

doivent chevaucher sur ceux de la première (fig. 207). Le ligament large est ainsi saisi dans toute sa hauteur. On le sectionne alors entre les pinces et

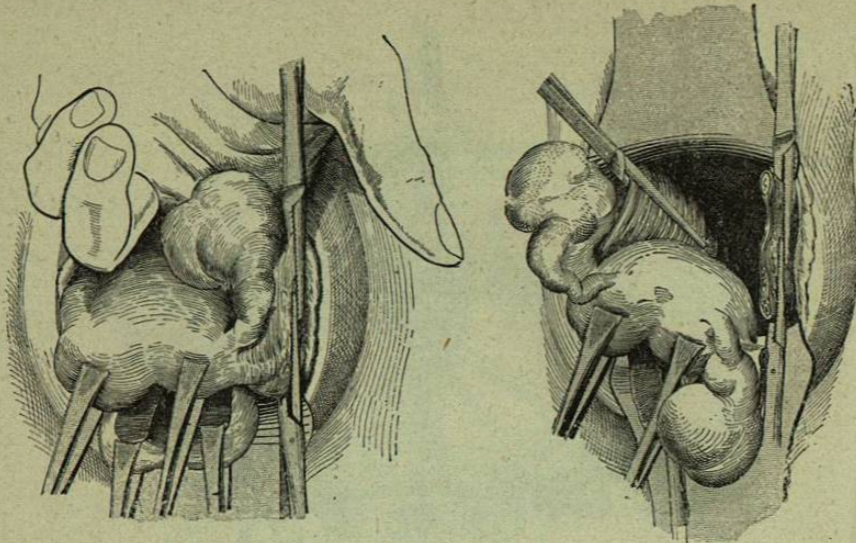


Fig. 207. — Les annexes sont attirées au dehors. Pincement du ligament large gauche.
Fig. 208. — Le ligament large gauche est sectionné. Pincement du ligament large droit.

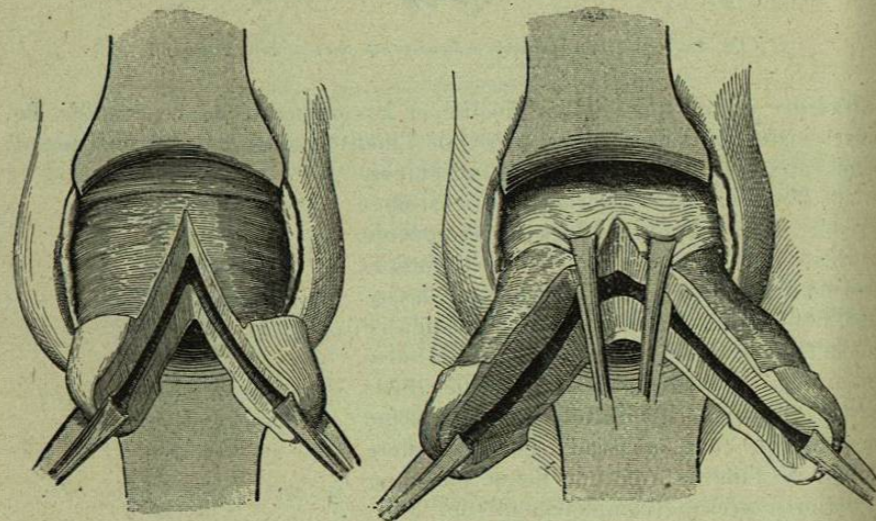


Fig. 209 et 210. — Procédé Muller-Quénu.

l'utérus. Celui-ci ne tient plus que par le ligament large droit (fig. 208). Des pinces semblables sont placées sur ce ligament que l'on sectionne et l'opération est terminée.

Dans certains cas, lorsque l'abaissement est facile, on peut remplacer les

pinces à demeure par des ligatures. Les malades en sont très soulagées, mais en général, pour peu que l'abaissement ne soit pas très commode, les ligatures sont assez difficiles à placer. Les pinces sont plus sûres et dans la grande majorité des cas doivent être préférées. Elles sont enlevées au bout de 48 heures.

Telle est la marche idéale de l'opération dans les cas faciles. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Aussi faut-il avoir à sa disposition d'autres procédés et d'autres manœuvres qui permettent, dans les cas plus difficiles, de mener à bien cette opération.

