible et facilement abaissable à la vulve et le vagin assez large et assez souple.

Le manuel opératoire des divers procédés d'hystérectomie vaginale ne diffère aujourd'hui que par des nuances; en tout cas, le premier temps est toujours identique. Le col étant attiré à la vulve par deux pinces à griffes qui en saisissent solidement les commissures, est cerné circulairement par une incision qui porte à la limite du museau de tanche et du vagin et qui est pratiquée, avec le bistouri, avec les ciseaux courbes ou avec le thermocautère, jusqu'au contact bien net du tissu utérin, blanc mat et criant sous le tranchant. Cette incision faite, le col est porté fortement en avant et l'opérateur, dégagant sa face postérieure du col de quelques coups de ciseaux, ouvre le cul-de-sac de Douglas et explore la cavité pelvienne. Puis le col est porté en bas et en arrière et sa face antérieure prudemment et progressivement dénudée par le doigt recouvert d'une compresse de gaze et par quelques coups de l'extrémité des ciseaux courbes dont la concavité est tournée en arrière; la vessie décollée est chargée sur un long et étroit écarteur, et le col libéré d'un coup de ciseaux, sur les côtés, sur 1 centimètre de hauteur environ.

Ces premières manœuvres sont communes à tous les procédés, les différences commencent là :

S'il suit le procédé de Doyen, le chirurgien, amarrant solidement les deux commissures du col, le fait attirer fortement en bas en étalant en quelque sorte sa face antérieure; introduisant une branche des ciseaux dans le canal cervical, il sectionne sur la ligne médiane cette face antérieure de bas en haut jusqu'à la limite du décollement cervical et place à la limite supérieure de l'incision deux pinces en regard l'une de l'autre sur ses deux lèvres droite et gauche (fig. 181). Une traction exercée sur ces pinces abaisse une portion supérieure de l'organe, à son tour sectionnée, à son tour saisie et repérée, à son

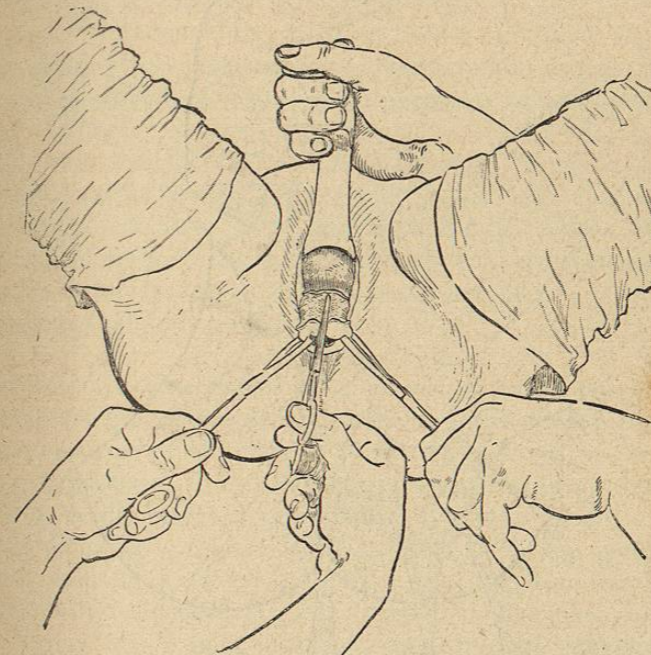


Fig. 181. — Hystérectomie vaginale. Premier temps.

