

Que l'écoulement soit blanc, c'est-à-dire leucorrhéique, ou rouge, c'est-à-dire sanguin, c'est l'endométrite qui en est la cause, endométrite muqueuse dans le premier cas et hémorragique dans le second.

Aussi le curage qui modifie l'endomètre, amène-t-il, alors qu'il est complètement fait, la cessation de ces écoulements, de même que dans une endométrite non accompagnée de fibromes.

Enfin les fibromes utérins soit interstitiels, soit sous-muqueux peuvent s'accompagner d'écoulement hydorrhéique, c'est-à-dire complètement séreux. Ces écoulements sont parfois excessivement abondants; ils se montrent tantôt continus, tantôt intermittents.

*Continus*, ils augmentent d'ordinaire au voisinage des règles avant et après leur apparition.

*Intermittents*, ils se produisent d'une façon assez capricieuse, survenant avec une certaine brusquerie et avec grande abondance.

Cette intermittence s'explique soit par l'existence d'un polype qui fait soupape au niveau du canal cervical, soit par la flexion de l'utérus au niveau de l'isthme qui ferme le canal cervical; une contraction de l'utérus ouvre ce canal par la poussée vigoureuse qu'elle imprime au liquide.

Dans ces cas d'hydorrhée, surtout quand elle est intermittente, la cavité utérine est très notablement agrandie.

Quand le fibrome descend dans la cavité cervicale ou vaginale, outre l'hémorragie il se produit des coliques utérines douloureuses qui rappellent, très atténuées, les douleurs de l'accouchement; cette descente s'opère tantôt graduellement, tantôt par des intermittences; c'est ainsi que certains fibromes sont, à un examen, accessibles dans le vagin, et, ultérieurement, remontés au-dessus de l'orifice externe; la tumeur semble jouer à *cache-cache*.

Le diagnostic des fibromes sous-muqueux se fera à l'aide du toucher vaginal, et, à cet égard, les tumeurs fibreuses doivent être divisées en deux catégories :

- les *accessibles*;
- les *inaccessibles*.

Les *accessibles* peuvent être touchées dans le vagin ou dans la cavité cervicale à travers l'orifice externe entr'ouvert. La confusion, en pareil cas, sera possible, soit avec un polype muqueux, mais la consistance et le volume sont différents, soit avec un placenta éliminé après une rétention plus ou moins prolongée, mais dans ce dernier cas la tumeur est friable, et ne tarde pas à être éliminée après son engagement dans le canal cervical. Le diagnostic avec l'inversion a été fait à propos de cette affection.

Les *inaccessibles* peuvent être sentis à l'hystéromètre, dont l'extrémité contourne la tumeur, mais le meilleur moyen de diagnostic est de les rendre accessibles par la dilatation du canal cervical à l'aide de la laminaire. Ce moyen permet à la fois de faire le diagnostic et, dans la même séance s'il y a lieu, le traitement, en enlevant la tumeur par un des moyens qui seront étudiés à propos de la thérapeutique.

La tumeur sentie par l'introduction du doigt dans l'utérus abaissé est parfois, au lieu d'un fibrome, un cancer, un fragment de placenta retenu, un léger degré d'inversion.

Le diagnostic de l'inversion a été exposé avec cette maladie : le placenta est friable et se laisse enlever avec le doigt.

Quant au diagnostic entre le cancer et le fibrome, il ne sera guère possible que par l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur.

Les diverses variétés de fibromes, qui viennent d'être vues, sont susceptibles de subir une évolution et des transformations analogues.

Après la transformation en polype, le pédicule peut s'amincir à tel point que la tumeur se détache complètement; elle tombe au dehors s'il s'agit d'un polype sous-muqueux, ou dans le péritoine si le polype est sous-séreux; dans ce dernier cas très exceptionnel<sup>1</sup> et dont il n'existe que quelques exemples, le fibrome devient un corps étranger intra-péritonéal.

Sous l'influence de la grossesse, le fibrome se ramollit et augmente de volume pour subir pendant le postpartum la double modification contraire.

Le fibrome est susceptible de se calcifier et de constituer une véritable *Pierre utérine*.

Il peut aussi subir la dégénérescence graisseuse, amyloïde, ou cancéreuse; *Doran*<sup>2</sup> a publié un intéressant travail sur cette transformation possible des myomes et sarcomes, les fibromes mous constituant en quelque sorte en clinique une transition entre les deux tumeurs.

On comprendra facilement l'importance en chirurgie de cette possibilité de transformation en cancer.

Le fibrome se creuse parfois d'une cavité kystique et devient une tumeur fibro-kystique, enlevant au fibrome sa consistance normale pour le rendre mou et fluctuant.

Le fibrome peut enfin *s'enflammer, suppurer, se gangréner* et être ainsi le point de départ d'accidents septicémiques.

#### TRAITEMENT

##### A. — Ressources thérapeutiques.

*Traitement médical. — Electricité. — Traitement chirurgical.*

**Ressources médicales.** — De nombreux médicaments ont été préconisés contre les fibromes utérins; l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, le phosphore, le cannabis indica, l'antipyrine, le bromure de potassium, l'iode de potassium.

Tous ces médicaments ont produit quelques bons effets, ce qu'il faut la plupart du temps attribuer à une influence suggestive. L'état moral de la femme retentit sur sa circulation générale et utérine en particulier, de telle

<sup>1</sup> Depaul. *Bulletins de la Soc. anatomique*, XIX, p. 13.

<sup>2</sup> *Transact of the pathol. Soc. of London*, 1890.

sorte que la confiance dans la guérison amène une hémostase relative. M. Bugney<sup>1</sup> a, à cet égard, publié une intéressante observation, où des métrorragies causées par un fibrome furent guéries par l'hypnotisme.

Cependant, parmi ces diverses médications, il en est trois qui méritent une mention particulière :

La première est le *repos horizontal* longtemps prolongé. Cette position de la femme facilite la circulation en retour, et de la sorte, arrête ou diminue les pertes sanguines. Le repos joue, d'ailleurs, un rôle important, et trop souvent négligé, dans un grand nombre d'affections génitales.

La seconde est l'*arsenic*, qui agit surtout comme reconstituant.

La troisième est l'*ergot de seigle*, administré suivant l'habitude actuelle, sous forme d'injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine. L'usage doit en être continué régulièrement et longtemps; les injections se comptent par centaines; une femme, au dire de *Winckel*, en aurait subi jusqu'à quinze cents. L'ergot de seigle agit tantôt comme hémostatique, en favorisant la rétraction de l'utérus, tantôt en facilitant l'élimination d'un polype sous-muqueux, dont la femme se trouve ainsi plus promptement débarrassée.

Toutefois, ces trois médications ne sauraient être considérées que comme des palliatifs, qui échoueront d'ailleurs dans nombre de cas, de telle sorte que les femmes, plus fatiguées en quelque sorte du traitement que de la maladie même, préféreront cesser toute thérapeutique.

Comme moyens locaux on a fait les tentatives thérapeutiques les plus variées, c'est ainsi qu'on a eu recours aux injections vaginales ou intra-utérines chaudes; les résultats sont momentanément bons, mais en général ne se prolongent pas longtemps.

Avant la connaissance ou l'application du curettage on a cautérisé la muqueuse utérine avec la teinture d'iode, le perchlorure de fer, la solution de chlorure de zinc dans son poids d'eau, l'acide phénique, l'acide nitrique, etc.; je n'insiste pas sur ces différents moyens qui ont été détrônés par le curage, moyen bien plus sûr et inoffensif.

Parmi les *eaux minérales*, il en est trois qui semblent avoir une heureuse influence sur les fibromes, ce sont : Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), Salins, (Jura), Kreuznach (Allemagne).

**Électricité.** — L'électricité, grâce aux travaux de *Tripier* et d'*Apostoli*, a pris une place importante dans le traitement des fibromes.

Elle est appliquée sous forme de courant galvanique.

Un pôle étant placé en surface (gâteau de terre glaise) sur la paroi abdominale, l'autre est introduit dans la cavité utérine avec un hystéromètre de platine, ou placé au contact du col.

Le pôle négatif est, en général placé sur l'abdomen, et le positif au contact de l'utérus.