Lorsqu'il y a quelques difficultés dans l'abaissement, on se trouvera bien de la manœuvre de Segond qui consiste à placer de chaque côté du col, sur la partie inférieure du ligament large, une pince à mors courts, qui saisit l'artère utérine et la partie inférieure des ligaments utéro-sacrés. Un coup de ciseaux donné de chaque côté, entre les pinces et le col, sectionne les ligaments utéro-sacrés qui sont un des obstacles à l'abaissement de l'utérus et permet cet abaissement dans une certaine mesure.

Lorsque l'obstacle à l'abaissement vient d'adhérences situées vers le fond de l'utérus, comme il arrive souvent, il pourra être impossible d'amener celui-ci à l'extérieur par la simple hémisection antérieure. Dans ces conditions, la section médiane complète de Muller-Quénu (fig. 209, 210), section médiane qui se poursuit peu à peu, du col vers le fond et qui divise l'utérus en deux moitiés latérales,

lui permet de s'ouvrir et de descendre progressivement, non plus en s'infléchissant en avant, mais en suivant l'axe du bassin. Lorsqu'on a atteint le fond, chaque moitié utérine attendant à son ligament large est assez facile à enlever (fig. 211).

On pourra parfois avoir recours à cet artifice dans le procédé de Doyen. Lorsque le fond est sectionné, l'utérus peut ne plus descendre et les doigts ne peuvent plus passer derrière lui pour guider les mors des pinces destinées à saisir le ligament large. On peut alors poursuivre sur la paroi postérieure la section que l'on a faite sur la paroi antérieure et diviser complètement l'utérus en coupant de haut en bas, du fond vers le col, la paroi postérieure encore intacte. L'utérus se trouve alors, comme dans le procédé de Muller-Quénu, séparé en deux moitiés qu'il est assez facile d'enlever séparément.

De même, quand l'utérus tient vers sa partie supérieure, au niveau d'une corne, il peut être avantageux d'employer une manœuvre que j'ai décrite autre-

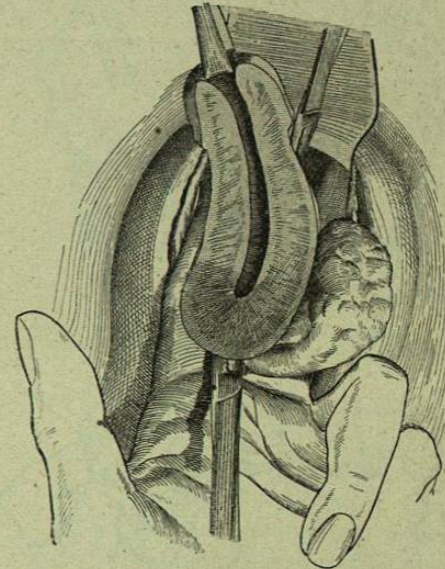


Fig. 211. — Procédé de Muller-Quénu. Pincement du ligament large droit.

fois et qui consiste dans la section transversale du corps utérin jusque dans le ligament large; on peut ainsi, en écartant le segment inférieur de l'utérus engager une pince de bas en haut sur la partie de ligament large appartenant au segment supérieur et parvenir à la sectionner.

Lorsque l'utérus est très adhérent et qu'il est impossible de l'abaisser, comme dans certaines suppurations pelviennes, l'hystérectomie peut devenir extrêmement difficile. Il faut alors extirper l'organe par morcellement, en enlevant successivement des fragments utérins plus ou moins importants. Il en