tour abaissée par des pinces placées plus haut. Dans ces manœuvres, faites à l'abri de l'écarteur vésical, le cul-de-sac vésico-utérin a été ouvert et, par sa section; l'écarteur antérieur a pénétré profondément dans l'abdomen. Bientôt, par cette ouverture, l'index droit peut accrocher le bord supérieur du ligament large, le fond de l'utérus, inverser celui-ci en avant et, par des tractions combinées avec celles des pinces, l'amener en bas, dans le vagin, puis à la vulve, sous les yeux du chirurgien. Les ligaments larges sont fortement tendus, le chirurgien prend celui du côté gauche entre l'index et le médius et, le long de ses doigts comme guides, le saisit dans une longue pince clamp introduite de haut en bas, de façon que l'extrémité des mors de cette pince dépasse un peu le bord inférieur du ligament, serre cette pince, place en dehors d'elle et de bas en haut une courte languette

qui double sa pression au niveau de l'artère utérine et, entre les pinces ainsi placées et le bord utérin correspondant, sectionne le ligament large (fig. 182). L'utérus attiré au dehors est suspendu en quelque sorte au bout du ligament large droit; celui-ci, très aisément, est pincé et sectionné comme le gauche, et l'utérus, définitivement libéré, tombe dans la main de l'opérateur.

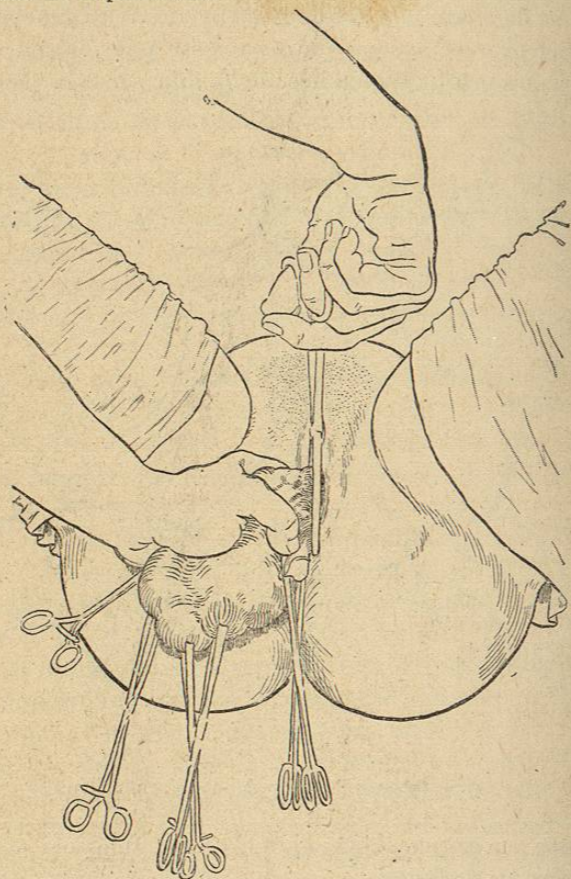


Fig. 182. — Hystérectomie vaginale. Pincement du ligament large.

Le procédé de Segond-Richelot ne diffère de celui de Doyen que par un point de détail : dès que le col a été isolé, le chirurgien place une languette sur l'étage inférieur du ligament large, pinçant l'utérine pour réaliser une hémostase préventive, sectionne les tissus entre cette pince et le col, transforme celui-ci, par deux incisions latérales, en deux valves antérieure et postérieure qu'il excise après avoir, auparavant, amarré l'utérus par deux fortes pinces à griffes saisissant le bord inférieur de la face antérieure de chaque côté de la ligne médiane. Le reste de l'opération est pratiqué comme le fait Doyen.

Souvent, lorsque l'utérus, fendu sur la ligne médiane antérieure,

a été attiré à la vulve, il reste trop volumineux pour que le chirurgien puisse saisir le bord supérieur du premier ligament large pour le pincer; un moyen facile d'y arriver s'offre alors à lui : diviser l'utérus en deux moitiés en prolongeant sur le fond et sur la face postérieure l'incision médiane antérieure. Il peut alors aisément attirer à la vulve une moitié de l'utérus, tendre sous ses yeux le ligament large correspondant, le pincer ou le lier. C'est cet artifice qui a inspiré l'*hystérectomie par section médiane complète*, que Müller a pronée le premier en 1882 et que Quénu a érigée en méthode générale d'hystérectomie vaginale : c'est le procédé de Müller-Quénu.

