

agnet

PZ 2765



NEUF OBSERVATIONS

D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUPRA-VAGINALE

POUR FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

TRAITEMENT RÉTRO-PÉRITONÉAL DU PÉDICULE

OBSERVATIONS RECUEILLIES PAR MM.

CH. FAGUET

ET

J. VITRAC

Chef de clinique chirurgicale.

Interne des hôpitaux de Bordeaux.

*Travail de la clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue.
à BORDEAUX (Hôpital Saint-André, de Bordeaux).*

Les principales méthodes de traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myomes utérins se ramènent à trois :

1^o La méthode *extra-péritonéale* ;

2^o La méthode *intra-péritonéale* ;

3^o Une méthode *mixte*, par laquelle le pédicule se trouve à la fois intra-abdominal en même temps que extra-péritonéal ; c'est le traitement *rétro-péritonéal* du pédicule.

Ce dernier procédé, plus récent que les deux autres, présente de sérieux avantages et nous paraît atteindre le double but que visent les chirurgiens : il assure l'hémostase d'une façon complète et isole le pédicule de la cavité péritonéale.

C'est à cette dernière méthode que s'est arrêté M. le professeur Lanelongue, après avoir eu recours successivement au traitement extra-péritonéal du pédicule et à l'hystérectomie abdominale totale préconisée par M. Guermonprez. Nous nous proposons, dans ce travail, de décrire la technique opératoire suivie par notre maître, et de rapporter les résultats obtenus par lui dans une série de *neuf*¹ cas.

1. Depuis que ce travail a été envoyé à la *Revue de Chirurgie*, M. le professeur Lanelongue a fait deux autres hystérectomies abdominales pour fibro-myomes de l'utérus, par le même procédé. Dans le premier cas, la tumeur enlevée pesait 4 k. 120 gr. ; dans le second, 2 k. 620 gr. Les suites opératoires ont été excellentes.

§ I. *Soins préliminaires.* — Pendant les huit ou dix jours qui précèdent l'intervention chirurgicale, les malades prennent deux grammes de naphtol β ; on leur prescrit quelques bains généraux avec quinze grammes de sublimé, des injections ¹ vaginales tièdes bi-quotidiennes, et dans l'intervalle de ces injections, des tampons d'ouate iodoformée sont placés dans le vagin.

Trois jours avant et la veille de l'opération, on les purge avec quinze grammes d'huile de ricin.

Enfin, la veille de l'intervention, la paroi abdominale est soigneusement rasée, puis on fait prendre un dernier bain antiseptique général.

§ II. *Technique opératoire.* — Anesthésie chloroformique. — Cathétérisme.

Après une toilette antiseptique de la paroi abdominale et plus particulièrement de la région ombilicale, M. le professeur Lanelongue fait sur la ligne médiane une incision verticale, dont l'extrémité inférieure s'arrête à deux ou trois travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne, et dont la limite supérieure varie suivant le volume de la tumeur.

La paroi abdominale est incisée couche par couche jusqu'au péritoine inclusivement dont les lambeaux sont saisis et fixés de chaque côté par quelques pinces hémostatiques.

Les adhérences de la tumeur à la paroi abdominale antérieure sont détruites, le liquide ascitique est évacué, s'il y a lieu; les anses intestinales sont écartées, refoulées et maintenues dans l'abdomen à l'aide de larges éponges ².

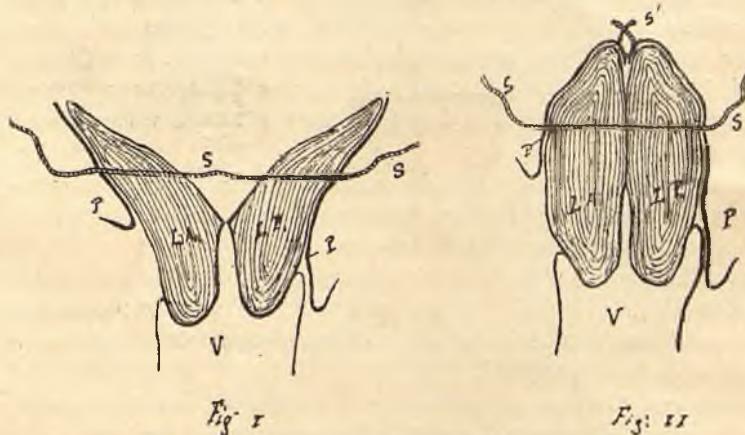
Quand ces diverses précautions ont été prises, les mains sont plongées dans l'abdomen. Le chirurgien constate les rapports de la tumeur, libère les adhérences postérieures et latérales (s'il en existe) et cherche à attirer le néoplasme au dehors, pendant que les aides protègent l'intestin et maintiennent écartées les lèvres de la plaie abdominale. Ce temps opératoire, facile en général malgré le volume (Obs. V) du fibro-myome, présente quelquefois de grandes difficultés quand la tumeur est enclavée dans l'excavation pelvienne ou incluse dans les ligaments larges (Obs. IX).

M. le professeur Lanelongue procède ensuite à la confection de deux lambeaux séro-musculaires destinés à recouvrir le moignon utérin après l'ablation de la tumeur.

1. On emploie pour les injections la liqueur Van Swieten, deux litres. Les malades sont mises dans la position horizontale, sur leur lit.

2. A chaque éponge est fixée une pince spéciale; ce procédé bien simple permet de savoir à tout instant le nombre des éponges qui se trouvent dans la cavité abdominale.

Ces deux lambeaux à convexité supérieure sont taillés, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure, au-dessus des insertions vaginales, en ménageant avec soin les organes susceptibles d'être lésés, et en particulier la vessie souvent très étalée. Le tracé de ces lambeaux, d'autant plus larges que le pédicule de la tumeur est plus volumineux, va d'un ligament large à l'autre, et leurs extrémités correspondantes se rejoignent de chaque côté, immédiatement au-dessous du pédicule des annexes qui sont toujours enlevés en même temps que le néoplasme. Pour faciliter cette ablation, chacun des ligaments larges est saisi entre deux pinces de M. Richelot, en dehors et au-dessous des annexes, et sectionné aux ciseaux. Cette section va nécessairement rejoindre de chaque côté l'extrémité des lambeaux.



