

dire que la voie sacrée n'est indiquée en cas de fibromyomes que dans des circonstances prodigieusement exceptionnelles.

Par la voie vaginale, on pratique quatre opérations différentes : 1° l'ablation des polypes; 2° l'énucléation; 3° la myomotomie vaginale par morcellement; 4° l'hystérectomie vaginale.

L'ablation des polypes est en général une opération fort simple. Quand la tumeur est accouchée dans le vagin, facilement accessible, on la saisit avec une pince et on lui imprime un mouvement de rotation de manière à tordre le pédicule. Quelquefois le pédicule se rompt sous l'influence de cette torsion. Le plus souvent, il faut le sectionner. Pour cela, on peut se servir soit d'un serre-nœud, soit d'un écraseur, soit de l'anse galvano-caustique. Mais il est bien plus simple de donner un coup de ciseaux. Quand le polype est encore intra-utérin, non directement abordable, il faut pour le rendre accessible dilater largement le col, et au besoin, le sectionner de chaque côté jusqu'à l'insertion vaginale. Quand un polype très volumineux emplit le vagin et ne laisse passer ni le doigt, ni les instruments, il faut employer quelque artifice pour arriver jusqu'au pédicule. Dupuytren et plus récemment Heywood, Smith et Barnes (1) ont proposé de débrider la fourchette. Kœberlé (2) a même incisé le périnée du vagin jusqu'à l'anus pour enlever un polype qui pesait 750 grammes. Il vaut mieux s'attaquer à la tumeur pour la réduire. Les incisions en escalier de Simon, les incisions spiroïdes d'Hégar permettent d'allonger la tumeur en l'amincissant. Il est préférable de l'évider en enlevant des tranches à la manière de Velpeau et Chassaignac (3), ou comme on dit aujourd'hui, de la morceler.

L'ablation des polypes présente deux dangers; l'hémorragie et l'inversion. L'hémorragie est en général minime, quelquefois presque nulle. Quand l'opération est menée rapidement, le retrait des parois utérines amène l'hémostase. Si l'hémorragie était considérable, le meilleur moyen d'en triompher serait de faire le tamponnement intra-utérin. L'inversion n'a pas d'inconvénient, elle peut même faciliter l'opération, si l'on s'en aperçoit. Mais si elle passe inaperçue, la partie inversée se confond avec le pédicule, et quand on fait la section, on perfore l'utérus. Cet accident arrive surtout quand on se sert de la chaîne de l'écraseur, qui attire les tissus. Il n'est pas toujours très grave; si la plaie utérine ne saigne pas et que l'asepsie soit parfaite, la guérison peut survenir sans encombre. Dans un cas de ce genre, Saenger (4) a fait immédiatement la laparotomie, il n'y avait que quelques cuillerées de sang dans le péritoine. La suture de la perforation a guéri la malade. Wærth, dans un cas semblable, a fait l'hystérectomie vaginale.

L'énucléation, imaginée par Velpeau, pratiquée pour la première fois par Amussat, qui lui a donné son nom, ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs du col ou aux tumeurs du corps saillantes dans la cavité utérine. Elle consiste à inciser la capsule qui enveloppe la tumeur et à extraire celle-ci tout d'une pièce à la faveur de l'atmosphère celluleuse lâche qui l'entoure. Cette opération, adoptée par Boyer, Bérard, Maisonneuve, Lisfranc, fut complètement abandonnée en France à la suite des critiques formulées contre elle dans les thèses de concours

(1) *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1881, vol. XXIII.

(2) KOEBERLÉ, *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1888, n° 1.

(3) CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 115.

(4) SAENGER, *Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig*, 15 juin 1891. *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 748.

de Jarjavay et de Guyon. Mais l'opération d'Amussat a toujours été pratiquée en Amérique et en Allemagne, et avec l'antisepsie elle est rentrée dans la pratique générale. Il faut dire que bien souvent, au lieu d'enlever la tumeur tout d'une pièce, on l'évide, on la fragmente, on l'égruge, si bien qu'entre l'énucléation telle qu'on la pratique couramment et la myotomie vaginale par morcellement, il y a toute une série d'interventions irrégulières qui tiennent de l'une et de l'autre.

L'énucléation des fibromyomes de la portion vaginale du col est très facile. On incise jusqu'à la tumeur, puis on la détache par fragments ou en totalité, ce qui est fort aisé, car les fibromyomes du col sont d'ordinaire séparés de leur capsule par une atmosphère celluleuse très lâche. On suture la plaie si elle est nette, on la bourre de gaze iodoformée si elle ne semble pas propre à la réunion.

