

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

deux lambeaux ou une collerette péritonéale qu'on rabat vers l'utérus, le sectionner à petits coups de ciseaux, en pinçant et en liant, au fur et à mesure, les vaisseaux qui donnent, enfin le recouvrir du péritoine ménagé à cet effet; on évite ainsi d'abandonner dans l'abdomen une large surface cruentée, prête aux infections et aux adhérences, agent possible d'étranglement.

Enfin, si le pédicule est gros et court, la ligature en masse est encore plus dangereuse; il est préférable de disséquer le péritoine qui entoure son attache utérine, d'énucléer ce pédicule du tissu utérin où il prend naissance et de faire ensuite, par ligatures et sutures en étages, l'hémostase parfaite de la loge déshabillée; on suturera au-dessus d'elle le péritoine détaché et on réalisera une véritable suppression du pédicule.

Avec ces méthodes, le danger de la myomectomie est très faible, ses suites immédiates et éloignées sont celles de l'ovariotomie pour kystes de l'ovaire. Malheureusement, la myomectomie a des indications relativement rares; elle ne convient qu'aux gros fibromes, solitaires, chez des femmes jeunes: en tout autre état de cause, l'hystérectomie lui est préférable.

2° *L'énucléation abdominale, intrapéritonéale des fibromes, ou myomotomie*, s'adresse également de préférence aux corps fibreux interstitiels, solitaires, des jeunes femmes; toutefois, une réaction favorable à cette opération s'est dessinée dans ces derniers temps et, à l'exemple de Tuffier, qui s'est constitué le champion de la myomotomie, plusieurs chirurgiens se déclarent disposés à étendre ses indications et à l'appliquer à la cure des fibromes multiples.

Martin (de Greifswald) et Témoin (de Bourges), les vrais promoteurs de la myomotomie, pratiquaient l'hémostase préventive au moyen d'un lien de caoutchouc étreignant l'utérus et les ligaments larges (Martin) ou au moyen de pinces à mors caoutchoutés saisissant les ligaments larges (Témoin); ils incisaient la capsule au-devant de la tumeur, pénétraient jusqu'à sa loge, l'énucléaient, faisaient une hémostase minutieuse et une suture en étage au catgut de cette loge et fermaient le ventre en drainant le plus souvent.

Tuffier se passe d'hémostase préventive, incise franchement l'utérus sur la ligne médiane antérieure ou postérieure, avasculaire, et, cheminant à travers le tissu utérin, pénètre jusqu'au fibrome, l'attire dans l'incision, l'énucléé, tamponne sa loge et la capotonne au catgut; par cette incision médiane, il peut attirer ainsi plusieurs tumeurs développées à droite et à gauche et il n'hésite pas à appliquer cette méthode à des cas où les fibromes sont nombreux et où l'indication de l'hystérectomie eût été admise jusqu'ici sans conteste.

Le danger de ces interventions est l'ouverture de la cavité utérine; on peut se contenter de la fermer par une suture; mais la plupart des opérateurs préfèrent bourrer alors la loge du fibrome avec une

lamère de gaz dont un bout est ramené, à travers la perforation muqueuse, par le col, dans le vagin. Un drainage du cul-de-sac de Douglas par le vagin et par l'abdomen est, en tout cas, indiqué lorsque cet accident est survenu.

Les suites immédiates de la myomotomie sont favorables. Dès 1892, Martin ne perdait que trois malades sur seize opérées et la statistique récente de Tuffier est presque vierge de décès; quant aux résultats éloignés, il n'est guère possible encore d'en juger, surtout en ce qui concerne les malades opérées pour tumeurs multiples par ce procédé.

3° *L'énucléation des corps fibreux intraligamentaires* est une opération d'exception qui s'adresse aux corps fibreux solitaires développés dans le ligament large: le diagnostic de ceux-ci étant des plus difficiles, même le ventre ouvert, on pratique presque toujours, dans ces cas, l'hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain. Toutefois, quand la tumeur est de petit volume, l'énucléation conservatrice est préférable. Le ventre ouvert, le chirurgien cherche à extérioriser la masse formée par l'utérus et la tumeur accolée à une de ses faces. Au-devant d'elle, il incise transversalement le péritoine au-dessus de la vessie, prend contact avec le fibrome, cherche à préciser son lieu d'implantation utérine, puis, le saisissant avec le désenclaveur, il l'attire en le détachant soigneusement, au plus près, avec le doigt, de tous les tissus environnants, l'énucléant par l'incision péritonéale, avec prudence, en veillant bien à ne pas léser l'uretère dont les rapports sont souvent détruits par la tumeur. Peu à peu, le fibrome est attiré hors de sa loge ligamentaire et son pédicule est lié ou énucléé. Un capitonage au catgut, parfois un drainage ou une marsupialisation du ligament large terminent l'opération.

