



Thèse

1891

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

De l'hystérectomie par voie sous-séreuse

Mercier, Edmond

How to cite

MERCIER, Edmond. De l'hystérectomie par voie sous-séreuse. Doctoral Thesis, 1891. doi:
10.13097/archive-ouverte/unige:26803

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26803>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:26803](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26803)

DE
L'HYSTÉRECTOMIE
PAR VOIE SOUS-SÉREUSE

PAR

EDMOND MERCIER

Médecin diplômé de la Confédération suisse.
Ancien assistant au Dispensaire des enfants malades.
Ancien assistant à l'Asile des aliénés. Ancien assistant à la Maternité de Genève.
Médecin interne à l'Hôpital de Lausanne.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

LAUSANNE

IMPRIMERIE F. REGAMEY, GRAND SAINT-JEAN, 9

1891

La Faculté de médecine autorise l'impression de la présente thèse sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

Genève, Mars 1891.

Le Doyen de la Faculté de médecine,
Dr-Prof. LASKOWSKI.

A mon Père

M. le D^r Louis Mercier.

A mon vénéré maître

M. le professeur Vaucher.

A mon cher maître et ami

M^r le D^r Mercanton,

CHIRURGIEN A L'HOPITAL CANTONAL DE LAUSANNE.

PRÉFACE

C'est Langenbeck qui le premier eut l'idée de décoriquer l'utérus de son revêtement péritonéal. Cette vieille méthode a de nouveau été préconisée dans ces derniers temps par Lane Czerny et Frank. Ce dernier publiait dans les archives de gynécologie de 1887 seize observations sur l'extirpation extra-péritonéale de l'utérus. L'idée première de cette opération lui vint en 1880 un jour qu'il faisait une amputation du col, frappé qu'il fut de la facilité avec laquelle il remontait le long des parois de la matrice sans ouvrir le péritoine. Quelques opérations sur le cadavre lui permirent de régler la technique de ce procédé et ce fut le 16 mars 1884 qu'il l'appliqua pour la première fois sur le vivant.

La littérature ne possède sur cette opération qu'un très petit nombre d'observations. Aussi j'ai pensé qu'il était utile et intéressant de publier en français douze nouvelles observations sur une opération complètement inconnue en France et en Angleterre, au moins au point de vue pratique.

Sans avoir lu le travail de Frank, mais seulement sur quelques indications verbales, M. le Dr Mercanton appli-

que ce procédé dans son service à l'Hôpital cantonal de Lausanne. Il devait en résulter quelques modifications originales que je rapporterai dans la suite de ce travail.

J'eus le privilège d'assister trois fois M. le Dr Mercanton pour cette opération en qualité d'interne et par son obligeance j'opérai la malade citée à l'observation XI.

DIVISION DU SUJET

Voici en quelques mots le plan que je me propose de développer dans ce travail.

Dans un premier chapitre je ferai l'historique de l'hystérectomie en général.

Dans un deuxième chapitre on trouvera la description des différents procédés d'hystérectomie par les voies abdominale, sacrée, périnéale et vaginale. J'estime qu'il est bon à l'occasion d'une opération nouvelle de passer en revue les divers procédés d'hystérectomie, même ceux qui ne seraient pas directement utiles à notre démonstration.

Le troisième chapitre est réservé à la description de l'hystérectomie par voie sous-séreuse et pour en rendre la compréhension plus facile, je la fais précéder de quelques renseignements anatomiques. Je termine ce chapitre en cherchant la fréquence des accidents opératoires et post-opératoires, avec l'hystérectomie par voie sous-séreuse et avec les procédés habituels par voie vaginale.

Dans un quatrième chapitre je passe en revue les affections de la matrice malignes et bénignes, telles que carcinome, fibrôme, prolapsus, métrite, endométrite,

rétroflexion et névralgie utérine, et j'indique avec l'expérience encore restreinte que nous avons de l'hystérectomie par voie sous-séreuse les services que cette opération pourra rendre dans ces diverses affections.



CHAPITRE PREMIER

Historique de l'opération.

Schenck, de Grafenberg, réunit en l'an 1600 environ 26 opérations parmi lesquelles un cas de carcinome. Mais ce qui prouve le peu de valeur que l'on doit accorder à ces observations, c'est que ces femmes continuaient à menstruer, à concevoir, à accoucher.

En 1852, Breslau réunit 56 cas d'extirpation totale faites dans ce siècle, parmi lesquelles bien peu doivent être considérées comme de véritables extirpations totales, dans le sens que nous l'entendons aujourd'hui. La plupart de ces observations concernent des extirpations partielles de l'utérus, faites soit par le vagin, soit par l'abdomen, ou encore des arrachements partiels de la matrice, produits pendant l'accouchement, par des médecins ou des sages-femmes inhabiles.

L'historique proprement dit de l'opération ne commence vraiment qu'au moment où l'on a décrit son manuel opératoire et les indications précises qui la commandent.

L'extirpation totale de l'utérus ne fut appliquée alors que pour des tumeurs malignes et quelquefois seulement pour des prolapsus simples.

Vrisberg et Mantegia furent les premiers qui propo-

sèrent à la fin du siècle dernier de pratiquer cette opération dans les cas de carcinome.

Les deux premières opérations, mentionnées par Marschall en 1783 et Langenbeck en 1813, furent toutes deux exécutées sur des utérus prolapsés carcinomateux. La malade de ce dernier guérit, ce qui eut une heureuse influence sur le développement de l'hystérectomie.

Langenbeck employa le procédé par voie sous-séreuse et voici comment il décrivit son opération : j'arrivais à cette partie de l'utérus qui, vue par devant, est enveloppée dans le péritoine comme dans un drap. Je séparai très exactement sans le couper le péritoine du tissu utérin pour éviter la sortie des intestins. Et à mesure que je décollais le péritoine j'attirais l'utérus hors de la vulve. Je continuai cette séparation jusqu'au bord arrondi du fond de l'organe et, arrivé là, je séparai l'utérus en laissant adhérent au péritoine un peu de sa substance. Le péritoine me parut être complètement sain. Ce fut donc une véritable énucléation de l'utérus en dehors du péritoine, de telle sorte que celui-ci formait avec le vagin une poche vide.

En 1814, Gutberlet, dans une dissertation pour un concours, indique la méthode suivante pour l'extirpation de l'utérus par l'abdomen. L'abdomen ouvert sur la ligne blanche, un aide pénètre avec sa main bien huilée dans la cavité abdominale, afin d'éloigner les anses intestinales de la cavité pelvienne. Un autre aide introduit dans le vagin un instrument creux en forme de gobelet qui reçoit dans sa cavité la portion vaginale, de façon à tendre toutes les parties molles qui réunissent l'utérus aux organes voisins. L'opérateur incise alors,

par la cavité abdominale, les attaches ainsi tendues pendant que l'assistant qui retient les intestins comprime l'iliague interne jusqu'à ce que tous les vaisseaux soient liés. Laugenbeck, qui opéra d'après ce procédé en 1825, eut un résultat défavorable.

La première extirpation d'un utérus cancéreux par le vagin fut pratiquée par Sauter, à Constance, en 1822. Sauter incisa d'abord les culs-de-sac vaginaux et essaya, d'après les données de Lengenbeck, de séparer l'utérus de son revêtement péritonéal, mais comme il n'y réussit pas et blessa la vessie, il ouvrit le péritoine dans le cul-de-sac antérieur et sectionna les attaches latérales de l'utérus. Puis il saisit le fond de la matrice avec la main, la renversa en antéversion et incisa alors le cul-de-sac postérieur. Les intestins prolabés furent reposés, et la malade couchée dans la position horizontale. Le vagin fut tamponné avec de la charpie. La malade ne perdit pas plus d'une livre et demie de sang. Elle se rétablit complètement de l'opération, mais elle mourut quatre mois après d'endémie pulmonaire. A l'autopsie on trouva le cul-de-sac retracté concentriquement. Une anse intestinale était adhérente à la cicatrice, les organes abdominaux étaient sains.

En 1828, Blundel extirpa également un utérus par le vagin. Il incisa d'abord le cul-de-sac postérieur jusque dans la cavité de Douglas. Et après avoir attiré l'utérus par l'incision postérieure au moyen d'un double crochet et l'avoir mis en rétroversion, il incisa le cul-de-sac antérieur et divisa les ligaments larges après les avoir fragmentés. La malade mourut une année après d'une sténose carcinomateuse du rectum.

La méthode opératoire beaucoup plus complète d'après laquelle Récamier opéra en 1829, se distingue de celle de Sauter en ceci, qu'après l'ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, il ne coupa que les deux tiers supérieurs des ligaments larges avec un bistouri boutonné. Il saisit le tiers inférieur renfermant l'artère utérine et le lia. L'hémorrhagie fut peu abondante. Au bout de 10 jours on enleva les ligatures, et au bout de 34 jours, Dupuytren, Roux et Richerand considéraient la malade comme guérie.

En 1830, Delpech recommande une combinaison de la méthode vaginale et hypogastrique. Par la paroi abdominale, l'utérus fortement abaissé, on sectionne par le vagin le cul-de-sac vaginal antérieur et les attaches vésico-utérines. Ensuite seulement on incise l'abdomen sur la ligne blanche, on attire l'utérus en haut, on coupe les ligaments larges, on lie ses vaisseaux et enfin on incise le péritoine dans le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac vaginal postérieur.

Kieter et Kasan, en 1848, et Hennig, pratiquèrent des extirpations totales par le vagin, mais à côté de quelques guérisons, il y eut un grand nombre d'opérations à terminaison fatale.

C'est à Freund qu'il appartient d'avoir élevé une opération jusque-là empirique à la hauteur d'une opération vraiment scientifique. C'est en 1878 qu'il donna sa nouvelle méthode d'extirpation qui diminuait les chances d'hémorrhagie, les lésions des organes voisins et qui devait rendre possible l'occlusion de la plaie péritonéale, Freund choisit la voie abdominale. Les premiers résultats furent encourageants, mais assez vite l'opération parut

trop dangereuse pour les bénéfices temporaires qu'on en obtenait le plus souvent. Cependant Freund conserve le mérite d'avoir donné une impulsion décisive aux interventions opératoires du carcinome utérin.

Dans ces derniers temps, Bilroth, Czerny, Schröder ont repris la méthode de Sauter et Récamier par le vagin avec un succès si décisif que la méthode vaginale l'a emporté sur la méthode abdominale et que l'hystérectomie est devenue une opération assez fréquente et pratiquée par tous les chirurgiens.

CHAPITRE II

Divers procédés d'hystérectomie.

1° *Extirpation de l'utérus par la voie abdominale.*

Opération de Freund. Cette opération s'exécute comme suit : Deux à trois jours avant l'opération, la malade est soumise à un régime léger, on lui administre de petites doses de bismuth et de chlorate de potasse, afin de réduire le volume des anses intestinales, condition importante pour découvrir plus facilement le champ opératoire.

Après avoir désinfecté le carcinome et le vagin avec des injections répétées d'eau phéniquée à 2 ‰ et au moment même d'opérer à 5 ‰, on ouvre le ventre après avoir pris toutes les précautions antiseptiques. L'incision abdominale descend de l'ombilic jusqu'à la symphyse. Si les muscles droits ne sont pas suffisamment relâchés, on tranche leurs insertions inférieures. On fait alors sortir les anses intestinales accumulées dans la cavité pelvienne et on les retient en haut, soit au moyen d'un linge chaud imbibé d'une solution phéniquée, soit au moyen d'un instrument en métal à manche recourbé ayant la forme d'une raquette.

L'utérus découvert est saisi et attiré vers le haut, ou par un fil qui traverse le fond de la matrice, ou mieux,

pour éviter d'en déchirer les tissus, avec une pince Muscux ou avec un instrument inventé à cet effet par Freund. Ainsi l'utérus pourra être mù à distance dans toutes les directions par une main qui ne viendra pas obstruer à l'opérateur le peu d'espace qu'il a déjà.

Avant de détacher la matrice, Freund interrompt la circulation utérine au moyen de trois ligatures placées de chaque côté de la matrice à environ un centimètre de ses bords latéraux.

La première traverse l'oviducte et le ligament de l'ovaire en embrassant les tissus intermédiaires.

La seconde le ligament de l'ovaire et le ligament rond.

La troisième traverse le ligament rond, y compris le cul-de-sac vaginal dont on ne doit prendre qu'une bande étroite, sans quoi on ne pourrait la serrer efficacement.

Cette troisième ligature se pose le mieux au moyen d'une aiguille inventée par Freund. Ces trois ligatures, en passant à travers les parties les plus résistantes des ligaments larges (trompe, ligament rond, ligament de l'ovaire), trouvent sur celles-ci un point d'appui meilleur que sur les parties plus lâches de ces mêmes ligaments.

Les ligatures serrées, la circulation est interrompue ; il ne reste plus qu'à opérer la section des tissus. On incise premièrement transversalement le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, la vessie est décollée de l'utérus à l'aide d'instruments mousses, le cul-de-sac vaginal antérieur est incisé. Le péritoine et le cul-de-sac postérieur vaginal sont séparés de même du col de la matrice.

Les ligaments larges sont alors sectionnés entre les ligatures et les bords latéraux de la matrice. Celle-ci est enlevée.

Si alors des vaisseaux donnent du sang, on les saisit avec des pinces. Freund réunit alors d'avant en arrière les deux feuillets du péritoine, de façon à ce que la plaie soit partout recouverte par celle-ci.

Bardenheuer, lui, ne recoud pas et place un drain en T dont la branche transversale repose dans la cavité de Douglas.

Le champ opératoire est alors irrigué avec une solution phéniquée. La plaie abdominale est suturée et on recouvre celle-ci ainsi que la vulve et l'extrémité inférieure du drain avec un pansement antiseptique.

Pour faciliter l'écoulement des liquides par le drain, la malade est couchée, les épaules relevées. Le traitement consécutif est celui de toute autre laparotomie.

L'opération de Freund est difficile, car il faut manœuvrer dans un espace étroit et profond, elle est dangereuse par l'imminence de l'infection provenant du cancer et comme opération en elle-même.

Hégar et Kaltenbach, dans une première statistique parue en 1881, ont donné 93 opérations faites avec la méthode de Freund, avec 63 morts, soit 71 pour cent de mortalité. Dans une seconde statistique parue en 1886 on trouve sur 149 opérations 80 morts, soit 67,2 pour cent de mortalité. Ces auteurs ne connaissent qu'un seul cas de guérison. Chez toutes les autres malades, on a vu survenir la récurrence au bout d'un temps plus ou moins court.

Aujourd'hui cette opération est réservée pour des tu-

mœurs fibromateuses, carcinomateuses, trop volumineuses pour être extraites par le vagin.

Cette méthode offre un champ opératoire plus étendu que cette dernière voie et rend aussi plus facile l'extirpation des ovaires, si celle-ci est nécessaire. Opposée encore à la méthode par la voie vaginale, nous devons prendre encore en considération la résistance de l'utérus à l'abaissement, le calibre, la longueur du vagin, l'épaisseur des parois abdominales.

2° *Extirpation de l'utérus par la voie périnéale.*

a) L'hystérectomie par la voie périnéale par dédoublement de la cloison rectovaginale, a été proposée par Otto Zuckerland.