Les fibromyomes qui naissent de la portion sus-vaginale du col se développent soit en avant, soit en arrière, soit sur les parties latérales. Quand la tumeur siège en avant ou en arrière, refoulant le vagin, l'opération est très simple. C'est l'énucléation transvaginale. On incise le cul-de-sac vaginal et l'on continue jusqu'à ce qu'on soit sur la tumeur; alors l'énucléation se fait souvent avec une extrême facilité. En arrière, quand la tumeur est un peu volumineuse, il faut aller avec précaution, car on est exposé à blesser le péritoine; du reste, cet accident n'a pas grande gravité quand on opère avec les précautions antiseptiques. J'ai pu, d'ailleurs, enlever, sans blesser le péritoine, un fibrome de ce siège qui était plus gros que le poing. Certains de ces fibromyomes se développent en dédoublant très loin la cloison recto-vaginale. Dans un cas de ce genre, Le Fort (1) a fait l'énucléation par le périnée. Quand ces tumeurs se développent latéralement du côté du ligament large, il faut redoubler de précautions pour éviter l'uretère et les vaisseaux.

Lorsqu'il s'agit de fibromyomes internes faisant saillie dans le corps de l'utérus, il est nécessaire, pour se frayer un chemin jusqu'à eux, d'élargir le canal cervical. Pour cela on peut recourir soit à la dilatation par les bougies d'Hégar, soit à l'incision bilatérale du col. Chrobak préfère des incisions multiples qu'il suture après l'opération. Quand la tumeur est devenue accessible, on procède comme précédemment: le premier temps consiste à inciser la capsule aussi largement que possible; dans le second on décortique la tumeur avec les doigts ou avec des instruments qu'on appelle énucléateurs, en s'aidant de mouvements de traction ou de rotation imprimés à la tumeur au moyen d'une forte pince de Museux. Le troisième temps consiste à accoucher le fibromyome libéré de ses connexions. Si la tumeur est assez volumineuse pour que ce temps présente la moindre difficulté, il ne faut pas hésiter à la fragmenter. Cela vaut mieux que d'exercer des tractions considérables avec un petit forceps, une pince à faux germe ou tout autre instrument du même genre. Segond a fait construire une pince à égruger qui est fort commode. Certains gynécologues, ayant cru remarquer qu'après l'incision de la capsule il se produit dans l'atmosphère celluleuse qui entoure les fibromyomes une sorte d'infiltration qui facilite l'énucléation, ont conseillé de faire les divers temps de l'opération en plusieurs séances (Duncan, Sims, Atlee). Cette manière de procéder n'a aucun avantage. Dans certains cas, on a dû abandonner dans la cavité utérine une

(1) LE FORT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, juillet 1888, p. 577.

partie de la tumeur. La portion laissée s'est quelquefois éliminée spontanément; mais, d'ordinaire, les ablations incomplètes ont donné lieu à de véritables désastres, par suite de l'inflammation ou de la gangrène des restes du fibromyome. Si l'on en était réduit à pareille extrémité, il faudrait tout faire pour maintenir la cavité utérine aussi aseptique que possible : injections intra-utérines, tamponnement à la gaze iodoformée; mais il vaut beaucoup mieux ne pas s'y exposer, en réservant l'énucléation pour les cas auxquels elle convient réellement, c'est-à-dire pour les tumeurs de petit volume.

Il est difficile d'apprécier par des chiffres la gravité de l'énucléation, car certains auteurs rangent sous ce titre des cas qui appartiennent bien plutôt à la myotomie vaginale par morcellement. Ainsi, quand Martin déclare qu'il préfère de beaucoup l'extraction par la voie abdominale à l'énucléation vaginale, il est certain qu'il parle non pas des tumeurs qui sont réellement justiciables de l'énucléation vaginale, mais bien plutôt de celles qui ressortissent à la myotomie par morcellement, et, pour celles-là, je suis absolument de son avis. Aussi, il est inutile de citer les statistiques anciennes de Pozzi, de Lower, de Gusserow, qui arrivaient à une mortalité de 15 à 25 pour 100. Je crois que l'énucléation, lorsqu'elle est réellement indiquée, est une opération tout à fait inoffensive. Et il suffit de rappeler, pour le prouver, que Léopold ⁽¹⁾ a guéri 28 malades sur 28, et Braun ⁽²⁾ 15 sur 15.

