

d'elles, et qui est une de mes plus anciennes opérées, est devenue enceinte et a pu facilement accoucher sans accident; le médecin appelé auprès d'elle s'est contenté de sectionner, avec des ciseaux, la mince cloison formant bride. Après l'accouchement il se reproduisit un peu de cystocèle, mais le prolapsus ne se reproduisit pas. Cette femme est aujourd'hui enceinte de deux mois; nous verrons comment se passera son second accouchement. Ce sont ces circonstances qui me font repousser le cloisonnement transversal de Neugebauer, ou les larges avivements pratiqués par quelques-uns de ceux qui ont adopté mon opération. Je n'ai pas observé de récurrence de prolapsus après le cloisonnement, et jusqu'à présent aucun de mes collègues ne m'en a signalé.

XI. — De l'allongement hypertrophique du col utérin.

Cet allongement se présente sous deux formes bien distinctes, selon qu'il affecte la portion sous-vaginale du col ou sa portion sus-vaginale.

1° Allongement de la portion sous-vaginale. — Dans ce cas, le col s'allonge jusqu'à la vulve et même au-dessous, en laissant le cul-de-sac du vagin à sa hauteur à peu près normale. Le coït est alors à peine possible; Malgaigne a vu cependant un cas où le mari désespéré s'était frayé la route dans le col même; la femme était enceinte, et le col béant au dehors admettait facilement le doigt. Mais généralement, pour rendre à la femme sa fécondité, il faut enlever la partie exubérante du col.

Procédé opératoire. — On attire légèrement le col au dehors avec des pinces de Museux, on écarte les parois du vagin avec un spéculum bivalve ou une simple gouttière, et l'on coupe le col en travers avec un couteau ou des ciseaux courbes sur le plat, au-dessous de l'insertion du vagin, et en lui laissant à peu près sa longueur naturelle.

On ne peut pas toujours amener le col à la vulve, et l'opération avec les ciseaux ou le bistouri deviendrait plus difficile. On peut, dans ces cas, employer l'écraseur linéaire ou l'anse galvanique. Si l'on s'est servi du bistouri ou des ciseaux, on peut, à l'exemple de Sims, chercher la réunion immédiate en ramenant sur la surface de section la muqueuse vaginale du col qui forme la circonférence de la plaie. Sims se contente de passer quatre fils d'argent

d'un bord à l'autre de la muqueuse, pour les attirer et les réunir transversalement au niveau de l'orifice du col. Hegar, pour mieux assurer la réunion, passe son fil de l'extérieur du col à l'intérieur, le fait sortir au niveau de l'orifice, et, en rapprochant ses deux extrémités, ourle en quelque sorte la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine. J'ai eu assez souvent l'occasion de pratiquer cette opération, et pour éviter toute hémorragie, j'ai appliqué soit l'écraseur, soit l'anse galvano-caustique. Je n'ai fait aucune suture, appliqué aucun pansement et la guérison presque toujours rapide a amené, par rétraction de la cicatrice, la muqueuse vaginale au contact de la muqueuse cervico-utérine.

2° Allongement de la portion sus-vaginale. — Cet allongement est quelquefois tel que la longueur totale de l'utérus varie de 11 à 24 centimètres, bien que le corps conserve ordinairement son volume normal; la portion sous-vaginale ne fait presque plus de saillie, le vagin étant refoulé près du museau de tanche, et elle est habituellement le siège d'une hypertrophie dans le sens de son épaisseur; de telle sorte que la tumeur hors de la vulve se présente sous la forme d'un cône renversé.

Ici donc la portion hypertrophiée en longueur est située au-dessus de l'insertion du vagin, et celle-ci doit être détruite pour porter le bistouri aussi haut qu'il est nécessaire; aussi l'opération est beaucoup plus délicate que dans le cas précédent. Nous avons vu précédemment que le péritoine est fort éloigné en avant de l'insertion du vagin, mais qu'immédiatement au-dessus la vessie est adossée à l'utérus; en arrière, le péritoine descend sur le vagin, jusqu'à 3 et même 5 centimètres au-dessous de son insertion à l'utérus. Il ne faut pas oublier non plus que, pour l'ordinaire, cette sorte d'allongement s'accompagne d'un certain degré d'abaissement de l'utérus.