L'intensité peut être portée jusqu'à 250 milliampères..

<sup>1</sup> *Revue de l'hypnotisme*, 1<sup>er</sup> déc. 1890.

La séance dure dix minutes environ, et doit être répétée deux ou trois fois par semaine.

Pour les autres détails de l'application je renvoie page 93 où ils sont exposés en détail.

Cette méthode, sauf rares exceptions, n'est pas dangereuse, à la condition qu'il n'y ait pas de collection purulente dans la sphère génitale; elle est peu douloureuse, car on peut régler à volonté l'intensité du courant et la proportionner à la tolérance de la malade.

Elle n'est que palliative, car un fibrome, s'il peut diminuer ne saurait disparaître sous l'influence de l'électricité, à moins d'expulsion par les voies naturelles; son action s'exercera donc sur les phénomènes douloureux et hémorragiques causés par la tumeur fibreuse.

Il est encore difficile de se former un jugement sur la valeur de l'électricité, car les électriciens en font une sorte de panacée guérissant toujours ou presque toujours; ses adversaires, que l'on rencontre surtout dans le corps chirurgical, au contraire, la déclarent impuissante ou n'agissant que par suggestion.

Quoi de plus propre, en effet, pour agir sur l'imagination d'une femme, que ce fluide insaisissable, dont l'industrie fait des merveilles et qui est assez fort pour produire la mort. Si pareil fluide ne doit pas guérir, c'est que la guérison est impossible! Aussi beaucoup de femmes sont-elles améliorées, même avant d'avoir commencé le traitement, rien qu'à l'idée de le subir. J'en ai vu plusieurs dans ce cas.

L'électricité, bien maniée, produit un réel soulagement dans un cas sur trois environ, à la condition d'être faite pendant longtemps et avec régularité. Un tiers des femmes atteintes de fibromes, grâce à son influence, est donc amélioré et perd beaucoup moins de sang; les deux autres tiers n'obtiennent de cet agent thérapeutique qu'un bénéfice illusoire ou nul.

L'électricité vaut donc la peine d'être employée dans le traitement des fibromes, et elle rend de grands services dans les tumeurs inopérables ou dans les cas où la femme ne veut à tout prix d'aucune intervention chirurgicale; ces histouriphobes sont d'ailleurs loin d'être rares.

**Ressources chirurgicales.** — Les diverses opérations dirigées contre les fibromes et dont les unes sont palliatives, les autres curatives, se divisent en deux catégories, suivant qu'elles sont pratiquées par la voie vaginale ou abdominale :

*Voie vaginale :*

Dilatation du col . . . . .	1
Incision du col . . . . .	2
Curettage . . . . .	3
Myomectomie . . . . .	4

*Voie abdominale :*

Castration . . . . .	5
Myomectomie . . . . .	6
Hystérectomie partielle . . . . .	7
Hystérectomie totale . . . . .	8

1. DILATATION DU COL. — La dilatation du col avec la laminaire, les bougies de Hégar, ou un instrument à branches mobiles, peut être faite dans un double but, tantôt pour permettre l'accès dans la cavité utérine en vue d'une intervention plus complète, tantôt comme unique but thérapeutique pour exciter la contraction et la rétraction utérines.

C'est ainsi que l'application d'une simple tige de laminaire est capable d'arrêter pendant plusieurs mois les hémorragies.

Toutefois, cette intervention est rarement employée à l'état isolé, car sa puissance hémostatique est ordinairement faible, et son action très incertaine.

2. INCISION DU COL. — La section bilatérale du col, qui a eu parfois une action hémostatique, n'agit probablement que si on sectionne des branches utérines importantes; on coupe ainsi la source du sang.

Une simple mention suffit pour ce procédé délaissé.

3. CURAGE<sup>1</sup>. — Le curage, pratiqué suivant la même méthode que dans l'endométrite et suivi d'une cautérisation intra-utérine à la créosote au  $\frac{1}{3}$ , peut, dans les cas de fibromes interstitiels, amener une cessation durable ou prolongée des hémorragies, qui très souvent sont dues, en pareil cas, à l'endométrite causée par la présence même des tumeurs fibreuses.

Il sera bon de le faire précéder d'une dilatation assez complète à la laminaire, afin que l'accès de la cavité utérine devienne plus facile; cette dilatation, aura en outre l'avantage d'ajouter son action hémostatique à celle du curage même.

Le curage, ne présentant aucun danger, quand il est fait avec toutes les précautions voulues, sera d'un heureux secours dans un assez grand nombre de cas de fibromes interstitiels avec tendance hémorragique, causée par leur rapprochement de la muqueuse.

Les deux complications à redouter alors qu'on pratique le curage de l'utérus myomateux sont la perforation de l'organe très aminci en quelques points, et l'hémorragie consécutive; — la perforation se produit rarement si on procède avec la douceur voulue, et sa gravité n'est que relative alors qu'on a observé toutes les règles de l'antisepsie; — quant à l'hémorragie on pourra toujours la combattre efficacement à l'aide du tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

4. MYOMECTOMIE VAGINALE. — Myomectomie signifie ablation du myome; nous ne nous occupons ici que de la voie vaginale; il sera ultérieurement question de la myomectomie par la voie abdominale.

Le myome sera facile à enlever s'il est inséré sur le museau de tanche; bistouri et sutures suffisent à l'opération.

L'ablation n'est guère plus difficile en général quand le polype est inséré dans la cavité cervicale, le pédicule peut être atteint facilement avec le doigt, sectionné ou tordu, et lié s'il y a lieu de faire l'hémostase, rarement nécessaire quand on enlève la tumeur par torsion.

<sup>1</sup> Consulter à cet égard la thèse de Batuaud. Paris, 1891.

Ces fibromes à implantation cervicale sont d'ailleurs relativement rares. C'est, la plupart du temps, des fibromes à implantation corporeale qu'on aura à enlever; trois méthodes peuvent être employées dans ce but: la torsion, l'énucléation, le morcellement.

*Torsion.* — La torsion est facile à pratiquer, quand le pédicule est aminci; il suffit alors de quelques tours imprimés à la tumeur, saisie avec une pince à griffes, pour la détacher complètement. Ce procédé nécessite d'ailleurs la dilatation préalable du col, telle qu'elle va être décrite pour l'énucléation.

*Énucléation.* — Contrairement à la torsion, cette méthode s'adresse à des tumeurs encore unies par une large base d'implantation à la paroi utérine. Elle nécessite la dilatation préalable du col, de manière à ce que l'opérateur ait une voie largement ouverte pour arriver jusqu'à la tumeur à extraire. Cette dilatation sera faite soit à l'aide de laminaires progressivement croissantes, soit, plus volontiers, par le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée; cette méthode, préconisée par Vuillet avec l'aide de bourdonnets, s'accomplit avec plus de facilités quand on emploie la gaze. Pour faire ce tamponnement dilatateur, la femme étant en position vulvaire, sans anes-



Fig. 351. — Décortication d'un fibrome intra-utérin avec les doigts.

thésie, on applique un spéculum bivalve court, et après avoir saisi le col avec une pince de Museux, on introduit dans l'utérus, à l'aide d'un instrument recourbé, la bande de gaze iodoformée. — La cavité utérine est bourrée aussi

complètement que possible. — Au bout de vingt-quatre heures, la gaze est enlevée, et si la dilatation n'est pas suffisante, on recommence le tamponnement utérin. — On continue ainsi toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à ce que le col soit ouvert au degré désiré; il est nécessaire que deux doigts puissent facilement pénétrer dans la cavité utérine; ce degré de dilatation s'obtient, suivant les cas, en deux à quatre jours. — Pour pratiquer l'énucléation, après avoir nettement délimité la tumeur par le toucher, on pratiquera à sa surface une incision correspondant à peu près à son diamètre antéro-postérieur; avec les doigts introduits dans cette brèche on décortiquera la tumeur (fig. 551); les instruments inventés et préconisés pour cette décortication sont inutiles. — La tumeur, pendant la décortication, aura été saisie avec des pinces, qui serviront ensuite à l'entraîner au dehors. — L'hémorragie est, en général, faible après la décortication; si elle se produisait, le meilleur moyen de la combattre serait le tamponnement intra-utérin à la gaze iodée.

