

La malade endormie est alors mise dans la position dorso-sacrée, et un aide placé de chaque côté maintient la cuisse fléchie sous un de ses bras, tandis que l'autre demeure entièrement libre pour prêter assistance. La fourchette est déprimée avec une valve, les parties latérales éloignées avec des écarteurs. Le col est saisi avec des pinces de Museux ou d'autres pinces à préhension (fig. 188) et l'irrigation continue est commencée doucement sur le champ opératoire (fig. 11, page 19).

1<sup>er</sup> temps; ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-périto-

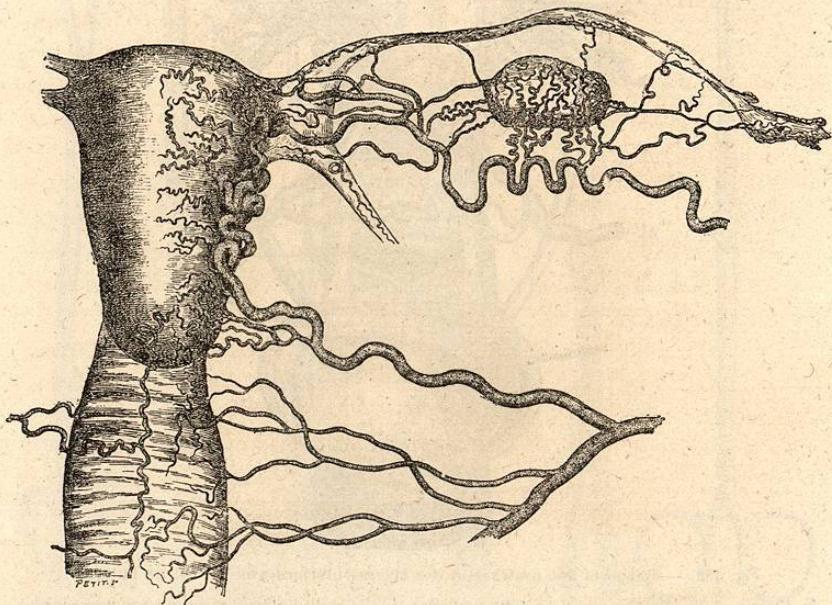


Fig. 190. — Vaisseaux de l'utérus; artères utérine et utéro-ovarienne.

néale. — Le chirurgien fait alors porter le col très fortement en avant, de manière à tendre le cul-de-sac postérieur, qu'il incise dans toute sa largeur jusqu'au péritoine.

L'index de la main gauche est insinué dans cette boutonnière, et avec une aiguille très fortement courbée on place une série de plans de suture tout le long de l'incision vaginale, en comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. En procédant ainsi, à l'exemple de Martin<sup>1</sup>, on obtient une hémostase parfaite du côté des vaisseaux vaginaux qui sont souvent une cause de suintement persistant et, par là, inquiétant, de plus, on ferme les inter-

<sup>1</sup> AUG. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 568.

stices cellulaires et l'on empêche les décollements de se produire dans les manœuvres ultérieures (fig. 191).

Il peut arriver que l'insertion du vagin se fasse en arrière sur le col à une très grande hauteur, ou que le cul-de-sac de Douglas soit en partie comblé par des adhérences. On doit alors poursuivre assez longtemps la dissection et il peut être utile de mettre deux plans superposés de sutures.

2<sup>e</sup> temps. Suture hémostatique du plancher pélvien. — On change

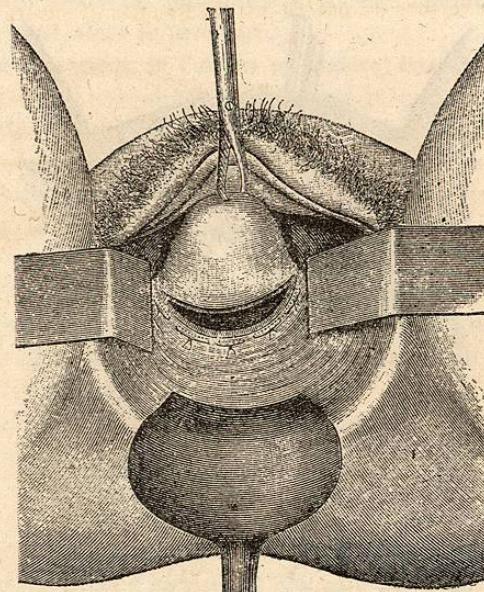


Fig. 191. — Hystérectomie vaginale.