Procédé de Huguier. — La malade placée comme pour la taille, le chirurgien saisit avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure du col ou sa lèvre postérieure, et attire modérément la tumeur en haut et en avant pour tendre la paroi postérieure du vagin. Il porte ensuite l'indicateur gauche dans le rectum, pour reconnaître la situation du cul-de-sac péritonéal, et y appuyer sa pulpe autant que possible; et il pratique à la partie postérieure de la tumeur une incision semi-lunaire à concavité supérieure, qui doit embrasser la moitié du museau de tanche. Il faut que le bistouri longe l'insertion du vagin au col et ne remonte pas plus haut, de peur du péritoine; il est bon aussi de diriger le tranchant en haut et en avant pour s'en écarter encore davantage.

On poursuit la section dans le même sens jusqu'à ce qu'on arrive dans la cavité de l'utérus; et s'il est besoin, on lie les artères ouvertes. Ordinairement on a deux ou trois ligatures à placer, quelquefois aucune.

On passe alors à la section antérieure. Ici, c'est la vessie qui est à craindre; en conséquence, on introduit une sonde jusqu'au fond du prolongement qu'elle envoie sur la tumeur, et l'on soulève cette partie sur le bec de la sonde, qui est ensuite confiée à un aide. La lèvre antérieure du col, saisie par les pinces de Museux, est attirée en arrière par un autre aide; puis, à un centimètre environ au-dessous de la saillie de la sonde, on fait une incision semi-lunaire correspondante à la première qu'elle rejoint par ses deux extrémités; les insertions du vagin ainsi divisées, avec le doigt on décolle la vessie de l'utérus, on la refoule en arrière et en haut et l'on achève la section du col. Il faut ici lier les vaisseaux au fur et à mesure, de peur qu'au moment de la section complète, l'utérus ne remonte dans le bassin; une sage précaution consiste même, avant de compléter la section, à implanter des pinces de Museux dans la lèvre postérieure de la plaie, pour faire à loisir les dernières ligatures. La portion élevée a la forme d'un cône, et la plaie qui reste représente conséquemment un entonnoir.

Comme il est très difficile de saisir immédiatement les artères dans le tissu utérin, Huguier a imaginé un mode de ligature qui pourrait être appliqué utilement dans d'autres circonstances. Il passe dans les parties qui entourent le vaisseau une forte épingle recourbée en hameçon; une ligature est jetée et serrée sur les parties prises par l'épingle, dont la pointe est coupée à distance convenable; le tout est laissé en place et tombe du troisième au cinquième jour.

Chassagnac a appliqué à cette opération l'écrasement linéaire. L'écraseur, en opérant une section horizontale, ne permet pas de remonter si haut que le bistouri; et enfin il n'empêche pas toujours les vaisseaux de donner du sang. Toutefois Huguier y a eu lui-même recours plusieurs fois quand le col était volumineux et pourvu d'un grand nombre d'artères.

Après la cicatrisation, l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie, froncée; elle offre une cicatrice rougeâtre, au fond de laquelle est un petit mamelon du volume du bout du doigt, percé d'une ouverture centrale; c'est la partie inférieure de l'utérus. Celui-ci tend d'ailleurs à revenir à l'état normal; au bout de deux ou trois mois, il a diminué en hauteur de 10 à 15 millimètres; rien ne semble donc s'opposer à la fécondation.

Il y a une autre question assez intéressante à résoudre. L'allongement du col s'accompagne assez souvent d'un certain degré d'abaissement réel, et nous avons vu que l'utérus est sujet à remonter après la section de la partie exubérante; alors il ne paraît pas que l'abaissement tende à faire des progrès ultérieurs. Chez une femme même, où l'allongement se compliquait d'une chute complète, l'utérus parut d'abord se maintenir à sa hauteur normale; mais la chute se reproduisit au bout de quatre mois.

Nous allons du reste retrouver l'amputation sus-vaginale du col, à propos du cancer de l'utérus.