Bien que la myotomie vaginale par morcellement soit liée par des transitions insensibles à l'énucléation, elle en diffère cependant par ce fait que le morcellement est employé non plus comme adjuvant pour permettre l'accouchement d'une tumeur énucléée, mais bien comme manœuvre initiale et principale. Cette pratique, employée d'une manière irrégulière ou accidentelle par Emmet, Czerny et d'autres, a été réglée et érigée en méthode par Péan. La technique en a été très complètement exposée par Sécheyron ⁽³⁾.

Le premier temps de l'opération consiste à libérer le col de ses insertions vaginales par une incision circulaire au bistouri. Dans le deuxième temps, on sectionne le col et même la partie inférieure de l'utérus de chaque côté jusqu'au niveau de la tumeur. Le troisième temps est le morcellement proprement dit. Après avoir fait une incision profonde à la tumeur, on saisit l'une des lèvres de cette incision avec une forte pince et on excise tout ce qui est au-dessous. Une seconde pince est placée au-dessus de la première, et ainsi de suite jusqu'à ce que toute la tumeur soit enlevée. On laisse sur les points saignants des pinces à demeure souvent au nombre de 10 à 15.

La myotomie vaginale a été complètement abandonnée pour l'hystérectomie.

L'hystérectomie vaginale totale pour fibromyome a été érigée en méthode par Kottmann ⁽⁴⁾. Péan ⁽⁵⁾ la pratiquait d'une façon systématique sous le nom de castration utérine, et c'est sous son influence qu'elle a pris une grande extension. D'innombrables procédés ont été imaginés pour pratiquer cette opération. Il serait déplacé de les décrire ici, d'autant plus que lorsqu'il s'agit de fibromes on est presque toujours obligé de faire des morcellements irréguliers.

⁽¹⁾ LÉOPOLD, *Arch. für Gyn.*, 1890, vol. XXXVIII, f. 1.

⁽²⁾ BRAUN, *Beiträge zur Lehre der Laparotomien*. Vienne, 1890, p. 42.

⁽³⁾ SÉCHEYRON, *Traité d'hystérectomie par la voie vaginale*. Paris, 1889.

⁽⁴⁾ KOTTMANN, *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1882, p. 42.

⁽⁵⁾ PÉAN, *Acad. de méd.*, 1882. — GOMET, Thèse de Paris, 1886.

La voie abdominale permet d'aborder commodément le plus grand nombre des fibromyomes de l'utérus. La tumeur étant découverte par la laparotomie, on peut l'enlever par divers procédés opératoires, sur la nomenclature desquels on ne s'entend pas suffisamment.

Un fibromyome sous-péritonéal pédiculé peut être enlevé sans qu'on touche le moins du monde à l'utérus lui-même : il suffit de sectionner le pédicule ; c'est à cette opération qu'il faut réserver exclusivement le nom de *myomectomie*.

Un fibromyome interstitiel du corps peut être énucléé de sa loge après laparotomie, absolument comme un fibromyome du col par le vagin : c'est l'énucléation abdominale.

Un polype volumineux du corps peut être enlevé après incision de l'utérus comme l'est le fœtus dans l'opération césarienne. Cette opération n'a pas reçu de nom particulier : c'est une *opération césarienne pour fibromyome*.

Toutes ces opérations dans lesquelles on extirpe le fibrome sans l'utérus sont exceptionnelles. Dans la grande majorité des cas, on enlève d'un coup l'utérus et la tumeur, on fait l'hystérectomie abdominale. Celle-ci comporte deux grandes variétés. Dans l'une, on enlève le corps de l'utérus, mais on laisse le col, c'est l'hystérectomie supra-vaginale. Dans l'autre, on enlève la totalité de l'utérus, corps et col, c'est l'hystérectomie abdominale totale. Cette dernière peut être pratiquée par les voies vaginale et abdominale combinées. L'hystérectomie supra-vaginale comporte elle-même deux grandes méthodes, suivant la manière dont on traite le pédicule. On peut, en effet, ou bien le fixer dans la plaie abdominale de façon que la surface de section soit à l'extérieur, c'est la *méthode extra-péritonéale*, ou bien le réduire dans la cavité abdominale, c'est la *méthode intra-péritonéale*. Cette dernière, la seule usitée aujourd'hui, comporte de nombreuses variétés et se relie directement à l'hystérectomie abdominale totale. Au point de vue du résultat, l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule réduit se rapproche bien plus de l'hystérectomie totale que de l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe. La grosse affaire n'est pas d'enlever la totalité de l'utérus, mais bien de mettre les parties dans un état tel qu'on puisse suturer complètement la paroi abdominale.