Les figures I et II montrent la disposition des lambeaux avant et après les sutures sur une coupe verticale. LA, lambeau antérieur; LP, lambeau postérieur; P, Péritoine; S, suture profonde, *suture du cordonnier*; S', suture superficielle, séro-séreuse, en surjet; V, vagin.

Sur les vaisseaux ouverts pendant ce temps opératoire, sont appliquées des pinces à forcipressure en nombre variable.

Lorsque l'hémostase provisoire est assurée et les lambeaux fixés par quelques pinces, le néoplasme est pédiculisé et sectionné à l'aide des ciseaux. Cette section est faite de telle sorte qu'il ne reste que le col de l'utérus, et que les deux lambeaux séreux se trouvent doublés chacun d'un lambeau musculaire.

Les figures I et II montrent, plus exactement que ne saurait le faire une longue description, la disposition des deux lambeaux¹. Une

1. Nous adressons nos plus sincères remerciements à notre ami G. Fieux, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous faire ces dessins.

pince de Museux est à ce moment fixée sur le moignon et l'empêche de tomber dans l'excavation pelvienne que protègent en outre des éponges plates.

La muqueuse cervicale de l'utérus est immédiatement détruite à l'aide du thermo-cautère.

L'hémostase définitive est assurée par des ligatures au catgut placées sur chacune des pinces à forcipressure appliquées au cours de l'opération.

Sutures. M. le professeur Lanelongue fait ensuite deux plans de sutures au catgut.

Voici, avec tous ses détails, la technique de ce temps important de l'opération.

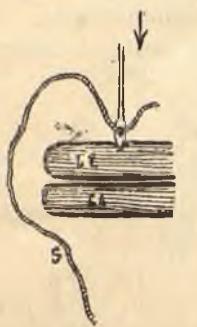


Fig. III

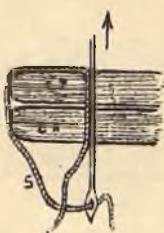


Fig. IV

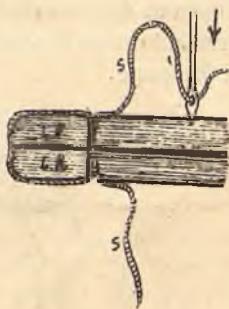


Fig. V

Les figures III, IV et V (même légende que fig. I et II) montrent les divers temps de la suture du cordonnier, S.

1^o Pour le *premier plan* (S), qui traverse complètement toute l'épaisseur des lambeaux séro-musculaires, et passe à peu près en leur milieu, M. le professeur Lanelongue a eu recours tout d'abord à la suture continue à points passés ou en faufile, appelée encore suture du matelassier, mais il s'est arrêté définitivement à la suture continue, entrecroisée, *suture du cordonnier* (Voir les figures I, II, III, IV, V et VI)

Cette méthode permet, en effet, d'adosser dans toute leur étendue, et par de très larges surfaces, la face cruentée de chacun des lambeaux. Elle assure aussi l'hémostase définitive du moignon utérin, et favorise considérablement la réunion immédiate des surfaces musculaires juxtaposées.

2^o Un *deuxième plan* S' de suture séro-séreuse au catgut, en surjet avec points d'arrêts, affronte les bords libres légèrement renversés en dedans.

Ce plan de suture est continué de chaque côté sur les ligaments larges S" dont une partie a été enlevée avec le néoplasme et les annexes. Cette dernière suture rapproche les bords de la perte de substance qui leur a été faite, les reconstitue dans leur forme et rétablit la continuité de la séreuse péritonéale en ce point (fig. VI).

La cavité abdominale est donc en définitive complètement close et le *moignon utérin* ainsi confectionné est extra ou plutôt *rétro-péritonéal* en même temps que *intra-abdominal*.

Les éponges placées dans l'abdomen sont enlevées; toilette de l'excavation pelvienne et de la grande cavité péritonéale; ablation de caillots, etc., etc.

Le grand épiploon est étalé au devant des anses intestinales.

Une suture en étages (quatre plans)¹ ferme la cavité abdominale sans drainage.

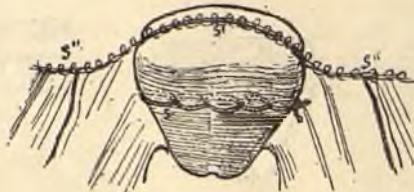


Fig. VI.

La figure VI est un schéma destiné à montrer l'aspect du moignon et la disposition de l'ensemble des sutures à la fin de l'opération. S, suture du cordonnier; S', suture séro-séreuse des lambeaux; S'', S', continuée latéralement pour la reconstitution des ligaments larges.

§ III. *Pansement*. — Iodoforme en poudre, gaze salolée, ouate salicylée, ouate ordinaire. — Bandage de corps fortement serré. — Tampon de ouate iodoformée dans le vagin.

§ IV. Les *suites opératoires* sont ordinairement très simples. Les malades sont soumises à la diète absolue pendant vingt-quatre heures. On commence peu à peu à les alimenter avec des liquides : vin de Champagne, lait, etc.

Si les vomissements chloroformiques persistent; si l'abdomen se météorise, on administre dès le troisième jour quinze grammes

1. Les quatre plans de suture comprennent : 1^o des points profonds au crin de Florence; 2^o et 3^o deux plans de sutures perdues en surjet au catgut du péritoine d'abord, puis de l'aponévrose; 4^o une suture superficielle au crin de Florence. Après le deuxième et le troisième plan de sutures, la plaie opératoire est lavée successivement avec des solutions d'acide phénique à 5 0/00 et de sublimé à 1 0/00.

d'huile de ricin; ce purgatif fait ordinairement cesser tous les accidents.

Le pansement est défaite vers le dixième jour, et les points de suture sont enlevés.

OBSERVATIONS. — OBS. I. — Mme R..., âgée de trente-huit ans, entre dans le service des Dames payantes, chambre 3, le 10 décembre 1893.

Les antécédents héréditaires sont sans importance.