Il réunit les tubérosités ischiatiques par une incision en croissant à convexité antérieure passant par le périnée. En décollant le vagin du rectum, il arrive sur la cavité de Douglas. Par ce procédé, au lieu d'être limité latéralement par les parois vaginales, on obtient tout l'espace compris entre les tubérosités ischiatiques.

b) L'incision pararectale de Völfler part du voisinage de l'articulation sacro-couyigienne du côté droit et arrive à 2 ou 3 centimètres de la fourchette en décrivant une légère courbe à concavité externe répondant à la tubérosité ischiatique, on pénètre ainsi dans la fosse ischio-rectale, on désinsère et l'on résèque en partie le grand fessier, le coccyx, ainsi que les ligaments sacro-sciatiques, on incise les releveurs de l'anus, les culs-de-sac vaginaux, ces derniers après avoir détaché le rectum du vagin. C'est ainsi que Völfler arrive sur la matrice.

c) L'incision para-sacrée de E. Zuckérland, qui n'a jamais fait son opération que sur le cadavre, emploie un procédé très semblable à celui de Völfler, à l'exception que son incision porte du côté gauche et qu'il respecte le coccyx.

3° *Extirpation de l'utérus par la voie sacrée.*

Kraske est le premier qui eut l'idée d'employer la voie sacrée pour donner un large accès sur un rectum cancéreux. Herzfeld fit des recherches sur le cadavre pour appliquer cette méthode à l'extirpation de l'utérus. Mais ce fut Hoehenegg qui, le premier, publia deux observations d'extirpation sur le vivant, la première de Gersuny, la seconde faite par lui-même.

La malade couchée sur le côté droit, on fait partir l'incision du voisinage presque immédiat de l'anus et on la conduit en l'inclinant en dehors et à gauche sur les bords externes du coccyx et du sacrum, jusque sur le milieu de l'articulation sacro-iliaque gauche. On sectionne les ligaments sacro-sciatiques grands et petits, le coccyx est extirpé et on abat avec une pice coupante au-dessous des troisièmes trous sacrés la moitié latérale gauche du sacrum ou l'os en entier si cela est nécessaire. Le rectum préalablement bourré de gaze iodoformée, est rejeté latéralement. Le péritoine incisé donne accès dans le cul-de-sac de Douglas et par là à la matrice. L'opération terminée, on referme la plaie extérieure, en ayant soin de laisser un espace assez grand pour permettre le drainage de la cavité.

Le professeur Roux, de Lausanne, pour éviter une

perte de substance osseuse, tout en donnant le plus de jour possible, après avoir fait l'incision indiquée plus haut, ménage le coccyx et fait la résection transversale du sacrum au niveau ou au-dessous des troisièmes trous sacrés. Il fait alors basculer le sacrum sur son bord adhérent comme une porte sur ses gonds et le maintient durant l'opération par une suture fixée à la peau de la fesse droite. Après l'ablation de l'utérus, le lambeau est remis en place, la plaie tamponnée au gaze iodoformée et fermée à ses deux extrémités.

Cette méthode ouvre un jour considérable sur la matrice et ses annexes, permet de placer les ligatures avec sûreté, assure l'immunité à la vessie et aux uretères et facilite la destruction des adhérences. L'opération vaginale, moins difficile et moins sanglante, devra céder le pas à cette méthode dans le cas de cancer du col et du corps à limites étendues, de matrices volumineuses eu égard à la capacité du vagin, de fibromes utérins enclavés dans le petit bassin.

4^o Extirpation de l'utérus par la voie vaginale.

Avant d'opérer, la malade aura été soumise à un examen approfondi et on usera des précautions antiseptiques dont nous avons déjà parlé à propos de l'opération de Freund.

Méthode de Hégar. — 1^{er} temps. — Incision des cul-de-sac vaginaux. — Une valve introduite dans le vagin déprime le périnée, deux écarteurs ouvrent le vagin latéralement. Une pince de Museux attire fortement le col en bas et en avant vers la symphyse. Le cul-de-sac

postérieur du vagin tendu par une seconde pince est incisé transversalement jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Une éponge est portée dans la cavité et l'on procède à l'hémostase qui doit être faite avec soin, surtout le long de la tranche vaginale.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est incisé au delà des limites du néoplasme, après avoir été découvert et tendu au moyen d'un écarteur placé sur la paroi vaginale antérieure et d'une traction sur le col qui le dirige en bas vers le périnée. De nouveau les vaisseaux qui saignent sont ligaturés.

Le col est ainsi circonscrit par deux incisions semi-lunaires qui se rencontrent à angle aigu.

2^{me} temps.— Le dégagement du col sur les côtés et en avant, décollement de la vessie. — Pour séparer l'utérus de ses attaches latérales, on attire l'utérus de côté pour faire saillir les ligaments larges. Ceux-ci contenant les veines, le tronc et les branches principales de l'artère utérine, sont fragmentés et ligaturés. La pose des ligatures sur l'artère utérine sera facilitée en sentant directement les pulsations des vaisseaux, le doigt introduit dans la cavité de Douglas. On place les ligatures aussi haut que l'on peut sur les ligaments larges et on incise ensuite ceux-ci en dedans de ces ligatures. Du côté de l'utérus l'hémorrhagie est très peu abondante, vu la torsion des vaisseaux produite par les tractions exercées sur le col.

On détache maintenant la vessie de l'utérus avec les doigts ou un instrument mousse. Ce décollement doit se faire suivant les cas sous le contrôle continu d'une sonde introduite dans la vessie. Lorsqu'on est arrivé à

la limite des attaches de la vessie, le doigt sent un manque de résistance et on peut apercevoir le cul-de-sac péritonéal et le reconnaître à son aspect bleuâtre.

3^{me} temps. — Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Il s'agit maintenant d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal. La hauteur de celui-ci varie de 1 1/2 à 4 1/2 centimètres au-dessus de l'insertion vaginale antérieure. Hégar ou bien l'incise directement après l'avoir saisi avec des pinces pour le faire saillir, ou bien l'incise dans le cul-de-sac de Douglas après avoir fait basculer en arrière la matrice avec deux doigts.

4^{me} temps. — Ligature des ligaments larges. L'utérus n'est plus attaché aux parties environnantes que par la partie supérieure des ligaments larges. Pour rendre cette partie plus accessible, on fait basculer la matrice, soit en avant soit en arrière.

Le plus souvent, Hégar s'est servi d'une seule ligature élastique sur chaque ligament, en dedans de laquelle il les sectionnait. Sur le moignon ainsi formé, il plaçait, pour plus de sûreté, quelques ligatures de soie. Si les trompes et les ovaires suivent les ligaments, on fait une ligature à leur partie externe et on les extirpe. S'ils sont adhérents à un niveau de la cavité pelvienne, on renonce à leur extirpation, vu que leur présence ne cause que très exceptionnellement des troubles sérieux.

5^{me} temps. — Oclusion de la plaie péritonéale. — Au début, la plupart des opérateurs laissaient la cavité péritonéale ouverte, plaçaient un drain par lequel ils faisaient des lavages réguliers de la cavité péritonéale. Mais l'on doit reconnaître qu'avec l'hystérectomie vaginale, le drainage est beaucoup moins important qu'avec

l'hystérectomie par la laparotomie, vu que l'hémostase est beaucoup plus parfaite et les chances d'infection moins grandes. Si aucun germe n'a pénétré dans la cavité péritonéale, le drainage est superflu. D'un autre côté, le drainage est sans action si on a su éloigner les germes infectieux. Aussi, pour Hégar, le principal rôle du chirurgien est de protéger la cavité péritonéale contre une infection consécutive à l'ouverture du vagin. Mais avant de poser ses sutures, il désinfecte soigneusement le péritoine au moyen d'éponges trempées dans une solution de sublimé au quart — 1 pour 1000, puis il le sèche avec des éponges bien serrées. La fermeture du péritoine est encore utile pour empêcher le prolapsus de l'intestin qui, s'il n'a pas de tendance à se produire chez les malades affaiblis et âgés, en a au contraire chez les personnes jeunes, aux tissus musculaires et adipeux bien développés. Pour placer les sutures du péritoine, on attire celui-ci par les fils des ligatures que l'on n'a pas coupés. La plaie est encore lavée et on place à son intérieur un tampon iodoformé.

Les modifications de la technique sont fort nombreuses. Elles varient non seulement d'un opérateur à l'autre, mais même pour le même opérateur. Aussi je n'en rapporterai que les principales, auxquelles les noms de leurs auteurs donnent quelque autorité.

1^{er} et 2^{me} temps. — Olshausen et d'autres diffèrent le plus longtemps possible l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, de peur d'infecter la cavité péritonéale. Cette modification a une certaine valeur lorsqu'on opère sur un carcinome ulcéré, mais elle a l'inconvénient de

rendre plus difficile la pose des ligatures sur les parties latérales du col.

Fritsch commence par la dissection du col sur les parties latérales pour lier les gros vaisseaux. Ainsi la partie la plus sanglante de l'opération est faite avant l'ouverture de la cavité péritonéale. Il procède ensuite à la dissection de la vessie et seulement après à l'ouverture du cul-de-sac de Douglas.

Schatz réserve pour la fin la dissection de la vessie. On reproche avec raison à ce procédé d'être dangereux pour les uretères.

Fritsch, dans les grosses tumeurs ulcérées du col, pour empêcher l'hémorrhagie, dissèque celui-ci et place une ligature élastique à sa base.

Müller fait comprimer l'aorte pendant l'opération.

Certains médecins ont employé, pour ouvrir les culs-de-sac vaginaux, le couteau galvano-caustique et le thermocautère, mais par ce procédé il est plus difficile de s'orienter et l'hémostase ne se fait pas plus sûrement qu'avec les ligatures.

Martin obtient une hémostase très complète du côté du vagin après l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur en plaçant une série de plans de sutures tout le long de la tranche vaginale qui en comprennent toute l'épaisseur jusqu'au péritoine inclusivement.

On a conseillé des débridements du vagin et de la vulve lorsque l'étranglement de ces derniers rend l'opération trop difficile.

Brennecke, tenant compte de la friabilité du col qui existe dans certains cas, a inventé pour exercer des tractions sur la matrice un instrument qui s'introduit

désarmé assez haut dans le col et dont on fait alors saillir les crochets dans le tissu sain.

D'autres chirurgiens, à l'exemple de Hégar, se contentent une fois le col disséqué de le saisir avec des pinces dans sa partie médiane.

Müller, après avoir placé provisoirement des ligatures en masse sur les ligaments larges, divise par une incision antéro-postérieure l'utérus en deux moitiés latérales pour en faciliter l'extraction. D'autres chirurgiens morcellent l'utérus, mais ces manœuvres exposent à l'infection.

3^{me} et 4^{me} temps. — Olshausen, pour la ligature des ligaments larges, se sert d'un lien élastique. Il incise au moyen d'un bistouri boutonné le cul-de-sac vésico-utérin du péritoine, et au moyen d'une aiguille de Deschamps, pose ses ligatures élastiques.

Bilroth, pour faciliter la ligature des ligaments larges, emploie une espèce de pince à cran.

La ligature métallique des ligaments larges introduite par Coudereau, essayée par Schröder et Olshausen, a été abandonnée.

C'est à Spencer Vells le premier que l'on doit l'idée première, pour faire l'hémostase, de placer sur les ligaments larges de longues pinces et de les laisser à demeure pendant deux ou trois jours. Et il proposa cela pour être appliqué d'une façon constante et comme procédé de choix.

En France, Péan emploie des pinces spéciales courbées sur le champ Péan-Richelot, dans le cas où la ligature des vaisseaux est difficile.

Richelot, recommande l'emploi des longues pinces d'une

façon systématique, de préférence à la ligature des ligaments larges, alors même que celle-ci serait facile.

Bilroth, Léopold, Olshausen, n'impriment à la matrice aucun mouvement de torsion, ils l'attirent simplement en bas et fragmentent les ligaments par des ligatures allant de bas en haut. Ils redoutent l'infection de la plaie par le renversement de l'utérus. Mais ce danger est éloigné lorsque le col a été soigneusement gratté et désinfecté et que dans le renversement de l'utérus en arrière on a eu soin de ne pas repousser le col à la hauteur de la symphyse. Par cette dernière manœuvre, le danger est encore éloigné lorsque le cul-de-sac péritonéal antérieur n'a pas encore été incisé.

Martin et Schröder renversent l'utérus en arrière et l'attirent dans le vagin à l'aide des doigts. Ils incisent alors, en se servant du doigt comme guide, le repli péritonéal vésico-utérin.

Czerny, Fritsch, Demons, profitent de l'antéversion normale et font basculer l'utérus en avant. Ainsi ils n'ont pas à vaincre la résistance des ligaments ronds.

5^{me} temps. — Une question importante est celle de savoir s'il faut fermer la cavité péritonéale.

En Allemagne, Kaltenbach, Mikulicz, Tauffer, von Teuffel, Schede, se prononcent pour la fermeture du péritoine, considérant son nettoyage complet comme possible et veulent ainsi le préserver contre une infection venant du dehors. La sécrétion de la plaie se fait au-dessous du péritoine, aussi la plaie des ligaments larges doit-elle être tenue largement ouverte. Ces chirurgiens ne laissent la cavité péritonéale ouverte que lorsque la désinfection de celle-ci n'a pas été possible

ou qu'elle présente des surfaces saignantes à l'endroit d'adhérences qui ont été déchirées. Schede coud le péritoine avec une suture continue au catgut.

Schröder ferme littéralement le péritoine et le vagin et laisse au milieu un espace suffisant pour placer un gros drain.

Czerny ferme la plaie péritonéale au milieu seulement et laisse latéralement deux espaces libres.

Fritsch et Olshausen laissent grande ouverte la plaie péritonéale et font le drainage au moyen de gaze iodiformée laissée dans le vagin.

Quelques opérateurs diminuent la plaie supravaginale en suturant le péritoine aux bords supérieurs du vagin.

En France, la plupart des opérateurs laissent la plaie ouverte et drainent au moyen de tubes en caoutchouc.

En Angleterre, on draine volontiers au moyen de tubes en verre.

Martin, lui, se sert d'un tube de caoutchouc en forme de T, dont les branches transversales s'appuient sur le plancher de la cavité pelvienne.

CHAPITRE III

Hystérectomie par voie sous-séreuse.

La compréhension de l'hystérectomie par voie sous-séreuse sera facilitée par quelques détails anatomiques sur la matrice et ses rapports immédiats.

Anatomie topographique de la matrice. — La matrice est un muscle creux ayant la forme d'une poire aplatie d'avant en arrière, la petite extrémité regardant en bas.

Elle est fixée dans l'excavation du bassin :

1° Par le vagin qui entoure la base du museau de tanche et prend ses points d'appui sur le tissu cellulaire environnant et sur le plancher du bassin.

2° Par les ligaments larges qui forment deux replis transversaux partant des bords de l'utérus et qui l'unissent aux parois de l'excavation.

En certains points, ces ligaments s'épaississent pour former : en avant, les ligaments ronds qui partent des angles supérieurs de l'utérus pour aller se perdre dans les grandes lèvres en contournant les épines du pubis ; en arrière, les ligaments utéro-sacrés qui partent de l'utérus à l'union de son col et de son corps pour se diriger en arrière vers les parties latérales du sacrum et se perdre au niveau de la seconde vertèbre sacrée

dans les parois du rectum et son tissu conjonctif sous-séreux.