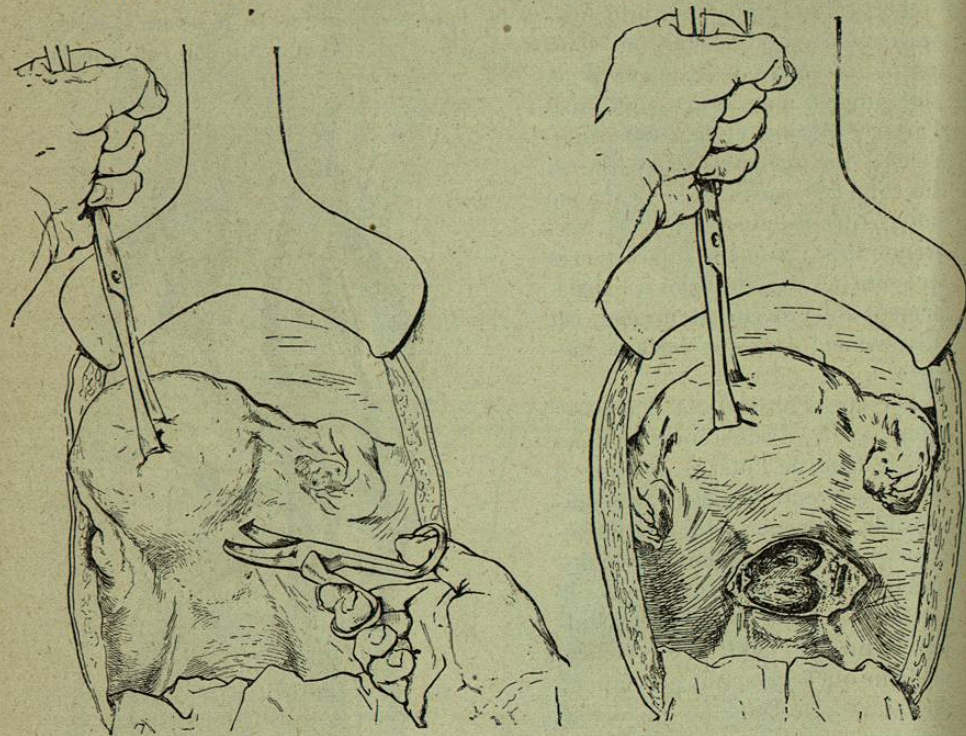


Fig. 212.

Fig. 212. — Hystérectomie par décollation. Attaque de l'isthme utérin.

Fig. 215.

Fig. 215. — L'isthme utérin est sectionné. On aperçoit l'artère utérine droite. (J.-L. Faure.)

est de même dans les fibromes volumineux, pour lesquels, d'ailleurs, il vaudra beaucoup mieux avoir recours à l'hystérectomie abdominale. Je ne puis donner ici la technique de ces manœuvres de morcellement, avec lesquelles l'expérience peut seule familiariser le chirurgien. Ce qu'il faut savoir c'est que, pour les mener à bien, il faut ne pas perdre de vue les deux règles suivantes : 1° ne jamais perdre le contact de l'utérus et n'en enlever un morceau que lorsqu'on a placé une pince au-dessus, de façon à empêcher l'utérus de remonter vers le haut. 2° Ne jamais s'écarter de la ligne médiane, car aller vers les bords de l'utérus, lorsque celui-ci n'est pas sectionné, c'est aller devant des hémorragies et des accidents de toute sorte.

Dans l'infection puerpérale, si l'on juge devoir enlever l'utérus, on aura

recours à l'hystérectomie vaginale, car il me paraît, chez ces femmes épuisées, absolument contre-indiqué de tenter une opération abdominale, beaucoup plus fatigante pour la malade et où les chances d'infection péritonéale se multiplient.

Mais si l'on veut pouvoir la mener à bien, il faut absolument modifier la technique, ou plutôt l'outillage, et employer, au lieu de pinces à abaissement ordinaires qui déchirent le col friable et rendent l'opération impraticable, des pinces à larges plateaux, comme les pinces à kystes, que j'ai employées dans ce but dès 1897, qui ne déchirent pas le col et rendent cette opération très simple, à cause de la souplesse de

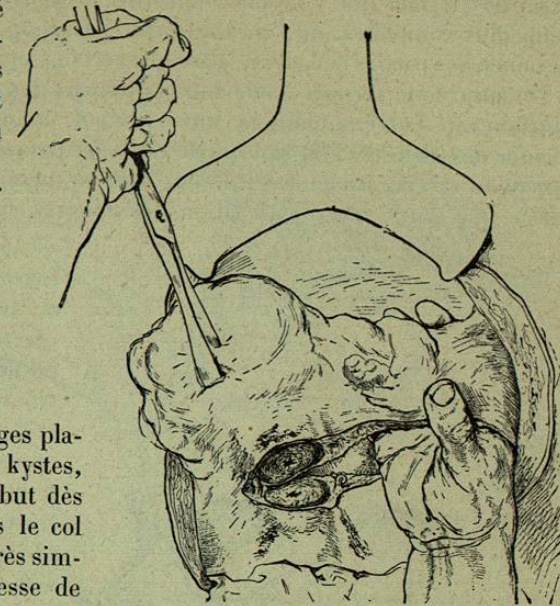


Fig. 214. — Effondrement du feuillet péritonéal antérieur et pédiculation du ligament large. (J.-L. Faure.)