Dans les antécédents personnels, aucune affection antérieure à signaler. Les premières règles sont venues à quatorze ans; elles étaient régulières, bien colorées, sans caillots, non accompagnées de douleurs. Pas de leucorrhée. Mariée à vingt-deux ans, Mme R... a eu un enfant, l'accouchement fut facile après une grossesse bien supportée. Les suites de couches furent normales; il n'y eut pas d'allaitement et les règles revinrent au bout de quarante-cinq jours. Depuis elles sont restées absolument régulières, normales comme quantité, coloration, etc. La malade dit n'avoir jamais souffert du ventre.

A la fin de l'été 1894, elle commença à sentir dans le ventre de la lourdeur et des tiraillements; les mictions devinrent peu à peu fréquentes dans le jour comme dans la nuit, et difficiles. Brusquement le 12 novembre survint une rétention d'urine complète: Mme R... en se levant ne put pas uriner; elle ne s'était pas aperçue que son ventre avait augmenté de volume: elle prit des potions, des diurétiques, etc.

Dans la nuit du 24 au 25 elle urina goutte à goutte, par regorgement. Depuis, l'état est resté sensiblement le même. Parfois la malade a une miction, peu abondante, douloureuse, précédée de pénibles efforts; le reste du temps, l'incontinence par rengorgement est le seul mode d'évacuation spontanée de la vessie. C'est du reste ce seul accident qui a déterminé l'entrée de Mme R... à l'hôpital.

Actuellement, elle se plaint de tiraillements très douloureux dans les lombes, le haut des cuisses. Elle a du ténesme vésical et rectal; depuis un mois en effet, la constipation est devenue opiniâtre; il y a de l'entérite glaireuse du gros intestin; les matières rendues sont ovillées. Le 11 décembre, au moment où la malade entra à l'hôpital, le cathétérisme pratiqué donne issue à deux litres et demi d'urines claires. Cette déplétion de la vessie, suivie d'un grand soulagement, permet de faire les constatations suivantes :

Le petit bassin est rempli par une tumeur qui déborde le pubis de trois travers de doigts, du côté gauche surtout. Cette tumeur mate à la percussion est assez mobile; la saillie qu'elle fait sous les téguments est celle d'une très grosse poire; elle est dure, et sur la surface lisse dans l'ensemble, on trouve quelques bosseuses.

Par le toucher, on trouve le col à trois centimètres de la vulve; son orifice, sans déchirure, regarde en avant, en haut et à droite. Cette exploration est difficile par suite de l'aplatissement du cul-de-sac antérieur contre le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve le corps

de l'utérus en rétroflexion, et immédiatement accolés à lui, deux noyaux durs, arrondis, de consistance fibreuse, paraissant avoir le volume d'une noix. Le cul-de-sac droit est libre; mais le cul-de-sac gauche est rempli par une tumeur lisse, dure, globuleuse, qui se continue directement avec l'un des noyaux sentis dans le cul-de-sac postérieur. Les mouvements communiqués à la tumeur entraînent le col.

Hystérométrie. — 9 centimètres.

Le toucher rectal indique une diminution notable du calibre du gros intestin, et la présence dans l'excavation d'une tumeur arrondie, très dure, un peu mobile.

Pendant l'état de réplétion de la vessie, il existe une rectocèle très manifeste.

Diagnostic. — *Tumeurs fibreuses multiples*, appartenant à un utérus en rétroversión; évolution pelvienne intraligamenteuse.

Indications opératoires: compression du rectum et de la vessie.

Du 12 au 27 décembre, la malade est préparée; des cathétérismes évacuateurs sont pratiqués deux fois par jour. La quantité des urines qui était au début de 3,500 grammes tombe bientôt au chiffre normal de 1,500 grammes (ni sucre, ni albumine).

Opération, le 27 décembre 1893. — *Hystérectomie abdominale.* — Adhérences lâches dans le petit bassin, en arrière surtout; incisions sur les ligaments larges qui permettent la décortication de la tumeur. *Traitemenr rétro-péritonéal du pédicule.*

La guérison fut dans la suite retardée par une cystite aiguë très rebelle, qui ne céda que dans les premiers jours de janvier 1894. A la fin du mois suivant, les lavages vésicaux furent complètement suspendus; la malade quitta l'hôpital en parfaite santé.

Revue dans le courant de l'année, on constate que toutes les fonctions sont normales. La cicatrice abdominale, un peu irrégulière, est néanmoins solide.

La tumeur enlevée pesait 6 kilogr. 250; elle formait deux masses principales, la plus grosse développée au niveau de la face supéro-postérieure de l'utérus, dans le voisinage de la corne gauche. Le reste de l'utérus était bourré de petits noyaux fibromateux.

Obs. II. — Jeanne G..., cinquante-six ans, entre le 22 janvier 1894 aux Dames payantes, chambre 10.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels. — Menstruation à onze ans; règles normales. Mariée à vingt-sept ans, elle eut, quelques mois après, une métrorragie abondante (peut-être un avortement?); pas de suites pathologiques.

Le début de son affection remonte à l'âge de trente-cinq ans, époque à laquelle Jeanne G... s'aperçut de l'existence d'une tumeur arrondie, siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen et du côté gauche. Cette tumeur a augmenté peu à peu de volume, sans provoquer pendant

longtemps de troubles fonctionnels notables : les règles restaient normales. A quarante-huit ans, apparut une hernie ombilicale. Ménopause à cinquante et un ans sans accidents.

Il y a deux ans environ, cette femme eut des pertes leucorrhéiques abondantes et fétides, et bientôt après des métrorragies accompagnées de coliques utérines assez violentes : ces symptômes se sont accusés de plus en plus, et le volume de sa tumeur et de sa hernie n'a pas cessé de s'accroître. En septembre 1894, elle eut des phénomènes d'étranglement herniaire : sa hernie ne put être réduite que partiellement et les accidents s'apaisèrent peu à peu sans intervention chirurgicale.