Le péritoine enveloppe les ligaments larges et, selon Sappey, se comporte de la façon suivante. De la vessie le péritoine passe sur la lame musculaire antérieure des ligaments larges qu'il recouvre, plus haut entoure le ligament rond et la trompe utérine. Il redescend, s'applique sur la lame musculaire postérieure des ligaments larges, entoure l'ovaire et son ligament, plus bas embrasse les ligaments utéro-sacrés pour se continuer en dedans avec l'enveloppe séreuse de l'intestin, en dehors sur la moitié postérieure des parois latérales du petit bassin.

3° Le col est uni à la face postérieure de la vessie par du tissu conjonctif sur une hauteur de deux centimètres à partir du cul-de-sac vaginal antérieur.

Les ligaments larges formés de tissu conjonctif et de deux lames musculaires, vont en s'épanouissant de haut en bas et de dehors en dedans, de sorte que c'est sur le plancher du bassin et sur le bord de l'utérus qu'ils atteignent leur plus grande épaisseur.

C'est dans ces ligaments que cheminent les vaisseaux et les nerfs.

L'artère utérine atteint la matrice au niveau de l'orifice interne et se divise en rameaux qui, les uns, pénètrent dans la substance musculaire, les autres rampent sur ses bords en décrivant des flexuosités remarquables, rappelant celles des artères athéromateuses, et vont s'anastomoser près de la trompe avec l'artère utéro-ovarienne.

Les veines forment en dehors de l'utérus, dans les ligaments larges, un vaste Plexus. — Plexus utéro-ovarien.

C'est également dans les ligaments larges que passent les uretères. Ceux-ci se dirigent dans la cavité du petit bassin en bas, en dedans et en avant, occupent le bord externe, puis le bord inférieur des ligaments, passent obliquement sur les parties latérales du col, et vont se jeter, à 27 millimètres l'un de l'autre, vers le bas-fond de la vessie, à 12 ou 15 millimètres au-dessous de l'extrémité libre du col et à 5 ¹/₂ centimètres environ au-dessus de l'orifice urétral. Dans cette dernière partie de leur trajet, ils se trouvent situés au devant du vagin. Une statistique, faite par Olshausen et portant sur 94 cas d'hystérectomie, signale 8 fois la section des uretères, ce qui indique l'importance de ces derniers rapports pour le chirurgien.

Nous avons vu le péritoine servant de moyen de fixation à la matrice, nous le voyons encore lui former une enveloppe. Descendant sur la face postérieure de la vessie, il se réfléchit sur la matrice à 2 centimètres au-dessus du cul-de-sac vaginal antérieur, revêt le tiers supérieur de son col, la face antérieure de son corps, sa base, puis toute sa face postérieure, descend même sur la face postérieure du vagin dans une étendue de 12 à 15 millimètres et quitte celui-ci à 6 centimètres au-dessus de l'anus pour se réfléchir sur la partie moyenne du rectum. Nous avons ainsi la formation de deux poches, l'une antérieure, cul-de-sac vésico-utérin, l'autre postérieure, cul-de-sac utéro-rectal, occupées toutes deux normalement par l'intestin grêle.

Le péritoine, à la surface de la matrice, offre une faible épaisseur et adhère intimement au tissu utérin. Sa coloration à ce niveau est gris-rosé. La couche super-

ficielle musculaire de la matrice est très mince, formée de fibres transversales allant se perdre dans les différents replis des ligaments larges, et de fibres longitudinales descendant sur les deux faces de la matrice.

Mode opératoire de l'hystérectomie par voie sous-séreuse.

L'opération se divise en plusieurs temps :

- 1° La libération des lèvres du col;
- 2° L'énucléation de la matrice;
- 3° Traitement de la capsule de l'utérus.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont :

Des écarteurs coudés à angle droit, au nombre de trois.

Deux pinces de Museux.

Une pince à dent de souris.

Un bistouri droit.

Pinces hémostatiques de Kocher et pinces à mord plat.

Vingt à trente environ.

Ciseaux courbes à manches courts, une paire.

Aiguilles courbes, porte-aiguilles et fil de soie.

Une sonde de femme.

Soins préliminaires, — ce sont ceux de toute opération gynécologique :

La veille, un purgatif, ordinairement de l'huile de ricin. Le matin de l'opération, on fait jeûner la malade; la vulve est rasée. On donne un bain et une injection vaginale.

Au moment de l'opération, la malade est placée sur la table et endormie à l'éther. Les personnes dont le

cœur ou les poumons seraient lésés peuvent être opérées sans narcose, l'opération étant peu douloureuse.

La femme endormie est attirée au bas de la table, les cuisses sont fortement fléchies et écartées, et maintenues dans cette position par des supports ou par des aides. Nouvelle toilette de la femme. Le Mont de Vénus, la vulve, les cuisses sont de nouveau savonnées ; le vagin est irrigué au moyen d'une solution au sublimé pendant que le doigt le nettoie dans toutes ses parties. Une compresse de gaze est fixée et tendue par 4 points de sutures au-dessous de la vulve et pend au devant de l'anus.

Les mains de l'opérateur, les instruments et le champ opératoire sont ainsi protégés contre les matières fécales. Les écarteurs sont placés, l'un au périnée, les deux autres aux parties latérales de la vulve. Ils ne sont enfoncés après le placement des pinces que proportionnellement à l'abaissement de l'utérus. Si les culs-de-sac vaginaux peuvent être abaissés à la vulve, leur emploi devient superflu.

PREMIER TEMPS

Abaissement de l'utérus et libération du col.

Le col est attiré par une pince de Museux aussi bas que possible, puis repris par une seconde pince de Museux qui saisit sa portion vaginale et en rapproche les deux lèvres l'une contre l'autre. Cet abaissement du col est facilité par l'anesthésie et par une traction continue. L'existence d'adhérences n'est pas un obstacle absolu, car dans ces cas la matrice entraîne en masse avec elle les organes environnants.

La libération du col se fait par deux incisions qui en circonscrivent la portion vaginale et qui intéressent la muqueuse jusque dans le tissu conjonctif sous-jacent ; l'une antérieure, l'autre postérieure, qui se rencontrent à angle aigu au niveau des culs-de-sac latéraux où elles peuvent, pour donner du jour, se prolonger quelque peu. Par conséquent, la forme générale de l'incision est celle d'un ovale transversalement placé et pincé à ses deux extrémités.

On débutera par la face postérieure du col, car autrement celle-ci se trouverait souillée de sang avant d'avoir été incisée.

La distance à laquelle l'incision passera de l'orifice externe ne peut être fixée que pour chaque cas particulier, étant donné les variations de volume du col. Deux signes nous serviront à fixer les limites des insertions vaginales en dedans desquelles l'incision doit passer : la consistance de la portion vaginale du col et la mobilité des parties qui l'environnent. Une sonde vésicale promenée dans la vessie en indiquera exactement les limites. La forme de l'incision pourra être modifiée dans les cas de tumeur maligne. Elle passera dans ces cas à un centimètre au moins des parties malades. Le premier temps est terminé lorsque les lèvres de l'incision sont écartées de quelques millimètres et que la lèvre supérieure est devenue assez mobile sur le tissu sous-jacent pour céder à la pression d'un instrument mousse. Ce dégagement de la lèvre supérieure présente parfois une certaine difficulté, surtout en arrière, au niveau de la paroi postérieure du vagin, doublée ultérieurement par le péritoine.

DEUXIÈME TEMPS

Énucléation de la matrice.

Ce temps prend à lui seul la majeure partie de l'opération. Il consiste à séparer la matrice des organes qui l'entourent et qui l'enveloppent immédiatement, c'est-à-dire de la vessie, des ligaments larges, du péritoine.

Nous avons comme guide dans ce travail le tissu musculaire utérin, que nous reconnaitrons à sa consistance, à sa coloration, à sa texture. Une sonde vésicale de femme sera utilement placée dans la cavité utérine. Elle indiquera la direction de cette dernière et l'épaisseur des parois de l'utérus.

Au début de l'énucléation, nous rencontrerons en avant la vessie, qui se laisse ordinairement détacher assez facilement avec le manche d'un scalpel ou avec les doigts. La présence de cet organe nous sera révélée par le bourrelet qu'il fait à la surface de la matrice attirée en bas, par la mobilité de ses parois l'une sur l'autre, et par la perception avec le doigt du bec d'une sonde placée à son intérieur. Après un trajet qui varie de 1 $\frac{1}{2}$ à 4 $\frac{1}{2}$ centimètres, le doigt sent un manque de résistance qui indique qu'on est arrivé au cul-de-sac péritonéal antérieur, que l'on peut parfois apercevoir et reconnaître à sa coloration bleuâtre.

Latéralement un tissu conjonctif plus dense et la présence des vaisseaux rendent le dégagement de la matrice plus difficile.

Les vaisseaux volumineux que l'on voit se dessiner à la surface de l'utérus sont ligaturés avec des fils de soie passés avec l'aiguille de Cooper et sectionnés en dedans

contre le tissu utérin. Il est rare alors que le bout périphérique saigne d'une façon appréciable. Les faisceaux de fibres conjonctives sont sectionnés contre la matrice, et les points qui saignent pris directement avec des pinces. On évite ainsi les ligatures en masse, la formation de gros moignons qui saignent toujours plus facilement après l'opération. On évite ainsi sûrement de serrer les uretères dans une ligature ou de les prendre entre les mors de grandes pinces, comme celles, par exemple, qui se placent sur toute la hauteur des ligaments.

Dans l'hystérectomie par voie sous-séreuse la perte de sang est presque nulle, grâce à la fermeture des vaisseaux importants, qui précède leur section. Ceci est d'une grande valeur chez les malades anémiées par des méthorragies antérieures. Ce qui surprend parfois, c'est le petit nombre de ligatures qui doivent être faites, ce qui s'explique par la fermeture des vaisseaux due aux tractions exercées sur la matrice.

Il nous reste à dire comment nous séparons la matrice du péritoine. Cette séreuse se rencontre déjà sur la face postérieure du col. A ce niveau, moins adhérente au tissu utérin, elle se laisse détacher parfois avec le manche du scalpel. L'on ne doit pas oublier, pour éviter d'ouvrir le péritoine, que souvent un pli de cette séreuse est entraîné avec le col plus bas qu'il ne semble à la vue. C'est en faisant glisser avec le doigt les deux faces de la séreuse l'une contre l'autre, que l'on en reconnaît les limites. La séreuse mise à jour apparaît comme une mince membrane bleuâtre et transparente, et se déchirant sous une faible traction. Aussi doit-on la laisser doublée d'une mince couche de tissu conjon-

tif et musculaire. Malgré toutes les précautions, on ne peut prévenir toujours une ou plusieurs ouvertures dans le péritoine. Ces ouvertures doivent alors être fermées immédiatement, et non après l'énucléation de la matrice et cela pour les raisons suivantes : 1° Au fur et à mesure qu'il est détaché, le péritoine se réfléchit sur la matrice, qui descend et ferme les solutions de continuité faites par l'instrument tranchant, empêchant ainsi la communication de la cavité péritonéale avec l'air extérieur ; 2° on prévient ainsi la pénétration des liquides dans la cavité abdominale ; 3° les ouvertures abandonnées sont quelquefois introuvables vers la fin de l'opération.

Cette décortication de la matrice se fait simultanément sur ses faces et sur ses bords, de sorte que la surface dénudée de l'utérus présente à peu près la même hauteur de tous les côtés.

Pour énucler la matrice, on se sert ou du bistouri ou des ciseaux courbes. La lame du bistouri, tenue perpendiculairement aux surfaces dénudées, est traînée de gauche à droite sur les faces antérieures et postérieures de l'utérus. Sur les bords de l'organe, on travaille avec la pointe.

Si, avec les ciseaux, le travail de chaque coup est plus limité, il est aussi plus sûr qu'avec le couteau, car leur extrémité tâte pour ainsi dire le tissu utérin et prend sur lui un point d'appui pour le couper.

Les pinces que nous recommandons sont les pinces de Kocher. Leur extrémité fine et armée de dents tient mieux dans le tissu utérin que les pinces à mors plat.

TROISIÈME TEMPS

Traitement de la capsule de l'utérus.

La matrice énuclée, on enlève les pinces après ligature.

Que devient l'enveloppe péritonéale de l'utérus pendant le second temps ?

De deux choses l'une : ou bien cette enveloppe se plisse, se tasse, ce qui arrive lorsqu'elle est adhérente aux organes environnants, ou bien ce qui se produit habituellement, elle se retourne en doigt de gant comme dans l'inversion utérine.

Dans le premier cas, la capsule est remplie avec de la gaze iodoformée. Dans le second cas, voici la conduite à tenir : au moyen d'une pince à mors plat chargée de gaze iodoformée, on refoule la capsule, et à mesure que celle-ci se réduit on la remplit de gaze. Au préalable, le bord supérieur du vagin est saisi de chaque côté avec des pinces, pour l'empêcher d'être refoulé dans la profondeur, ce qui peut donner l'illusion d'une réduction de la capsule, alors que celle-ci est simplement aplatie, pelotonnée sur elle-même (voir à ce propos l'obs. VII). Cette gaze iodoformée, placée rapidement et facilement, a pour avantage de drainer la cavité et d'exercer une compression arrêtant les petites hémorrhagies. Cette gaze, enlevée le troisième jour, permet le rapprochement des parois de la capsule, qui se trouve sollicitée par la presse abdominale. Et ce rapprochement se faisant de haut en bas, nous n'avons pas à craindre la rétention, l'ouverture inférieure de la poche restant largement ouverte.

Frank, ou bien réduit la poche, mais en rapprochant ses parois par des sutures profondes, et place deux plumes d'oie en guise de drain sur les parties latérales qu'il a laissées libres.

Ce moyen, sans présenter d'avantages sur le précédent, allonge inutilement l'opération. Ou bien il suture la base de la poche non réduite qu'il résèque après trois à quatre jours, la soudure des deux séreuses s'étant réalisée. En agissant ainsi, on court le danger de prendre une anse intestinale dans les sutures.

En troisième lieu, Frank a, dans certains cas, laissé pendre la capsule dans le vagin sans autre. L'intestin trouve ainsi une poche toute préparée dans laquelle il pourra s'étrangler (voir à ce propos l'observ. VII).

Une fois l'enveloppe de la matrice remplie de gaze iodoformée, un tampon de même gaze est placé au fond du vagin. Un bandage en forme de T retient un morceau de ouate hydrophyle au devant de la vulve, et la malade est portée dans son lit.

Soins consécutifs.

Le traitement consécutif est très simple, étant donné la rareté des complications dans cette opération.

Les trente-six premières heures, la malade prend du vin, du cognac, de l'eau; et les jours qui suivent, du lait, du thé, du bouillon dégraissé, des œufs, et après les huit premiers jours, des aliments solides.

On sonde la vessie toutes les huit heures, les deux ou trois premiers jours, avec un instrument bien désinfecté et après avoir lavé le méat urinaire.

Le troisième jour, la gaze iodoformée est enlevée et remplacée par un tampon vaginal de la même substance.

Le sixième, le septième jour, un lavement glycéринé ; un purgatif, si la malade n'a pas eu de selles.

Le douzième jour, la malade se lève.

Ce que devient la capsule de la matrice après l'opération.

