

l'artère utérine gauche qui est liée. L'opération se termine, ensuite, comme dans le cas précédent, avec cette seule différence qu'une suture du vagin remplace la suture de l'orifice cervical.

Voilà un premier procédé d'hystérectomie abdominale totale; deux autres seuls, bien typiques, méritent d'être connus: le procédé de Doyen et le procédé anonyme qui consiste à enlever l'utérus comme une tumeur quelconque.

Le procédé de Doyen est appelé, par l'auteur, *décortication sous-séreuse de l'utérus*.

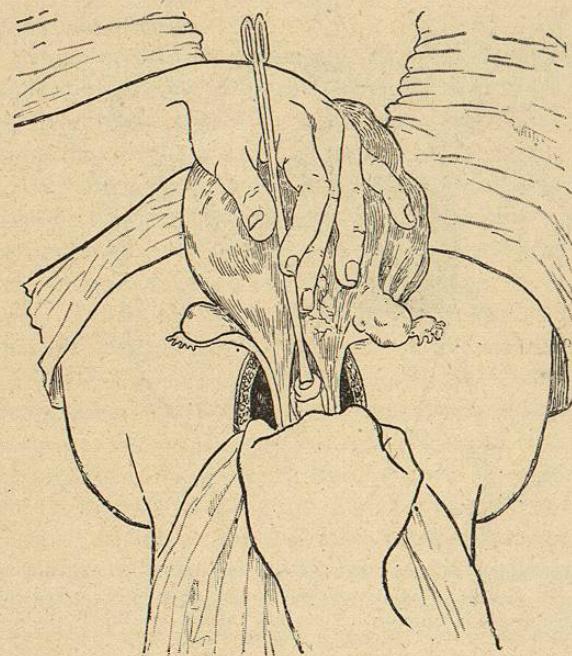


Fig. 184. — Hystérectomie abdominale (Procédé de Doyen). — L'utérus extériorisé est rabattu sur les pubis. Par le cul-de-sac postérieur du vagin incisé par le ventre, le chirurgien saisit la lèvre postérieure du col et l'attire à lui.

Sur cette pince la paroi vaginale postérieure, préalablement transfixée par un fil qui la repère et permet de l'attirer, est incisée transversalement, la pince vaginale agrandit l'ouverture par écart de ses mors; par cette ouverture, le doigt introduit dans le vagin touche le col et guide l'érigne à glissière qui saisit fortement et attire en haut sa lèvre postérieure, en tendant ses attaches latérales sous forme de brides qu'un coup de ciseaux sectionne. Cette libération latérale permet au col de s'élever; sa lèvre antérieure accessible est à son tour saisie, le cul-de-sac vaginal antérieur accessible est ouvert aux ciseaux comme dans l'hystérectomie vaginale, et le col, libéré de

toutes ses attaches vaginales, attiré en haut d'un mouvement continu, tandis que l'index gauche du chirurgien s'insinue entre lui et la vessie, qui est, en un instant, décollée de bas en haut. L'utérus ne tient plus, à ce moment, que par les deux ligaments larges. Le chirurgien, passant l'index droit en avant du ligament large droit, effondre le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, puis, passant l'index en crochet sous le bord inférieur de ce ligament, le décolle du bord utérin correspondant, en faisant en même temps porter l'utérus à gauche, et le détache, enfin, d'un coup de ciseaux. L'aide saisit alors ce ligament détaché, entre le pouce et l'index qui le compriment, et le chirurgien, attirant à lui l'utérus en le portant en haut et à gauche, le dépouille de son enveloppe séreuse antérieure et du ligament large gauche qui, décollé, n'adhère plus que sur un point du bord supérieur qu'un coup de ciseaux sectionne; l'utérus tombe, tandis que le ligament large gauche est saisi et comprimé entre le pouce et l'index (fig. 185). Les ligaments larges, d'ailleurs, saignent à peine, car ils sont décollés en bloc avec l'arcade anastomotique artérielle de l'utérine et de l'utéro-ovarienne non sectionnée. Les artérioles qui donnent sont liées, de même que le tronc de l'utérine de chaque côté. Les annexes sont laissées ou enlevées; dans ce dernier cas, leurs pédicules sont entraînés dans le vagin et le péritoine pelvien fermé par une suture en bourse.