Etat actuel (22 janvier 1894). — Mme G... est une femme obèse et emphysématueuse. A l'inspection on constate que son abdomen est très développé. Tout d'abord l'attention est attirée du côté de sa hernie ombilicale du volume des deux poings, très probablement épiploïque, irréductible et douloureuse depuis les symptômes d'étranglement dont elle a été le siège. Au-dessous de cette hernie se trouve une plaque assez étendue d'intertrigo. Les parois abdominales sont épaisses et surchargées de tissu graisseux. Au palper on trouve une tumeur volumineuse, globuleuse, de consistance uniformément dure, remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic et plongeant dans l'excavation pelvienne; matité dans toute la partie antérieure de l'abdomen; sonorité dans les flancs; pas d'ascite.

Toucher vaginal. — Col de nullipare, normal. Le corps de l'utérus ne peut être différencié de la tumeur abdominale. Les mouvements provoqués à cette dernière sont nettement transmis au col de l'utérus. Les annexes sont inaccessibles.

Toucher rectal — Le calibre de l'intestin est en partie effacé par la tumeur qui déprime la paroi antérieure du rectum.

Urines. — Ni sucre, ni albumine. La quantité en vingt-quatre heures oscille entre 600 et 800 grammes; elles ne renferment que 12 grammes d'urée par litre.

Les battements du cœur sont réguliers mais faibles; pas de bruit de souffle. Emphysème pulmonaire.

Diagnostic. — Hernie ombilicale irréductible et douloureuse; fibromyome de l'utérus.

Indications opératoires. — Accidents herniaires; augmentation de volume du fibrome, métrorragies, compression des organes voisins : rectum, vessie, uretères.

3 février 1894. — 1^o *Cure radicale de la hernie ombilicale.* Adhérences multiples et serrées de l'épiploon aux parois du sac; épiplocèle pure. 2^o *Hystérectomie abdominale, traitement rétro-péritonéal du pédicule.*

Durée de l'opération : deux heures cinq minutes.

Suites opératoires : Mort le troisième jour après l'intervention en état de shock.

Poids de la tumeur, 8 kilogr. 250 grammes.

Autopsie, 6 février. — Pas d'hémorragie interne. Rien d'anormal ni du côté du pédicule utérin, ni du côté des ligatures épiploïques. Pas de traces de péritonite.

Les reins sont pâles et augmentés de volume : le foie est graisseux.

Poumons : emphysème et congestion (surtout aux bases et dans les gouttières vertébrales) des deux côtés. Le muscle cardiaque est décoloré, le ventricule droit est notablement dilaté.

OBS. III. — Jeanne D..., trente-huit ans, entre salle 8, lit 39, le 17 mai 1894.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels. — La malade dit avoir eu dans son enfance une santé assez faible; une dothiénerterie à seize ans. Les premières règles sont venues à douze ans; régulières, toujours assez abondantes, durant quatre à cinq jours, sans douleurs. Dans l'intervalle, pas de pertes blanches. Jeanne D... n'a pas eu de grossesse.

Elle s'aperçut, il y a cinq ans, que le côté droit du ventre avait grossi, la tumeur qu'elle sentit alors avait déjà le volume d'un œuf de dinde.

Vers la même époque survinrent quelques phénomènes douloureux : pesanteur dans les reins, crampes dans le haut des cuisses, ténèse rectal.

Depuis, le volume de la tumeur s'est accru progressivement jusqu'en 1892, époque à laquelle la malade nous dit avoir constaté dans la fosse iliaque gauche, l'apparition d'une seconde grosseur de même consistance que la première et du volume du poing. Il est possible d'ajouter quelque foi à ce renseignement, car le palper abdominal permet de constater que la tumeur qui fait au-dessus du pubis une forte saillie est comme bilobée au niveau de la limite supérieure; elle est lisse, dure, mate à la percussion et peu mobile.

Par le toucher vaginal, on trouve le col très allongé, en position normale, son orifice est celui d'une nullipare. Dans tous les culs-de-sac on constate qu'il n'y a point de sillon séparant l'utérus de la tumeur qui bombe légèrement dans chacun d'eux.

Le col est entraîné par les mouvements imprimés à la tumeur.

Hystérométrie, 9 centim. 4/2.

La malade est entrée à l'hôpital à la suite de l'apparition de violentes douleurs survenues depuis quelques jours seulement. Elle a souffert de fortes coliques dans le bas-ventre, irradiées dans la région lombaire, le haut des cuisses, accompagnées de constipation, d'entérite pseudo-membraneuse et de ténèse vésical très pénible.

Les règles sont peu modifiées, elles sont toujours assez abondantes, et ne sont pas suivies de pertes blanches.

Diagnostic. — Fibromyome utérin à évolution abdominale.

Indications opératoires. — Volume de la tumeur, phénomènes douloureux.

Opération. — Le 25 mai 1894. *Hystérectomie abdominale*. — Malgré les dimensions assez considérables de la tumeur, l'opération fut faci-

litée par l'absence complète d'adhérences. *Traitemenr rétro-péritonéal du pédicule.*

Dans les suites opératoires, nous signalerons une suppuration de la partie supérieure de la plaie dans l'étage superficiel seulement. Cette suppuration céda à des pansements humides assez rapidement. La malade est sortie le 22 juillet, la cicatrice étant absolument solide.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un utérus portant au niveau du fond deux tumeurs fibreuses séparées un peu par leur sommet, ayant pu naître séparément de chacune des cornes utérines.

La cavité utérine mesurait 9 centim. 1/2, le volume total de la tumeur était celui d'une grosse tête d'adulte. Son poids était de 8 kilog. 600 grammes.

OBS. IV. — Marie B..., entre salle 8, lit 12, le 8 juin 1894.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels. — Aucune affection antérieure à relever. Les premières règles sont arrivées à quinze ans; après une courte apparition, elles sont restées six mois sans paraître; puis elles sont revenues régulières, sans phénomènes douloureux, bien colorées avec un peu de caillots. Dans l'intervalle des périodes menstruelles, pas de leucorrhée. Marie B..., mariée à vingt et un ans, a eu deux grossesses, à vingt-deux et à vingt-quatre ans. Les enfants sont vivants; les accouchements furent normaux sans aucune suite pathologique.

C'est vers 1888-89 que semble avoir débuté la maladie. A cette époque en effet, la malade commença à avoir quelques pertes blanches; les règles devinrent douloureuses. Le ventre en même temps commença à grossir. La tumeur resta longtemps petite, au-dessus du pubis, mais non immédiatement sur la ligne médiane. La tuméfaction était plus accusée vers la fosse iliaque, du côté droit.