Les quelques femmes que nous avons pu examiner depuis leur départ de l'hôpital, présentaient ce qui suit : le vagin se terminait en cul-de-sac et se plissait à son extrémité supérieure soumise à un travail de cicatrisation. La cicatrice était occupée par quelques bourgeons charnus. Les pertes étaient nulles. Au palper bi-manuel, nous avons senti chez une femme, dont les parois abdominales se laissaient facilement déprimer, un petit moignon mobile se perdant dans les ligaments larges.

Après le troisième jour, les parois antérieures et postérieures de la plaie n'étant plus soutenues par la gaze iodoformée, s'adossent l'une à l'autre, le fond s'abaisse sous la pression abdominale.

Une partie de la plaie se réunit par première intention, l'autre par seconde intention et donne lieu à cet écoulement un peu fétide que nous signalons dans plusieurs de nos observations. La guérison complète, la plaie est remplacée par une cicatrice.

L'hystérectomie par voie sous-séreuse, comparée aux autres procédés d'hystérectomie par voie vaginale.

Une ablation totale de l'utérus expose à des accidents immédiats et à des accidents tardifs.

Parmi les premiers, nous avons à signaler les bles-

sures des uretères, de la vessie, des intestins, des hémorrhagies primitives.

Parmi les seconds, la péritonite, la septicémie, les thromboses veineuses, les phlegmons du tissu cellulaire pelvien, des obstructions intestinales et des paralysies du cœur, des hémorrhagies secondaires et des accidents très rares, comme le triomus, le tétanos.

L'uretère peut être pris dans une ligature ou entre les mors d'une pince, ou blessé par le bistouri. Il peut en résulter une fistule urétrale ou même la mort. Cet accident est arrivé même à des chirurgiens distingués, ce qui montre que la méthode, dans ces cas, doit être incriminée. Avec l'hystérectomie par voie sous-séreuse, cet accident n'arrivera pas, puisque nous serrons toujours de près le tissu musculaire qui nous sert de guide, et que nous plaçons les ligatures sur les vaisseaux pris isolément et que l'on a sous les yeux.

Nous n'avons aucune lésion de la vessie à signaler dans les 31 observations que nous avons pu consulter.

L'intestin grêle, le rectum, sont à l'abri du bistouri, puisque nous ne les voyons pas, restant cachés à l'opérateur par la capsule de la matrice.

Par le procédé que nous indiquons, nous évitons les difficultés qu'il peut y avoir à détacher des adhérences existant entre le revêtement péritonéal de l'utérus et les organes environnants (vessie, intestin grêle, rectum), nous évitons encore de déchirer ces organes en même temps que les adhérences, et en troisième lieu nous évitons les hémorrhagies en nappe qui peuvent être la conséquence de la section de ces adhérences.

Les hémorrhagies primitives sont rendues aussi rares

que possible, puisque le chirurgien a sous les yeux son champ opératoire et que chaque vaisseau est pris isolément.

Touchant les hémorragies secondaires, nous signalons à l'observation VII un cas d'hémorragie survenue huit jours après l'opération.

Dans nos observations, nous trouvons un cas de péritonite (obs. IX) chez une personne dont le péritoine était sensible, puisqu'il s'enflammait pour la quatrième fois. Ajoutons qu'une assez large déchirure de la séreuse avait été faite pendant l'opération.

On comprendra facilement la plus grande rareté des péritonites traumatiques ou septiques avec une méthode par laquelle on évite d'ouvrir le péritoine ; par laquelle nous ne voyons jamais l'intestin prolaber dans le vagin et jusqu'au dehors de la vulve. Ce dernier accident pouvant occasionner encore une obstruction intestinale par paralysie de l'intestin, à la suite des mouvements du taxis ou des phénomènes de shock (paralysie du cœur par action réflexe).

On objecte à l'hystérectomie par voie sous-séreuse que peu de parties du péritoine sont aussi favorisées pour le drainage que celle qui occupe le petit bassin, qu'avec l'antisepsie le péritoine peut être ouvert sans crainte ; et que d'ailleurs dans les observations d'hystérectomie par voie sous-séreuse on voit très souvent signaler des trous dans la séreuse, et qu'une petite ouverture est aussi dangereuse qu'une grande.

J'ai déjà dit que ces trous, sauf lorsqu'ils sont faits vers le fond de la matrice, ne font pas communiquer la cavité péritonéale avec l'air extérieur, puisqu'ils sont

fermés par le corps de l'utérus qui descend. Toutes choses égales, du reste, une petite ouverture dans le péritoine est moins dangereuse qu'une grande, car l'on sait qu'une ponction du péritoine est moins grave qu'une incision, et comme le dit Frank, une perforation de l'utérus par une sonde est moins à redouter qu'une déchirure. Frank qui a répété l'opération sur le cadavre en contrôlant son travail par la cavité abdominale, prétend qu'on peut arriver à supprimer ces déchirures et il ne signale dans ses 16 observations qu'un seul cas dans lequel il ait ouvert involontairement le péritoine. Quant aux dangers qui auraient disparu pour les blessures du péritoine, il faut se rappeler que des fautes peuvent être commises en antisepsie et lire ce que dit König dans son traité de pathologie chirurgicale : « Nous ne saurions approuver la tendance actuelle des chirurgiens à jeter par dessus bord l'ancienne doctrine de la gravité particulière des plaies de l'abdomen et des articulations. »

La surface de la plaie étant plus considérable dans l'hystérectomie par voie sous-séreuse, il semblerait qu'on soit plus exposé à la septicémie, aux thromboses, aux phlegmons du tissu cellulaire pelvien. Nous n'en avons pourtant pas d'exemple parmi les observations que nous avons à notre disposition.

Par le procédé sous-séreux, on ne peut extirper les trompes et les ovaires.

Pour les ovaires, l'objection tombe pour les malades qui ont subi l'opération après la castration, ou celles qui tiennent à conserver leurs ovaires, comme c'était le cas pour la malade citée à l'observation VI.

Les ovaires sont enlevés, ou bien parce qu'ils sont malades, ou bien parce qu'ils appartiennent à une personne qui n'a pas atteint la ménopause. A ce propos, je citerai les conclusions des intéressantes expériences que Grammatikati a faites sur des lapines auxquelles il enleva l'utérus. 1° Après l'extirpation de l'utérus, les ovaires continuent à fonctionner, les vésicules de Graaf arrivent à maturité, se rompent, et il y a formation de corps jaunes. 2° L'ablation simultanée de l'utérus et des trompes n'influe nullement la fonction ovarienne. Ces résultats expérimentaux ont été confirmés par l'examen des ovaires d'une femme morte trois ans après avoir subi l'amputation totale de l'utérus. Ces organes n'avaient subi aucune atrophie et présentaient des follicules de Graaf et des corps jaunes aux diverses phases de leur évolution. Par ces résultats, Grammatikati conclut à la castration devant toujours suivre l'hystérectomie, pour éviter à la femme des troubles périodiques liés au fonctionnement des ovaires devenus inutiles.

Je dirai que dans les hystérectomies, telles qu'elles sont pratiquées habituellement, même chez les femmes n'ayant pas atteint la ménopause, la castration est pratiquée très rarement. La plupart des chirurgiens n'attachent pas une grande importance à leur extirpation. Héger conseille d'enlever les ovaires quand ceux-ci se présentent à la plaie, mais de les abandonner pour peu que ceux-ci soient difficiles à atteindre. Bremeke est arrivé à la conclusion que cette ablation des annexes est peu importante, vu leur atrophie ultérieure, ce qui est contraire aux assertions de Grammatikati, mais si les expériences de ce dernier nous montrent que l'ovula-

tion continue après l'hystérectomie, elles nous montrent également que le péritoine tolère cette ponte périodique. Ainsi l'ablation des ovaires est parfois fort difficile et n'amène que rarement des troubles sérieux. Pourtant nous trouvons un cas à l'observation IV, celui d'une femme qui depuis son opération est sujette périodiquement, tous les mois, à des vomissements, à des vertiges, à des névralgies, à un état général assez mauvais pour l'obliger parfois à garder le lit. Dans un autre cas, (obs. X), la malade éprouva les premiers mois quelques troubles passagers, mais qui disparurent entièrement. Dans deux autres cas, ce ne furent pas les molimines qui apparurent, mais bien l'hémorrhagie. Le premier (obs. III) est celui d'une femme qui eut une faible hémorrhagie pendant trois jours, à une époque où la malade attendait ses règles. Frank, dans ses observations, cite le cas d'une femme chez laquelle il était resté un trajet fistuleux par lequel, toutes les quatre semaines, il se produisait un petit écoulement sanguin. Celui-ci ne pouvait provenir que de la muqueuse des trompes.

Nous avons donc un seul cas chez lequel des troubles assez sérieux se produisent au moment des époques. Les mêmes accidents se seraient probablement produits à la suite de l'hystérectomie ordinaire par voie vaginale qui aurait laissé les ovaires, comme cela arrive habituellement.

Dans tous les cas, l'extirpation de l'utérus ne devra jamais être entreprise qu'après un examen sérieux des annexes, et je reconnais que si la nature des altérations que l'on aura pu trouver nécessite leur extirpation, l'hystérectomie par voie sous-séreuse devra être aban-

donnée. Mais ces cas seront rares, et alors, comme le dit Péan, on sera souvent obligé d'ouvrir le ventre pour enlever les annexes altérées et difficiles à atteindre par la voie vaginale.

On a dit, comme dernières objections, que l'hystérectomie par voie sous-séreuse était longue et difficile. Elle est longue, il est vrai, mais si, avec le temps, on obtient une diminution dans les dangers que l'on fait courir à la femme, tout chirurgien consciencieux mettra de côté cette objection. Quant aux difficultés de l'opération, Frank répond que l'hystérectomie faite par les autres procédés, elle aussi est difficile, surtout si on la fait pour la première fois.

CHAPITRE IV.

Affections de la matrice pour lesquelles l'hystérectomie par voie sous-séreuse pourra être employée.

Cancers utérins.

Nous ne parlerons dans ce paragraphe que des cancers du col, vu leur très grande fréquence comparée aux cancers primitifs du corps utérin. Nos observations d'ailleurs ne mentionnent que des cancers du col.

Les traités classiques décrivent trois formes de carcinomes du col. La forme superficielle de la partie vaginale du col envahit la surface du col et les parois vaginales, et a peu de tendance à remonter vers les parties profondes du col et vers le corps.

La forme parenchymateuse (nodule cancéreux de Schröder) se présente sous la forme de noyaux venant faire saillie sous la muqueuse, tantôt ulcérée, tantôt normale, et s'avancant soit vers le canal cervical, soit vers la surface externe du col. Elle envahit les parties supérieures du col, le corps de l'utérus et les ligaments larges. Cette forme se caractérise par son extension en tous sens, sans qu'on puisse lui reconnaître d'avance une marche régulière.

La forme cavitaire du carcinome de la cavité du col se caractérise par sa tendance ulcéreuse et tend à remonter vers le corps de l'utérus en suivant le trajet de la muqueuse.

A une période avancée, ces trois formes se confondent, et il est impossible de dire alors par laquelle le cancer a débuté. Alors toute intervention opératoire radicale est devenue impossible.

Lorsque le chirurgien aura acquis la certitude relative, après avoir reconnu les limites de la lésion, qu'il peut enlever tous les tissus malades, deux méthodes rivales s'offrent à lui : l'hystérectomie et l'hystérotomie ou amputation partielle.

Qu'on nous permette, avant de résumer la valeur comparative de ces deux méthodes, de placer ici les résultats de quelques statistiques sur les hystérectomies partielles et totales. Nous les ferons suivre des résultats des onze cas que nous avons pu nous procurer, appartenant à l'hystérectomie par voie sous-séreuse pratiquée pour cancer du col.

Pour les résultats de l'hystérectomie sous-vaginale, la mortalité opératoire est de 3,33 pour cent (Statistique française de MM. Verneuil, Polailon, Marchand, Terrillon).

Sa valeur thérapeutique est représentée par 20,32 pour cent de femmes exemptes de récurrence au bout de deux ans (Statistique étrangère de Braun).

Pour les hystérectomies supra-vaginales (procédé de Schröder), Hofmeier a publié les cas de la pratique de Schröder, de 1879 à la fin de 1884. Ces cas, au nombre de 105, ont donné 10 morts, soit 9,5 pour cent.

En réunissant les observations de Hofmeier, Fornerod, Baker, Roamy, Spencer, Wells et Wallace, on obtient 221 cas avec 26 morts, soit 11,5 %.

En réunissant les cas de Hofmeier et Baker, on a une survie de guérisons, après deux ans, de 50 %. Barraud trouve cette proportion si belle, qu'il se demande si elle n'est pas le produit de nombreuses erreurs de diagnostic.

A. Martin, élève de Schröder, comme son maître pratique l'amputation supra-vaginale pour des cancéroïdes du col. Sur vingt-huit malades, deux seulement restèrent plus d'un an sans récurrence. Le résultat est déplorable et bien différent du précédent.

Pour les hystérectomies totales, nous donnons ici la statistique de A. Martin, qui va jusqu'à la fin de 1886 et qui est très favorable, puisqu'elle réunit les résultats de chirurgiens expérimentés.

Fritsch	60 opérations avec 7 morts (soit 10,1 %)
Léopold	42 » » 4 » (soit 6 %)
Olshausen	47 » » 12 »
Schröder et	
Hofmeier	74 » » 12 »
Stande	22 » » 1 »
A. Martin	66 » » 11 »
	<hr/>
	311 » » 47 » soit environ 15 %.

A. Martin nous donne les résultats d'une statistique de 107 cas, au point de vue de la survie sans récurrence.

Récidive au bout de :	Léopold sur 36 op.	Schröder s. 62 op.	Fritsch s. 53 op.	Martin s. 56 op.
1 an	16	20	17	35 cas
1 1/2 an	9	10	»	32
2 ans	5	7	7	25
3 ans	2	4	2	20
4 ans				5
5 ans				3
6 ans				2

Ces chiffres donnent ce pourcentage :

Récidives au bout de 1 an	42,30 %.
» 1 1/2 an	32,90 »
» 2 ans	21,15 »
» 3 ans	13,41 »
» 4 ans	2,40 .

Statistique de l'hystérectomie par voie sous-séreuse faite pour carcinome du col :

Lane, un cas, guérison immédiate. Perdue de vue après.

Czerny, un cas, guérison immédiate. Perdue de vue après.

Hennig, un cas, guérison immédiate. Perdue de vue après.

Frank, 1^{er} cas, guérison immédiate. Pas de récurrence 29 mois après.

2^{me} cas, guérison immédiate ; 11 mois après, Frank revoit la malade, il lui semble que la cicatrice a une dureté suspecte.

3^{me} cas, guérison immédiate. Perdue de vue après.

4^{me} cas, guérison immédiate. Pas de récurrence 12 mois après.

5^{me} cas, guérison immédiate. Perdue de vue.

Dr Mercanton, 1^{er} cas, guérison immédiate. Morte de récurrence 35 mois après.

2^{me} cas, guérison immédiate. 16 mois après, récurrence au début, non encore ulcérée.

Dr Chenevière, un cas, guérison immédiate. Opération récente datant de 4 mois.

Comme on peut en juger par ce tableau, les résultats immédiats sont bons, puisque nous n'avons pas de morts. Les résultats éloignés sont également favorables, mais comme ils ne sont connus que pour cinq malades, ce chiffre est insuffisant pour nous permettre d'établir des moyennes. Mais théoriquement nous pouvons dire qu'ils seront ceux de l'hystérectomie en général, vu que la quantité des tissus enlevés diffère peu dans l'un et l'autre cas.