Ce procédé, rapide et élégant, a été appliqué, grâce à quelques artifices, à tous les cas, par son auteur; mais il n'est vraiment supérieur que dans les cas de fibromes très réguliers à

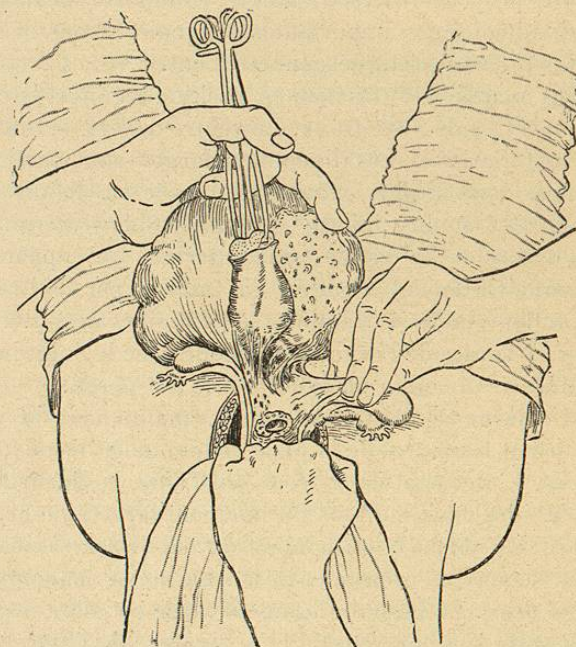


Fig. 185. — Hystérectomie abdominale (Procédé de Doyen). — Le col utérin détaché de ses insertions vaginales et saisi par sa lèvre antérieure est décollé de la vessie. L'opérateur attire à gauche l'utérus; l'aide pince entre ses doigts le ligament large droit qui vient d'être détaché de la tumeur.

annexes infères et quand le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible. Lorsqu'il existe des adhérences de l'utérus à la vessie, adhérences que rien n'indique avant son décollement, celui-ci peut amener une déchirure vésicale comme cela est arrivé à l'un de nous. Lorsque la tumeur est irrégulière, adhérente, les culs-de-sac peu accessibles, les ligaments larges tendus ou comblés par les tumeurs fibreuses, il est au contraire préférable de recourir au *procédé d'hystérectomie supra-vaginale ou totale* qui consiste à extirper l'utérus comme une tumeur.

Ce procédé d'hystérectomie comporte beaucoup de variantes individuelles peu importantes à signaler. Nous décrivons l'opération telle qu'on la pratique généralement.

La malade est couchée en position inclinée, le chirurgien est à sa gauche, l'aide à sa droite. Le ventre ouvert, la tumeur est mobilisée et extériorisée. Les ligaments larges sont sectionnés entre deux pinces dont la plus externe est placée en dehors ou en dedans des annexes, la plus interne contre le bord utérin. A 2 centimètres au-dessus de la bande vésico-utérine, qui apparaît nettement en faisant fortement soulever la tumeur par le tire-bouchon ou les grandes pinces à traction, le péritoine anté-utérin est incisé d'un bord à l'autre de l'organe et décollé avec le doigt jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin où le col utérin est perçu.