État actuel. — Actuellement le ventre a le même volume que chez une femme enceinte de cinq mois. La tumeur uniformément globuleuse, dure, occupe bien la ligne médiane. Il est impossible de la mobiliser. Par le toucher vaginal, on reconnaît que le col est très élevé. Son orifice regarde en haut et en avant, comme si l'utérus avait basculé complètement en arrière. La cloison recto-vaginale est repoussée en avant, laissant une voie à peine praticable au doigt serré contre le pubis. Cette tuméfaction de la paroi postérieure est lisse, dure, arrondie avec un noyau plus saillant en bas et à gauche. Le toucher rectal laisse sentir une tumeur dure, arrondie, dont le doigt ne trouve pas la limite supérieure. Le palper abdominal et le toucher combinés ne permettent pas de constater la moindre mobilité, ni pour le col, ni pour l'ensemble de la tumeur. L'hystérométrie est impossible.

Les règles viennent toujours régulièrement; mais elles durent maintenant quinze jours, avec quelques caillots. Elles sont accompagnées de vomissements, de crampes d'estomac, de céphalée, de vertiges, d'oppression pénible. Des pertes blanches très abondantes surviennent

après chaque époque menstruelle. Dans l'intervalle, pas de ménorrhagies.

En outre la malade est très constipée; elle a eu parfois de la dysurie; elle a presque continuellement du ténèse rectal et vésical. Elle accuse des fourmillements et des crampes douloureuses dans les membres inférieurs. Par moments ces phénomènes douloureux acquièrent une intensité telle au niveau de la cuisse droite surtout, que la marche devient impossible.

Diagnostic. — Fibro-myôme utérin. Evolution uniquement pelvienne de la tumeur.

Indications opératoires. — Abondance des ménorrhagies : phénomènes douloureux et dyspeptiques qui les accompagnent, troubles de compression localisés et à distance.

Opération. — Le 13 juin. *Hystérectomie abdominale.* — La réduction de l'utérus fibromateux en rétroversion fut particulièrement difficile, la tumeur était moulée contre les parois de l'excavation, sans adhérences. *Traitemenr rétro-péritonéal du pédicule.*

Suites excellentes. La malade, pansée le 24 juin, s'est levée le 2 juillet et est sortie le 8 juillet.

Marie B... a été revue (novembre-décembre 1894). La cicatrice est nette et solide, sans trace d'éventration. Toutes les fonctions sont aujourd'hui normales. La santé générale est excellente.

La tumeur, du poids de 9 kilogr., est formée par un fibromyôme, né de la face antérieure et de la corne droite de l'utérus. Ce fibrome resté dans l'excavation a déterminé la flexion de l'utérus au niveau de la partie moyenne du col. Il existe deux petites tumeurs secondaires. Pas de kystes. Les annexes sont saines.

OBS. V. — Cécile D..., quarante-deux ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 8, n° 4, le 20 juin 1894.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à vingt-sept ans d'un cancer de l'utérus; une de ses sœurs a succombé à une hémorragie puerpérale.

Personnellement, elle a eu une bonne santé pendant son enfance. Réglée à onze ans pour la première fois, règles régulières, sans coliques, mais abondantes et d'une durée moyenne de huit jours. Mariée à vingt ans, elle a eu trois grossesses normales à vingt-deux, vingt-sept et trente ans. Les accouchements se sont faits normalement, et dans de bonnes conditions; les suites des couches ont toujours été physiologiques. A l'âge de trente ans sans cause connue (peut-être un avortement) cette femme eut une hémorragie utérine abondante, qui l'obligea à garder le repos au lit pendant quelques jours, puis pendant sept ans elle ne présenta aucun trouble dans les fonctions de ses organes génitaux, si ce n'est une abondance peut-être exagérée des règles.

Il y a trois ans et demi, elle consulta un médecin à l'occasion d'une hémorragie survenue pendant une époque menstruelle. Le médecin

appelé constata la présence d'un fibrome du volume d'une orange siégeant au niveau de la corne gauche de l'utérus. De nouvelles hémorragies se produisent un an après et Mme D... se soumit à un traitement électrique. Pendant plusieurs mois les hémorragies furent très diminuées; mais la tumeur continuait à augmenter. En novembre 1893, elle atteignait environ le volume d'une tête d'adulte.

Les hémorragies reparurent abondantes et fréquentes, et en février 1894, MM. A. Boursier et Monod, appelés à lui donner des soins, proposèrent une hystérectomie abdominale. Cette intervention ne put avoir lieu, par suite de l'anémie extrême produite par une nouvelle hémorragie la veille du jour fixé pour l'opération. En même temps survinrent quelques symptômes de péritonite localisée, surtout dans la région sous-ombilicale. Depuis cette époque, la malade dont la tumeur a très notablement augmenté de volume, et dont les hémorragies se renouvellent fréquemment, n'a guère pu quitter le lit; notons aussi qu'elle a eu plusieurs fois de l'hydrorrhée.

21 juin 1894. — Actuellement on constate que cette femme est profondément anémie; ses muqueuses et son tégument externe sont pâles, décolorés; son pouls est faible. Les fonctions digestives, respiratoires, s'accomplissent normalement; nous devons signaler cependant que la quantité des urines s'élève à peine à 7 ou 800 grammes par vingt-quatre heures; elles ne renferment ni sucre, ni albumine. L'analyse chimique y montre en outre 16 grammes d'urée par litre et une grande proportion d'acide urique et d'urates.

A l'inspection, l'abdomen présente un énorme développement surtout du côté gauche, côté sur lequel la malade est obligée de se tenir couchée depuis quatre mois environ. Les téguments ont conservé leurs caractères normaux (exception faite pour la pâleur); la dépression ombilicale est en partie effacée; l'augmentation du volume de l'abdomen est uniforme et régulière. La circonférence au niveau de l'ombilic mesure 1 m. 42.