Les opérations abdominales pour fibromyomes n'ont été au début que le résultat d'erreurs de diagnostic. Les chirurgiens ayant diagnostiqué des kystes de l'ovaire, se trouvaient, la laparotomie faite, en présence de fibromyomes. Les premiers refermèrent le ventre sans oser y toucher; puis Granville, en 1837, Atlee et Lane, en 1844, s'enhardirent jusqu'à les enlever. Enfin Kimball ⁽¹⁾, puis Kœberlé ⁽²⁾ firent l'hystérectomie abdominale de propos délibéré; Péan les suivit avec succès. Jusqu'en 1876 on employait, à l'exemple de Kœberlé, une anse métallique et un serre-nœud pour lier le pédicule. Le 8 juillet 1876, Kleberg ⁽³⁾, d'Odessa, employa le premier la ligature élastique, qui a été recommandée et utilisée comme ligature provisoire par Martin, comme ligature définitive par Hegar.

Schröder fut le promoteur en 1878 de la méthode intra-péritonéale. Entre la méthode extra-péritonéale et la méthode intra-péritonéale se rangent des variétés en quelque sorte intermédiaires. Hacker et Wœlfler, après avoir suturé le pédicule comme pour le réduire, le maintiennent en contact avec la paroi

⁽¹⁾ KIMBALL, *Boston med. and surg. Journal*, mai 1855, t. LII, p. 249.

⁽²⁾ KÖEBERLÉ, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1864.

⁽³⁾ KLEBERG, *St-Petersburg med. Woch.*, 1877, p. 555.

abdominale par des anses de fil qui traversent en même temps ses couches superficielles et la paroi. Par-dessus, on referme la plaie abdominale en laissant la place d'un drain et d'une mèche de gaze iodoformée qui vont jusque sur le sommet du moignon utérin. On garde ainsi le pédicule en quelque sorte sous la main. Si les choses se passent bien, on enlève le drain et la plaie se ferme comme si de rien n'était. Si, au contraire, il survient des accidents, hémorragie ou suppuration, on peut aisément y remédier. Mais le pédicule étant fixé à la paroi, sa rétraction amènera des déformations considérables. Saenger arrive à peu près au même résultat en suturant le péritoine pariétal à la partie postérieure du pédicule.

Il faut ranger dans la même catégorie intermédiaire les procédés qui consistent à renverser le pédicule dans le vagin. Ce sont des manières de mettre le pédicule hors du péritoine. Mais, au lieu de le faire saillir à la paroi abdominale, on le fait saillir dans le vagin, ce qui a certainement moins d'inconvénients. Meinert⁽¹⁾ insinua le pédicule par le cul-de-sac de Douglas incisé dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Byford⁽²⁾ le faisait basculer au travers de la cloison vésico-utérine dans le cul-de-sac antérieur.

La manière dont on assure l'hémostase et l'asepsie du moignon utérin me paraît avoir bien plus d'importance que tous ces artifices. Si le pédicule est rendu étanche et aseptique, on peut en faire ce qu'on veut.

C'est, en somme, pour arriver à l'hémostase et à l'asepsie qu'on l'a supprimé et qu'on a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale. Peut-on arriver au même résultat en le conservant? Comme M. Terrier, j'en suis convaincu. Les procédés imaginés pour l'atteindre sont innombrables; je ne puis les passer ici en revue. C'est, du reste, une besogne quelque peu fastidieuse et inutile. Il me paraît bien préférable d'indiquer les notions générales qui se dégagent de l'ensemble des tentatives faites et les résultats qu'elles ont donnés.

Voyons d'abord comment on peut réaliser l'hémostase du moignon utérin. C'est une chose vraiment singulière que la crainte dont sont envahis certains chirurgiens lorsqu'ils touchent à l'utérus ou à ses annexes. C'est de cette crainte que sont nées les ligatures en masse contre lesquelles je me suis élevé au Congrès de chirurgie de 1895. Nous enlevons à chaque instant sur les membres des tumeurs qui saignent bien plus que l'utérus et nous venons toujours facilement à bout de l'hémorragie par le pincement et les ligatures. J'estime qu'il faut procéder de même quand il s'agit de l'utérus. Le meilleur moyen de faire l'hémostase, c'est toujours de pincer les vaisseaux et de les lier. Tous les autres expédients sont inférieurs. La ligature élastique embrassant en masse le col au-dessous de la surface de section est absolument inutile. Je crois d'ailleurs que tout le monde l'a actuellement abandonnée. Il suffit, avant de sectionner l'utérus, de lier les deux artères utérines. Si cette double ligature est faite assez bas, la surface de section ne saigne pas. Il peut arriver cependant, soit parce que la ligature a été placée trop haut, soit parce qu'il existe quelque branche anormale, qu'une petite artériole donne un jet par la branche. Il ne faut pas chercher à la pincer, le tissu utérin est trop dense; mais il est très facile cependant de la lier. Il suffit, avec une aiguille de Reverdin courbe, de passer un fil au-dessous d'elle dans l'épaisseur du tissu utérin. S'il y a un petit suinte-