Un large écarteur abdominal, maintenant la vessie décollée et écartant les lèvres de la plaie abdominale, découvre le champ opératoire. L'utérus attiré à droite par l'aide, le chirurgien écarte avec les doigts les deux feuillets du ligament large gauche, pénètre jusqu'au bord de l'utérus et au contact du cul-de-sac vaginal, sur les côtés du col, découvre l'utérine et la lie. La même manœuvre est répétée du côté droit. La base du ligament large est alors sectionnée au ras du col entre son bord latéral et la ligature de l'utérine jusqu'au cul-de-sac vaginal latéral. La tumeur peut être alors facilement attirée en haut, grâce à la libération de l'utérus; le cul-de-sac vaginal antérieur fortement tendu est incisé, au contact du col, sur la ligne médiane, et par cette ouverture l'incision est prolongée, à droite et à gauche, autour du col, n'intéressant que la muqueuse vaginale. Les lèvres vaginales sont saisies avec des pinces à griffes, et un dernier coup de ciseaux, ouvrant le cul-de-sac postérieur, libère définitivement la tumeur qui est enlevée. Le vagin est immédiatement fermé par une suture au catgut, les pinces remplacées par des ligatures et l'incision séreuse suturée transversalement au-dessus des pédicules vasculaires qui sont enfouis.

Certains opérateurs ouvrent de préférence le cul-de-sac postérieur; d'autres préfèrent obstinément l'ouverture du cul-de-sac antérieur; la vérité est que tous agissent suivant les circonstances qui leur forcent la main en dépit de leur préférence.

Il y a quelques années, on aurait pu opposer à ce procédé, dont un temps fondamental est l'occlusion du vagin et du péritoine, les procédés dans lesquels le vagin était systématiquement laissé ouvert pour servir au drainage. Polk, Guermonprez, Schwartz et Ricard faisaient ainsi; mais la plupart de ces chirurgiens se sont ralliés à l'occlusion complète du petit bassin, quitte à drainer par l'abdomen, comme le fait Delagènière dans tous les cas.

Quoi qu'il en soit, un certain nombre de précautions, infiniment plus importantes que le détail d'un procédé, s'imposent au chirurgien avant de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Une asepsie complète et prolongée du vagin est absolument indispensable pour pratiquer en sécurité l'hystérectomie totale; si, en raison d'une vaginite rebelle, d'ulcérations inguérissables du col, d'une nécessité urgente, cette asepsie ne peut être obtenue, l'hystérectomie supra-vaginale devra être formellement préférée.

Sur la table d'opérations, la toilette des organes génitaux externes, de la face interne des cuisses et du vagin, sera l'objet de soins minutieux et confiée à un aide particulier. Naturellement, le cathétérisme vésical, la toilette de l'abdomen seront pratiqués comme dans toute opération abdominale.

Pendant l'opération, dès que la tumeur mobilisée sera extraite du ventre, les intestins seront soigneusement réclinés vers le diaphragme et protégés par deux ou trois larges compresses enveloppant toute la masse intestinale maintenue par la main de l'aide dont les doigts, appuyant sur le promontoire, découvrent et isolent tout le petit bassin. Le bassin sera continuellement asséché pour empêcher tout écoulement liquide vers la région abdominale supérieure. Les pinces seront, dans la mesure du possible, remplacées par des ligatures, au fur et à mesure, pour éviter leur chute possible et leur oubli dans l'abdomen.

L'opérateur peut rencontrer divers obstacles. C'est d'abord l'existence concomitante de lésions salpingiennes. Dans ce cas, le devoir est d'enlever les annexes avant de toucher à l'utérus et de faire une toilette minutieuse en cas d'effusion de pus.

Une autre complication est l'inclusion du fibrome dans le ligament large qui peut déterminer des adhérences intimes avec le colon pelvien dont le méso dédoublé contribue à envelopper la tumeur et le soulèvement de l'uretère que le chirurgien est exposé à sectionner. Le seul moyen de traiter l'adhérence du colon pelvien est de décortiquer la tumeur de son péritoine en incisant celui-ci assez loin de l'intestin pour ne pas sectionner son méso et compromettre ainsi irrémédiablement sa vitalité.