Au palper, on trouve une tumeur régulière dans sa forme, de consistance dure, occupant presque toute la cavité abdominale, plongeant dans l'excavation pelvienne, remontant à cinq centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde et resoulevant les anses intestinales dans les régions latérales. Cette tumeur est solide et offre une matité absolue dans toute sa surface; cette matité est fixe, quelle que soit la position que l'on donne à la malade; il n'y a pas d'ascite. La paroi abdominale glisse difficilement au-devant de la tumeur.

Toucher vaginal. — Le col est en position normale, un peu gros, déchiré, et son orifice externe béant admet facilement l'extrémité de l'index. Il est impossible d'apprécier les caractères du corps de l'utérus qui se perd au sein de la tumeur. Les annexes ne sont pas perceptibles. Les mouvements latéraux ou verticaux imprimés à la tumeur abdominale, sont nettement transmis au col de l'utérus. L'hystérométrie, difficile à pratiquer, donne 8 cm. 5.

Le toucher rectal permet d'atteindre une partie de la tumeur, faisant au niveau de cet organe un relief notable.

Diagnostic. — Fibro-myôme probablement kystique.

Indications opératoires. — Augmentation rapide du volume de la tumeur; hémorragies abondantes.

Du 21 au 27 juin la malade fut préparée à l'intervention chirurgicale : purgatifs, naphtol β , bains, injections sous-cutanées de sérum artificiel (formule de M. Chéron).

27 juin. *Hystérectomie abdominale, traitement rétro-péritonéal du pédicule.* Des adhérences assez étendues unissent la paroi abdominale à la partie antérieure de la tumeur. Durée de l'opération : 1 h. 10 minutes.

Les suites opératoires ont été excellentes¹.

Pendant plusieurs jours, les injections de sérum artificiel sont continues à la dose de 20 centimètres cubes par jour.

Examen de la tumeur. — Ce fibrome² a une forme ovoïde, un peu aplati dans le sens antéro-postérieur. Sa consistance ferme, solide dans sa moitié inférieure, est au contraire molle dans sa partie supérieure, il y a en ce point des géodes kystiques.

Les annexes sont scléro-kystiques.

Poids.....	11	kg.	750	grammes
Longueur	0	m.	38	—
Largeur.....	0	m.	29	—
Circonférence dans son plus grand diamètre.....	0	m.	88	
id. — petit —	0	m.	70	

OBS. VI. — Catherine P... entre salle 8, lit 29, le 16 juillet 1894.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont âgés et bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave à enregistrer. Les premières règles sont venues à seize ans régulières, sans coliques, elles duraient 3 ou 4 jours. Des pertes blanches dans l'intervalle. Pas de grossesse.

La malade souffre depuis très longtemps, depuis quinze ans environ. A cette époque, elle commença à ressentir des douleurs sourdes, des tiraillements pénibles dans les reins, exagérés par la marche. Les règles devinrent progressivement plus abondantes durant dix à douze jours et occasionnant de vives douleurs dans le bas-ventre. Mais Catherine P... ne s'est aperçue de l'existence d'une grosseur que depuis deux ans et demi seulement. La tumeur faisait au-dessus du pubis, et à droite, une saillie dure, grosse comme un œuf de poule. Actuellement les règles sont extrêmement abondantes surtout au début de leur apparition; elles durent quinze jours, et viennent régulièrement mais

1. M^{me} Cécile D... est venue nous voir dans les premiers jours de novembre 1894, sa santé est parfaite.

2. Cette tumeur a été présentée par l'un de nous à la Société d'anatomie de Bordeaux, le 2 juillet 1894.

toujours douloureuses. Dans l'intervalle des périodes menstruelles pas de métrorragies; des pertes blanches en quantité notable. L'appétit est depuis quelque temps surtout très diminué, la malade s'affaiblit progressivement. Elle n'accuse pas de troubles reconnaissant pour origine la compression.

Par le palper on trouve l'utérus augmenté de volume; il fait dans la fosse iliaque droite une saillie grosse comme le poing, dure, régulière, mate à la percussion et mobile. Le toucher vaginal permet de rencontrer le col un peu élevé, non allongé. Son orifice est normal. L'utérus est en antéversion, il fait bien nettement corps avec la tumeur sus-pubienne et partage sa mobilité.

Hystérométrie. — 7 centimètres.

Par les culs-de-sac et par le toucher rectal on ne trouve pas les annexes.

Diagnostic. — Fibro-myôme de l'utérus développé sur le fond de l'organe. Évolution abdominale.

Indications opératoires. — Abondance des ménorragies, douleurs; anémie profonde, et toujours progressive.

Opération. — Le 25 juillet 1894. *Hystérectomie abdominale.* Opération facile vu l'absence d'adhérences et le peu de volume de la tumeur.
Traitement rétro-péritonéal du pédicule.

Les suites opératoires ont été excellentes; réunion de la plaie par première intention. Sortie de la malade le 16 août 1894.

La tumeur était développée sur la paroi antérieure et le fond de l'utérus; variété interstitielle. Une coupe pratiquée à son niveau en a permis l'énucléation facile. Il existait un autre petit fibrome, déjà sous-péritonéal, mais non encore pédiculé, du volume d'une noisette. Pas de formations kystiques. L'utérus ouvert mesurait 7 centimètres. La cavité était étalée, très élargie à sa partie supérieure. Du côté des annexes, à signaler seulement quelques petits kystes sur l'ovaire droit. Poids total, 1 kilog 370 grammes.

OBS. VII. — Jeanne B..., âgée de trente-trois ans, entre le 21 juillet 1894 aux Dames payantes, chambre 5.

Rien à noter dans les *antécédents héréditaires* de la malade.

Antécédents personnels. — Aucune affection antérieure. Les premières règles ont apparu à l'âge de quatorze ans; elles sont venues longtemps sans provoquer de douleurs, régulières; très abondantes; durant huit jours en moyenne. Dans l'intervalle pas de leucorrhée. Il y a trois ans, commencent à apparaître quelques modifications dans les fonctions menstruelles; les règles surviennent toutes les trois semaines, et à la fin de chaque période, la malade éprouve des douleurs dans les reins et le bas-ventre de chaque côté.