Le col, libéré comme il a été dit, est saisi au niveau de ses commissures, incisé sur la ligne médiane en avant et en arrière; l'incision médiane est prolongée ensuite uniquement sur la face antérieure du corps de l'organe qui est amené à la vulve comme dans le procédé de Doyen. A ce moment, l'incision médiane est prolongée sur le fond et sur la face postérieure à la rencontre de l'incision médiane postérieure qui a déjà divisé le col; chaque moitié de l'utérus est alternativement attirée hors de la vulve, le ligament large correspondant fortement tendu est pincé ou lié, comme dans le procédé de Doyen, sans aucune hémostase préventive.

Ces trois procédés, également recommandables, ne sont réalisables, souvent, que grâce à des manœuvres accessoires de morcellement.

Ces manœuvres consistent : 1° à amincir la partie de l'utérus qu'on veut abaisser; 2° à se débarrasser des parties trop volumineuses d'utérus, déjà abaissées et qui encombrant le vagin.

Pour diminuer le volume de la partie à abaisser, une première manœuvre consiste à énucléer les fibromes que découvre l'incision utérine; d'autres consistent à les morceler, soit au moyen du cylindre tranchant de Doyen qui taille à leur centre de longs cylindres, soit au moyen de la pince gouge qui les égruge de la périphérie au centre, soit au moyen du long bistouri de Péan qui permet de tailler en pleine tumeur des blocs coniques. Tous ces moyens permettent de détacher et d'énucléer la tumeur réduite.

Dans le même dessein de diminuer le volume de l'utérus, le chirurgien peut aussi substituer à l'incision médiane antérieure une incision en V qui forme une sorte de large volet aux dépens de la paroi antérieure, volet qu'on peut dévider au dehors par des incisions en zigzag, incision spiroïde de Doyen, qu'on peut exciser et débiter par tranches superposées en saisissant au préalable la portion supérieure à celle qu'on excise avec une pince, volet qui, enfin, découvre largement la cavité utérine et facilite ainsi les manœuvres d'énucléation et de morcellement des tumeurs fibreuses.

Quand la masse utérine abaissée dans le vagin est très volumineuse et gêne les manœuvres d'abaissement du reste de l'organe, au-dessous

des pinces qui repèrent et maintiennent la portion retenue, haut située, le chirurgien peut débarrasser son champ opératoire en excisant de larges coins plus ou moins réguliers de la portion abaissée.

Ces diverses manœuvres permettent d'extraire de volumineux utérus, disproportionnés avec la filière pelvienne.

Parfois, l'utérus abaissé, de nouvelles difficultés naissent de la présence de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, qui s'opposent à l'extraction définitive et dont le pédicule peut même se rompre par les tractions exercées sur l'organe : il faut agir sur eux avec prudence et patience pour éviter de les perdre dans l'abdomen.

Si les annexes sont malades, elles sont saisies d'emblée ou secondairement, et extraites après avoir pincé le ligament large au delà d'elles ; si elles sont saines, le chirurgien doit les laisser en place, dans l'intérêt de la malade.

L'utérus extrait, les pinces du ligament large sont divisées en deux paquets droit et gauche ; on s'assure que l'hémostase est parfaite, on réduit soigneusement l'intestin et l'épiploon souvent prolapsés dans le vagin ; on borde au besoin la tranche vaginale postérieure saignante d'une série de pinces, puis le tamponnement vaginal est fait avec des lanières de gaze iodoformée ou des tampons de ouate iodoformée, en ayant bien soin que les tampons dépassent le bec des pinces et isolent tout à fait les parties pincées et contuses de la cavité abdominale ; l'urine est détournée par une sonde à demeure. On peut aussi très avantageusement placer quelques points de catgut réunissant les tranches péritonéo-vaginales laissant sortir au dehors, de chaque côté, les pinces placées sur les ligaments.

Les pinces sont enlevées avec prudence au bout de quarante-huit heures et les tampons vaginaux progressivement du cinquième au huitième jour.