4° *L'hystérectomie abdominale pour fibromes* a subi, depuis son origine, de lents, rationnels et méthodiques perfectionnements qui occupent une large place dans l'histoire de la chirurgie contemporaine, dont ils traduisent les doctrines successives et les progrès.

On peut diviser son histoire en quatre périodes assez distinctes: la première, qui s'étend de 1863 à 1878, dominée par Kœberlé et Péan, représente le règne de l'hystérectomie à pédicule externe; la seconde est inaugurée par Schröder en 1878: elle est marquée par la substitution du pédicule interne au pédicule externe; la troisième, que signale la méthode de séquestration du pédicule de Wölfler et von Hacker en 1884, s'étend assez confuse jusqu'en 1892: elle est caractérisée par les efforts des chirurgiens pour isoler le pédicule interne de la grande cavité péritonéale; la quatrième enfin est celle de la suppression du pédicule. Bardenheuer, dès 1881, l'ouvre, mais n'est suivi que plus tard, et c'est en 1897, seulement, que triomphent, sans conteste, les deux grands procédés modernes qui en marquent le terme: l'hystérectomie supra-vaginale et l'hystérectomie abdominale totale.

Ces deux méthodes opératoires sont l'expression même des ten-

dances générales de la chirurgie abdominale moderne ; elles sont fondées sur les mêmes principes qui sont essentiellement : l'opération à ciel ouvert avec le plan incliné, l'opération hors du ventre avec la protection minutieuse des anses intestinales, l'hémostase par la ligature directe des artères dont la conséquence est l'abandon des gros pédicules, l'occlusion complète du péritoine par les grands lambeaux péritonéaux, pour supprimer les surfaces cruentées favorables à l'infection.

Chacun des procédés successifs qui a précédé ces méthodes simples a eu une raison logique : dans la période préantiseptique, de 1863 à 1878, l'hystérectomie à pédicule externe avec hémostase massive, par fils métalliques ou par liens élastiques, était seule possible, puisque les ligatures perdues étaient interdites par les dangers de l'infection.

Cependant, devant les grosses tumeurs, avec annexes élevées, qui ne se laissaient pas comprendre dans un pédicule en masse, le chirurgien dut apprendre à isoler l'utérus pour diminuer le pédicule et, ainsi, quand furent introduits dans la pratique les fils aseptiques, la méthode était assez perfectionnée pour que la réduction du pédicule se présentât comme une possibilité réalisable, grâce aux petites dimensions qu'on savait lui donner.

Bientôt, les accidents dus à ces pédicules saignants, liés en masse, voués à la nécrobiose et réduits à nu dans le péritoine, forcèrent les chirurgiens à les isoler de la grande cavité péritonéale en les couvrant d'un lambeau de séreuse et les engagèrent à les supprimer ; l'obstacle à ce dernier dessein était l'ignorance des procédés d'hémostase directe de l'utérine ; la pratique de l'hystérectomie vaginale vint apprendre à lier l'utérine par le vagin et à extraire, par la même voie, un pédicule confectionné par l'abdomen, donnant naissance aux procédés oubliés d'hystérectomie abdomino-vaginale ; l'introduction de la position de Trendelenburg, en gynécologie, qui date à peu près de 1885, permit bientôt de faire la ligature de l'utérine par l'abdomen, d'aborder le fond du petit bassin et de supprimer, par la voie haute, le pédicule cervical ou de le confectionner sans l'étreindre, ni le sphacéler, sous forme de moignon vivant. L'hystérectomie totale, souhaitée depuis longtemps, devenait une réalité et l'art de soigner les pédicules aboutissait à les supprimer, mais avait appris à utiliser le péritoine pour masquer et fermer les champs opératoires susceptibles de s'infecter.

Ainsi, successivement, les divers progrès de la technique, appliqués à l'hystérectomie, contribuaient à la transformer et les artifices mêmes imaginés pour pallier les inconvénients d'une méthode transitoire devenaient un des éléments importants de la méthode définitive.