*Morcellement.* — Le morcellement s'adressera aux tumeurs volumineuses, dont les dimensions dépassent par exemple celles du poing. Péan, l'auteur

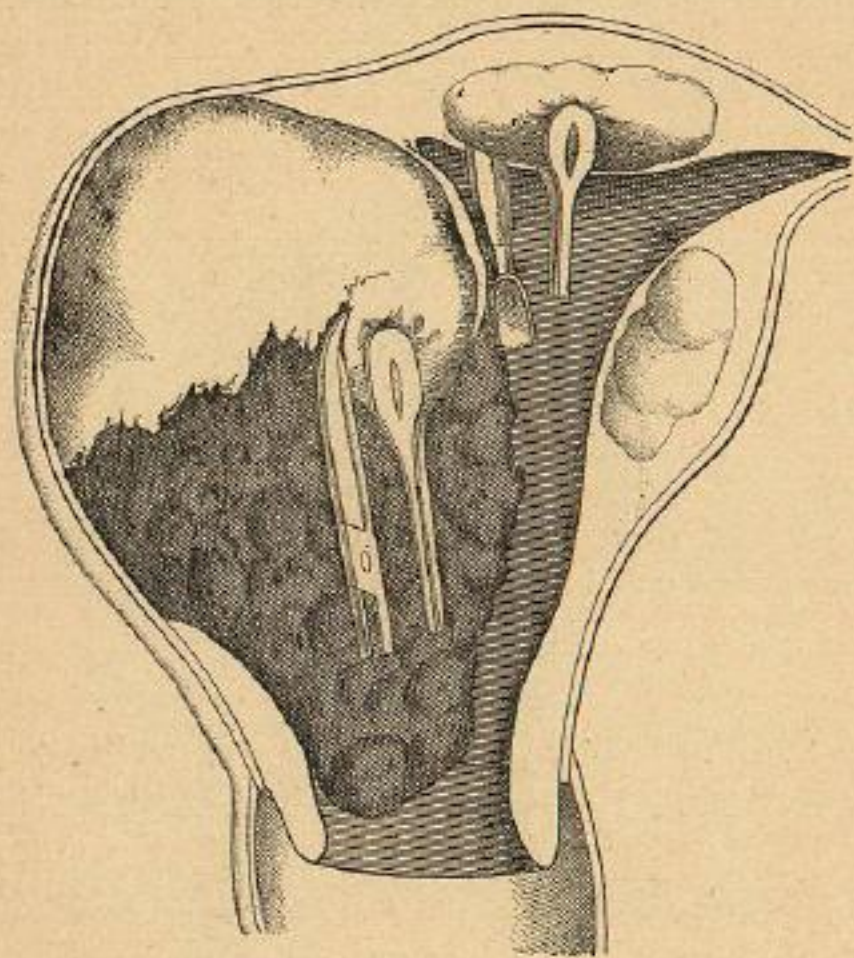


Fig. 552. — Morcellement d'un fibrome intra-utérin (Pozzi d'après Péan).

de cette méthode, la pratique sans dilatation préalable du col, mais en faisant des incisions libératrices à droite et à gauche du col, l'hémostase étant obtenue à l'aide de pinces: d'une façon générale, la dilatation est cependant préférable, comme pour l'énucléation. — Sous la conduite des doigts, la partie

la plus saillante de la tumeur est saisie avec une pince, et le fragment ainsi fixé est morcelé à l'aide de longs ciseaux courbes ou avec un bistouri (fig. 552). On enlève ainsi, morceau par morceau, toute la tumeur, et, contrairement à ce qu'on pourrait théoriquement penser, l'hémorragie est faible. — Le principal danger de cette opération, rare d'après les faits, est la perforation de l'utérus; si cet accident survenait, il serait prudent de terminer en pratiquant l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale.

Le morcellement s'exécute d'ailleurs de la même façon et d'après les mêmes principes, qu'il s'agisse d'enlever une tumeur intra-utérine, où l'utérus lui-même devenu pathologique et formant tumeur; dans l'un et l'autre cas Péan procède en effectuant, ainsi qu'il vient d'être dit, le *morcellement central conoïde*.

Au lieu de procéder en pratiquant le *morcellement central conoïde*, ainsi que l'a préconisé Péan à l'aide de ciseaux et de bistouris courbes,

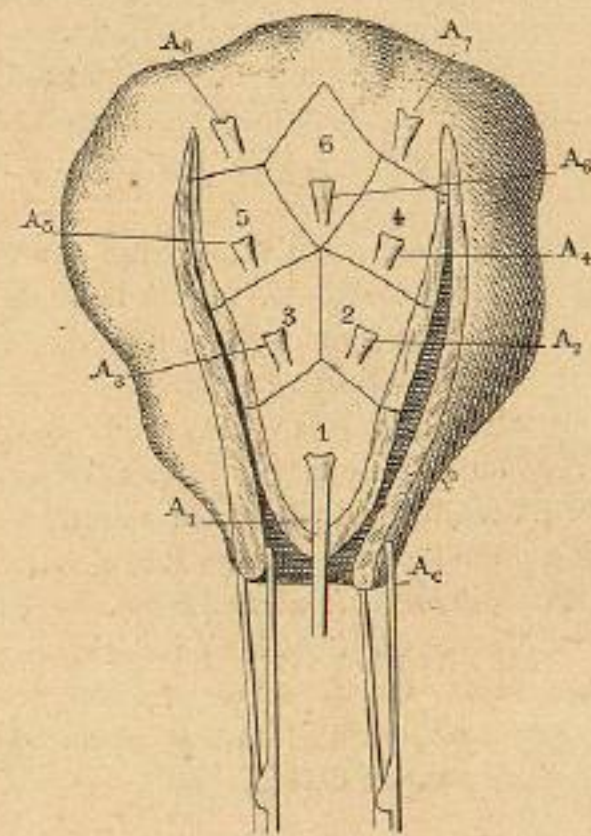


Fig. 553. — Morcellement en V (Doyen).

1, 2, 3, 4, 5, 6, indiquent le siège des saisies successives effectuées par les pinces. — A1, A2, A3, etc., indiquent les lambeaux successivement réséqués.

Doyen a conseillé d'effectuer ce *morcellement en V*, ainsi que l'indique la figure 553.

Doyen<sup>1</sup> procède de la façon suivante :

« Section de la lèvre antérieure du col, si ce dernier n'était pas suffisam-

<sup>1</sup> *Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes.* — Extrait des *Arch. Prov. de chirurgie*, déc. 1892. — 2<sup>e</sup> édit. 1893, p. 95.

ment entr'ouvert, et morcellement progressif de la tumeur, avec cette particularité que, de même que pour l'hystérectomie, nous incisons le ou les fibrômes en V, d'avant en arrière, et longitudinalement, et que nous agissons toujours à leur surface, plutôt qu'à leur centre. Il nous arrive, grâce à plusieurs sections en V, d'attirer successivement au dehors, sans le détacher du reste de la tumeur, chaque segment ainsi formé, et d'extraire la masse totale parsemée d'incisures, mais presque d'un seul morceau. Cette méthode est des plus rapides et de beaucoup supérieure à l'évidement central conoïde du procédé de Péan. »

Nous ne possédons pas encore de statistique nous permettant de juger ces diverses méthodes d'extirpation; bien faites, elles semblent être d'une assez grande bénignité.

5° CASTRATION. — La castration consiste dans l'extirpation des ovaires, à laquelle on joint d'habitude celle des trompes.

Elle comprend trois temps : ouverture de l'abdomen, extraction des annexes, toilette et fermeture de la plaie abdominale.

1° *Ouverture de l'abdomen.* — Incision sur la ligne médiane de huit à dix centimètres, suffisante simplement pour introduire trois doigts; la plaie sera ultérieurement agrandie, si on rencontre des difficultés à trouver les organes à extirper.

2° *Extraction des annexes.* — Les index, médius et annulaire, introduits à travers la plaie de la paroi abdominale, vont à la recherche des annexes d'un côté et les attirent au dehors où on les saisit à l'aide d'une pince (fig. 554). Au-dessous de la pince, à un centimètre environ de l'utérus, on passe au centre du pédicule une aiguille mousse chargée d'un fil de soie replié en double. L'aiguille retirée, on fait deux ligatures embrassant en deux fragments tout le pédicule. La section est pratiquée ensuite à un centimètre des sutures. Même opération pour les annexes du côté opposé.