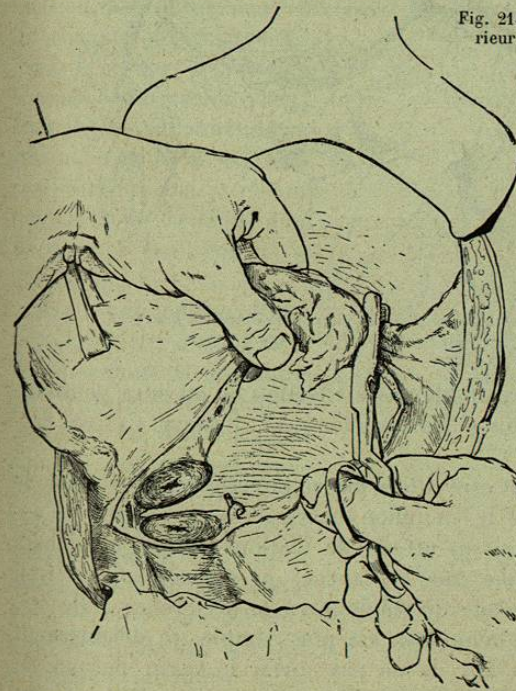


Fig. 215. — Pincement du ligament large droit. (J.-L. Faure.)

l'utérus et de la largeur du vagin.

Hystérectomie abdominale. — Il n'est aucune grande opération qui présente des indications aussi fréquentes que l'hystérectomie abdominale. Cela tient à ce que les affections contre lesquelles elle est dirigée sont extraordinairement communes. Il y a quelques années encore, la plus grande bénignité de l'hystérectomie vaginale la faisait préférer par beaucoup de chirurgiens dans un grand nombre de cas, mais depuis que les perfectionnements de la technique et des procédés de stérilisation ont rendu l'hystérectomie abdominale au moins aussi bénigne que sa rivale, elle a repris toute la prépondérance à laquelle lui donnent droit sa plus grande faci-

lité et l'avantage inappréciable qu'elle donne de pouvoir se rendre un compte exact des lésions que l'on doit combattre, de pouvoir faire des opérations beaucoup plus complètes, ou, au contraire, beaucoup plus économiques, lorsque l'examen des parties malades montre que certains organes doivent être conservés.

On aura donc recours à elle dans la plupart des *fibromes*, dans les *tumeurs malignes de l'utérus*, dans le *cancer du col*, et aussi dans les *affections bilatérales des annexes*. On sait quelle est la fréquence de ces dernières et comme, lorsqu'on sacrifie les annexes, mieux vaut en même temps sacrifier l'utérus, ne fût-ce que parce que l'extirpation des annexes en est rendue beaucoup plus

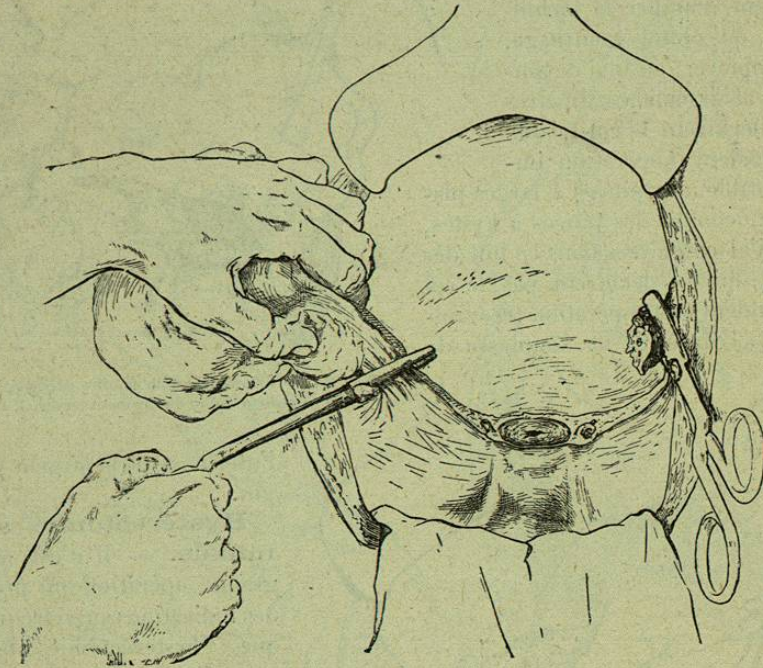


Fig. 216. — Le ligament large droit a été sectionné. L'utérus est basculé à gauche. Pincement du ligament large gauche. (J.-L. Faure.)