En octobre 1888, une discussion importante eut lieu à la Société de chirurgie de Paris, sur la valeur comparée de l'hystérectomie vaginale, totale et partielle. MM. Ferrier, Richelot, Bouilly, Pozzi, ont défendu l'hystérectomie vaginale totale comme plus efficace dans ses résultats éloignés, quoique immédiatement plus périlleuse. MM. Tillaux, Marchand, Polaillon, Kernison, sans rejeter d'une façon absolue l'intervention complète, ont préconisé l'intervention limitée, en s'appuyant sur les récurrences rapides qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

M. Maurice Barraud (Thèse de Paris, 89) a repris cette discussion dans un travail très complet, et il montre dans ses conclusions que l'appréciation de ces deux méthodes doit se baser sur l'anatomie pathologique et le diagnostic topographique; sur l'anatomie pathologique, par la connaissance que nous avons des formes de carcinome du col et de leur marche: sur le diagnostic topographique, par la recherche des limites de la lésion « pour proportionner l'exérèse à l'étendue de la lésion », selon les termes de M. Verneuil. L'auteur, loin d'accepter une opération à l'exclusion de l'autre, les admet toutes deux en montrant que leurs indications découleront de la forme du néoplasme et de ses limites. L'hystérectomie, comme plus facile et moins dangereuse, sera réservée aux cancers limités. L'hystérectomie totale, pour les cas où le cancer dépasse l'orifice interne.

Mais si pour M. Barraud « les indications de l'hystérectomie commencent là où cessent celles de l'hystérectomie partielle », ces limites justes théoriquement sont plus difficiles à tracer en pratique. Les trois formes tranchées de carcinome du col que nous avons citées plus haut souffrent de nombreuses exceptions; la combinaison des formes, les différences dans la rapidité de l'évolution du cancer, suivant l'âge, les conditions physiologiques ou morbides de l'utérus, qui rendent l'anatomie pathologique insuffisante pour la pratique. Et nous sommes obligés de nous guider sur le degré variable du processus morbide; mais le diagnostic topographique lui-même posé avec la vue, le palper, la dissection et même avec le toucher intra-utérin et la dilatation utérine, est loin de donner toujours la certitude

qu'il faudrait au chirurgien. Et l'on connaît des cas où le cancroïde, paraissant limité au col, avait en réalité déjà envahi la muqueuse du corps, et où le parenchyme utérin était parsemé de noyaux secondaires.

L'on ne saurait nier que le jour où la mortalité de l'hystérectomie totale sera tombée à celle de l'hystérectomie partielle, elle ne soit choisie comme plus radicale. Car ce qui est vrai pour les carcinomes en général, l'est aussi pour les carcinomes utérins. Plus l'ablation des tissus autour du mal est étendue, moins les chances de récurrence seront fréquentes.

La valeur comparée de ces deux méthodes d'hystérectomie totale (selon les procédés habituels) et partielle avec l'hystérectomie par voie sous-séreuse, nous paraît devoir être déduite des trois conditions que doit remplir toute opération, qui doit chercher à être bénigne, simple, efficace.

L'hystérectomie par voie sous-séreuse remplit la première et la troisième de ces conditions.

La première, par les résultats immédiats qui nous donne, pour les onze cas de carcinomes, plus les vingt hystérectomies pratiquées pour d'autres opérations de l'utérus, un total de trente-un cas, avec 0 % de mortalité.

La troisième, ainsi que le montre la statistique citée plus haut.

Ainsi, avec cette opération, nous offrons la bénignité aux partisans de l'hystérectomie totale, et l'efficacité à ceux de l'hystérectomie partielle. Ainsi nous améliorons le pronostic des résultats immédiats, sans l'assombrir au point de vue de la récurrence.

Prolapsus utérins.

Parmi les observations qui font l'objet de ce travail, on trouvera 9 cas de prolapsus, accompagnés pour la plupart de métrite ou de rétroflexion et même de myômes dans 2 des cas.

Les malades appartenant à la classe ouvrière, atteintes par ce fait à des travaux fatigants, s'étaient soumises sans résultats ou avec des résultats très passagers à des manœuvres anaplastiques, ou avaient essayé des pessaires multiples par leur grandeur et par leur forme. La matrice, chez la plupart de ces malades ayant passé l'âge critique, était devenue un organe inutile, et concourait par son poids, avec le relâchement du vagin, des ligaments et les ruptures du périnée, aux prolapsus considérables que nous avons sous les yeux. M. le Dr Mercanton n'hésita pas à appliquer le procédé décrit dans ce travail, si facile, dans ces cas surtout, et si peu dangereux qu'il nous paraît devoir être choisi à l'avenir comme méthode curative dans les prolapsus remplissant les conditions indiquées plus haut. MM. Mercanton, Fritsch, Kehrer et Kaltenbach sont les seuls chirurgiens qui aient opéré, de propos délibéré, dans le prolapsus vaginal simple. Si d'autres chirurgiens l'ont fait, c'est qu'ils soupçonnaient avant l'opération une affection maligne de l'utérus. L'hystérectomie sera accompagnée d'une opération anaplastique, qui réussira forcément, le vagin n'ayant plus à supporter le poids de l'utérus. Cette anaplastie préviendra la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle et du vagin tout en-

tier, dont le contenu représenté auparavant par la matrice serait remplacé par les anses intestinales. C'est ce qui est arrivé à Müller qui a fait 3 fois cette opération et a dû pratiquer plus tard 2 fois la colporrhaphie. Robert Asch rapporte 8 cas d'hystérectomies pour prolapsus, faites à la clinique de Fritsch, qui furent toutes combinées avec un large avivement du vagin.

Parmi les observations que nous avons pu recueillir, nous trouvons 1 cas de Frank, encore en traitement au moment où il fit paraître son travail. Et 7 cas de prolapsus, appartenant à M. le Dr Mercanton, 2 de ces prolapsus n'étaient accompagnés d'aucune complication. 4 opérées que nous avons pu retrouver étaient bien guéries, 2 l'étaient depuis 2 ans, 1 depuis 8 mois, 1 depuis 3 mois. L'avivement de la colporrhaphie, soit antérieure, soit postérieure, doit être faite avant l'ablation de l'utérus, car avec lui nous nous priverions du plan résistant qu'il offre au vagin. Mais ce n'est qu'après l'ablation de l'utérus et la réduction de son enveloppe que l'on ferme soigneusement l'avivement vaginal. Les sutures de la moitié inférieure de cet avivement sont placés après réduction du vagin.

Les fibromes.

Kottmann est le premier qui, pour les fibromes, ait érigé en méthode l'hystérectomie vaginale. Péan, Léopold, Richelot, Terrier, Spath, Sängner, Orthmann ont publié sur cette opération d'heureux résultats. Néanmoins les fibromes nécessitant l'hystérectomie sont enlevés ordinairement par la voie abdominale. L'opération

par voie sous-séreuse ne peut leur convenir, car dans ces cas, la matrice ne se laissant pas attirer en bas, on ne peut se livrer à un long travail de dissection dans la profondeur du bassin.

Frank donne l'observation d'une demoiselle de 19 ans affectée d'un fibrôme utérin du volume des 2 poings, déterminant des symptômes graves : hémorrhagies, douleurs, etc. Il chercha, mais vainement, à extirper la tumeur par la laparotomie ; il se contenta alors d'enlever l'ovaire gauche, l'ovaire droit étant perdu dans les adhérences. L'opération étant restée sans effet, Frank se décida à faire l'énucléation de la matrice et de la tumeur, mais il dut abandonner une partie de celle-ci et la corne gauche de l'utérus. La malade fut améliorée.

Dans les observations VIII et XII nous avons signalé 2 petits fibrômes sous-séreux qui furent facilement énuclés de leur enveloppe péritonéale.

Pour nous, les fibrômes sont une contr'indication à l'hystérectomie par voie sous-séreuse à moins d'être petits et non pédiculés du côté de la cavité péritonéale.

*Mérite, rétroflexions utérines graves, endométrite
fougueuse, névralgie utérine, prurit utérin.*

L'hystérectomie, appliquée aux affections utérines qui font l'objet de ce paragraphe, n'est signalée que très vaguement ou même pas du tout dans les ouvrages classiques de gynécologie et dans les thèses. Ce n'est qu'après avoir patiemment recueilli dans les revues et dans les journaux des cas isolés que l'on pourrait poser des indications précises sur les hystérectomies dans les affections signalées en tête de ce paragraphe.

Des 31 cas d'hystérectomie par voie sous-séreuse que nous avons sous les yeux et retranchant les 14 cas de carcinome, les 3 cas de prolapsus sans complication, et 4 cas de fibrôme, il nous reste 16 cas. Toutes les malades ont guéri et les diagnostics se décomposent ainsi :

Statistique de Frank :

Endométrite polypeuse, dégénérescence adénomateuse	1 cas.
Dégénérescence adénomateuse, rétroflexion adhérente	2 cas
Dégénérescence adénomateuse, prolapsus	1 cas
Dégénérescence adénomateuse, rétroflexion	1 cas
Rétroflexion avec adhérences après castration	1 cas
Rétroflexion adhérente	1 cas
Prurit utérin	1 cas

Cette observation présente un grand intérêt au point de vue de sa rareté.

Névrалgie de l'utérus en rétroflexion 1 cas

Péan pratique aussi l'hystérectomie pour « ces états morbides décrits sous le nom de névrалgie utéro-ovarienne qui ont résisté à tous les moyens médicaux », ayant reconnu que la castration ovarienne laissait souvent persister les douleurs « comme si l'utérus eût été un centre d'où partaient les actions réflexes indépendantes de celles qui prenaient naissance dans les annexes ». Les résultats lui ont paru préférables dans les cas où il enleva l'utérus et laissa les annexes.

Statistique de M. le Dr Mercanton :

1° Métrite chronique prolapsus utérin, perdue de vue.

- 2^o Métrite chronique prolapsus utérin, revue 2 ans plus tard, guérie.
- 3^o Métrite chronique prolapsus utérin, perdue de vue.
- 4^o Métrite et endométrite chronique prolapsus, revue 2 ans après, guérie.
- 5^o Métrite chronique, rétroflexion, revue 1 an après, guérie.
- 6^o Métrite chronique, ulcération du col, prolapsus, revue neuf mois après, guérie.
- 7^o Métrite et endométrite chronique, revue neuf mois après, guérie.

Comme l'indiquent nos observations, ces guérisons se traduisent par une disparition des douleurs, des hémorrhagies, des pertes qui épuisaient la malade. La maigreur et les manifestations nerveuses qui en étaient la conséquence, ont été remplacées par un état général excellent.

Si sur ces affections précitées, les auteurs sont très laconiques ou muets, ce n'est pourtant pas que la guérison de ces affections soit toujours assurée. Si nous prenons, par exemple, dans Schröder, le traitement de la métrite chronique, nous lisons ce qui suit : « La métrite chronique est toujours une maladie de longue durée, qui met absolument à bout la patience de la malade et du médecin. Si elle n'est pas mortelle par elle-même, elle précipite du moins le terme fatal par les troubles de nutrition auxquels elle donne lieu. Il arrive aussi qu'elle devient dangereuse et même mortelle par les hémorrhagies qu'elle occasionne ou par l'extension de l'inflammation à la séreuse péritonéale. Pour n'être que très rarement mortelle, cette maladie n'empoisonne pas

moins l'existence. La femme se sent toujours malade et sa vie se partage en périodes de vives souffrances, et en périodes de bien-être relatif pendant lesquelles tout en étant malade elle peut néanmoins vaquer à ses occupations.

« Les affections secondaires de l'intestin, notamment la constipation qui active encore l'inflammation de la matrice, ainsi que les manifestations hystériques rendent cette position plus intolérable encore. La maladie ne disparaît jamais d'elle-même, du moins pas avant un âge avancé. Elle résiste énergiquement à tous les traitements. Franzoni prétend même ne pas l'avoir vu guérir. Et, en effet, le retour complet de l'organe à son état primitif ne s'observe jamais, etc., etc. » Le traitement varié qui suit ce pronostic montre encore l'inefficacité fréquente de ses effets. A ce pronostic déjà si sombre, nous pouvons encore ajouter, en faveur de l'hystérectomie, la tendance de certaines endométrites à dégénérer en carcinome. Les recherches actuelles ont montré que les endométrites qualifiées d'adénome par les Allemands, forment la transition entre l'hypertrophie simple et l'adénome malin, début du cancer. Par l'examen microscopique d'un raclage, on peut affirmer du cancer, mais les indications négatives ne sont pas absolues, « les glandes n'ayant pu aussi être examinées dans la profondeur ».

Si les indications de l'hystérectomie totale sont encore très limitées, beaucoup de chirurgiens les réservant seulement pour les tumeurs malignes, cela vient de la fréquence des accidents qui en sont encore la conséquence. A mesure que la statistique s'améliorera,

on verra le nombre des hystérectomies augmenter proportionnellement. Le chirurgien, plus confiant dans ses procédés, proposera l'opération plus souvent et avec plus d'instance. Les malades opérées deviennent à leur tour les meilleurs propagateurs d'une nouvelle opération. Et l'on verra les malades réclamer l'hystérectomie, comme à l'heure actuelle des personnes atteintes de goître ou de hernie venant par exemple à l'Hôpital cantonal de Lausanne, demander l'extirpation de la thyroïde ou la cure radicale de leur hernie. Et quand on a vu les résultats vraiment merveilleux et rémunérateurs de l'extirpation totale, quand on a vu les malades débarrassés de leurs douleurs, des sécrétions qui les épuisaient, reprendre rapidement leurs forces et un état général excellent, on ne pourra que se réjouir de voir cette opération devenir plus fréquente chez les femmes qui, sans résultat, ont épuisé les médecins et les traitements. Dans ces cas encore l'hystérectomie par voie sous-séreuse est appelée à rendre des services.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie par voie sous-séreuse, en évitant d'ouvrir la cavité péritonéale, en assurant une bonne hémostase, en serrant de près le tissu utérin, diminue les accidents immédiats et post opératoires. Sa bénignité relative sur les autres procédés d'hystérectomie par voie vaginale, est appuyée par une statistique de trente-un cas, tous favorables.

2° En tenant compte des réserves qui doivent être faites en présence d'une faible statistique (11 cas), l'hystérectomie par voie sous-séreuse, appliquée aux cancroïdes du col utérin, nous paraît, par sa bénignité et son efficacité, devoir rallier les partisans exclusifs de l'hystérectomie totale et ceux de l'hystérectomie partielle, les premiers s'appuyant sur l'efficacité, les seconds sur la bénignité de leur méthode.

3° L'hystérectomie par voie sous-séreuse, en raison de sa bénignité, permettra au chirurgien de proposer plus facilement l'extirpation totale de la matrice aux personnes atteintes d'affections dites bénignes de l'utérus, ayant échoué à tous les traitements et dont la présence rend la vie insupportable aux malades.

Cette opération assure aux prolapsus une guérison certaine, à la condition d'être combinée avec un large avivement vaginal.