3° *Toilette et fermeture de la plaie abdominale.* — Une éponge montée est introduite dans le cul-de-sac de Douglas pour enlever le sang qui a pu s'épancher pendant l'opération. On s'assure que l'hémostase est bien complète, et on referme la paroi abdominale comme après toute laparotomie.

Sutures abdominales à enlever au dixième jour.

Lever au quinzième.

La mortalité opératoire, quand les règles de l'antisepsie sont bien observées, est faible; elle ne semble pas dépasser 5 p. 100.

Quelques opérateurs, notamment *Lawson-Tait*, sont même arrivés à des résultats plus brillants; ce dernier, sur 262 cas, a eu 1,23 p. 100 de mortalité.

La castration a pour effet de décongestionner rapidement les organes génitaux, en produisant une ménopause anticipée.

Les fibrômes diminuent parfois très promptement, mais le principal résultat recherché est la cessation des hémorragies; or, à cet égard, la castration fournit à peu près les résultats suivants :

Dans la moitié des cas, les hémorragies cessent de suite et complètement. Dans un quart des cas, elles persistent pendant quelques jours, puis cessent ensuite.

Dans le dernier quart, elles persistent parfois sans modifications, mais le plus souvent atténuées.

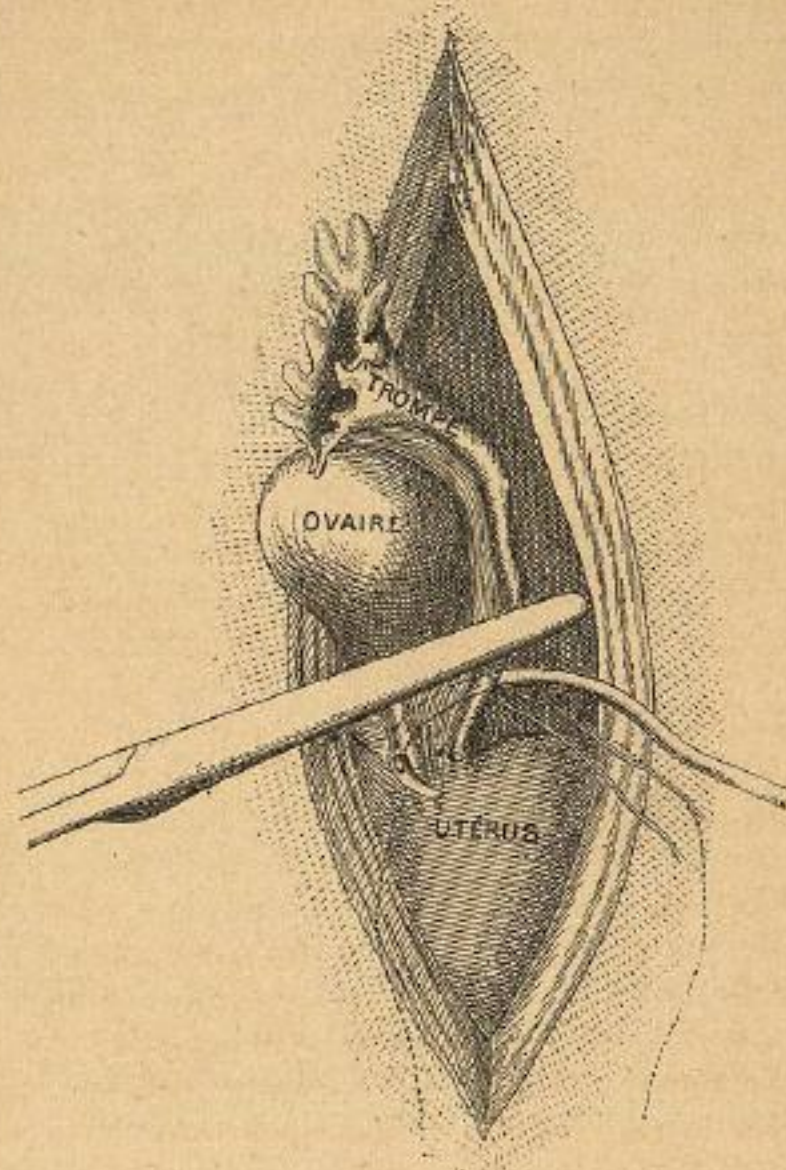


Fig. 554. — Pincement des annexes pour en opérer la ligature.

6° MYOMECTOMIE ABDOMINALE. — La myomectomie abdominale a pour but l'extirpation par la laparotomie des fibrômes sous-séreux, tout en laissant l'utérus en place.

La meilleure et plus sûre méthode pour l'opérer est l'énucléation.

L'abdomen étant ouvert sur la ligne médiane dans une étendue suffisante pour donner facile accès jusqu'à l'utérus pathologique, on prend successivement chaque fibrôme saillant à la face séreuse de l'organe et on lui fait subir l'opération suivante :

Incision circulaire distante d'un ou deux centimètres de la base d'implantation sur le pourtour de la tumeur et à une distance suffisante de l'utérus pour qu'après l'éloignement du fibrôme les deux lèvres de la plaie puissent

arriver au contact l'une de l'autre (fig. 555). L'incision opérée, on énuclée la tumeur avec les doigts, ce qui est en général facile, après quoi, à l'aide d'une suture continue à la soie (fig. 556), on ferme la brèche créée par la disparition de la tumeur. Si cette suture ne suffit pas à l'hémostase, on la complète par quelques points séparés aux endroits qui fournissent du sang.

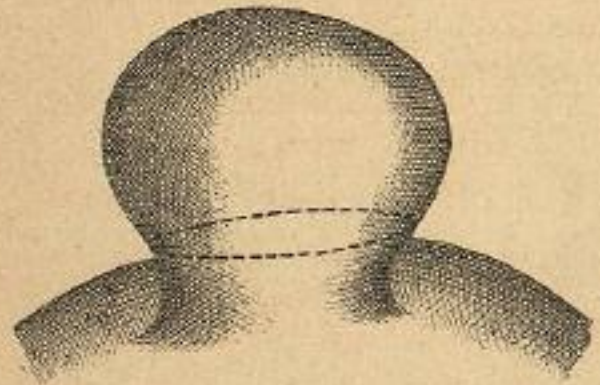


Fig. 555. — Incision pour l'énucléation d'un fibrome sous-séreux.

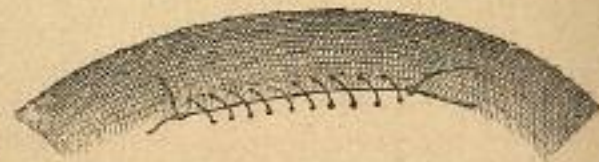


Fig. 556. — Suture continue après l'énucléation d'un fibrome sous-séreux.

On peut facilement enlever par ce procédé toutes les tumeurs quel que soit leur volume, pourvu que la base d'implantation sur l'utérus ne dépasse pas 3 centimètres de diamètre.

L'utérus, ainsi débarrassé de ses tumeurs parasites, est laissé en place, ou rentré si exceptionnellement on avait dû l'attirer au dehors pour atteindre un fibrome peu accessible, puis la paroi abdominale est fermée suivant les règles habituelles<sup>1</sup>.

Les statistiques manquent pour apprécier les dangers de l'opération; il semble toutefois qu'elle soit plus bénigne que l'hystérectomie partielle, dont l'étude va suivre; en tout cas, elle est moins douloureuse pour les malades comme suites immédiates, car il n'y a pas de constriction du pédicule, source de souffrance pour les opérées.

**7° HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PARTIELLE.** — L'hystérectomie abdominale partielle ou supra-vaginale consiste à pratiquer la laparotomie pour enlever le corps de l'utérus par une section faite au niveau de l'isthme, et à constituer un pédicule avec le col.

Le pédicule peut être fixé dans la plaie abdominale (procédé de Hégar), ou rentré dans l'abdomen où il est abandonné comme un pédicule de kyste ovarien (procédé de Schröder).