1<sup>er</sup> temps. Ouverture du cul-de-sac postérieur et suture du vagin (d'après Martin).

d'aiguilles, pour en prendre une plus longue, plus forte et moins surbaissée (des aiguilles de Deschamps pointues sont ce qui convient le mieux pour ce temps spécial). Avec elle on place, de chaque côté de la boutonnière, deux grands points de suture prenant en masse la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant profondément saisir, à la base des ligaments larges, les branches inférieures de l'artère utérine, sinon le tronc même de ce vaisseau. Pour cette manœuvre, il faut placer l'index dans un des angles de la boutonnière et fortement déprimer en avant la base du ligament large, que l'on porte, pour ainsi dire, au-devant du point de suture (fig. 192).

L'aiguille entre à 2 centimètres de distance de l'angle de la plaie, et (s'il ne s'agit pas d'une aiguille de Deschamps), dès que l'index sent sa pointe, on va à sa recherche avec le porte-aiguille; on l'attire

et on la fait ressortir à 1 centimètre de son point d'entrée, de manière à êtreindre à peu près 1 centimètre du cul-de-sac latéral du vagin. On doit se servir de soie très forte pour cette ligature et serrer beaucoup. On passe ensuite un à deux autres points de suture de chaque côté, en avant du premier et plus près du col; de cette façon, tous les vaisseaux se trouvent oblitérés du côté du vagin avant qu'on ait terminé les premiers temps opératoires. On n'a pas à redouter l'uretère, qui est situé plus en avant, et qui, du reste, est

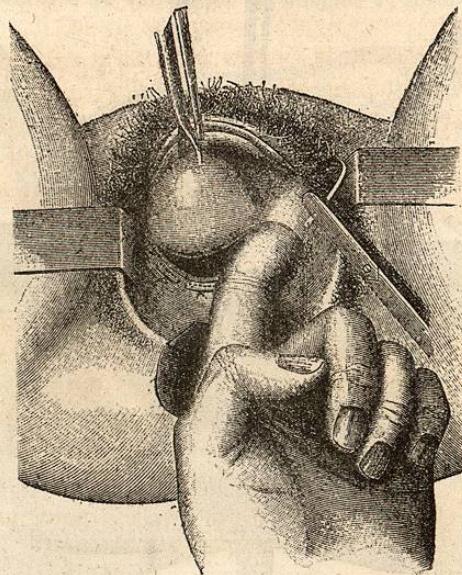


Fig. 192. — Hystérectomie vaginale.

2<sup>e</sup> temps. Suture du plancher pelvien (d'après Martin).

très remonté, grâce à la forte traction exercée sur le col utérin par l'abaissement.

3<sup>e</sup> temps. Circoncision complète du vagin; décollement de la vessie. — Le col de l'utérus est maintenant porté en arrière, de façon à tendre le cul-de-sac antérieur. On complète l'incision autour du vagin; il faut avoir grand soin de se tenir en avant, aussi près que possible du col tout en s'éloignant suffisamment des tissus malades; on s'exposerait sans cela à blesser l'uretère; le tranchant du bistouri doit, pour la même raison, être toujours plus ou moins obliquement dirigé vers le col. Dès que l'incision du vagin est terminée, on abandonne le bistouri, et c'est avec le doigt qu'on procède au décollement de la vessie; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut employer les ciseaux. Il faut se souvenir que l'étendue et la résis-

tance de ces adhérences sont assez variables, selon les sujets. Au bout d'un court trajet, le doigt sent un manque de résistance qui indique qu'on est arrivé à la limite des attaches de la vessie; on peut parfois apercevoir le cul-de-sac péritonéal et le reconnaître à son aspect bleuâtre. Beaucoup de chirurgiens l'incisent à ce moment; je préfère le respecter, pour que l'utérus, quand on le fera basculer, ne vienne pas porter dans le péritoine la surface ulcérée du col. On ne doit pas aller plus loin, avant d'avoir, par des points de suture placés sur cette nouvelle boutonnière, arrêté l'hémorrhagie, très médiocre, qui peut alors se produire.

4<sup>e</sup> temps. Renversement de l'utérus en arrière; ligature des ligaments larges. — Le col de l'utérus est bien dégagé jusqu'à sa limite supérieure. On l'attire alors en avant, on déprime la partie postérieure de la plaie avec une valve ou un écarteur, et, à l'aide d'une pince de Museux courbe, on saisit en arrière le fond de l'utérus, qu'on fait basculer dans la plaie; la pince qui tenait le col est auparavant enlevée.