Hystérectomie partielle par la voie abdominale. — Ablation des tumeurs fibreuses sous-séreuses. — Le volume qu'acquiert parfois les fibromes sous-séreux, les hémorrhagies graves et répétées qui accompagnent assez souvent ces tumeurs même lorsqu'elles sont d'un volume médiocre, devaient engager les chirurgiens à tenter leur ablation par la voie abdominale. C'est ce que fit Granville en 1837, suivi en 1844 par Atlee et Lane qui, plus heureux que Granville, guérissent leurs opérées. Clay et Heath en 1843 firent les premières amputations partielles de l'utérus pour des fibromes non-pédiculés. Spencer Wells, Kœberlé et surtout Péan contribuèrent par leurs travaux et leur exemple à vulgariser cette opération.

Nous ne saurions décrire à part les procédés opératoires appartenant à tel ou tel chirurgien, les modifications imaginées dans les différents temps de l'opération par des opérateurs divers; nous donnerons le manuel opératoire général en citant, chemin faisant, les diverses modifications qui y ont été apportées. Nous ne décrirons pas non plus séparément l'hystérectomie partielle et l'ablation simple des fibromes, car telle opération commencée avec la pensée qu'on n'aura à extirper que le fibrome, doit souvent se terminer par l'ablation partielle de l'utérus.

L'incision de la paroi abdominale se fait avec les précautions indiquées pour toute laparotomie. La longueur de cette incision variera nécessairement avec le volume de la tumeur. Lorsque l'incision abdominale est terminée, Hegar et Kallenbach conseillent de suturer provisoirement le péritoine à la peau, afin de ne pas dissocier les couches de la paroi abdominale pendant les manœuvres de l'extraction du fibrome; cette précaution nous paraît superflue et même présenter plus d'inconvénients que d'avantages. Pour éviter de donner à l'incision une trop grande longueur dans les cas de tumeur volumineuse, Péan pratique le morcellement. Il attire au dehors une partie de la tumeur, tra-

verse la base de la portion saisie avec un gros fil métallique qu'il fixe dans un serre-nœud de Cintrat. C'est un procédé long, compliqué, qui peut donner lieu à des hémorrhagies intra-abdominales. J'ai pu sans morcellement enlever un fibrome utérin de la grosseur d'une tête d'adulte; pour faciliter l'extraction, on repousse le plus possible la tumeur à gauche du ventre; on cherche à déprimer et à engager sous la tumeur le bord droit de la plaie abdominale et lorsqu'on y est parvenu on arrive facilement à faire sortir toute la tumeur. Il faut éviter, de peur d'hémorrhagie, de la saisir avec des pinces : il faut se borner à engager sous elle la main ou, si l'on ne peut, les doigts seulement.

Les adhérences sont exceptionnelles; s'il en existe, on agit avec elles comme nous le dirons pour l'ovariotomie. Une fois la tumeur amenée à l'extérieur on constate s'il existe ou non un pédicule. Le plus souvent il n'en existe pas à proprement parler, ou du moins le pédicule est formé par l'utérus lui-même, et par conséquent le chirurgien devra pratiquer une hystérectomie partielle.

Ici, comme pour l'ovariotomie, il existe deux méthodes principales de traiter le pédicule : le lier, le rentrer et fermer le ventre, ou bien le laisser à l'extérieur. Dans la première méthode, on peut faire la ligature en masse ou des ligatures partielles. La ligature en masse a été justement abandonnée. Dans la première opération que je fis il y a dix ans, j'eus recours à la ligature en masse avec un gros fil de catgut. Alors que tout paraissait promettre un succès, il se fit le quatrième jour une hémorrhagie interne, le fil s'était détaché. Cet accident est arrivé à Kimball, à Parker, à Baker-Brown et à beaucoup d'autres. Les ligatures multiples présentent d'autres dangers. Pour les placer il faut traverser avec l'aiguille le tissu utérin et, par les trous faits par l'aiguille, il peut se produire un suintement sanguin et une véritable hémorrhagie. De plus, le pédicule est forcément assez gros, formé par des tissus peu réductibles et, malgré le lavage avec des antiseptiques puissants, ce pédicule peut se putréfier et être l'origine d'une péritonite septique. On a cherché à supprimer ces dangers, ou du moins à les atténuer en ramenant à l'extérieur, dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, les fils ayant servi à lier le pédicule et Bardenheuer a mis en pratique un véritable drainage de la cavité péritonéale; cependant on est généralement d'accord pour préférer le traitement externe du pédicule.