4° Avant d'appliquer à l'extirpation d'un utérus le procédé qui fait l'objet de cette thèse, l'intégrité des annexes aura dû être constatée.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCH, ROBERT. Extirpation des Uterus mit Resection.
- BARDENHEUER. Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle. — Stuttgart, 1880.
- BARRAUD . . . Thèse de Paris, 1889.
- BÖCKEL, JULES. Bulletin de la Société de chirurgie. — Juin 1884.
- BRENNEKE . . . Zur Technik der vaginalen Uterus-Extirpation. — Centralblatt für Gynäkologie, 1883.
- CORNIL et BRAULT. Note sur les lésions de l'indométrite chronique. — Bulletin de la Société anatomique. Janvier 1888.
- FRANK Ueber extraperitoneale Uterus-Extirpation Archiv für Gynäkologie. Bd. XXX, p. 1.
- GORNER De l'hystérectomie vaginale en France. — Thèse de Paris, 1886.
- GRAMMATICATI. Sur l'état des ovaires et des trompes après l'hystérectomie. — Centralblatt für Gynäkologie.
- HÉGAR et KALTENBACH. Die operative Gynäkologie.
- KÆBERLE Traitement du cancer de la matrice par l'hystérectomie. — Gazette hebdomadaire de médecine. 26 février 1886.
- KRASKE Verhandlungen des XIV. Kongresses der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1885.

- MARTIN Zur Statistik der Total-Extirpation des Uterus bei Carcinom. — Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 5, 1887.
- MARTIN, AUG. Pathologie und Therapeutik der Frauenkrankheiten.
- OHLSHAUSEN . Klinische Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshülfe. 1885.
- PÉAN Indication de la castration utérine et de la castration ovarienne. — Gazette des hôpitaux, 1886.
- PÉAN Leçons cliniques de chirurgie. — T. IV, p. 718, 1888.
- RICHELOT . . . Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — Thèse de Paris, 1887.
- ROUX De l'accès des organes pelviens par la voie sacrée. — Revue médicale de la Suisse romande, 1889.
- SCHRÖDER . . . Maladie des organes génitaux de la femme.
- POZZI Traité de gynécologie clinique et opérative.
- POZZI Indications et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer. — Annales de gynécologie et d'obstétrique. Août et septembre 1888.
- SECHEYRON . . Hystérectomie vaginale totale. — Revue de chirurgie 1887, p. 1024. Journal de tocologie, 1887.
- WEGEN VORFALLES. — Archiv f. Gynäkologie Bd XXXV Heft 2, 1889.

- WÖLFLE** . . . Ueber den parasacralen und pararectalen Schnitt zur Blosslegung des Rectums, des Uterus und der Vagina. — Wiener klinische Wochenschrift 1889, Nr. 15.
- FREUND** . . . Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus. — Klinische Vorträge von Volkmann, p. 133, 1878.
-

OBSERVATION I

Carcinome du col. — Hystérectomie.

Marie S..., ménagère, âgée de 48 ans, entre dans le service du docteur Mercanton le 29 novembre 1887. L'observation ayant été perdue, je ne puis malheureusement que donner très peu d'indications sur cette malade. La malade a été opérée le 12 décembre 1887. Elle est sortie guérie de l'Hôpital le 4 janvier 1888. L'utérus, conservé dans l'esprit-de-vin, présente un col volumineux. La tumeur paraît appartenir à la variété de cancer du col qui débute dans le parenchyme. La muqueuse du canal cervical est envahie, ainsi que la lèvre antérieure du col. En haut, la tumeur s'étend jusqu'au corps utérin. En dehors, elle est séparée des tissus environnants par une mince zone de tissu sain.

Nous apprenons que cette malade est décédée par une récidive trois ans après l'opération, le 28 octobre 1890, au Samaritain de Vevey.

OBSERVATION II

Prolapsus utérin, métrite chronique. — Hystérectomie. Guérison.

B..., Charlotte, âgée de 56 ans, empaileuse, entre le 2 février 1888 dans le service du docteur Mercanton. Mère de cinq enfants, dont le dernier a aujourd'hui

23 ans, ses règles ont toujours été normales; à 45 ans est survenue la ménopause.

En 1881, souffrant déjà d'un prolapsus utérin, elle fut soignée à l'Hôpital de Lausanne, où on lui fit une colporraphie postérieure. Cette opération lui apporta une amélioration sensible, mais passagère. La malade essaya encore des pessaires qui ne lui apportèrent qu'un soulagement momentané. Avec les progrès du prolapsus qui est complet et n'a pas été réduit depuis plusieurs mois, les tiraillements, les pesanteurs dans le bas-ventre, ont toujours été en augmentant.

Etat local. Une tumeur volumineuse pend entre les jambes de la malade. Le vagin renversé présente une muqueuse saine et renferme à son intérieur la matrice en rétroflexion.

Le sommet de la tumeur est ulcéré dans toute la région qui correspond au col utérin. La cavité utérine mesure 8 $\frac{1}{2}$ centimètres. Pertes blanches. Cystocèle volumineuse. La marche est difficile.

Opération. La malade, affaiblie à son entrée à l'Hôpital, ne peut être opérée que le 7 mars. Narcose au chloroforme.

L'ablation de la matrice se fait facilement et sans incidents particuliers. Deux petites boutonnières sont faites vers le fond de la matrice. Prises dans des pinces, elles sont suturées immédiatement. Reposition de la coque de la matrice et son tamponnement avec de la gaze iodoformée.

11 mars. On ôte la gaze iodoformée, qui n'a aucune odeur.

12 mars. La malade n'ayant pas eu de selles depuis l'opération, on donne un lavement glycérimé.

18 mars. La malade mange l'ordinaire des autres malades.

20 mars. Se lève. N'a jamais eu de fièvre.

7 avril. Quitte l'Hôpital très bien guérie.

OBSERVATION III

Prolapsus utérin, métrite chronique. Hystérectomie, colporraphie. Guérison.

Madeleine K..., ménagère, âgée de 36 ans, entre dans le service du docteur Mercanton pour un prolapsus utérin, le 1^{er} avril 1889.

Très débile dans son enfance, elle ne put marcher qu'à l'âge de trois ans. Les époques apparurent tard, à l'âge de 18 ans, furent peu abondantes, irrégulières et accompagnées de pertes blanches.

En 1879, première grossesse qui fut accompagnée de pesanteurs dans le ventre, de douleurs de reins, de vomissements.

Le sixième jour après ses couches, apparition des règles (?) qui persistent malgré l'allaitement de l'enfant.

En 1886, deuxième grossesse, mauvaise comme la première. Se leva le huitième jour après ses couches.

En 1887, redevient enceinte pour la troisième fois. Accouche le 13 mars 1888, le périnée se déchire et ne fut pas restauré. Cinq jours après, la malade se lève pour vaquer à de nombreuses occupations.

Vers le mois de juin 1888, les pertes deviennent toujours plus abondantes ; les maux de reins très pénibles ; les règles fort douloureuses ; constipation rebelle ne cédant qu'aux purgatifs. Les mictions sont peu abondantes, mais fréquentes, toutes les demi-heures environ.

C'est vers le mois de juillet qu'elle sent à la vulve un corps dur qui est le col utérin et qui rentre dans le décubitus.

Plusieurs médecins essayèrent, mais vainement, de placer des pessaires de formes et de grandeurs différentes.

Des troubles digestifs apparurent, la malade mangeait peu, digérait mal, devenait triste, nerveuse, maigrissait. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'Hôpital.

Status. La malade est de petite taille et d'apparence délicate. En passant à l'examen des organes génitaux, l'on voit, dans la station verticale, le col utérin affleurer les grandes lèvres. Dans la position assise ou couchée, la matrice se retire. Le col est gros, déchiré, ulcéré. La matrice est augmentée de volume et en légère rétroflexion. La pression que l'on exerce sur elle par le palper bi-manuel est douloureuse. L'introduction d'un hystéromètre provoque également de la douleur. L'orifice uréthral, la vulve, sont rouges, enflammés.

10 avril. Opération. Narcose à l'éther.

Durant le cours de l'opération, le péritoine a été ouvert une fois vers le fond et à gauche de son revêtement utérin, un ovaire est apparu dans la plaie, qui fut fermée par deux points de suture. L'enveloppe de la matrice réduite, on procéda à la colporraphie postérieure, méthode d'Hégar.

11 avril. La malade va bien. Glace, champagne, bouillon froid.

15 avril. On enlève la gaze iodoformée.

Les 17, 18 et 19 avril, il se produisit un suintement sanguin, peut-être les époques, vu que la malade les attendait à ce moment. En ce cas, elles furent moins abondantes que de coutume.

28 avril. On enlève les fils de la colporrhaphie, ainsi que ceux qui fermaient le vagin à son extrémité supérieure. La malade mange l'ordinaire.

14 mai. Quitte l'Hôpital, guérie.

Le 11 avril 1890, sur notre demande, la malade vient à l'Hôpital se soumettre à un examen : léger cystocèle. Le doigt arrive sur le fond du vagin, fermé en cul-de-sac et rétréci. Quelques bourgeons charnus occupent la cicatrice. La malade n'éprouve aucune douleur périodique lui rappelant ses règles.

OBSERVATION IV

Prolapsus utérin, métrite chronique, Hystérectomie, colporrhaphie. Guérison.

Le 2 avril 1889, entre à l'Hôpital cantonal de Lausanne, dans le service du docteur Mercanton, Françoise B., ménagère, âgée de 33 ans, et atteinte d'un prolapsus utérin complet.

Rougeole à l'âge de cinq ans. Bonne santé habituelle.

Réglée à l'âge de 16 ans, la menstruation a toujours été régulière. Cette femme est mère d'un seul enfant, qu'elle mit au monde le 7 avril 1889.

Le travail de l'accouchement fut si rapide, et les douleurs la prirent si subitement, qu'elle faillit accoucher en pleine rue. Le deuxième jour de ses couches, cette personne se leva et se mit à porter des charges de bois. Quelques jours plus tard, elle vit apparaître à la vulve une tumeur de la grosseur d'un œuf, dont l'issue se fit d'abord d'une façon intermittente. L'accident se renouvela et s'aggrava tous les jours, jusqu'au moment où la matrice fut entièrement prolabée et ne rentra plus que dans le décubitus, et par un taxis fait par la malade elle-même. Dès lors, cette femme devint incapable d'un travail pénible, souffrit de douleurs de reins intolérables, de troubles digestifs, de troubles du côté. Son caractère est devenu triste et morose.

Status. Au devant de la vulve se trouve une tumeur volumineuse, de forme arrondie, à grosse extrémité dirigée en bas, et au sommet correspondant à l'entrée du vagin. Sa surface externe se continue avec la muqueuse vulvaire, immédiatement en arrière des grandes lèvres. La base de la tumeur est occupée par le col déchiré et élargi. Cette tumeur mesure dix centimètres de longueur, dix-sept centimètres de circonférence à sa base, et onze à son sommet. Au-devant du pédicule, on voit l'orifice urétral.

Pour y faire pénétrer une sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas. On sent la sonde derrière la paroi antérieure de la tumeur. La malade veut à tout prix être débarrassée de son infirmité, quelle que puisse être l'opération, qu'elle préférera toujours à un bandage.

On procède à l'hystérectomie le 16 août 1889. Narcose à l'éther.

Après sondage de la vessie et une désinfection soignée, on pratique la colporrhaphie, selon le procédé de Hégar, l'angle supérieur du triangle d'avivement regardant le museau de tanche, et la base la fourchette. L'opération est faite sans accident. Trois perforations dans le cul-de-sac postérieur sont suturées immédiatement après avoir été faites. Réduction de l'enveloppe de la matrice, après quoi l'on place les sutures vaginales.

17 août. La malade va très bien : pas de vomissements, pouls bon, ventre souple.

18 et 19 août. Fièvre le soir, qui cède à un lavement et à un purgatif.

19 août. On ôte la gaze iodoformée.

27 août. On ôte les fils.

7 septembre. La malade quitte l'Hôpital, guérie.

OBSERVATION V

Prolapsus utérin, métrite et endométrite chronique. Hystérectomie, colporrhaphie antérieure et postérieure. Guérison.

Elisabeth Z..., âgée de 36 ans, entre le 25 août 1888 à l'Hôpital cantonal, dans le service du docteur Mercanton.

Antécédents. On remarque sur la face dorsale des deux mains de la malade des cicatrices qui remontent à l'âge de deux ans, époque où elle fut atteinte probablement d'ostéite tuberculeuse des métacarpiens. A 17 ans, les règles firent leur première apparition.

Régulières, les époques duraient huit jours, peu abondantes, s'accompagnant de céphalalgie, qui disparurent depuis son mariage. A partir de sa troisième grossesse, la malade fut atteinte de ménorrhagies et même de métrorrhagies intermenstruelles.

La malade a eu six enfants et une fausse couche.

Premier accouchement en 1874. Le périnée ne fut pas soutenu et se déchira; quatre heures plus tard, le placenta fut extrait par une sage-femme.

Deuxième accouchement en 1883, normal. Au début de cette grossesse, prolapsus vaginal et utérin; trois à quatre semaines après les couches, à la suite de fatigues, la matrice prolaba, fut réduite et maintenue par des pessaires.

Troisième, quatrième, cinquième, sixième grossesses, les quatre années qui suivirent. Les quatre derniers enfants vinrent au monde un mois à un mois et demi avant terme, et moururent tous après quelques jours. Une fausse couche entre le quatrième et le cinquième enfant. A partir de la deuxième grossesse, la malade éprouva un redoublement de douleurs de reins, de tiraillements dans le bas-ventre, de pollachurie, de constipation, d'envies d'aller à la selle; ces maux étaient aggravés par des bronchites opiniâtres.

Status local. La vulve dilatée livre passage à une tumeur du volume du poing. Cette tumeur, de consistance élastique, est recouverte à sa surface d'une muqueuse rose et sèche; à l'hystéromètre, la cavité utérine mesure neuf centimètres de longueur, les deux autres diamètres sont agrandis. Par le col qui est aplati, étalé:

il s'écoule un liquide muqueux qui tache et empêche le linge de la malade.

Les mictions sont fréquentes et douloureuses. Cystocèle et rectocèle; ce dernier est peu prononcé. La marche est un peu gênée.

31 août, opération. Narcose à l'éther.

Durant l'hystérectomie, quelques petites fenêtres sont faites dans le péritoine et fermées immédiatement. Colporraphie antérieure et postérieure. Il se produisit, quelques heures après l'opération, un faible écoulement sanguin qui s'arrêta après une injection d'ergotine.

2 septembre. Facies un peu étiré, quelques douleurs dans le bas-ventre. Pouls un peu faible, pas de fièvre. Glace sur l'abdomen, injection d'éther camphré.

4 septembre. Facies, pouls, meilleurs. On arrête la glace.

6 septembre. On enlève la gaze iodoformée, qui n'a aucune odeur. Injection vaginale. La malade n'ayant pas de selles depuis l'opération, on lui donne de l'huile de ricin.

11 septembre. On enlève les fils des deux colporraphies, et ceux qui ferment latéralement le fond du vagin.

2 octobre. Sort guérie de l'hôpital.

Sur notre demande, la malade se rend le 21 juillet 1890 à l'Hôpital, et voici ce que nous apprenons et constatons : en dehors des époques, aucun trouble, mais pendant celles-ci, une céphalalgie assez forte, revêtant parfois la forme d'une hémicranie, quelquefois des vomissements. Ces troubles l'ont obligée même de garder le lit.

La malade, couchée sur le dos et les jambes écartées, la paroi vaginale antérieure fait un léger prolapsus et apparaît derrière les petites lèvres. Cicatrice à peine apparente de colporraphie antérieure et postérieure. Petits bourgeons charnus au fond du vagin.