Depuis qu'on a renoncé aux manœuvres complexes de morcellement, qui s'adressaient aux tumeurs volumineuses et duraient parfois deux ou trois heures, l'hystérectomie vaginale, pratiquée comme nous venons de l'exposer, pour des tumeurs petites ou moyennes, est une opération généralement rapide et facile qui donne une mortalité extrêmement faible de 1 à 2 p. 100 entre des mains exercées. Ses suites immédiates sont remarquablement bénignes ; le pincement des ligaments larges non enflammés est très peu ou très passagèrement douloureux, le shock opératoire est réduit au minimum ; au bout de quatre jours, la malade peut s'asseoir dans son lit et se lever au bout de douze à quinze jours.

Aussi l'hystérectomie vaginale pour fibromes mérite-t-elle de conserver la préférence dans le cas de fibromes sous-muqueux ou interstitiels multiples, de myomatose utérine généralisée, d'utérus géant, quand l'utérus ne présente pas des dimensions excessives et se laisse facilement aborder par le vagin.

II. *Opérations par voie abdominale.* — Les opérations praticables contre les fibromes par la voie abdominale répondent, naturellement, aux diverses variétés anatomiques des fibromes. Ce sont la myomectomie ou ablation d'un fibrome sous-séreux pédiculé, l'énucléation des fibromes sous-séreux interstitiels ou intraligamentaires, l'hystérectomie abdominale. Elles sont nées des nécessités de la pratique, du jour où la laparotomie est entrée dans les habitudes chirurgicales.

Les premiers chirurgiens qui eurent l'audace de s'attaquer aux fibromes utérins par la voie abdominale : Granville en 1837, Atlee et Lane en 1844, n'avaient en vue que l'ablation de tumeurs nettement pédiculées qu'ils prenaient pour des kystes de l'ovaire ; beaucoup, une fois détrompés, refermaient le ventre. Toutefois Burnham, en 1853, fit une hystérectomie totale avec succès ; Kimball, en 1855, pratiqua une hystérectomie à pédicule externe ; mais ils n'avaient pas agi de parti pris et avaient simplement obéi aux circonstances suivant leur tempérament.

Kœberlé, le premier, le 19 décembre 1863, pratiqua systématiquement l'hystérectomie abdominale pour fibrome non pédiculé, d'après une technique raisonnée qu'il perfectionna et vulgarisa après ce premier succès ; il est donc le vrai promoteur de l'hystérectomie abdominale. Spencer Wells, la même année, guérit une malade par simple énucléation d'un myome interstitiel. En somme, dès 1863, les principales méthodes de la cure chirurgicale des fibromes par voie abdominale avaient vu le jour et chacune comptait au moins un succès : mais il fallut attendre la période antiseptique pour voir ces efforts se coordonner et donner naissance à des procédés bien déterminés et classés ayant, chacun, ses indications.

1° La *myomectomie ou ablation d'une tumeur fibreuse sous-séreuse pédiculée* est la plus simple des opérations abdominales pour fibromes. La malade est placée dans la position inclinée, le ventre ouvert sur la ligne médiane, la tumeur détachée de ses adhérences qui sont assez fréquentes dans ce cas particulier, et attirée au dehors. Les intestins réclinés vers le diaphragme et le ventre garni de compresses, le chirurgien examine l'utérus et les annexes pour voir si une hystérectomie n'est pas dictée par l'état de ces organes ; puis, s'il opte pour la myomectomie, il considère le pédicule et le traite suivant sa longueur et son volume.

Si le pédicule est grêle et long, une simple transfixion suivie d'une ligature en chaîne peut constituer un traitement suffisant, mais il vaut mieux disséquer un peu au-dessus de l'attache utérine une collerette de péritoine, la rabattre vers la matrice, lier et sectionner le pédicule et le recouvrir de cette collerette après hémostase parfaite bien constatée.

Si le pédicule est gros et long, il est imprudent de l'étreindre en bloc dans une chaîne à la grosse soie ; mieux vaut tailler à ses dépens