Lorsque le pédicule doit être laissé à l'extérieur, on traverse sa base, d'après la méthode de Péan, avec deux aiguilles d'acier mises en croix, et derrière ces aiguilles on entoure le pédicule d'un fil métallique qu'on serre avec le serre-nœud de Cintrat.

Cette méthode présente de sérieux inconvénients. Si le fil est trop serré il ne comprime pas suffisamment et n'empêche pas l'hémorrhagie; si on le serre trop, il agit comme écraseur linéaire, coupe les couches circonférentielles et une hémorrhagie se produit encore. Le fil étant serré au degré convenable coupe bientôt une partie du pédicule, le fil cesse de serrer suffisamment et on voit encore l'hémorrhagie apparaître. Dans un cas où cet accident se produisit le second jour, je fis autour du pédicule et sous les aiguilles quelques circulaires très serrées avec un fil de caoutchouc; l'hémorrhagie cessa, le pédicule tomba au bout de huit jours et la guérison survint sans aucun autre accident. Cette manière de traiter le pédicule proposée et pratiquée par Hegar me paraît supérieure à toutes les autres. On peut entourer le pédicule, pris en masse, avec quelques tours de fil ou un tube de caoutchouc, puis, au delà du fil, traverser le centre du moignon du pédicule avec une aiguille entraînant deux fils de caoutchouc, de telle sorte que chaque moitié du pédicule est serrée par une anse élastique. Pour isoler le pédicule de la cavité abdominale, on a proposé de détacher à son niveau le péritoine qui le recouvre, de suturer ce feuillet viscéral au feuillet péritonéal pariétal et de n'appliquer la ligature élastique que sur le tissu utérin.

Lorsque chez une femme n'ayant pas encore l'âge de la ménopause, on doit enlever une partie limitée de l'utérus, il est prudent de faire en même temps l'ablation des ovaires, on évite ainsi le danger des hématoécèles menstruelles.

L'hystérectomie partielle par la voie abdominale, pratiquée pour l'ablation des tumeurs sous-péritonéales de l'utérus, est une opération grave, beaucoup plus grave que l'ovariotomie et qui donne une mortalité élevée. Nous possédons peu de statistiques intégrales de cette opération. Je citerai seulement les suivantes, en faisant observer que celle de Péan ne va que jusqu'en 1879, époque où il la communiqua à l'Académie.

	Opérées	Guéries	Mortes	Mortalité p. 100
Péan	46	30	16	34
Koerberlé	19	9	10	52
Spencer Wells	24	9	15	62
Billroth	25	10	15	60
Gusserow	113	50	63	55
	<u>227</u>	<u>108</u>	<u>119</u>	<u>52</u>

On voit que la mortalité pour ces opérateurs, ayant tous une grande expérience des opérations sur l'abdomen, est de plus de

50 p. 100. En présence de cette mortalité si élevée de l'hystérectomie partielle, on a cherché à lui substituer dans les cas de fibromes une autre opération, la castration, laquelle, plaçant la femme même encore jeune dans la situation d'une femme arrivée à l'âge de la ménopause, laisse espérer l'arrêt dans le développement du fibrome. Nous examinerons cette question à propos de la castration.

La gravité de l'opération indique assez qu'elle ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité. L'âge est parfois une contre-indication, car si la femme est âgée de quarante à cinquante ans et que le développement du fibrome soit lent, il ne faut pas opérer, puisqu'une fois les règles disparues les fibromes, en général, cessent de s'accroître. Si, au contraire, la marche du fibrome est rapide et la femme encore jeune, l'intervention s'impose. Elle peut encore s'imposer dans les cas où la fréquence et l'abondance des hémorrhagies mettent en danger sérieux la vie des malades.

XII. — Cancer de l'utérus. — Amputation du col.

Le cancer du col utérin lorsqu'il est limité au col est combattu par la cautérisation ou l'amputation du col.

1° *Cautérisation.* — Elle se pratique avec les caustiques ou le cautère actuel.