(1) MEINERT, *Wiener med. Woch.*, 1885, p. 1275.

(2) BYFORD, *Ann. gyn. Soc.*, sept. 1889 et *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 120 et 202.

ment en surface, les sutures qui sont nécessaires pour fermer la cavité utérine et assurer l'asepsie suffisent toujours à l'arrêter complètement. En somme, l'hémostase ne présente aucune difficulté considérable, à la condition qu'on procède là suivant les règles de la chirurgie générale, au lieu de chercher des artifices inutiles. Les difficultés sont purement apparentes; c'est la crainte qui les a engendrées, et la crainte était chimérique. On a imaginé des artifices compliqués, comme si l'hémostase était difficile, et ces artifices ont contribué à entretenir l'idée qu'elle l'était. En supprimant la crainte, on supprime les difficultés, puisqu'elles n'existent pas en réalité.

Le problème de l'asepsie est peut-être plus difficile à résoudre. La section doit porter sur le col ou au moins au niveau de l'isthme; or le canal cervical est septique. Cependant il ne faut rien exagérer; cette septicité, bien qu'incontestable, est relative, et puis la section se fait d'un coup de bistouri ou de ciseaux, et au moment où on la fait, il est très aisé de protéger le péritoine. Dès qu'elle est faite, on peut introduire dans le canal cervical restant le couteau rougi du thermo-cautère, qui détruit la muqueuse et assure une aseptie complète. Aussi je ne crois pas qu'il soit indispensable de faire un curettage avant l'opération. En procédant comme je viens de le dire, on supprime les chances de contamination au moment de la section et on obtient un moignon aseptique. Toutefois, cela ne suffit pas. Il faut encore façonner le moignon de façon que les microbes ne puissent remonter par le canal cervical du vagin dans le péritoine et que toute surface cruentée soit supprimée. Le vrai moyen pour arriver à ce résultat, c'est de réséquer en avant et en arrière sur l'utérus un bon lambeau péritonéal. Puis l'amputation terminée, on fait une première suture en bourse qui ferme la cavité utérine et une seconde suture à points de Lembert qui affronte les deux lambeaux.

Après ce que je viens de dire, on pourrait croire que je suis grand partisan de l'amputation supra-vaginale. Ce serait une erreur. Je pratique suivant les cas l'une ou l'autre opération, car je crois que par les deux méthodes on obtient des résultats à peu près équivalents et que le moignon du col qu'on laisse dans l'hystérectomie supra-vaginale telle qu'on la pratique aujourd'hui, n'a pas grande importance. Lorsqu'on a bien taillé les lambeaux péritonéaux et qu'on les a bien suturés, le résultat plastique et thérapeutique est à peu près le même que celui de l'hystérectomie totale.

D'après Otto Thelen⁽¹⁾, c'est Bardenheuer qui a pratiqué le premier l'hystérectomie abdominale totale en 1881. A. Martin ne viendrait que le second. Depuis quelques années, cette opération a passé dans la pratique courante.

On a imaginé pour la pratiquer une foule de procédés. Il me semble qu'il y a là aussi une complication un peu artificielle. L'hystérectomie peut présenter de grandes difficultés qui tiennent aux adhérences de la tumeur, à ses irrégularités, au développement de certaines de ses parties dans les ligaments larges au-dessous du péritoine. Quoi qu'on fasse, quelles que soient les règles que l'on formule, on ne peut pas supprimer ces difficultés. Si, d'ailleurs, on voulait toujours conformer l'acte opératoire à des règles précises, il faudrait presque faire une règle pour chaque cas, ce qui reviendrait à peu près à n'en pas avoir. Le chirurgien qui, chaque fois qu'il fait une hystérectomie, veut exécuter « un procédé », ne mérite pas le nom de chirurgien. Il y a quelques grandes règles

(1) OTTO THELEN, *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 248.