Un troisième procédé consiste à fixer le pédicule en arrière de la paroi abdominale (procédé de Wolfier-Hacker).

Nous nous trouvons donc en présence des trois procédés suivants :

<sup>1</sup> En cas de fibrome inclus dans le ligament large, l'ablation se fera de la même manière que pour les tumeurs sous-séreuses de l'utérus, il faudra seulement inciser le ligament large pour arriver jusqu'au fibrome, le séparer du tissu cellulaire pour l'enlever et après ablation, fermer par des sutures perdues la poche cellulaire ainsi ouverte, en drainant au besoin par le vagin, si on a quelques craintes de suppuration.

- a. Traitement extra-péritonéal du pédicule (procédé de Hégar).
- b. Traitement intra-péritonéal du pédicule (procédé de Schröder).
- c. Traitement mixte du pédicule (procédé de Wolfier-Hacker).

Les nombreux procédés qui ont été préconisés pour l'hystérectomie abdominale partielle peuvent, à quelques détails près, se ramener à ces trois principaux, dont nous allons donner la description détaillée.

a. *Traitement extra-péritonéal du pédicule (procédé de Hégar).* — L'opération comprend cinq temps : 1° ouverture de l'abdomen; 2° sortie de l'utérus; 3° application du lien élastique; 4° section de l'utérus; 5° toilette et fermeture de l'abdomen.

**1° Ouverture de l'abdomen.** — Ouverture sur la ligne médiane de longueur suffisante pour permettre la sortie de l'utérus fibromateux.

**2° Sortie de l'utérus.** — La main introduite dans la cavité péritonéale explore la tumeur, surtout au point de vue des adhérences, qui seraient détachées et liées avant toute manœuvre ultérieure. L'utérus libéré sera amené au dehors de l'abdomen à l'aide de la main, pendant qu'un aide repousse la paroi abdominale dans la direction de la colonne vertébrale.

**3° Application du lien élastique.** — Le lien est un tube<sup>1</sup> en caoutchouc rouge, ou plus simplement une sonde de même substance (calibre n° 12 environ de la filière Charrière). Ce caoutchouc aura trempé pendant quarante-huit heures au moins dans une solution de bichlorure de mercure au  $\frac{1}{1000}$ . Avant l'application du tube de caoutchouc, il faut procéder à la ligature et à la section des ligaments larges, en enlevant autant que possible les ovaires et les trompes. Dans ce but l'utérus étant attiré hors de l'abdomen (fig. 557), on saisit de chaque côté les ligaments larges avec une pince-longue, après quoi à 2 centimètres au-dessus de la pince on applique une série de deux à quatre ligatures à la soie allant jusqu'au voisinage du cul-de-sac latéral du vagin; puis on sectionne les ligaments larges entre la pince et les ligatures.

L'hémostase étant ainsi effectuée du côté des ligaments larges, on applique le tube élastique au voisinage de l'isthme de l'utérus, en le contournant deux fois autour de l'isthme utérin, ainsi que l'indique la figure 558. Le lien ainsi appliqué est fixé à l'aide d'une pince ou d'une ligature.

Les instruments spéciaux qu'on a préconisés et inventés pour sa fixation sont inutiles, et ne font qu'encombrer l'arsenal opératoire.

Il faut avoir soin qu'aucun organe autre que l'utérus ne soit comprimé par le lien élastique.

Eloigner l'intestin, faire surtout attention à la vessie; si le réservoir vésical remontait jusqu'au niveau où doit être appliqué le caoutchouc, on commencerait par le détacher à l'aide du bistouri ou des doigts; ce décollement fait avec prudence n'est pas dangereux et n'expose à aucune conséquence fâcheuse.

<sup>1</sup> Le tube est préférable au caoutchouc plein, parce que, à volume égal, il offre une plus grande solidité.

Section à 2 centimètres de la ligature.

4° *Section de l'utérus.* — L'utérus est sectionné au bistouri à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique, et après la section on égalise le moignon maintenu à l'aide des pinces de Museux.

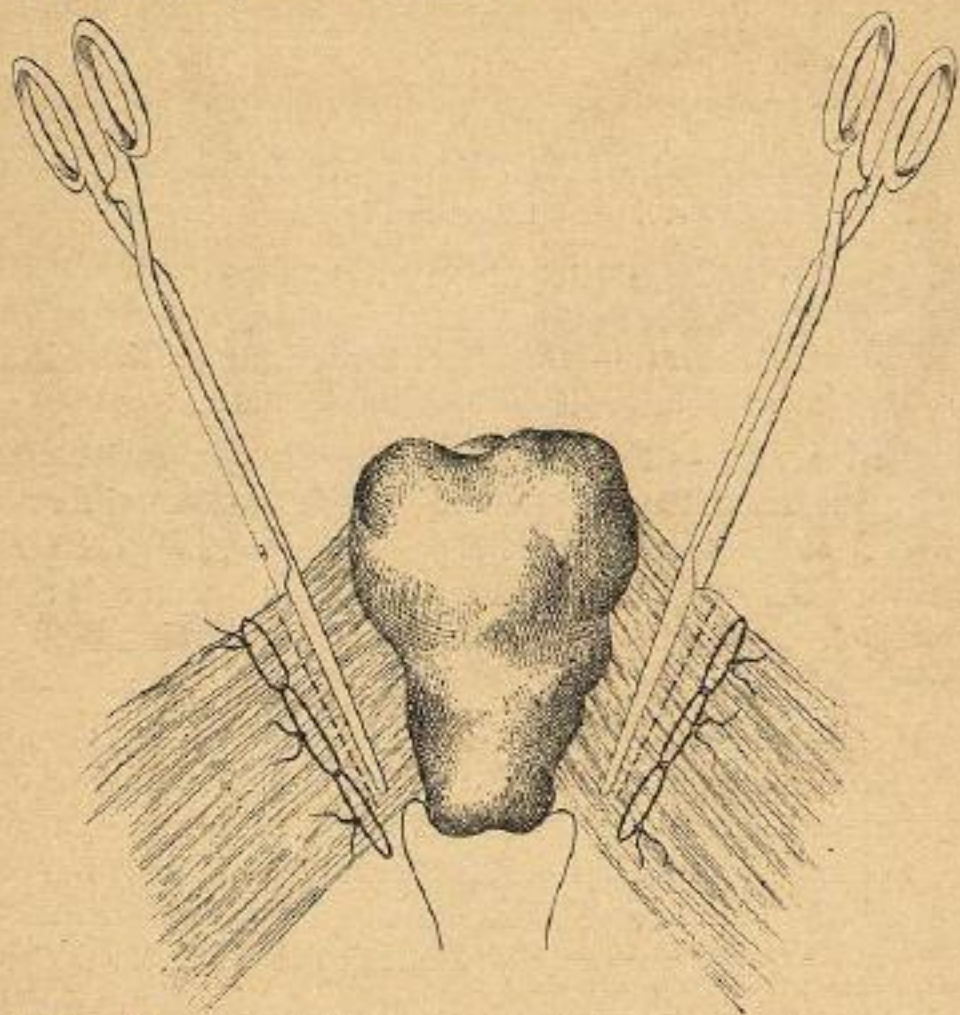


Fig. 557. — Pincement et ligature en plusieurs étages des ligaments larges.

5° *Toilette et fermeture de l'abdomen.* — Une ou plusieurs éponges montées sont glissées dans le cul-de-sac de Douglas, de manière à enlever tout le sang qui a pu s'épancher pendant l'opération; près quoi on procède à la fermeture de la plaie abdominale.

Le péritoine sera d'abord fixé au moignon par une série de sutures (soie), à quelques millimètres au-dessous du lien élastique, de manière à ce que ce lien et les tissus comprimés soient *en dehors du péritoine*.

La suture du péritoine sera ensuite continuée dans la portion supérieure de la plaie ainsi que l'indique la figure 559.

La plaie abdominale est dans sa partie libre fermée par des sutures interrompues à la soie, comme dans toute laparotomie.

Au niveau du moignon, pour maintenir le pédicule, il sera bon de réunir de chaque côté, par deux ou plusieurs sutures à la soie, le tissu utérin à la paroi abdominale.