Application des caustiques. — On commence par introduire le spéculum cylindrique dans lequel on engage toute la circonférence du col; on absterge la surface ulcérée à l'aide de pinceaux de charpie, ou de coton hydrophyle portés au bout de longues pinces, et on applique le caustique, soit la pâte arsenicale (Bayle), soit le nitrate acide de mercure, dont on imbibe un bourdonnet de charpie ou de linge fin porté au bout des pinces. On fait ensuite des injections copieuses pour délayer et entraîner les parcelles de caustique non combinées; on retire la charpie et le spéculum, et l'on met la malade au bain. Si une seule cautérisation ne suffit pas, on attend que l'irritation soit passée pour recommencer. Le meilleur caustique, lorsqu'il faut cautériser profondément, est le chlorure de zinc que l'on peut employer à l'état de flèche introduite dans le col, ou de petites plaques appliquées sur sa surface. Pour protéger le vagin contre son action, peu probable, mais possible, je place une rondelle de pâte de Canquoin dans un petit

cylindre de gutta-percha que je pousse jusque sur le col, puis je remplis le cylindre et le spéculum avec un peu de charpie.

Cautère actuel. — Il n'offre rien de particulier, on peut employer le cautère ordinaire, mais on n'emploie plus guère aujourd'hui que le thermo-cautère Paquelin.

2° *Excision.* — Osiander l'a pratiquée le premier, en 1801, après avoir passé préalablement à travers le col des anses de fil pour l'attirer à la vulve. Dupuytren a remplacé les anses de fil par les pinces de Museux; c'est ce procédé qu'on suit encore aujourd'hui.

La femme placée à l'ordinaire, on introduit un spéculum à deux valves, à l'aide duquel on déterge la tumeur avec soin; puis on porte les pinces de Museux jusqu'au museau de tanche, et l'on implante leurs crochets en deux points diamétralement opposés, avec la précaution de pousser légèrement sur eux à mesure qu'on les enfonce, pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe et ne pas le saisir trop bas. Alors on ôte le spéculum, et l'on exerce des tractions graduées, de manière à amener le col à la vulve. Là on applique les mors d'une seconde pince au-dessus de la première, et l'on confie ces pinces à un aide sûr, placé du côté droit. L'aide les abaisse pour faire saillir la partie antérieure du col sur laquelle doit porter la première incision; après quoi il les porte successivement en divers sens, pour exposer tour à tour à l'instrument tous les points de l'organe malade. On se sert de bistouris droits ordinaires, ou de ciseaux courbes sur le plat. L'essentiel est de ménager la vessie en avant, le péritoine en arrière, et de porter l'excision jusqu'aux limites du mal, en creusant au besoin en cône le corps de l'utérus.

L'isolement de la partie sus-vaginale du col n'est que le premier temps de l'hystérectomie vaginale totale que nous étudierons plus loin. Lorsque le col a été complètement isolé jusqu'au point où l'on veut faire l'ablation, on peut, pour éviter l'hémorrhagie qui est quelquefois assez abondante, employer l'écraseur ou l'anse galvano-caustique. Cependant cette manière de faire présente l'inconvénient qu'on enlève plutôt un peu moins du col qu'on n'en a isolé. Or, comme le plus souvent le cancer porte sur la muqueuse utérine, il serait préférable, tout en ménageant l'extérieur du col (ce qu'on est obligé de faire pour ne pas atteindre l'artère utérine ou pour ne pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal), de faire remonter plus haut l'excision du côté de la muqueuse, de faire ce qu'on appelle l'amputation conoïde du col. Dans ce cas, on peut

se servir du thermo-cautère et mieux encore du galvano-cautère qui expose moins aux inconvénients et même aux dangers du trop grand rayonnement de la chaleur, et aussi aux brûlures de la vulve, pendant l'introduction et la manœuvre du thermo-cautère.

Appréciation. — La cautérisation serait une ressource précieuse si l'on se trouvait en présence d'un cancer très limité; malheureusement il est rare que les malades se présentent à notre observation tout à fait au début de la maladie, et, lorsque le cancer est tant soit peu étendu, la cautérisation devient insuffisante. Quant à la valeur thérapeutique, à la gravité de l'opération, nous l'examinerons plus loin en la comparant avec l'hystérectomie totale.