facile, il en résulte que c'est dans cette dernière affection qu'on aura peut-être le plus souvent l'occasion de pratiquer l'hystérectomie (V. FIBROME, CANCER, SALPINGO-OVARITES).

L'hystérectomie abdominale peut être *totale* lorsqu'on enlève l'utérus avec le col, ou *subtotale* lorsqu'on laisse le moignon cervical, qu'on sectionne au-dessus de ses insertions vaginales, au niveau de l'isthme utérin. En dehors des cas où le col est malade, comme dans le cancer, ou suspect, ou par trop altéré, c'est à l'hystérectomie subtotale qu'on donnera la préférence. Elle est, en effet, beaucoup plus rapide, l'hémostase est plus simple, le délabrement pelvien moins considérable, et le fait de ne pas ouvrir le vagin permet de réaliser une asepsie plus parfaite. Ces dernières conditions la rendent moins grave que la totale. C'est donc elle que, sauf exception, on emploiera de parti pris, et c'est elle que je décrirai tout d'abord.

Hystérectomie subtotale. — On peut exécuter l'hystérectomie abdominale subtotale de plusieurs façons différentes. Non seulement on le *peut*, mais on le *doit*, et le chirurgien doit pouvoir modifier sa manière de faire suivant les lésions en face desquelles il se trouve. C'est là un principe d'importance capitale, car tel procédé, excellent en face de certaines lésions, peut être mauvais devant des lésions différentes. Toute la technique de l'hystérectomie abdominale repose sur cette notion beaucoup moins connue qu'elle ne devrait l'être. L'art du chirurgien doit consister à se rendre compte immédiatement de la façon dont il doit attaquer l'utérus qu'il veut enlever et à choisir le procédé qu'il doit mettre en œuvre. La discussion des indications respectives de chacun de ces procédés est faite ailleurs (V. FIBROME, CANCER, SALPINGO-OVARITES). Mais je tiens à donner ici un résumé rapide de ceux de ces procédés que je recommande et de la façon dont ils doivent être conçus et exécutés.

Il y a une notion directrice qui doit, à mon avis, dominer toute la technique de l'hystérectomie abdominale. Elle est d'ailleurs très simple : c'est qu'il est beaucoup plus facile d'enlever l'utérus et les annexes quand on les attaque de *bas en haut* que lorsqu'on les attaque de *haut en bas*. Ceci est surtout vrai pour les cas qui présentent quelques difficultés, comme les annexites adhérentes aux intestins et aux parois pelviennes. Car lorsqu'il n'y a aucune adhérence, ni aucune diffi-

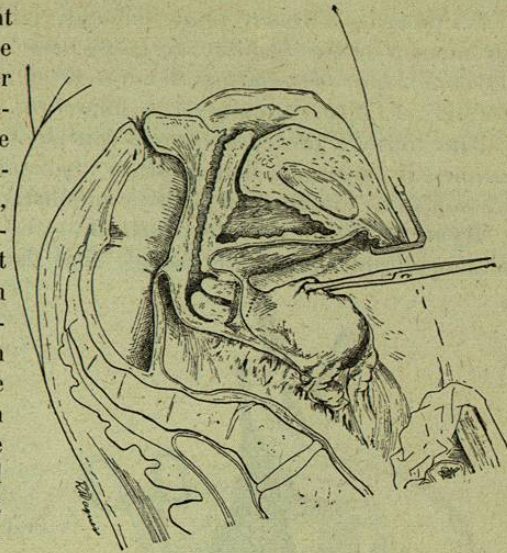


Fig. 217. — Décoliation antérieure. L'utérus renversé et adhérent en arrière va être sectionné au niveau de l'isthme. (J.-L. Faure.)