En février 1894, les symptômes douloureux devenant plus accusés la malade consulta un médecin qui diagnostiqua une tumeur fibreuse de l'utérus. Depuis cette époque la tumeur aurait beaucoup augmenté de

volume. Les règles sont devenues à ce point douloureuses que Jeanne B... est obligée de garder le lit; leur durée s'est également accrue (15 jours). Dans leur intervalle quelques pertes rosées peu abondantes. L'état général est resté bon, les diverses fonctions se font normalement; nous signalerons cependant une constipation habituelle devenue plus rebelle.

Depuis trois semaines enfin la malade se plaint de ressentir des douleurs lancinantes presque continues; ces douleurs siègent dans la région lombaire et le bas-ventre; elles sont le point de départ d'irradiations très pénibles dans la cuisse gauche. A l'inspection, il existe une voûture au-dessus du pubis très manifeste et plus accusée vers le côté gauche.

Par le toucher vaginal on trouve le col remonté; son orifice, difficilement atteint, est celui d'une nullipare; le col allongé, dur, plaqué contre la face postérieure du pubis ne laisse le doigt s'engager que très difficilement dans le cul-de-sac antérieur. Dans les culs-de-sac gauche et postérieur, on explore plus facilement la tumeur, dure, irrégulière, faisant corps avec l'utérus, et mobilisable par le palper bimanuel. Le toucher rectal et l'hystérométrie (10 centimètres) complètent les données fournies par l'exploration vaginale.

Diagnostic. — Fibromyome de l'utérus à noyaux multiples; évolution abdominale.

Indications opératoires. — Ménorragies très abondantes et douloureuses; accroissement assez rapide du volume de la tumeur; apparition des phénomènes de compression.

Opération. — Le 24 juillet 1894. *Hystérectomie abdominale; traitement rétro-péritonéal du pédicule.* Pas de particularités opératoires.

Suites excellentes. A noter une légère suppuration de la paroi, superficielle, localisée à la partie supérieure et rapidement arrêtée.

La tumeur enlevée pèse 3 k. 200, elle est de forme arrondie et présente, disséminées à sa surface, six petites tumeurs dont le volume ne dépasse pas celui d'une noisette ou d'une noix. Une coupe suivant l'axe le plus allongé et passant par la cavité utérine mesure en largeur 14 centimètres et en longueur 22 centimètres. La tumeur principale, creusée de quelques géodes, coiffe le fond de l'utérus, et son angle gauche surtout. Les petits fibromes sont uniformément solides.

La trompe gauche est augmentée de volume; les deux ovaires sont kystiques.

Obs. VIII. — B..., quarante ans, entre, le 30 juillet 1894, à l'hôpital Saint-André, salle des Dames payantes, chambre n° 7.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à signaler dans ses ascendantes; une de ses sœurs aurait un fibrome utérin?

Antécédents personnels. — Bonne santé pendant la première enfance. Premières règles à quatorze ans régulières mais abondantes, et d'une durée de huit jours. Mariée à vingt-quatre ans, Mme B. n'a eu qu'une

seule grossesse à vingt-sept ans. Cette grossesse a été normale dans son évolution, mais au moment de l'accouchement qui se fit à terme, il y eut de l'inertie utérine et une application de forceps fut nécessaire. Les suites de couches furent normales; les règles reparurent au bout de deux mois, avec leurs caractères habituels. Dès cette époque, il y eut de la leucorrhée glaireuse, plus particulièrement après les époques menstruelles.

Il y a cinq ans, sans retards dans la menstruation, sans fatigues exagérées, sans cause connue, Mme B... fut prise brusquement de coliques utérines bientôt suivies d'une métrorragie abondante. Le repos au lit, des injections vaginales très chaudes, des injections hypodermiques d'ergotine arrêtèrent peu à peu cette hémorragie, mais néanmoins des pertes sanguinolentes persistèrent pendant une vingtaine de jours. Trois semaines après, une nouvelle hémorragie se produisit mais moins forte que la première; on s'aperçut alors de l'existence d'un fibrome au niveau de la corne droite de l'utérus. Pendant les quatre années qui ont suivi, les règles ont paru à époque fixe mais très abondantes.

Depuis six ou huit mois, la tumeur utérine dont le développement se faisait avec une extrême lenteur a augmenté plus rapidement de volume; en même temps commençaient à se manifester des douleurs névralgiques sur le trajet du nerf sciatique droit et une constipation opiniâtre.

Notons enfin que la malade a perdu des eaux (très probablement hydorrhée) à plusieurs reprises et notamment il y a trois semaines.

État actuel (30 juillet 1894). — L'abdomen est très augmenté de volume, d'une façon sensiblement uniforme; il est néanmoins plus saillant du côté gauche. Il ne présente pas l'aspect désigné sous le nom de ventre de batracien. Pas de développement exagéré de veines superficielles; omblig normal. Au palper on trouve une tumeur médiane, globuleuse, dure, s'enfonçant d'une part profondément dans l'excavation et remontant d'autre part jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Matité absolue dans toute l'étendue de cette tumeur; sonorité dans les flancs quelle que soit la position prise par la malade; pas d'ascite.

La vessie est étalée au devant de la tumeur ainsi qu'on peut s'en convaincre par le cathétérisme.

Toucher vaginal. — Col un peu gros, déchiré du côté gauche. Le corps de l'utérus se perd dans la tumeur. Les annexes ne sont pas accessibles. La tumeur fait saillie dans les culs-de-sac vaginaux qui sont en partie effacés, plus particulièrement dans le cul-de-sac postérieur.

Toucher rectal. — La paroi antérieure du rectum est déprimée et le calibre de l'intestin est notablement diminué.

L'hystérométrie est impossible. Les urines sont normales; l'état général est satisfaisant.

Diagnostic. — Fibro-myôme de l'utérus.

Indications opératoires. — Augmentation rapide de volume, hémorragies fréquentes, compression du nerf sciatique droit et du rectum.

Mme B... est immédiatement soumise aux soins préparatoires à une intervention chirurgicale. — 9 août. — *Hystérectomie abdominale supravaginale; traitement rétro-péritonéal du pédicule.* Aucune particularité pendant l'opération. Il n'existe qu'une seule adhérence peu étendue de la tumeur à l'intestin.