XIII. — Cancer de l'utérus. — Ablation de l'utérus.

1° *Hystérectomie totale par la voie abdominale.* — L'ablation de l'utérus au moyen de l'ouverture de la cavité abdominale proposée par Gutherlet en 1814 fut faite pour la première fois par Langenbeck en 1825; mais son exemple ne fut pas suivi. L'idée fut reprise en 1878 par Freund qui étudia soigneusement les procédés opératoires.

On pratique une incision médiane de la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic et on la prolonge jusqu'au pubis. Les intestins sont refoulés dans la partie supérieure de l'abdomen et retenus avec une serviette chaude. L'utérus étant mis à découvert, on passe une anse de fil au travers du fond de l'organe ou bien, avec une large pince fenêtrée, on cherche à l'attirer le plus possible dans le champ de l'incision. On saisit alors les ligaments larges et on les embrasse par une double ligature. On ne peut ainsi serrer que leur partie supérieure, mais les artères utérines ne sont pas comprises dans la ligature. Pour les atteindre, on passe, en avant des ligaments larges, une aiguille à pointe mobile qui vient apparaître dans le cul-de-sac vaginal. On retire le fil par le vagin. On fait une seconde ponction avec l'aiguille en arrière du ligament et l'on sort de nouveau l'aiguille par le vagin. On engage dans son chas le bout du fil, libre dans le vagin, on retire par le ventre l'aiguille et le fil et l'on a ainsi une anse dont le plein est du côté du vagin, dont les extrémités libres sont du côté du ventre et qui embrasse les vaisseaux utérins. On procède alors à l'isolement de l'utérus. On fait sur la

face antérieure une incision antérieure courbe allant d'un ligament large à l'autre et une seconde incision semblable sur sa face postérieure, on dissèque, ou mieux encore on dissocie, avec le doigt ou la sonde cannelée, le tissu cellulaire péri-utérin en rasant en avant l'utérus pour éviter la vessie et l'on arrive ainsi jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. On sectionne en avant et en arrière la paroi vaginale, on agrandit la section par déchirure avec les doigts, on tire sur l'utérus et on le sépare définitivement en sectionnant ses attaches latérales et en ayant soin de ménager les ligatures déjà placées sur le pédicule latéral par où arrivent les vaisseaux. On suture alors les lèvres de la plaie péritonéale. Bardenhauer, avant d'ouvrir le ventre, commence l'opération comme on le ferait pour l'hystérectomie vaginale. Il sépare le col utérin de ses attaches vaginales, jusqu'à une certaine hauteur; après quoi, il ouvre l'abdomen, termine l'opération par la méthode abdominale ordinaire, en liant successivement et séparément de haut en bas les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présentent et pratique le drainage de la cavité péritonéale avec un drain sortant par le vagin.

L'hystérectomie par la voie abdominale a été rarement pratiquée, car on lui préfère, comme moins dangereuse et plus facile, l'hystérectomie par la voie vaginale. D'après la statistique donnée par Hegar et Kaltbach dans leur traité de gynécologie opératoire les résultats auraient été les suivants: sur 93 opérations, quatre ont été incomplètes. Si nous retranchons ces quatre cas dans lesquels l'opération a été complètement inutile il reste 89 cas ayant donné 63 morts et 26 guérisons opératoires, c'est-à-dire l'énorme mortalité de 71 p. 100. Ajoutons que, chez toutes les malades qui ont pu être suivies, il y a eu récédive.

2° *Hystérectomie totale par la voie vaginale.* — L'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire l'amputation de l'utérus par les voies génitales, est une opération que la chirurgie française peut revendiquer. En effet, si elle avait été faite dès 1822 par Sauter, c'est surtout à Récamier que nous devons d'en avoir bien établi les données opératoires. La malade qu'il opéra en 1828 guérit et il en fut de même de celle que Blundell opéra également en 1828; mais les deux malades que Roux opéra plus tard, sur le conseil de Récamier, succombèrent et l'amputation de l'utérus cancéreux, repoussée énergiquement par Boyer, Lisfranc, Velpeau, Marjolin disparut à peu près complètement de la chirurgie française. Lorsque, vers 1858, l'ovariotomie rentra définitivement dans la pratique chirurgicale régulière sous l'influence de Baker-Brown