*Hystérectomie à pédicule externe.* — La tumeur attirée hors du ventre peut être d'emblée pédiculisable si les annexes sont bas situées ; dans le cas contraire, les ligaments larges sont sectionnés

entre deux clamps, les tumeurs fibreuses gênantes énucléées, l'utérus dégagé et mobilisé. Le chirurgien jette autour de l'organe, en ayant soin de ménager la vessie repérée par une sonde, un lien de caoutchouc qui est glissé le plus possible au-dessous du point de la future section, enroulé deux fois, fortement serré et dont les deux chefs sont tordus ensemble et fixés dans leur torsion par une pince à pression ou un ligateur. Avec un couteau à amputation, la tumeur est ensuite sectionnée au-dessus du lien en creusant en cône vers le centre. Sur la tranche de section la cavité utérine est cautérisée, les noyaux fibreux saillants énucléés, puis le pédicule, soulevé par deux pinces à griffes, est traversé d'avant en arrière et de gauche à droite, puis dans une direction opposée, par deux broches d'acier qui se croisent à 45° et qui, s'appuyant par leurs extrémités sur la paroi abdominale, soutiennent le pédicule. Un second lien de caoutchouc, passant alternativement au-dessus et au-dessous des broches en s'insinuant entre elles, solidement fixé par ses chefs tordus l'un sur l'autre au moyen de fils de soie et d'un ligateur, remplace le lien élastique primitif qui est enlevé, et le ventre est fermé au-dessus et au-dessous du pédicule. Ce pédicule tombe par nécrobiose dans un délai qui varie, suivant son volume, de dix jours à trois semaines, en exposant la malade à divers dangers d'infection.

Ce procédé primitif est justement abandonné aujourd'hui ; toutefois il est susceptible de rendre des services lorsque l'asepsie opératoire ne peut pas être parfaite, lorsque l'utérus est infecté, lorsqu'il paraît y avoir intérêt pour la malade à réduire au minimum les manœuvres intrapéritonéales.

Quoi qu'il en soit, il convient de savoir que l'hystérectomie à pédicule externe n'a jamais donné une mortalité inférieure à 10 p. 100, entre les mains les mieux exercées, ce qui permet de mettre en doute même les avantages restreints que nous lui avons laissés. Elle sera dorénavant un procédé de nécessité.

*L'hystérectomie à pédicule interne* de Schröder consistait, après avoir réduit autant que possible le pédicule, préventivement hémostasié par ligature élastique, en le creusant en cône, à affronter ses faces cruentées l'une à l'autre, à le couvrir d'une manchette péritonéale et à l'abandonner dans le ventre, étreint par un fil de soie forte ou par un lien élastique, ou à le fixer derrière la paroi abdominale, comme Wölfler, dans l'épaisseur de la paroi, comme Hegar. Tous ces artifices n'ont plus qu'un intérêt historique et l'hystérectomie à pédicule interne, qui donnait 15 p. 100 au moins de mortalité, entre les mains merveilleusement expertes de Martin, doit être absolument abandonnée, car elle comporte des manœuvres intrapéritonéales aussi longues et plus compliquées que celles de l'hystérectomie supra-vaginale qui l'a supplantée.

L'hystérectomie supra-vaginale, suprême perfectionnement de l'hystérectomie à pédicule interne, est l'œuvre des élèves de Schröder, de Hoffmeier et de Chrobak ; elle diffère fondamentalement, toutefois, de l'hystérectomie à pédicule interne, d'abord, par la suppression de l'hémostase préventive, puis par la ligature directe des artères utérines isolées au niveau du col, ensuite par la confection d'un moignon réduit au col utérin seul, encore par la séquestration systématique du col sous des lambeaux péritonéaux taillés aux dépens des faces antérieure et postérieure de la tumeur, enfin et surtout par l'abstention de ligatures destinées à comprendre le col dans le pédicule.

Nous prendrons pour type de cette opération l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche de O'Kelly, qui s'applique à tous les cas et qui supprime la ligature en étages du ligament large.

La malade est couchée en position inclinée, le chirurgien est à sa gauche, l'aide à sa droite. Le ventre est ouvert, la tumeur examinée et mobilisée, les adhérences, s'il y en a, sectionnées entre une ligature et une pince placée du côté utérin.