Suites opératoires. — Bonnes, Mme B... a eu une très légère phlébite au niveau de la jambe gauche.

Examen de la tumeur. — Il existe trois fibro-myômes indépendants les uns des autres. Le premier, le plus gros, est du volume d'une tête de fœtus à terme, développé au niveau de la corne droite de l'utérus à laquelle il n'est relié que par un pédicule peu volumineux. On trouve des géodes au centre. Ce fibrome était enclavé dans l'excavation. Le second, pédiculé, du volume d'un œuf de poule, est appendu à la région latérale gauche de l'utérus. Enfin le troisième, de la grosseur d'une noix, est interstitiel et siège dans la paroi postérieure de l'utérus.

Les ovaires offrent les particularités suivantes : à droite ils sont scléro-kystiques; à gauche il existe un kyste de l'ovaire, rempli de sang et du volume d'un œuf de poule. La cavité utérine mesure 8 cm. 5. Poids total (utérus, fibro-myômes, annexes), 3 k. 570.

OBS. IX. — Clara S..., quarante-cinq ans, entre le 30 juillet 1894, salle 8, lit 3.

Antécédents personnels. — Premières règles à dix-sept ans, normales pendant deux ans; puis précédées de douleurs, durée moyenne, huit jours. Pas de grossesse.

En 1889, à la suite d'une grande fatigue coïncidant avec l'époque menstruelle, Clara S... a éprouvé de vives douleurs dans toute la région sous-ombilicale de l'abdomen mais plus particulièrement au niveau de la fosse iliaque gauche. Ces douleurs n'ont jamais disparu et se sont irradiées dans les lombes et dans les cuisses. En même temps les règles devenaient plus abondantes, s'accompagnaient de coliques utérines, étaient suivies de pertes lencorrhéiques abondantes pendant toute la période intermenstruelle. Il y a dix-huit mois, sur les conseils de son médecin qui constata la présence d'un fibrome utérin, cette malade fut soumise au traitement électrique dans le service de la Clinique électrothérapeutique.

M. le docteur Xavier Debédat, aide de clinique de M. le professeur Bergonié, a bien voulu nous transmettre les renseignements suivants : « On se borna tout d'abord, à cause de l'étroitesse de l'hymen qui empêche tout examen au spéculum, à faradiser l'utérus, en poussant une électrode intra-utérine volumineuse au contact du museau de tanche. Ce traitement, suivi de février à juin 1892, ne donna que de médiocres résultats; il fut recommandé sans succès en octobre 1893, et continua-

jusqu'en mai 1894. A cette époque, un examen complet permit de constater une atrésie à peu près complète de l'orifice externe du col; dilatation avec tiges de laminaire.

« Du 4 mai au 22 juin 1894, la méthode d'Apostoli fut appliquée. Électrolyse positive intra-utérine avec :

Hystéromètre.....	n° 4.
Intensité.....	40 mm. a.
Durée.....	10 minutes.

« Une amélioration marquée se produisit d'abord et se maintint jusqu'au 15 juin, mais à cette époque les hémorragies qui avaient cessé, les douleurs qui s'étaient atténuées reparurent comme au début du traitement. On lui conseille une intervention chirurgicale. » A cette même époque, des troubles de la miction, une constipation de plus en plus opiniâtre, une sensation de pesanteur de plus en plus accusée, enfin l'œdème des membres inférieurs, ont commencé à se manifester.

État actuel (30 juillet 1894). — A l'inspection et au palper, on constate l'existence d'une tumeur abdominale, médiane, de forme globuleuse, de consistance fibreuse dans toute son étendue, mate à la percussion, remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic; s'enfonçant profondément dans l'excavation pelvienne; mobile dans le sens transversal, mais seulement dans sa partie supérieure.

Toucher. — Col de nullipare, le col de l'utérus ne peut être différencié de la tumeur abdominale qui fait saillie dans les culs-de-sac vaginaux surtout en arrière. Les mouvements communiqués à la tumeur sont transmis au col utérin. La vessie est étalée, se vide incomplète, ment, les urines sont normales. Pas d'hydronéphrose. Le calibre du rectum est effacé par la tumeur qui déprime la paroi antérieure de cet organe. Hystérométrie impossible.

Diagnostic. — Fibrome utérin en partie enclavé dans l'excavation pelvienne.

Indications opératoires. — Augmentation de volume de la tumeur; compression de la vessie, du rectum, des vaisseaux iliaques, douleurs.

9 août 1894. — *Hystérectomie abdominale, traitement rétro-péritonéal du pédicule.* La tumeur n'a contracté d'adhérences avec aucun des organes voisins, ni avec la paroi abdominale, mais elle est étroitement enclavée dans l'excavation pelvienne, ce qui rend son énclavation très pénible.

Suites opératoires. — Très simples.

Examen de la tumeur. — Fibro-myôme non kystique, globuleux, développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. Il existe une seconde tumeur, du volume d'un œuf, accolée à la précédente et développée dans le fond de l'utérus près de la corne droite.

Les deux fibro-myômes sont encapsulés. La cavité utérine mesure 8 cm. 5.

Poids des deux fibromes de l'utérus et des annexes scléro-kystiques, 620 grammes.

Sur une coupe antéro-postérieure :

Longueur 15 centimètres.

Largeur 12 centimètres.

Novembre 1894. — Cette malade a été revue ces jours-ci; sa santé est excellente.

CONCLUSIONS.

En résumé, dans ces neuf cas, la guérison complète et définitive sans accidents a été obtenue huit fois : un seul décès.

La cause de cette mort (obs. II) nous paraît devoir être attribuée aux conditions défavorables nombreuses dans lesquelles se trouvait la malade au moment de l'acte chirurgical.

Les lésions constatées à l'autopsie ne laissent aucun doute à ce sujet.

Nous nous croyons donc autorisés à dire que la méthode de traitement rétro-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibro-myômes utérins, nous semble de beaucoup supérieure à toutes les autres. Grâce à elle, l'hystérectomie abdominale, considérée jusqu'à nos jours comme l'une des interventions les plus meurtrières de la chirurgie, paraît devoir être, à l'avenir, aussi bénigne que les autres opérations abdominales.