OBSERVATION VI

Carcinome du col. Hystérectomie. Guérison.

Louise ..., âgée de 52 ans, entre le 15 juillet 1889 dans le service de M. le docteur Mercanton. Pas d'hérédité. Dans son enfance, ayant toujours reçu des soins insuffisants, elle a toujours été pâle, maigre. A l'âge de 17 ans, les règles font leur première apparition. Assez douloureuses, le premier jour, pour l'obliger à garder le lit, les époques étaient régulières, abondantes, et duraient huit jours. Pertes blanches.

Cinq enfants. Premier accouchement à l'âge de 23 ans. Quatre ans plus tard, elle accoucha d'un quatrième enfant, qui vint au monde mort. Dans les années qui suivirent, elle fut traitée pour une rétroflexion. C'est à l'âge de 36 ans qu'elle eut son cinquième et dernier enfant. Elle essaya encore pour peu de temps le port d'un pessaire Hodge. La malade était sujette aux douleurs de reins, à la constipation, aux pertes blanches. Vers le milieu de l'année 1888, les règles devinrent plus abondantes, des pertes intermenstruelles très fortes l'anémièrent et l'affaiblirent.

La malade était sujette à des pertes ayant la couleur de l'eau sale et à mauvaise odeur; les urines étaient

blanches, déposaient; les mictions étaient fréquentes et douloureuses.

Status. Femme de grande taille et amaigrie, les pommettes rouges tranchent sur la pâleur du visage. Au toucher, on constate une ulcération ayant détruit en partie les deux lèvres du col, et remontant dans sa cavité. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, l'utérus est de volume normal et très mobile.

Opérée le 20 juillet 1889. Narcose à l'éther. L'opération se passa sans incidents particuliers, la malade eut pendant les jours qui suivirent une fièvre légère, qui ne dépassa pas 38,5. Premier pansement après trois jours. Sondée pendant dix jours, se lève après le même temps. Des injections de créoline furent faites pour combattre la mauvaise odeur de pertes légères. Le 10 août, la malade quittait l'hôpital en pleine convalescence. Après deux mois, l'appétit, les forces étant revenus, elle reprenait ses occupations habituelles.

Le 10 novembre 1890, nous revoyons la malade; elle se plaint de douleurs dans les jambes, dans le bas-ventre, à gauche surtout; depuis quinze jours, quelques pertes blanches sont apparues. Au toucher, on constate dans le fond du vagin la présence de masses irrégulières assez dures, mobiles et non douloureuses.

Au spéculum, des masses beaucoup moins apparentes se montrent comme des bourgeons arrondis, de couleur rose blanchâtre, et parsemés d'un piqueté hémorrhagique.

OBSERVATION VII

Métrite. Rétroflexion. Hystérectomie. Guérison.

Marie ..., 36 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Régulée à 13 ans, mariée à 21 ans. Trois enfants : le premier a 16 ans, le dernier 14. Celui-ci est né en 1877. Couches normales. Dans les années qui suivirent, elle souffrit de douleurs de reins et de maux d'estomac. En 1882 survint une fausse couche qui, au dire du médecin qui la soignait, fut provoquée par une métrite déjà existante et un léger prolapsus. A partir de ce moment, la malade a été sujette, jusqu'à son opération, aux douleurs de reins, à des douleurs siégeant dans la région de la vessie, les mictions étaient douloureuses, la diarrhée alternait avec la constipation, les règles étaient très irrégulières, tantôt très fortes, d'autres fois presque nulles, les digestions difficiles. Comme traitement, la malade a usé de pessaires de toute forme et de toute grandeur, qui, au début seulement, semblaient avoir quelque effet. Plusieurs cures de bains restèrent sans effet.

Status. Au toucher on constate une forte hypertrophie du col, qui se présente un peu au-dessus de la vulve. On sent le fond de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. La malade demande elle-même une opération. M. le docteur Mercanton se décide à pratiquer l'ablation du col, suivie de l'Alexandre.

Le 3 février, opération. Injection de morphine de 2 centigrammes. Durant l'opération, tout marche si bien

et si facilement, que presque sans s'en douter on arrive en plein corps utérin. M. le docteur Mercanton se décide alors à pratiquer l'extirpation totale, qui, du reste, est réclamée par la malade elle-même, qui n'est pas endormie. Les douleurs que celle-ci éprouve sont très modérées, sauf au moment de la section des tissus environnant l'orifice interne et l'insertion des trompes.

Après l'opération, la coque de la matrice est refoulée avec de la gaze iodoformée, le vagin est également repoussé et rempli de gaze iodoformée.

Durant les jours qui suivirent, un assez fort suintement de sang. Les trois premiers jours, un léger mouvement fébrile qui atteint au maximum de 39°.

Le 5, on enlève les tampons de gaze iodoformée et l'on constate qu'il existe dans le fond du vagin une tumeur grosse comme une petite orange, dure, résistante, qui est la coque de la matrice renversée. Nous essayons de la réduire, mais sans résultat. Nouveau pansement à la gaze. Le suintement sanguin continue, mais faiblement.

Le 7, surviennent des phénomènes d'étranglement, constipation, vomissements, grande sensibilité dans le bas-ventre. Ces symptômes sont dus au serrement de l'intestin pris dans l'enveloppe retournée de la matrice. L'opérée, placée dans la position de Bozeman, est soumise à de nouvelles tentatives de réduction, d'abord au moyen du doigt, puis avec une pince portant à son extrémité un tampon de coton. Malgré de violents efforts, qui sont très douloureux, tout est inutile, la tumeur garde son volume primitif. Les manœuvres, en apparence inefficaces, eurent pour effet de faire disparaître les phénomènes d'étranglement.

La malade était sondée deux fois par jour.

Le 11 au soir, survient une hémorrhagie formidable, provenant d'une artère à la base de la tumeur, du côté gauche, et qui met en danger la vie de la malade. L'hémorrhagie ne fut arrêtée que par l'application de pinces hémostatiques, qui furent enlevées après trois jours. Mais l'hémorrhagie recommençant, de nouvelles pinces furent placées et laissées pendant huit jours. Injections vaginales à la créoline et au sublimé.

A partir de ce moment, douleurs constantes et violentes dans la région de la vessie, envies constantes d'uriner, douleurs ilio coccales dues à la constipation. Lavements fréquents. Injection journalière de morphine. Un mois après l'opération, les douleurs ont disparu, la malade se lève. Nous sommes surpris alors de constater dans le vagin l'absence de la tumeur. Elle s'était réduite spontanément.

Il survint alors, accompagnée d'oppression, de l'enflure des jambes et du visage, sans albumine dans l'urine. Cette enflure va et vient, pour disparaître au bout de trois semaines. Pendant la durée de cet œdème généralisé, la malade avait de grandes difficultés d'uriner.

Enfin, peu à peu, tous ces symptômes disparurent, et au bout de trois mois la malade était parfaitement bien et pouvait reprendre ses occupations.

Les règles n'ont pas reparu depuis l'opération.

A l'heure actuelle, douze mois après l'opération, l'opérée se trouve dans le plus parfait état et se félicite chaque jour de s'être fait opérer

OBSERVATION VIII

*Prolapsus utérin. Hystérectomie et colpopérineontaphie.
Guérison.*

Louise R..., 46 ans, ménagère, entre dans le service de M. le docteur Mercanton. à l'Hôpital cantonal, le 14 janvier 1890.

Cette personne a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la production de son prolapsus. Régliée à partir de 17 ans, les époques ont toujours été abondantes, régulières et jamais douloureuses. Mère de deux enfants, dont le premier a 11 ans, et le second 9 ans. Dans sa seconde grossesse, enceinte de 4 mois, la malade fit un effort qui déterminait une chute de matrice, réduite par M. le docteur Morlen. La grossesse arriva à son terme sans autre incident; mais le travail de l'accouchement se prolongeant, on dut recourir au forceps.

Le prolapsus de la matrice a débuté à partir de ce second accouchement, et la malade ne faisant jamais rien pour le combattre, il s'accrut tous les jours davantage.

Depuis le mois de novembre 1889, la tumeur n'a jamais été réduite et secrète un liquide blanchâtre. La malade est gênée pour la marche et éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, surtout lorsqu'elle se livre à des travaux pénibles.

Status. Cette femme de petite taille, amaigrie, au visage ridé, porte au-devant de la vulve, qui est rouge, enflammée, une tumeur ovoïde du volume d'un poing,

formée par le vagin retourné. Celui-ci est recouvert par un épithélium blanchâtre, sec, lisse, sauf sur sa face postérieure, occupée par une ulcération à bords nets, allongée d'avant en arrière. Les lèvres du col, situé à l'extrémité inférieure de la tumeur, sont aplaties en ectropion et séparées du vagin par un léger bourrelet arrondi.

La matrice est en rétroflexion et entièrement logée dans le vagin retourné. L'hystéromètre révèle une cavité de 8 centimètres de longueur. La sonde vésicale, dirigée d'avant en arrière, pénètre dans une vessie à deux diverticules ; l'un remontant derrière la symphise, l'autre descendant derrière la paroi antérieure de la tumeur. Cette dernière poche ne se vide jamais complètement par les seuls efforts de la malade. Un rectocèle permet au doigt introduit dans le rectum de passer par-dessus le sphincter anal et de descendre d'un centimètre et demi au-devant de la paroi vaginale postérieure.

La malade se soumet le 27 janvier 1890 à l'hystérectomie, qui est motivée par le degré avancé du prolapsus, la gêne et les douleurs vives qui en sont la conséquence et par l'innocuité et l'efficacité de l'opération, telle qu'elle est pratiquée par M. le docteur Mercanton. Narcose à l'éther.

On fait précéder l'hystérectomie d'une colpopérineorrhaphie. Un large ovale, tronqué à ses deux extrémités, intéressant la déchirure du périnée, est dessiné et avivé sur la paroi postérieure du vagin. Les tissus, au niveau de l'ulcération, sont infiltrés et se rebellent à l'avivement. Celui-ci, dans sa partie inférieure, ainsi que l'anus, sont fermés provisoirement par quelques

points de suture, pour prévenir la presse intestinale et le prolapsus du rectum qui, pendant la narcose, se produisent chez cette malade par les efforts de vomissement et de toux. Une sonde introduite dans la vessie indique ses limites inférieures du côté du col. Le col est attiré par une pince de Museux et circonscrit par une incision ovale, après avoir tamponné l'utérus avec de la gaze iodoformée, la femme ayant ses règles depuis la veille. Par ce fait, la matrice étant congestionnée, la plaie saigne assez fortement. Le bistouri fait dans le péritoine trois boutonnières, aussitôt fermées chacune par un point de suture. Un petit fibrôme, du volume d'une noix, situé sur le fond de la matrice, en arrière et un peu à droite, est facilement énuclé.

L'enveloppe de la matrice est remise en place et tamponnée avec de la gaze iodoformée.

L'avivement vaginal est fermé à la soie. Deux sutures profondes au périnée. Le vagin est réduit au fur et à mesure que les sutures sont placées. Gaze iodoformée dans le vagin, bandage en forme de T.

28 janvier. Facies bon. Pouls et respiration tranquilles.

La malade a peu dormi, à cause d'une douleur localisée autour de l'ombilic; le ventre est souple et indolore; la vessie est sondée toutes les huit heures. Champagne, bouillon froid.

29 janvier. La nuit a été bonne; les douleurs abdominales ont disparu; la malade urine seule.

1^{er} février. On enlève la gaze iodoformée, qui n'a pas d'odeur; on fait une injection vaginale avec précaution. Le vagin est séché avec des tampons de ouate; gaze iodoformée dans le vagin.

4 février. Pas de selles depuis l'opération; une cuillerée d'huile de ricin détermine quatre selles abondantes.

7 février. On enlève les fils du vagin et du périnée; les pertes sont minimales, mais ont une mauvaise odeur qui est due à une élimination superficielle se faisant sur la face interne de la matrice. Injection d'une solution à la créoline, qui est renouvelée les jours suivants.

8 février, la malade se lève.

22 février, quitte l'hôpital, guérie.

OBSERVATION IX

Prolapsus utérin, métrite chronique, endométrite cervicale. Hystérectomie. Guérison.

Marianne R..., âgée de 54 ans, entre le 21 février 1890 dans le service de M. le docteur Mercanton.

Aucun fait pathologique à signaler dans son passé jusqu'en janvier 1890, où elle fut atteinte de l'influenza, suivie d'une pneumonie qui la retint trois semaines au lit. Régulée à 17 ans, régulièrement tous les quinze jours, jusqu'à son premier enfant; depuis lors les époques s'espacèrent, pour revenir toutes les trois à cinq semaines; elles furent plus abondantes, sans être jamais considérables et duraient en moyenne six jours, sans jamais provoquer aucune douleur.

De l'année 1863 à l'année 1874, cette malade eut sept grossesses à terme et deux fausses couches. Le lendemain ou le surlendemain de ses couches, elle se levait et vaquait à ses occupations, consistant habituellement en ouvrages fatigants, tels que fossoyage, lessive, port

de la hotte. Chacun de ses enfants fut nourri au sein pendant six mois.

C'est à quatre ans que la malade fait remonter le début de son prolapsus. En chargeant du foin, elle ressentit dans le bas-ventre une douleur subite qui l'obligea à quitter son travail; cette douleur se calma, sans pourtant disparaître complètement.

C'est en été 1889 que la malade s'aperçut qu'elle avait une descente de matrice. Le col apparaissait hors de la vulve, et rentrait spontanément dans le décubitus, les premiers mois. La malade ressentait une douleur localisée au périnée, dans la région sacrée, dans la région pubienne, douleur augmentant dans les efforts. Leucorrhée abondante. Les urines ont toujours été claires.

Au mois de janvier, comme nous l'avons déjà dit, la malade fut atteinte par l'influenza et une pneumonie, accompagnées d'une toux très forte. Toutes les conditions se trouvaient réunies pour produire un prolapsus complet: multiparité, absence de soins pendant les couches, efforts, travaux pénibles, toux. Le prolapsus devint effectivement complet et irréductible pour la malade qui le soutenait avec un bandage.

Status. Femme corpulente, au facies pâle et bouffi. Au-devant de la vulve, une tumeur pyriforme, du volume d'une tête d'enfant à terme, dont le sommet est formé par le col utérin, facile à reconnaître par sa consistance plus ferme et par l'orifice du museau de tanche transversalement placé et largement déchiré. Les lèvres du col, soumises aux tractions du vagin, sont en fort

ectropion, ce qui explique la grande surface qu'elles occupent.

Les parois vaginales sont lisses, sèches, de coloration rosée et ont conservé des traces peu apparentes des plis vaginaux. D'anciennes cicatrices d'ulcérations se remarquent, à la surface de la tumeur, par une coloration plus pâle. Une ulcération assez grande, intéressant la moitié droite de la lèvre postérieure, va en s'étalant sur la paroi postérieure du vagin. A la palpation, on sent à travers les parois vaginales la matrice en rétroflexion, formant la base de la tumeur. La cavité mesure neuf centimètres de longueur. La sonde vésicale pénètre perpendiculairement à l'axe du corps et révèle deux culs-de-sac dans la vessie, l'un remontant derrière la symphise, l'autre descendant derrière la paroi vaginale antérieure et allant jusqu'au col. Le doigt introduit dans le rectum et recourbé en crochet par dessus le sphincter, descend à trois centimètres au-dessous du périnée, au-devant de la paroi vaginale postérieure.