Ces sutures de précaution remplacent avec avantage les broches, avec lesquelles on maintient quelquefois le pédicule et qui, par leur rigidité, provoquent des douleurs à chaque mouvement de la femme.

Le moignon se trouve ainsi (fig. 560) fixé à la paroi abdominale par des

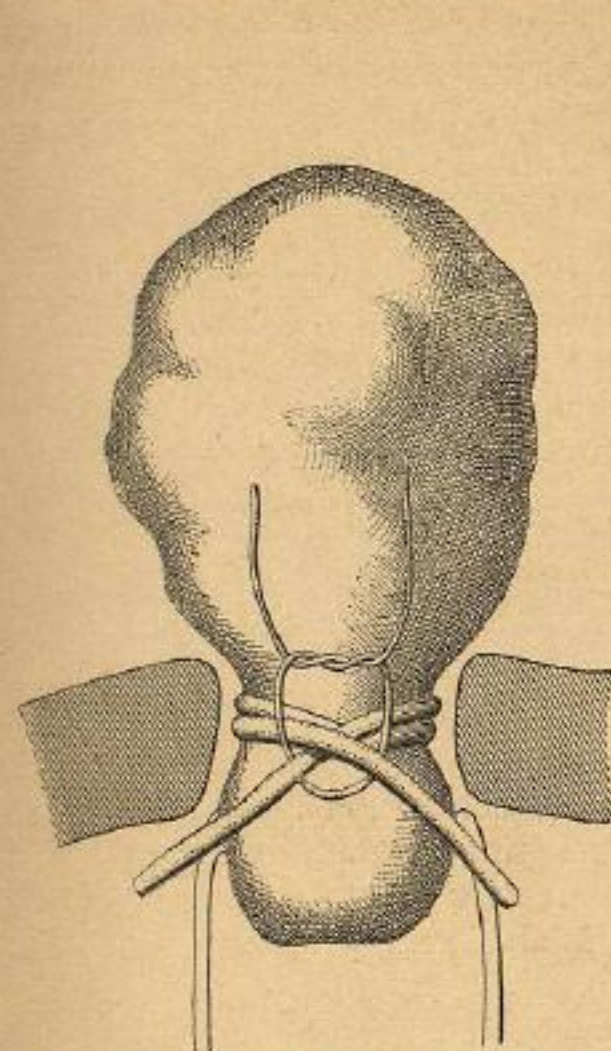


Fig. 558. — Lien élastique passé autour de l'isthme utérin, amené au niveau de la paroi abdominale.

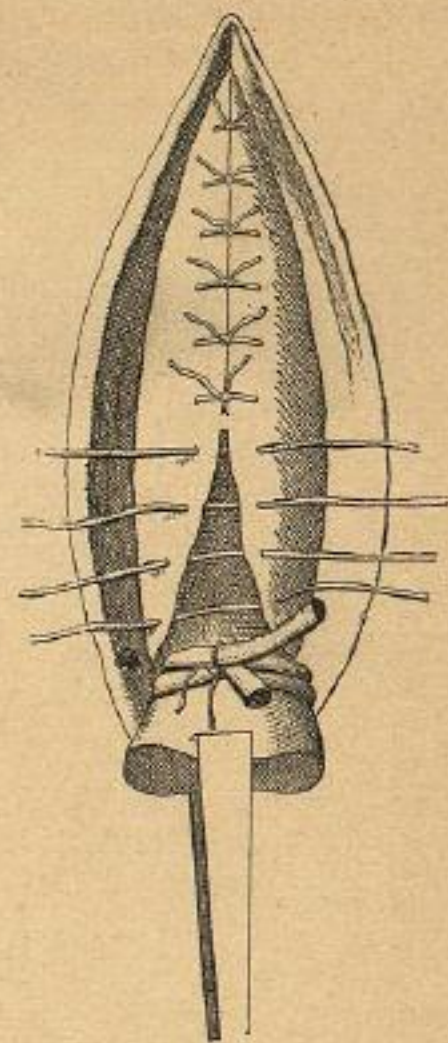


Fig. 559. — Fixation du moignon à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Sutures du péritoine.

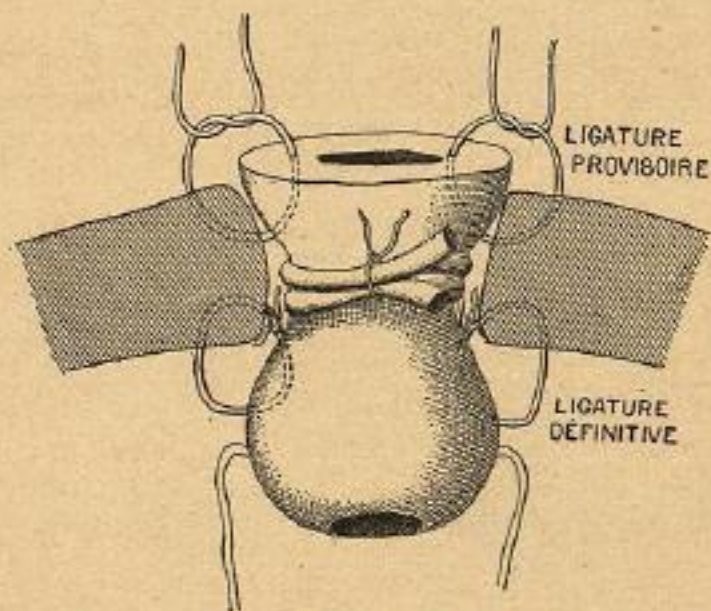


Fig. 560. — Fixation du moignon utérin à la paroi abdominale par des sutures superficielles et profondes.

sutures profondes qui sont définitives et des sutures superficielles ou pro-

visoires, qui tomberont spontanément au moment où le moignon se mortifie, ou qu'on enlèvera après cinq ou six jours.

Le moignon est enveloppé de gaze iodoformée, recouvert de coton hydrophile.

Bandage de corps maintenant le tout.

Le pansement sera renouvelé tous les deux jours et continué à la gaze iodoformée.

La partie du moignon comprimée par le caoutchouc se mortifie et tombe vers le quinzième jour avec le caoutchouc; à partir de ce moment la plaie se transforme en un godet granuleux, qui s'oblitére et se cicatrise petit à petit.

La mortalité fournie par cette opération est encore assez élevée. D'après les statistiques réunies par Pozzi<sup>1</sup>, elle est de 25 p. 100 environ, mais il est vraisemblable qu'avec l'expérience ce chiffre s'abaissera.

Les résultats, au point de vue des troubles causés par les tumeurs sont excellents, car l'opération est réellement curative; elle fait disparaître les fibromes.

b. *Traitement intra-péritonéal du pédicule (procédé de Schröder).* — Les quatre premiers temps de l'opération, c'est-à-dire : 1° l'ouverture de l'abdomen, 2° la sortie de l'utérus, 3° l'application du lien élastique, enfin 4° la section de l'utérus, sont les mêmes qu'avec le traitement extra-péritonéal du pédicule. — Les différences ne commencent qu'au cinquième temps qui consiste dans la confection du moignon.

5° *Confection du moignon.* — Après la section le moignon présente une surface plane ainsi que l'indique la figure 561.

On modifiera cette section plane en creusant avec le bistouri le moignon, de telle sorte qu'il présente (fig. 562) deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure, dont l'accolement devient facile à l'aide de sutures.

Avant d'appliquer les sutures, on cautérise au thermocautère toute la surface de la cavité cervicale qui est facilement accessible, de manière à aseptiser et à empêcher l'infection secondaire dont elle pourrait devenir la source.

Les sutures se font à la soie et en trois étages, ainsi que le montre la figure 562; *a*, premier étage profond; *b*, deuxième étage moyen; *c*, troisième étage superficiel, c'est-à-dire voisin de la surface péritonéale.

Ces trois ordres de sutures étant serrés, on a le résultat indiqué par la figure 563.

On peut alors enlever le lien élastique, car, grâce à l'accolement des deux surfaces d'avivement, l'hémostase doit être complète; dans le cas où il y aurait encore un point hémorragique, on appliquerait à son niveau un ou plusieurs points de sutures jusqu'à ce que l'écoulement de sang soit complètement arrêté.