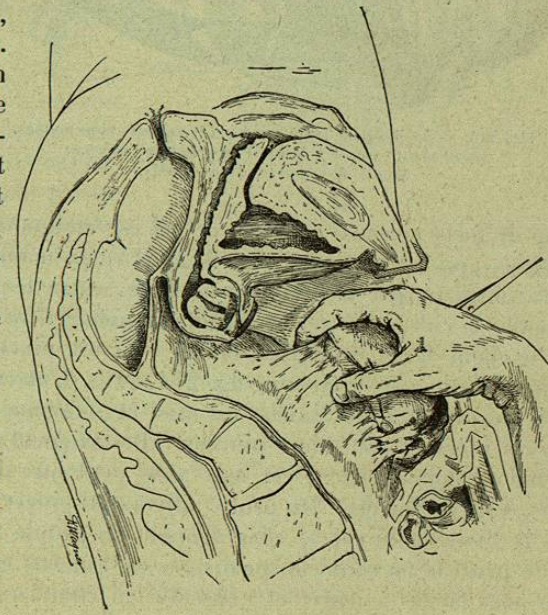


Fig. 218. — L'isthme est sectionné. L'utérus est ramené en avant et les annexes sont attaquées de bas en haut. (J.-L. Faure.)

culté, l'opération est toujours simple et tous les procédés sont bons, ou tout au moins suffisants.

Les procédés d'hystérectomie subtotale qui permettent d'attaquer l'utérus et les annexes de *bas en haut*, au moins dans une certaine mesure, sont : l'*hystérectomie par décollation*, le *procédé de Howard A. Kelly*, le *procédé de Terrier*, et l'*hystérectomie par hémisection*.

Dans tous ces procédés, comme dans toute laparotomie pour opérations pelviennes, le chirurgien doit se placer à *gauche* de la malade. Je ne saurais trop recommander l'usage d'un écarteur automatique donnant beaucoup de jour.

Hystérectomie par décollation. — Ce procédé, que j'ai décrit en 1900, n'est applicable qu'aux cas faciles. Mais dans ces cas, il est d'une si grande

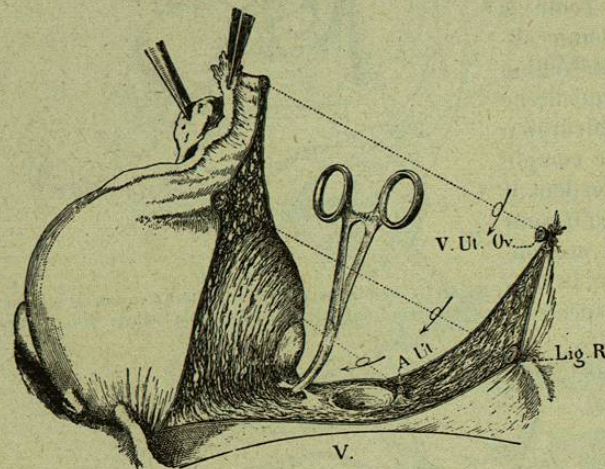


Fig. 219. — Le ligament large gauche et le col ont été sectionnés. L'utérus est basculé à droite. Pincement de l'utérine. (Monod et Vanverts, d'après Kelly.)

simplicité qu'il permet d'enlever l'utérus et les annexes en quelques secondes. Il repose sur ce principe que l'utérus ne tient en réalité que par son adhérence au vagin; les ligaments larges sont d'une grande élasticité, et au point de vue de la fixation de l'utérus aux parties voisines, ne comptent pour ainsi dire pas. Donc, lorsque le col aura été sectionné, l'extirpation de l'utérus sera pour ainsi dire terminée. L'utérus est ramené en avant, puis, d'un coup de forts ciseaux courbes, le col est attaqué par derrière, au niveau de l'isthme, qui est sectionné (fig. 212, 213). La main droite s'insinue alors d'arrière en avant par la brèche ainsi faite, entre le col et le corps de l'utérus, effondre le cul-de-sac vésico-utérin et ramène entre le pouce et les autres doigts le ligament large droit tout entier, qui est pincé en dehors des annexes et tranché d'un coup de ciseaux (fig. 214, 215). L'utérus est alors basculé à gauche et le ligament large gauche est saisi et sectionné de même (fig. 216). Les artères utérines sont alors pincées. Elles saignent en général fort peu, parfois même ne donnent rien, car leur anse peut être décollée et rejetée en dehors sans avoir été ouverte. On peut d'ailleurs les pincer au moment de leur section, dès la division du col, si elles donnent un peu de sang.