7 mars 1890. Opération. Narcose à l'éther.

Trois petites déchirures sont faites sur la paroi antérieure et laissent apparaître le péritoine gris-rose recouvrant la matrice. La malade perd très peu de sang. La colporrhaphie est renvoyée à une opération subséquente.

8 mars. Pas de vomissements après l'opération. La malade a dormi; le facies est bon, la respiration et le pouls réguliers et assez forts: 80 pulsations à la minute. Pas de douleurs abdominales; la vessie est sondée toutes les huit heures. Champagne, cognac et eau de seltz.

9 mars. Fatiguée par des visites, la malade se plaint le soir de vertiges, de céphalalgie, de nausées; la res-

piration et le pouls sont accélérés, le thermomètre marque 39°. Vin, bouillon dégraissé, lait.

11 mars. La température est tombée. Bouillon, œufs, peptone.

12 mars. Les pertes sont peu abondantes, mais ont mauvaise odeur. Injections vaginales d'une solution de créoline; continuées les jours suivants.

15 mars. La malade n'ayant pas eu d'évacuations depuis l'opération, on lui donne de l'huile de ricin; selles abondantes.

16 mars. Se lève.

29 mars. Part guérie.

Nous avons écrit à cette femme pour l'inviter à se soumettre à la colpographie, que nous avions réservée. Elle nous a répondu qu'elle se portait fort bien et qu'elle n'éprouvait pas la nécessité d'une nouvelle opération.

OBSERVATION X

Métrite et endométrite chronique. Hystérectomie. Péritonite séro-fibrineuse. Guérison.

Louise S..., ménagère, âgée de 31 ans, entre dans le service de M. le docteur Mercanton le 23 février 1890.

Antécédents personnels. A l'âge de 14 ans, des phénomènes de gastroentérite aiguë.

Au même âge, les règles firent leur première apparition pour s'établir régulièrement. Elles duraient quatre à cinq jours, étaient peu abondantes et non douloureuses. Pas de leucorrhée.

En 1881, première grossesse. Alors que la malade était enceinte de huit mois, un chien se précipita sur elle et la renversa; la poche des eaux se déchira, le liquide amniotique fut évacué et, quarante jours plus tard, accouchement d'un fœtus macéré.

Dix jours après, se développaient les symptômes d'une péritonite; le ventre se ballonna, devint douloureux, constipation et fièvre. Pas de vomissements. Cette maladie dura trois mois.

En 1882, accouchement à huit mois d'une petite fille qui vécut trois mois et demi et fut emportée avec des symptômes méningitiques. Une nouvelle péritonite, cette fois avec des vomissements, se déclara quatre jours après les couches. Depuis lors, le ventre resta toujours assez gros et douloureux à la pression dans les fosses iliaques, la droite principalement. La malade ressentait rapidement par la marche des symptômes de pesanteur et de fatigue dans le ventre. Le médecin qui la soigna alors porta le diagnostic de métrite chronique et d'ulcération du col, lui fit des scarifications et un râclage après une première hémorragie.

En 1883, une fausse couche à cinq mois, provoquée par un coup de panier qu'elle reçut dans l'abdomen, au milieu de la foule d'un marché.

En 1886, un troisième enfant qui vient au monde à huit mois et demi, porteur d'une grosse hernie ombilicale et meurt de misère après six semaines.

En 1888; accouche à huit mois et demi d'une petite fille bien portante actuellement. Pendant cette dernière grossesse, ainsi que dans les précédentes, la malade a toujours eu des vomissements, principalement après les

repas. Au quatrième mois de cette dernière grossesse survinrent des coliques utérines. Dix jours de repos au lit permirent au col de la matrice, qui s'était entr'ouvert, de se refermer. La malade se leva pendant un temps égal, mais pour se remettre et garder le lit après une nouvelle alerte, jusqu'au terme de la grossesse.

En 1889, son médecin est appelé pour soigner une forte méthorrhagie, qui fut arrêtée par un tamponnement vaginal. Quelques jours plus tard, un laminaria fut introduit et oublié quarante-huit heures dans la matrice. Pour la troisième fois, des symptômes de péritonite se déclarèrent et retinrent la malade au lit pendant un mois. Ces trois dernières années, la malade a vu son mal s'aggraver. Les métrorrhagies reviennent jusqu'à trois fois par jour, et d'autres fois seulement tous les deux à trois mois. L'irrégularité en est si grande qu'on ignore l'influence que les menstrues peuvent avoir sur elles. Ces hémorrhagies apparaissent brusquement et le sang qui coule à fil ne s'arrête que par le tamponnement vaginal ou la syncope. Les malaises éprouvés par cette personne sont continuels. Ce sont des sensations de pesanteur, de plénitude dans le petit bassin, des douleurs de reins et de la région hypogastrique. Constipation, mictions fréquentes.

Status. Personne de petite taille, peu musclée, au faciès pâle, amaigri, taché par la variole.

Au toucher, la matrice est un peu abaissée, le col est gros, allongé, l'orifice externe est agrandi; la muqueuse en cet endroit est ramollie, épaissie. Le corps de la matrice est augmenté de volume, sa mobilité est diminuée; la pression que l'on exerce à sa surface provoque de

la douleur. Les culs-de-sac sont libres. La pression bimanuelle sur les ligaments est douloureuse. Hémorroïdes externes et internes.

La malade, voyant que tous les traitements qui ont été employés avec intelligence et par des médecins très qualifiés, sont restés sans résultats, la vie lui étant devenue insupportable par ces souffrances continuelles, se soumet avec plaisir et sans aucune émotion à l'opération.

24 février 1890, opération. La malade ayant demandé le chloroforme, celui-ci fut employé au début de la narcose, après quoi l'éther lui fut substitué. Le col fut attiré avec peine jusqu'au-dessus de la vulve. La congestion très grande des organes du petit bassin gêna considérablement la décortication de la matrice, car après avoir passé l'éponge sur la plaie, celle-ci se voilait presque aussitôt par le sang. C'est ce qui explique une assez grande ouverture faite dans le péritoine sur la face postérieure de la matrice, près de son angle supérieur gauche. On sectionne la trompe et le ligament qui apparaissent à travers la plaie du côté gauche. On absorbe avec une éponge le sang qui a coulé dans la cavité de Douglas, et le péritoine est nettoyé avec une éponge trempée dans une solution de sublimé à un pour mille et bien exprimée. Pour prévenir toute rétention, la plaie péritonéale est maintenue ouverte par une mèche de gaze iodoformée. La présence d'adhérences dans le cul-de-sac de Douglas explique le peu de mobilité de la matrice et l'absence de renversement de son enveloppe. La congestion des organes pelviens nécessite un grand nombre de ligatures et l'abandon de pinces à forcipressure.

Le soir du même jour, la malade a eu des vomissements qui ont déterminé l'émission de l'urine dans le pansement externe. Coliques utérines qui rappellent les douleurs de l'accouchement. Pouls à 110, température, 37,5. Vessie de glace sur le ventre. Injection de morphine et atrophiné. Champagne.

25 février. Les douleurs utérines se sont calmées. Régurgitations aqueuses. Le ventre est un peu ballonné, mais souple et peu douloureux. Température matin, 37°; soir, 39; pouls, 120. Même traitement que la veille.

26 février. Le facies est étiré, les yeux sont cerclés de noir, faiblesse générale; les vomissements continuent. On donne une potion à la cocaïne et à la morphine, et un lavement nutritif et excitant au peptone et au musc. Température, matin, 38,8°; soir, 39,9°.

27 février. Les vomissements sont arrêtés, la respiration est tranquille, l'abdomen est sensible dans les fosses iliaques à la pression seulement. Quelques selles glaireuses, urine assez abondante et claire. Température matin, 39,4; soir, 39,5; pouls, 130. Lavement nutritif et excitant. On enlève les pinces à forcipressure et la gaze iodoformée. L'extrémité de celle-ci, plongeant dans le péritoine, est de couleur rouge pâle, et à la pression il s'en échappe un liquide séreux qui nous renseigne sur la nature de la péritonite.

On termine le pansement en mettant un tampon vaginal de gaze iodoformée.

1^{er} mars. Dormi jusqu'à cinq heures du matin depuis l'injection de morphine faite la veille, à dix heures du soir. Les vomissements, les douleurs ont cessé. Pouls plus lent, subjectif meilleur. Pourtant le facies est plus

maigri, plus tiré que la veille. La langue est plus humide et d'une coloration rouge chair, comme desquamée. On change la gaze iodoformée. Thé, lait, bouillon glacé. Le soir, injection de morphine et atropine. Température matin, 30; soir, 30,4.

2 mars. Quelques vomissements glaireux. Température matin, 39; soir, 38,5.

Injection de morphine le soir, et deux lavements nutritifs dans la journée.

3 mars. Plus de vomissements; on change les tampons vaginaux. Température matin, 37; soir, 37,6; pouls, 116.

5 mars. La fièvre est tombée depuis trois jours. Le facies est meilleur, la voix forte; le ventre est moins ballonné et moins douloureux. La malade supporte bien le vin, le lait, le thé, le bouillon, le peptone. Pas de selles, mais des vents. Tous les jours, lavage du vagin, par lequel s'écoule une sécrétion fétide.

6 mars. Ventre assez ballonné; pas de selles depuis le 2 mars; on donne un lavement glycéринé qui amène des selles abondantes.

14 mars. La malade quitte l'hôpital en pleine convalescence.

Je revois la malade au mois d'octobre, elle revient d'un séjour qu'elle a fait à la campagne. Elle a pris de l'embonpoint, des forces et ne sent plus aucune douleur. Les premiers mois qui suivirent l'opération, elle ressentit quelques malaises aux époques où les règles devaient avoir lieu.

OBSERVATION XI

Extrait d'une observation que je dois à l'obligeance de M. le professeur Vaucher et qui a été rédigée par son interne, M. le docteur Patru.

Carcinome du col. Hystérectomie. Guérison.

Marie H., âgée de 53 ans, ménagère, entre à Genève, dans le service de gynécologie de M. le professeur Vaucher, le 1^{er} octobre 1890.

Antécédents héréditaires. La malade raconte que sa mère est morte aux environs de l'âge critique d'une maladie chronique de la matrice.

Antécédents personnels. Cette personne a eu une existence traversée de beaucoup de difficultés. Six couches normales.

Au mois de janvier 1890, elle eut de fortes métrorrhagies qui durèrent six jours; le sang était mélangé de matières jaunâtres. La malade a maigri durant ces derniers mois, et son teint est devenu jaune. Au mois de janvier de cette année, la malade subit un râclage à Fribourg, qui arrêta les hémorrhagies, mais non la leucorrhée. Il y a deux mois que survint une nouvelle hémorrhagie; depuis, les pertes sont restées rougeâtres.

Status. Femme de petite taille, amaigrie.

A travers le vagin, qui est court, on arrive sur le col qui est gros, bosselé, ulcéré. L'ulcération qui atteint à droite la base de la portion vaginale, saigne facilement au moindre contact; la cavité de Douglas est occupée par

une tumeur élastique, fluctuante, douloureuse. La mobilité de la matrice est diminuée.

6 octobre. L'opération est faite par M. le docteur Chenevière, avec l'aide de M. le docteur Patru; narcose à l'éther; injection de morphine, gr. 0,04.

La tumeur se laisse assez facilement attirer avec les pinces de Museux; le col est circonscrit par une incision circulaire; l'utérus énuclé, quelques ligatures au catgut sont placées près des lèvres de l'incision. L'hémorragie a été très faible.

La coque de la matrice est réduite et tamponnée avec de la gaze iodoformée; quelques trous faits dans le péritoine au cours de l'opération sont laissés ouverts.

A l'examen de l'utérus, on voit le tissu utérin épaissi, blanc, dur, jusqu'au niveau de l'orifice interne, où le néoplasme s'est arrêté.

Les 9, 12 et 16 octobre, on change la gaze iodoformée.

Le 21 mars, on enlève tout pansement.

La malade n'a jamais eu de fièvre et part guérie le 25 octobre 1890.

OBSERVATION XII

*Prolapsus utérin. Hystérectomie, colpopérinéorrhaphie.
Guérison.*

Agnès C., ménagère, entre le 26 octobre 1890 dans le service de M. le docteur Mercanton.

Cette personne a toujours joui d'une bonne santé. Régliée à 12 ans, et toujours régulièrement jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, où elle atteignit son âge critique.

Pas de leucorrhée. Une année après son mariage, elle eut, à l'âge de trente-huit ans, un garçon. L'accouchement fut laborieux et ne put être terminé qu'avec l'emploi du forceps. Deux ans plus tard, la malade fit un effort en soulevant une pièce de bois. Elle s'aperçut alors que le col de la matrice atteignait la vulve. Il y a dix ans que la malade entrain à l'ancien hôpital de Lausanne pour un prolapsus complet de la matrice; on essaya vainement toutes les formes de pessaires et ce n'est que ces deux dernières années que l'utérus put être maintenu par un hystérophore. Depuis quelques semaines, il s'est produit une ulcération du vagin. Le port de l'hystérophore est devenu douloureux.

Les douleurs abdominales et sacrées se sont accentuées; les mictions sont fréquentes et douloureuses.

Status. Personne amaigrie. Au-devant de la vulve sort une tumeur, grosse comme une orange, pâle, rosée. Une ulcération, grande comme une pièce de cinq francs, occupe les parois postérieure et latérale gauche du vagin. L'orifice externe du col est largement ouvert et livre passage à trois petits polypes muqueux prenant leur insertion dans la cavité cervicale. La matrice en rétroflexion est contenue dans le vagin retourné qui lui sert de sac. Son volume n'est pas augmenté, sa cavité mesure sept centimètres. Sur sa face antérieure, près de son fond, on sent par le palper un fibrôme sous-séreux, gros comme une noix. Cystocèle et rectocèle. L'orifice urétral est obstrué par un polype gros comme un pois.

3 novembre. Opération; narcose à l'éther.

Le vagin est avivé selon la méthode de Hégar. L'énucléation se fait avec quelques trous dans le péritoine.

Ces trous sont aussitôt fermés avec des pinces et suturés. La coque de la matrice retournée est remise en place et à son intérieur l'on pousse une éponge iodoformée. On termine l'opération en suturant l'avivement vaginal.

6 novembre. L'éponge est enlevée avec difficulté; le fil auquel on l'avait attachée s'étant cassé, on fut obligé de la morceler avec des pinces; à partir de ce jour, la malade a eu le soir, pendant six jours, de la fièvre, qui atteignit au maximum 39,2°.

8 novembre. On fait tous les jours des injections vaginales; le liquide ressort un peu sale au début.

9 novembre. On donne à la malade une infusion de thé de St-Germain qui provoque des selles abondantes.

12 novembre. On enlève les fils du vagin et du périnée.

14 novembre. La malade se lève.

20 novembre. Quitte l'hôpital, guérie.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface	5
Division du sujet	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique de l'opération	9
CHAPITRE II. — Divers procédés d'hystérectomie	14
CHAPITRE III. — Hystérectomie par voie sous-séreuse	27
CHAPITRE IV. — Affections de la matrice pour lesquelles l'hystérectomie par voie sous-séreuse pourra être employée	45
Conclusions	57
Bibliographie	60
Observations.	63

