

très simples qu'il ne faut jamais violer. Mais, pour le reste, il faut avoir l'esprit assez souple et l'imagination assez inventive pour exécuter dans chaque cas particulier les manœuvres qui conviennent le mieux.

Les seuls grands préceptes qui s'appliquent à tous les cas sont les suivants : 1° lier les deux artères utéro-ovariennes; 2° lier les deux utérines aussi bas que possible, c'est-à-dire au moment où elles s'incurvent pour monter le long de l'utérus; 3° bien disséquer la cloison vésico-utérine pour éviter toute blessure de la vessie; cette cloison est d'ailleurs lâche et se laisse facilement dédoubler; 4° éviter les uretères. Pas de difficultés pour ce dernier point quand la tumeur ne siège pas sur le col; il suffit d'attirer l'utérus fortement en haut. J'ai montré que lorsqu'on élève artificiellement l'utérus, les uretères ne le suivent pas et glissent de chaque côté du vagin. Si on rase l'utérus pour le détacher, on ne court aucun risque. Quand la tumeur a le col pour origine et qu'elle se développe dans la gaine hypogastrique, l'uretère peut être déplacé dans n'importe quel sens. Il est impossible de prévoir la situation qu'il occupe, et la seule manière d'éviter sa blessure, c'est de disséquer attentivement la tumeur en la rasant d'aussi près que possible.

Pourvu qu'on suive les grandes règles précédentes, il importe assez peu qu'on ouvre le cul-de-sac antérieur avant le postérieur, ou un cul-de-sac latéral avant les deux précédents. Pour ma part, j'obéis aux indications qui sont fournies par la tumeur elle-même et j'ouvre le premier le cul-de-sac qui se présente le mieux.

Quand la tumeur est enlevée, je crois qu'il est bon de faire un surjet hémostatique sur la tranche postérieure du vagin qui suinte facilement, et je termine toujours par une suture séro-séreuse qui affronte les deux lèvres de la plaie péritonéale dans toute leur étendue, d'un détroit supérieur à l'autre, de telle sorte qu'il ne reste aucune surface cruentée dans l'abdomen. Je crois que cette suppression de toute surface cruentée est très importante.

Voyons dans quels cas ces diverses opérations abdominales sont indiquées.

L'énucléation abdominale ou intra-péritonéale ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs interstitielles bien encapsulées. Spencer Wells et Spiegelberg l'ont employée depuis longtemps, mais c'est surtout Martin qui en est le champion. L'opération consiste à inciser le tissu utérin longitudinalement jusqu'à la tumeur après avoir assuré l'hémostase provisoire par un lien élastique placé autour du col. Puis, la tumeur étant énucléée de sa loge et enlevée, on suture la paroi de l'utérus. Quand on ouvre la cavité utérine, il faut faire une suture spéciale pour la muqueuse. Si la plaie utérine est trop considérable, on la draine en faisant passer le tube à travers le col dans le vagin; mais on fait toujours une suture complète du côté du péritoine. C'est là une opération conservatrice qui a surtout pour but de conserver la vie génitale de la femme. Et en effet, on y peut réussir, puisque dans un cas de Krönlein<sup>(1)</sup>, où une opération analogue avait été pratiquée, la femme est devenue enceinte et a conduit sa grossesse à terme sans encombre. Mais pour employer cette opération, il faut être bien sûr qu'il n'existe pas d'autre tumeur dans l'utérus. Et ce n'est point toujours aisé. Martin a dû pratiquer consécutivement l'hystérectomie supra-vaginale pour un nouveau fibrome dont le noyau avait passé inaperçu lors de la première opération.

Dans certains cas, on a enlevé des polypes après avoir incisé l'utérus dans

(1) KRÖNLEIN, Congrès de Zurich. *Amer. Journal of obst.*, 1890, t. C, p. 517.

toute son épaisseur comme pour une opération césarienne. Cette opération n'a été que rarement faite. Freund<sup>(1)</sup> et Berakowski<sup>(2)</sup> en rapportent chacun une observation. Dans un cas de Bouilly<sup>(3)</sup>, le polype remontait à l'ombilic et descendait jusqu'à la vulve. Un étranglement produit au niveau du col lui donnait la forme d'un sablier, si bien qu'il fut impossible de l'extirper en totalité par l'abdomen. Après avoir enlevé la partie utérine par l'abdomen, il fallut extraire la partie vaginale par la vulve. La malade a guéri.