<sup>1</sup> *Traité de gynécologie*, 1<sup>re</sup> édition, p. 336.

6° *Drainage.* — Il est prudent pour éviter les complications septicémiques d'appliquer un drain, qui, partant du cul-de-sac de Douglas, s'échappera au dehors par le vagin et la vulve (fig. 564).



Fig. 561.  
Moignon utérin sectionné à plat.

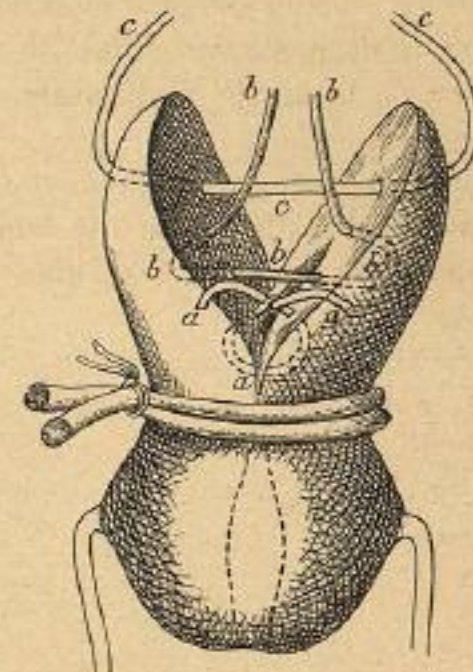


Fig. 562. — Moignon utérin évidé de manière à former deux lambeaux. Passage des sutures à trois étages.  
a. 1<sup>er</sup> étage, b. 2<sup>e</sup> étage, c. 3<sup>e</sup> étage.

Après avoir introduit un corps mousse dans le vagin, placé de telle sorte qu'il fasse saillie dans le cul-de-sac postérieur on incise les tissus sur sa pointe.

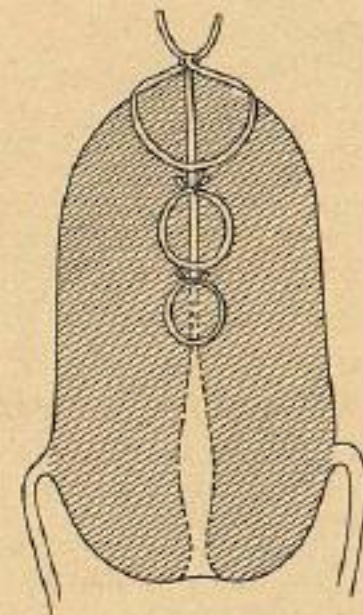


Fig. 563. — Aspect schématique du moignon utérin, sur une coupe alors que les trois étages de sutures sont serrés.

et par l'ouverture ainsi pratiquée on fait passer soit un drain réuni en croix, soit plus simplement une sonde de Pezzer, dont le renflement est suffisant pour ne passer qu'à frottement dans l'ouverture pratiquée; l'extrémité de la sonde s'échappe par la vulve.



7<sup>e</sup> Toilette et fermeture de l'abdomen. — De même qu'avec le traitement extra-péritonéal du pédicule.

*Chrobak* a heureusement modifié le procédé de *Schröder* en taillant un lambeau péritonéal, avec lequel il recouvre le moignon utérin de manière à l'isoler de la cavité péritonéale, c'est ce même procédé que *Richelot*<sup>1</sup> a repris et perfectionné.

Voici comment opère *Richelot* :

« La paroi abdominale est incisée comme à l'ordinaire et la masse fibreuse attirée au dehors à l'aide des mains et des pinces à traction. Au

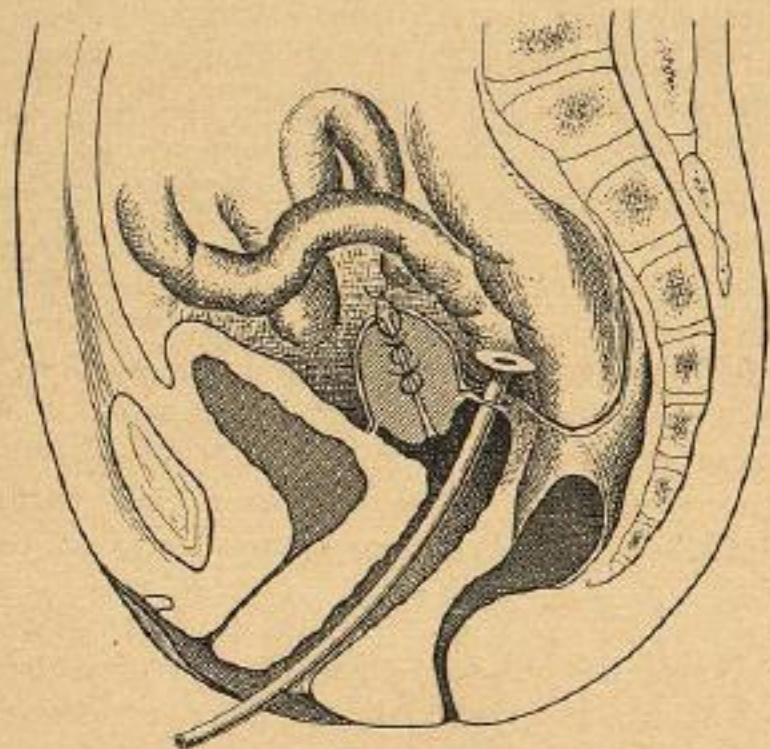


Fig. 564. — Drainage péritonéo-vaginal.

début, je traitais à part les ligaments larges, mais il est plus expéditif et même plus sûr de les prendre avec la ligature et de les accoler d'emblée au moignon ; aussi vaut-il mieux n'y pas toucher en ce moment. Dès que la tumeur est bien en vue, je trace au bistouri, sur sa face antérieure, une incision qui en détache le péritoine entre les deux ligaments larges et qui taille un lambeau suffisant, — soit dit en termes vagues, — pour recouvrir ultérieurement la surface du pédicule. Le lambeau tracé, je le décolle avec le doigt et je le fais tomber dans le petit bassin, ce qui a l'avantage de mettre la vessie hors d'atteinte. Je place alors le lien élastique en passant au-dessous des annexes, et je l'attache avec le clamp de *Segond* sur la face antérieure dénudée.

« Je tiens absolument à la ligature élastique provisoire, et je refuse de passer d'emblée les fils de soie. Je l'ai fait dans un seul cas et j'ai remarqué que le tissu musculaire réagit, même contre la soie plate, et l'empêche de bien

<sup>1</sup> *Annales de gynécologie*. Juin 1893, p. 542.

serrer ; au contraire, il est tenu par le caoutchouc, la ligature définitive est serrée comme on veut.

« J'ai l'habitude de me débarrasser de la masse utérine dès que le lien élastique est placé, afin de manœuvrer plus à l'aise. Je coupe hardiment jusqu'au voisinage de la ligature, en laissant aux pinces de larges prises pour soutenir le pédicule qui sera diminué et façonné plus tard.

« C'est le moment de lier à la soie plate. Je passe un long fil double avec une aiguille mousse à travers le pédicule, immédiatement au-dessous du lien élastique ; je noue à droite et à gauche, ce qui fait une ligature en chaîne, puis j'ajoute un fil de sûreté, qui embrasse tout le moignon et j'enlève le caoutchouc.

« Le tissu musculaire et les ligaments étant solidement étreints par des fils qui n'ont aucune tendance à déraiper, je réduis au minimum la partie libre du moignon, puis, je rôtis la tranche avec le thermocautère que j'enfonce à plusieurs reprises dans le cul-de-sac fermé par la muqueuse utérine, mais en ayant soin de ne pas trop appuyer dans le fond, de peur de couper les fils de soie qui traversent le col.