Le déplacement des uretères expose le chirurgien à un danger plus imprévu et moins facile à éviter. L'uretère, remonté en plein abdomen, serpente à la surface du fibrome sous le péritoine comme

une veine et peut être sectionné, comme tel, entre deux pinces. L'épaisseur et la consistance ferme insolite des parois attirent l'attention; pour avoir une certitude, il suffit de lever la pince supérieure: un jet d'urine, sortant par la lumière, lève tous les doutes. La décoration, au plus près, de la tumeur, est le moyen le plus sûr d'éviter cet accident quand on a lieu de le craindre, c'est-à-dire quand on rencontre une tumeur incluse avec annexes supères. Quand l'accident se produit, le meilleur moyen d'y remédier est de pratiquer sur-le-champ, une fois l'hystérectomie achevée, l'uretéro-néocystostomie. E. Schwartz a dû un beau succès à cette manière d'agir. Quand le conduit est trop court pour être bouché, même au sommet du globe vésical, il ne reste qu'à le fistuliser dans un angle de la plaie abdominale et à faire secondairement la néphrectomie.

Un dernier accident grave peut se produire, c'est l'hémorragie, soit veineuse, soit artérielle. L'hémorragie veineuse par section d'un des énormes sinus qui rampent à la surface de la tumeur est souvent d'une abondance extrême quand le vaisseau est largement déchiré, la forcipressure au contact de la tumeur solide est souvent impuissante à l'arrêter; le meilleur artifice consiste à passer, avec une aiguille, un fil sous le vaisseau qui saigne, en étreignant au besoin un peu du tissu de la tumeur dans la ligature.

L'hémorragie artérielle survient, généralement, à la fin de l'opération: l'utérine avait été mal pincée ou mal liée, la traction sur la tumeur couvait l'artère et dissimulait la faute, l'hémorragie naît avec l'ablation de la tumeur, ou bien la pince qui étreignait l'utérine s'est déclenchée, ou bien l'artère s'est arrachée au moment où on la soulevait pour la lier, comme il arrive chez les artérioscléroseuses à artères friables. Dans tous ces cas, l'inondation pelvienne est rapide et profuse; il faut tamponner au plus vite le petit bassin, faire comprimer par l'aide l'artère iliaque primitive correspondant au côté qui saigne et chercher l'utérine qui se rétracte dans sa gaine, contre la paroi pelvienne; on arrive presque toujours à la pincer; on la lie plus difficilement; le plus souvent il faut passer sous elle, avec l'aiguille, un fil qui la soulève et l'étreigne médiatement, au risque de comprendre l'uretère dans la ligature et de léser les veines utérines environnantes qui saignent en nappe, obligeant le chirurgien à de nouvelles ligatures aveugles et dangereuses; la ligature de l'hypogastrique est parfois nécessaire. Enfin le chirurgien doit savoir qu'une fois l'utérine correctement liée, au point où elle se recourbe pour longer le bord utérin, une hémorragie peut se produire dans l'hystérectomie totale, par ces branches courtes de l'utérine nées en amont de son coude et se dirigeant vers le col. Ces artères saignent d'autant plus que l'utérine est liée en aval de leur origine et il convient qu'elles soient soigneusement pincées et liées.

On ne saurait apporter trop d'attention à l'hémostase, car son

défaut est aujourd'hui la source presque unique des accidents post-opératoires, le shock et l'infection devenant sans cesse plus rares; si on soupçonne l'hémorragie une fois l'opération terminée, il ne faut pas hésiter à rouvrir le ventre; l'un de nous a ainsi sauvé la vie à une opérée.

Les suites opératoires de l'hystérectomie abdominale sont celles de toute laparotomie aseptique.

Le shock est plus rare parce qu'on opère plus vite grâce à de meilleures méthodes opératoires; les injections de sérum sont contre lui une arme préventive ou défensive d'une efficacité merveilleuse.

L'infection garde toute sa gravité; mais, grâce à une asepsie minutieuse, elle est exceptionnelle. Les accidents d'occlusion, fréquents autrefois, ont disparu avec les pédicules et grâce à l'occlusion séreuse pelvienne.