Toutes ces opérations sont exceptionnelles. En général, il faut enlever l'utérus avec la tumeur. La première question qui se pose alors, c'est celle de la voie qu'il faut choisir. A ce point de vue, les opinions sont très diverses. Certains chirurgiens poussent à l'extrême les indications de la voie vaginale et déclarent que tout fibrome qui ne dépasse pas l'ombilic doit être enlevé par le vagin. D'autres, au contraire, réservent cette voie pour les très petites tumeurs et préfèrent, en général, l'hystérectomie abdominale. Je suis de ces derniers; je n'aime pas ces morcellements multiples, ces manœuvres borgnes, sinon aveugles, cette hémostase par les pinces à demeure. Il me paraît plus simple et plus sûr de ne rien laisser au hasard et de voir clairement ce qu'on fait par l'abdomen ouvert.

S'il s'agissait de comparer l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe à l'hystérectomie vaginale, certes, l'avantage serait à cette dernière. Mais le traitement extra-péritonéal du pédicule est une méthode qui a fait son temps. J'imagine qu'à part des circonstances si exceptionnelles que je ne saurais les prévoir, personne ne l'emploie plus. Il s'agit uniquement de l'hystérectomie abdominale ou totale ou supra-vaginale avec pédicule réduit. L'hystérectomie abdominale ainsi comprise est une opération excellente, qui ne détermine presque aucun choc, après laquelle les malades souffrent à peine et souvent pas du tout. C'est déjà un grand avantage que d'éviter les douleurs souvent terribles que laisse l'hystérectomie vaginale.

Quand une grossesse survient dans un utérus présentant des fibromyomes, il peut en résulter des accidents graves. L'énorme augmentation de volume que présente la tumeur dans ces conditions amène souvent des phénomènes de compression redoutables. L'accident le plus commun c'est l'avortement, mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit toujours une solution heureuse, car si le placenta s'insère au voisinage de la tumeur, le retrait de l'utérus est empêché et l'hémorragie peut devenir mortelle. Enfin, si la grossesse arrive à terme, la tumeur peut constituer un obstacle insurmontable à l'accouchement. Aussi, pour faire face à ces éventualités, on peut être conduit à opérer pendant la grossesse.

Il est assez rare que les tumeurs sous-péritonéales pédiculées donnent lieu à des indications opératoires pendant le cours de la grossesse. Cela cependant peut arriver. Si l'augmentation rapide de la tumeur gêne le développement de l'utérus et qu'on ait lieu de craindre un avortement, comme dans ces cas-là l'avortement s'accompagne presque toujours d'une hémorragie formidable, il vaut mieux opérer. On peut du reste y être absolument obligé, par des accidents pressants: ainsi, dans un cas de Trosthom<sup>(4)</sup>, où la torsion du pédicule avait

(1) FREUND, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 40, p. 801.

(2) BERAKOWSKI, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 51, p. 852.

(3) BOUILLY, *Mercredi médical*, 1890, n° 18.

(4) TROSTHOM, Soc. des méd. allem. de Prague. *Mercredi médical*, 1892, p. 156.



déterminé une péritonite. Quand on est obligé d'opérer pour des tumeurs de ce genre, il n'y a pas à hésiter sur la nature de l'opération : c'est la myomectomie qu'il faut faire. Routier<sup>(1)</sup> a publié 15 cas de ce genre dont un personnel, avec 5 morts et 10 guérisons. Sur les 10 malades guéries, 7 ont mené leur grossesse à terme. Pozzi cite 2 nouveaux cas, et j'en puis ajouter 2 autres, celui de Trosthom, que je viens de citer, et l'autre de M. Duplay, que j'ai publié dans les *Archives générales*, en 1892. Ces 4 derniers cas se sont tous terminés par la guérison.

Les fibromyomes du col sont beaucoup moins graves. Il est facile de les enlever par énucléation s'ils mettent obstacle à l'accouchement. Le seul point qui ne soit pas parfaitement tranché est celui de savoir s'il faut faire l'opération pendant la grossesse ou attendre le travail.

Les polypes provoquent souvent l'avortement. Si la grossesse a été menée jusqu'à terme, ils ne constituent pas une bien sérieuse complication à l'accouchement. Quelquefois ils sont expulsés au-devant de la tête fœtale. Si leur pédicule résiste, il est facile de le sectionner. Mais il ne faut pas prendre le polype pour la tête fœtale; Fergusson, qui commit cette erreur, appliqua le forceps sur le polype et déchira l'utérus.

Bien plus embarrassants sont les corps fibreux interstitiels. Il en est beaucoup qui n'ont d'autre inconvénient au point de vue de l'accouchement que de ralentir le travail. Je ne m'occupe pas de ceux-là. Je laisse également de côté ceux qui déterminent des avortements. Les plus intéressants sont ceux qui tout en permettant à la grossesse d'évoluer mettent un obstacle absolu à l'accouchement à terme. Dans ces cas, certains gynécologues préfèrent provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré ont une extrême gravité en raison de l'hémorragie qui peut se produire si le fibrome empêche l'utérus de se rétracter. Aussi peut-on se demander si l'on ne fait pas courir moins de danger et à la mère et à l'enfant en laissant la grossesse arriver à son terme et en intervenant alors comme je vais le dire si l'accouchement est réellement impossible.