« Il s'agit maintenant de recouvrir la surface rôtie avec le lambeau péritonéal. Je fais tenir le pédicule par un aide avec une pince égrèpe accrochée à son bord postérieur, je vais chercher le lambeau dans le petit bassin, je le remonte, et par un surjet au catgut je l'unis au bord postérieur du moignon. Quand tout est fini, on voit au milieu de la cavité pelvienne une suture en forme de crête transversale, le péritoine est partout fermé, la surface cruentée de l'utérus inclinée en avant, est extra-péritonéale. »

*c. Traitement mixte du pédicule (procédé de Wölfler-Hacker).* — Ce procédé consiste à confectionner un moignon analogue à celui de *Schröder*, tel qu'il vient d'être décrit, mais au lieu de laisser ce moignon libre dans la cavité abdominale, on le fixe à la paroi abdominale de la façon suivante :

Le péritoine pariétal est suturé au pourtour du moignon, ainsi que l'indique la figure 565, de telle sorte que le dôme du moignon reste en quelque sorte extra-péritonéal.

Après quoi, deux fils de soie solide traversent successivement la paroi abdominale d'un côté, le moignon utérin, puis la paroi abdominale du côté opposé.

Les deux fils sont liés l'un à l'autre du même côté de la paroi abdominale, et l'arc qu'ils constituent maintenu par un coussinet de gaze iodo-

Ces deux fils forment une sorte d'escarpolette qui maintient le pédicule, formée.

et le fixe au contact de la paroi abdominale.

A l'aide de sutures on ferme la plaie abdominale suivant les principes ordinaires, mais en conservant béant un petit intervalle dans lequel on glisse un drain, dont l'extrémité vient au contact du pédicule.

Pansement de la plaie abdominale à la gaze iodoformée.

Le drain est enlevé au bout de quatre à six jours et les fils qui maintiennent le pédicule après huit à dix jours.

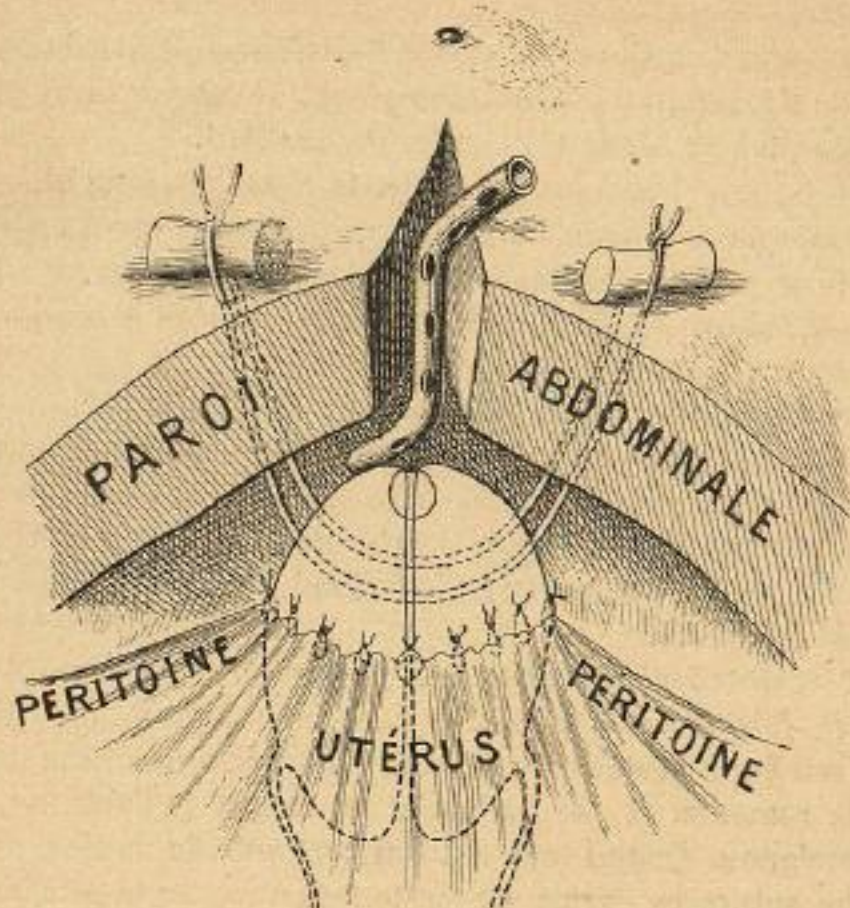


Fig. 565. — Fixation du moignon dans le procédé mixte de Wolfier-Hacker.

De ces trois procédés le plus brillant au point de vue opératoire est celui de Schröder, mais le plus sûr est celui de Hégar, c'est-à-dire le traitement extra-péritonéal du pédicule, et c'est à lui qu'il faudra en général avoir recours.

8° **HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.** — Cette opération se pratique d'après les règles précédemment indiquées (p. 540), à propos du cancer de l'utérus où le *procédé de Martin* a été décrit en détail.

Le *procédé de Martin* est parmi ceux où on opère exclusivement par la voie abdominale le plus sûr et le meilleur, mais il ne laisse pas que de présenter parfois de grandes difficultés, qui en ont empêché la vulgarisation.

Plus récemment on a tenté de combiner la voie vaginale et la voie abdominale, et de pratiquer ainsi une sorte d'*hystérectomie mixte vagino-abdominale*.

C'est ainsi que *Chaput*<sup>1</sup> commence par libérer le col par la voie vaginale, ou même au besoin par l'enlever, puis, pratiquant la laparotomie, il termine l'hystérectomie par la voie abdominale; l'hystérectomie devient alors facile, car l'utérus qui n'est plus maintenu par son col dans le petit bassin se laisse enlever sans difficulté.

<sup>1</sup> Soc. obst. et gynécologie de Paris, avril 1893.

*Coullioud*<sup>1</sup>, à la suite de *Martin* et de *Bouilly*, procède en sens inverse, il commence par la laparotomie pour terminer par la voie vaginale.

Voici d'ailleurs son procédé :

« *Premier temps.* — Laparotomie : ligature élastique posée et assujettie entre le corps et le col, au-dessus ou au-dessous des trompes, suivant les cas et en ménageant le plus possible la mobilité du pédicule ; section de l'utérus au-dessous de la ligature élastique et cautérisation de la cavité cervicale ; surjet péritonéal pour fermer la grande cavité péritonéale, avec facilité de la rouvrir d'un coup de ciseau s'il était nécessaire. »

« *Deuxième temps.* — Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale : abaissement du pédicule, section de la muqueuse vaginale, décollement de la vessie, ouverture du cul-de sac postérieur, pinces languettes sur les ligaments larges, extirpation du pédicule utérin. »

« *Troisième temps.* — Achèvement de la suture de la paroi abdominale, couche aponévrotique et peau. »

Jusqu'à présent, quel que soit le procédé employé, l'hystérectomie abdominale ou abdomino-vaginale totale s'est montrée très dangereuse, elle constitue sans doute la méthode de l'avenir, mais elle demande des perfectionnements dans sa technique de manière à la rendre plus bénigne.

Aussi, jusqu'à nouvel ordre, faut-il considérer l'hystérectomie partielle comme préférable ; et, à moins qu'une tumeur fibreuse du col n'empêche de constituer le pédicule, faudra-t-il en général avoir recours à cette dernière et réserver l'hystérectomie totale à des cas exceptionnels.

Connaissant les diverses ressources thérapeutiques qu'on peut opposer aux fibromes, et instruits aussi sur leur danger et sur leur efficacité, voyons, suivant les différents cas cliniques, quelle est la meilleure conduite à tenir.

#### B. — Traitement clinique.

Au point de vue du traitement, les fibromes se divisent en trois grandes catégories : les *indifférents*, les *hémorragiques*, les *douloureux*.

Les premiers sont en général interstitiels, les seconds sous-muqueux et les troisièmes sous-séreux.

Chacune de ces variétés ne saurait être traitée par les mêmes moyens.

1° **Fibromes indifférents.** — Les fibromes indifférents, c'est-à-dire ceux par lesquels la santé se trouve peu ou pas troublée, ne sont pas très rares.

Un assez grand nombre de femmes sont atteintes de ces tumeurs sans le savoir, et une circonstance quelconque provoquant l'examen, le plus souvent une grossesse, révèle l'existence de tumeurs non soupçonnées.

Mieux vaut laisser sans traitement ces fibromes indifférents, il sera toujours temps de les traiter le jour où ils troubleront la santé.

<sup>1</sup> Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale. Extrait du *Lyon Médical*, n° 42, 1891, p. 9.