La mortalité, dans les cas simples, est extrêmement réduite; elle s'élève un peu si l'on considère tous les cas en bloc.

Noble, analysant les procédés américains d'hystérectomie sus-vaginale, en 1897, signale 17 morts sur 345 cas appartenant à Howard, O Kelly, Baldy, Penrose, Boldt, soit 4,3 p. 100 de mortalité.

Olshausen, à la même époque, présente au Congrès de Wiesbaden (1897) une statistique de 520 hystérectomies abdominales totales, pratiquées par des chirurgiens allemands, avec 50 morts, soit 9,6 p. 100 de mortalité.

A ne considérer que ces chiffres, la sus-vaginale serait moins grave que l'abdominale totale, en dépit des affirmations de certains chirurgiens.

Cette opinion semble prévaloir chaque jour davantage; aussi Terrier a-t-il abandonné l'hystérectomie totale. Quénu, Bouilly, E. Schwartz ne pratiquent plus guère que la supra-vaginale, et Hoffmeier oppose, en février 1898, à la statistique d'abdominales totales d'Olshausen, citée plus haut, un total de 342 cas avec 12 morts ou 3,5 p. 100 de mortalité. Il faudrait donc reconnaître la supériorité de l'hystérectomie supra-vaginale sur la totale et, pour notre compte, nous nous rallions à cette conclusion.

Quoi qu'il en soit, en réunissant les trois statistiques sérieuses et consciencieuses de Noble, d'Olshausen et d'Hoffmeier, concernant 687 hystérectomies supra-vaginales et 520 hystérectomies totales, nous trouvons 1 207 hystérectomies avec 79 morts, soit une mortalité de 6,54 p. 100 que nous pouvons considérer comme la moyenne de la mortalité dans l'hystérectomie abdominale, pour fibromes, faite selon les procédés modernes.

Il suffit de rappeler qu'en 1890 les meilleures statistiques réunies de Martin, de Schröder et d'Olshausen, tous chirurgiens parfaitement exercés et spécialisés, fournissaient 90 morts sur 299 cas traités par hystérectomie abdominale à pédicule interne, soit un peu plus de 30 p. 100 de mortalité, pour mesurer l'immense progrès qui s'est

accompli depuis dix ans dans l'intervention abdominale contre les fibromyomes utérins, grâce uniquement au plan incliné et à de meilleures méthodes opératoires.

Il est permis de douter qu'en tenant compte des mauvais cas et en faisant la part de la chance, on obtienne jamais des résultats plus favorables. Il semble donc que l'hystérectomie abdominale a dit son dernier mot.

#### IV. — FIBROMES ET GROSSESSE.

La coexistence d'une grossesse et d'une tumeur fibreuse soulève plusieurs problèmes intéressants relativement à l'influence de la grossesse sur l'évolution des tumeurs fibreuses, relativement aussi à l'influence des fibromes sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

La première observation de grossesse compliquée de fibromes est due à Béranger de Carpi (1530), la seconde à Fabrice de Hilden (1646); mais c'est seulement depuis le mémoire célèbre de Levret (1749) que cette éventualité pathologique a été scientifiquement étudiée.

Un fait frappa Levret et a été relevé depuis par d'innombrables observateurs, c'est l'*augmentation rapide, parfois galopante*, de tumeurs fibreuses, sous l'influence de la grossesse, et leur *diminution, parfois leur disparition, à la suite de l'accouchement*. Cette influence ne se fait sentir d'ailleurs que sur les tumeurs interstitielles; elle est presque nulle sur les tumeurs pédiculées. Les observateurs modernes, Doléris, Bossi, Polosson, Cornil, ont déterminé avec plus de précision les modifications macroscopiques et microscopiques que subissent les fibromes du fait de la grossesse ou de l'accouchement.

Macroscopiquement, le fibrome s'accroît et se ramollit, sa lobulation s'accroît, ses vaisseaux sanguins et lymphatiques augmentent de volume.