Au point de vue de l'intervention, il faut distinguer les cas où l'enfant est vivant et viable de ceux où il est mort ou non viable. D'une manière générale, je crois que l'opération de Porro, dans laquelle on ne sait jamais bien ce que l'on fait doit être abandonnée. Si l'enfant est viable, comme il paraît démontré que le fœtus ne peut supporter sans succomber les manœuvres un peu longues pratiquées sur l'utérus, on n'a pas le choix. Il faut d'abord extraire l'enfant par une opération césarienne, et enlever l'utérus ensuite. Quand au contraire l'enfant a succombé, je crois qu'il est préférable d'enlever d'un seul coup la tumeur et l'utérus sans le vider. J'ai pratiqué avec succès une hystérectomie abdominale totale dans ces conditions sur une malade de mon ami Varnier<sup>(2)</sup> et pu constater que l'opération ne présentait aucune difficulté particulière.

(1) ROUTIER, *Ann. de gyn.*, mars 1890, p. 161.

(2) Voy. VARNIER et DELBET, *Ann. de gyn. et d'obst.*, fév. 1897.

## II

## SARCOMES

Les sarcomes de l'utérus sont si mal connus qu'il est impossible d'en donner une description didactique. On en distingue deux variétés, le *fibro-sarcome* et le *sarcome de la muqueuse*. A ces deux variétés, il faudrait ajouter les *déclido-sarcomes* ou *sarcomes chorio-cellulaires* appelés aussi *déclidomes malins*. Mais je les laisse momentanément de côté pour présenter dans le chapitre suivant une vue d'ensemble sur les déclidomes.

Le fibro-sarcome forme des tumeurs arrondies, circonscrites, tantôt molles, tantôt dures, qui se comportent absolument comme les fibromyomes. On les divise aussi suivant le sens de leur évolution en formes sous-muqueuses interstitielles et sous-péritonéales. Il est tout à fait inutile d'insister sur cette description, ce serait répéter absolument ce que j'ai dit des fibromyomes.

Au point de vue histologique, on observe surtout des sarcomes globo-cellulaires; on a signalé quelques exemples de myxo-sarcomes et de sarcomes à cellules fusiformes. Dans l'épaisseur de la tumeur on trouve des travées fibreuses, ou bien musculaires. Dans certains cas rares, au lieu d'une seule tumeur circonscrite, on a trouvé plusieurs noyaux disséminés dans l'utérus.

Ces fibro-sarcomes sont si semblables aux fibromyomes, qu'on peut se demander si ce sont bien des tumeurs primitives méritant une description spéciale. Rokitsky, Virchow, Schröder ont soutenu qu'il s'agissait de transformations secondaires de fibromyomes; cette opinion me paraît très rationnelle. Et en effet la transformation a été nettement observée dans les cas de Chrobak, de Müller, de Simpson, Frankenhauser, Kurz. J'ai déjà cité ce dernier. Il me suffira de rappeler le cas de Müller, qui est très démonstratif. Il avait enlevé une partie d'un fibromyome qui donnait lieu à des phénomènes d'enclavement : peu après une végétation nettement sarcomateuse se développait sur le moignon, et tout ce qui restait de la tumeur se transformait en sarcome. Ces faits de fibro-sarcomes ont été décrits autrefois sous le nom de fibromes récidivants. Nous ne pouvons admettre aujourd'hui que ce soit le fibrome qui récidive. Mais il me paraît infiniment probable que, dans la plupart et peut-être dans la totalité des cas donnés jusqu'ici comme des fibro-sarcomes, il s'agissait de transformation sarcomateuse de fibromyomes primitifs.

Virchow a décrit, sous le nom de sarcome de la muqueuse, une infiltration de cette membrane par un grand nombre de cellules rondes ou plus rarement fusiformes. Tantôt l'infiltration est circonscrite sous forme de noyaux, tantôt elle est diffuse s'étendant à toute la muqueuse. Elle peut même traverser toute l'épaisseur de la paroi utérine, et venir faire saillie sous le péritoine. Quelquefois les sarcomes de la muqueuse prennent l'apparence papillaire et forment des polypes. Spiegelberg a décrit 2 cas de ce genre, sous le nom de sarcome hydro-pique papillaire du col. Rein rapporte 1 cas semblable qu'il appelle *myxoma enchondromatodes arborescens colli*. Winckler en a publié un autre de Saenger.

Dans beaucoup de ces tumeurs, il y avait un grand nombre d'éléments épithéliaux, si bien que Klebs admet que dans la plupart de ces cas il s'agit d'un