Ce procédé ne convient qu'aux cas où l'utérus et les annexes sont mobiles: *fibromes* faciles à attirer et à basculer en avant, *annexites doubles sans adhérences*, *ovarites sclérokystiques*. Mais ces cas sont très communs.

Il est une autre circonstance dans laquelle la décollation peut rendre de grands services et devenir un procédé de nécessité. Ce sont les cas dans lesquels l'utérus est renversé en arrière et enclavé dans le bassin, comme dans certains

fibromes, ou maintenu par des adhérences qui le fixent au fond du bassin et le rendent inaccessible. Il faut alors sectionner le col, mais cette fois d'avant en arrière, en l'attaquant au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. C'est une *décollation antérieure*. Dès que le col est sectionné, le pôle inférieur de l'utérus, ne tenant plus à rien, se laisse amener en avant et on peut, en passant encore entre le col et le corps de l'utérus, mais cette fois d'avant en arrière, insinuer la main au fond du cul-de-sac de Douglas et désenclaver le fibrome ou décortiquer les annexes (fig. 217, 218).

Procédé de Howard A. Kelly. — Ce procédé, que nous appelons communément en France *procédé américain*, a des applications très générales.

Le chirurgien commençant par la droite, par exemple, attaque le ligament large droit de haut en bas, pince successivement le pédicule utéro-ovarien et le ligament rond, descend vers le bas du ligament large, pince l'artère utérine et la coupe, puis il sectionne le col au niveau de l'isthme. Dès lors, il remonte de bas en haut dans le ligament large gauche, pinçant successivement l'artère utérine gauche, le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien du même côté. C'est en réalité une *incision continue transverse* selon l'expression de H. A. Kelly (fig. 219).

Comme on le voit, il ne répond aux conditions idéales de l'hystérectomie (attaque de bas en haut) que dans la seconde partie de l'opération. Mais lorsque la première partie est facile et que l'attaque de haut en bas par un des côtés ne présente aucune difficulté,

ce procédé est excellent. Il convient en réalité dans la plupart des fibromes. Lorsque ceux-ci sont mobiles, la décollation est plus rapide et plus élégante, mais le procédé de Kelly n'en est pas moins bon. En revanche, dès que le fibrome est peu mobile et bridé par les ligaments larges, le procédé américain devient le procédé de choix. Il n'y a guère que les fibromes enclavés, justiciables de la décollation antérieure, pour lesquels il ne soit pas recommandable. Dans les annexites doubles, il est applicable toutes les fois qu'un des côtés au moins ne présente que des lésions relativement légères et des annexes non adhérentes. Dans ces conditions, on attaque par le côté accessible, laissant pour le côté adhérent et difficile l'attaque de bas en haut qui a lieu dans la seconde moitié de l'opération. Lorsque les adhérences annexielles sont bilatérales, le procédé américain devient contre-indiqué, car nous avons mieux à notre disposition.

Procédé de Terrier. — Ce procédé, qui ne trouve d'indications particu-

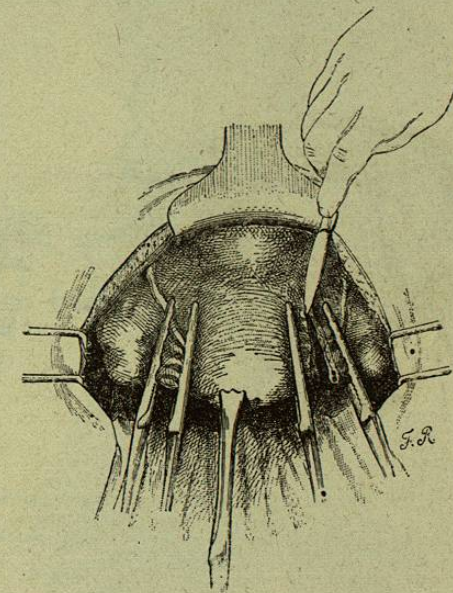


Fig. 220. — Section du ligament large droit. (Monod et Vanverts, d'après Delage.)