Microscopiquement, on observe une hypertrophie des cloisons fibreuses interlobulaires par hyperplasie des fibres et des cellules, une hypertrophie des fibres musculaires, une néoformation des vaisseaux à sang rouge et des lymphatiques et, en même temps, une tendance à la dégénérescence muqueuse et colloïde des éléments conjonctifs, à la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire.

Ce double phénomène d'accroissement et de désintégration simultanée a été étudié en détail par Cornil sur un énorme myome enlevé par Péan à une femme enceinte de quatre mois. Au centre des noyaux, caractérisés par la prolifération énorme des éléments musculaires, on observait des géodes pleines d'un liquide blanchâtre et poisseux représentant des nœuds de désintégration. Ces parties mortifiées, en train de se transformer en géodes, ne présentaient plus aucun élément colorable, c'est-à-dire vivant, mais l'objectif à immersion montrait des fibres de dimensions normales traversées par des artérioles con-

tractées sans globes rouges, séparées de la zone périphérique vivante, proliférante et congestionnée, par une zone intermédiaire remplie de globules blancs en dégénérescence graisseuse et de corps granulo-graisseux, comme si les parties hypertrophiées avaient étouffé et nécrosé ces centres de mortification qu'elles environnent. Quoi qu'il en soit, après l'accouchement, ces phénomènes de désintégration prennent le dessus et ainsi s'expliquent la tendance à la mortification des tumeurs fibreuses et aussi leur tendance à la régression après l'accouchement.

L'influence des fibromes sur la conception est certaine: d'après Winckel et Saucerotte, tandis qu'on ne trouve sur huit femmes saines qu'une femme stérile, on trouve une fibromateuse stérile sur 3,14 malades atteintes de myomes. De plus, quand une femme porteuse d'un fibrome est féconde, elle l'est moins qu'une femme normale; c'est ainsi que, sur 100 femmes normales, on trouve 26 multipares, tandis que sur 100 femmes atteintes de fibromes on n'en compte que 9. De même Veit, Winckel, Gusserow, Pasquali, Schumacher trouvent 25 p. 100 de femmes stériles parmi les femmes mariées porteuses de fibromes; Hoffmeier, 20,5 p. 100, c'est-à-dire une femme stérile sur 4 ou sur 5.

Cette stérilité paraît provenir, d'une part des hémorragies fréquentes dues aux fibromes, d'autre part des lésions de l'appareil tubo-ovarien, enfin de l'obstacle mécanique que la tumeur peut apporter à la fécondation.

La présence d'une tumeur fibreuse entraîne souvent des formes anormales de grossesse, grossesse extra-utérine, grossesse cervicale (Tarnier et Mme Henry, 1893), insertion vicieuse du placenta surtout et assez fréquemment.

Dans le cours de la grossesse, la tumeur fibreuse peut déterminer divers accidents: l'avortement, l'hémorragie, l'accouchement prématuré. Le siège de la tumeur règle assez généralement la nature de ces accidents; c'est ainsi qu'une tumeur du col est le plus souvent cause des hémorragies indépendantes de l'insertion vicieuse du placenta et que c'est, le plus souvent, une tumeur du corps qui, en gênant l'ampliation utérine, détermine l'avortement. Le col ne prenant part que tardivement à l'ampliation utérine, une tumeur de celui-ci sera cause, dans la plupart des cas, de l'accouchement prématuré vers le huitième mois. Une tumeur du col, également, ne pouvant s'élever au-dessus du détroit supérieur, causera mieux qu'une tumeur du corps les accidents de compression pelvienne que son augmentation rapide rendra souvent aigus. Par contre, c'est une tumeur du corps qui déterminera toujours la rétroversion de l'utérus gravide avec phénomènes d'enclavement, vers le troisième mois, ou la torsion de l'utérus à la suite de la torsion du pédicule d'un fibrome.

Au moment de l'accouchement, les fibromyomes peuvent devenir la