Le chirurgien recherche l'ovaire gauche, fait saillir le ligament infundibulo-pelvien, le traverse avec une aiguille mousse au-dessous de l'utéro-ovarienne, passe un fil qui étreint l'artère et le bord supérieur du ligament, puis place sur ce ligament, plus en dedans, une pince et le sectionne entre cette pince et cette ligature. Il sectionne ensuite également entre une pince et une ligature le ligament rond et réunit les deux sections par une incision transversale intéressant le seul feuillet antérieur du ligament large, incision qu'il prolonge à 2 centimètres au-dessus de la bande vésico-utérine sur la face antérieure de l'utérus jusqu'au ligament rond du côté droit qui est également sectionné entre une pince et une ligature. Puis, avec le doigt recouvert d'une compresse de gaze ou encore avec un instrument mousse, il refoule en bas le feuillet antérieur du ligament large et la vessie en décollant celle-ci de l'utérus jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur. Ainsi le ligament large du côté gauche est largement ouvert, la face antérieure de l'utérus dégagée et la vessie mise à l'abri sous un écarteur abdominal. L'utérus est alors attiré à droite, le ligament large gauchebâille, le chirurgien y pénètre, le dissociant avec le doigt, atteint le bord gauche de l'utérus, le longe jusqu'au niveau du col, sent et aperçoit le coude de l'artère utérine sur le côté de celui-ci, la saisit, la lie, puis transversalement, au ras des culs-de-sac vaginaux, sectionne le col dont la vessie est écartée déjà (fig. 183). L'utérus, toujours fortement attiré à droite par l'aide, se renverse de ce côté, découvrant l'artère utérine droite qui est sentie, découverte, saisie et liée, tandis que l'utérus est entraîné à droite, par une sorte de déroulement, entraînant la trompe et l'ovaire droit dont il ne reste

plus qu'à lier le pédicule vasculaire, le ligament infundibulo-pelvien. L'hémostase est complète d'emblée, la cavité du col ouverte est cautérisée, oblitérée par la suture, puis la large plaie péritonéale qui s'étend d'un bord à l'autre du bassin est suturée au-dessus du moignon cervical et des pédicules vasculaires sectionnés et liés déjà. Aucune surface cruentée ne reste à nu dans la cavité pelvienne.

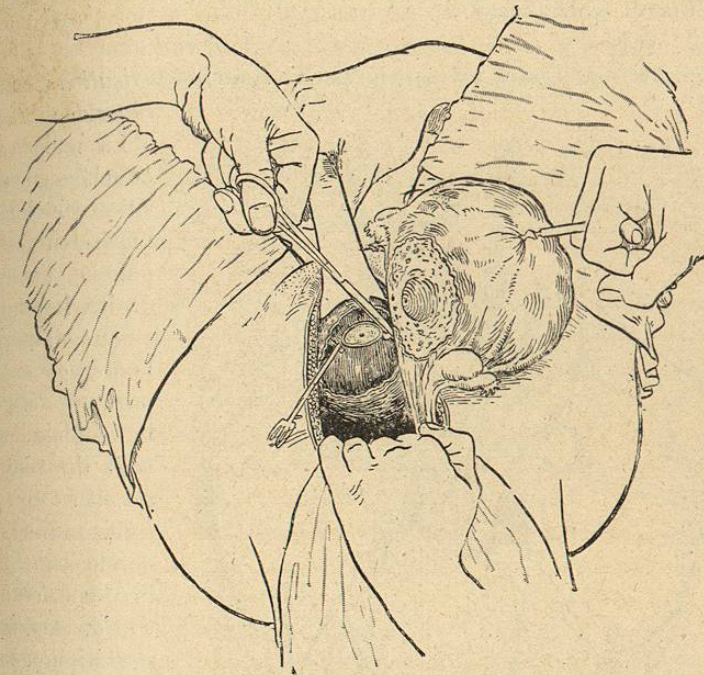


Fig. 183. — Hystérectomie supra-vaginale (Procédé de O'Kelly). — Le ligament large du côté gauche est détaché, l'artère utérine gauche est pincée, le col est sectionné. L'aide attire à droite la tumeur, découvrant l'artère utérine droite que pince l'opérateur.

Ce procédé, dit américain, s'applique aisément à tous les cas, mais il est surtout recommandable quand on se trouve en présence d'une tumeur incluse dans le ligament large. On attaque alors, le premier, le ligament large sain et, après section transversale du col, on décortique, sans aucune peine, on dévide de bas en haut la tumeur intraligamentaire tout en renversant l'utérus libéré et sans crainte d'hémorragie, puisque l'artère utéro-ovarienne du côté sain, les deux artères utérines, les deux artères du ligament rond sont déjà liées.

Il est facile, comme le fait Segond, de pratiquer, par ce procédé, l'hystérectomie abdominale totale, en ouvrant le cul-de-sac latéral gauche du vagin après avoir lié et écarté l'utérine correspondante au lieu de sectionner le col transversalement. Par l'ouverture du cul-de-sac, le col attiré est libéré de ses attaches vaginales et l'aide, tirant l'utérus à droite, amène à lui l'organe entier, col compris, découvrant