On éprouve parfois des difficultés à faire basculer l'utérus: cela tient le plus souvent à ce qu'on n'a pas entièrement libéré le col, et il faut aussitôt compléter ce temps préliminaire que les ligatures du plancher pelvien auront rendu exsangue<sup>1</sup>.

Dès que l'utérus est renversé, la partie supérieure des ligaments larges, pourvue de ses ailerons, se trouve en bas, et la base de ces ligaments en haut. On en fera la ligature en trois paquets, sans qu'il soit besoin alors d'entre-croiser les fils pour une suture en chaîne. On fait d'abord cette suture et cette section à gauche. Avant de détacher entièrement l'utérus, on place un point de suture réunissant le dernier paquet de ligament large lié à la commissure de la plaie vaginale. On procède ensuite de même du côté droit, et l'on termine, en sectionnant les derniers liens qui retiennent l'utérus, en particulier le cul-de-sac antérieur du péritoine qui a été ménagé, si cela a été possible, pour opposer une barrière à l'infection causée par le col renversé. On fait alors avec de petits tampons antiseptiques de coton une toilette exacte de la plaie.

5<sup>e</sup> temps. Drainage et pansement. — Un point de suture placé à chaque commissure de la plaie vaginale la rétrécit suffisamment, sans la fermer. Avant de serrer les fils, je place avec des pinces dans le cul-

<sup>1</sup> On a inventé divers instruments pour faciliter le renversement de l'utérus: MARTIN a employé une sorte de grosse sonde introduite dans sa cavité; QUÉNU, un crochet à doubles branches cachées et à développement. Je crois que ces instruments ne sont pas exempts d'inconvénients, ni même de dangers. Si l'utérus ne peut basculer facilement malgré la libération du col, par suite de la présence d'un corps fibreux, d'une adhérence, ou pour toute autre cause, mieux vaut l'attirer directement en bas et lier les ligaments larges *in situ*.

de-sac de Douglas, en guise de drain, une lanière de gaze iodoformée doublée à son extrémité supérieure et dont les deux chefs sont ensuite pelotonnés dans le vagin et rendus reconnaissables par un fil qu'on aura eu soin d'y attacher. D'autres bandelettes, très modérément tassées, complètent le pansement. On renouvelle ces dernières au bout d'un temps qui est variable, selon l'abondance du suintement séro-sanguinolent, laissant en place la lanière enfoncée dans le cul-de-sac de Douglas où, par sa capillarité, elle fait l'office de drain. Ce n'est qu'au bout de six ou huit jours que cette dernière est enlevée.

Jé préfère beaucoup ce mode de drainage au tube de caoutchouc en croix qu'emploie Martin, au tube en verre de beaucoup d'auteurs anglais, au double tube accolé en canon de fusil de certains chirurgiens français<sup>1</sup>. Quant à l'occlusion complète de la plaie telle que la préconisait Mikulicz au Congrès chirurgical de Berlin, en 1881, elle n'a, avec raison, que peu de partisans aujourd'hui. Toutefois, Hegar et Kaltenbach adoptent encore ce procédé<sup>2</sup>.

Faut-il respecter les annexes ou les enlever? Si les ovaires et les trompes font prolapsus dans la plaie, ce dernier parti s'impose; si l'on doit aller à leur recherche, on peut, je crois, poser des indications différentes, selon que la femme est réglée ou a dépassé la ménopause; dans le premier cas, il faut s'efforcer de supprimer des organes dont les fonctions pourraient continuer au moins durant quelque temps (car l'ablation de l'utérus n'amène pas toujours leur atrophie) et donner lieu à des accidents, ainsi que cela a été observé<sup>3</sup>. On ira donc rapidement à la recherche des annexes, dont l'ablation sera généralement facile. Si elle présentait de grandes difficultés par suite d'adhérences, etc., on ne s'attarderait pas dans cette manœuvre complémentaire, car mieux vaudrait braver quelques accidents ultérieurs, ordinairement légers, que de compliquer l'opération. Brennecke est arrivé à la conclusion que l'ablation des annexes est peu importante, puisqu'elles ne tardent pas à s'atrophier. Cette dernière affirmation est contestable; les expériences de Grammatikati et les

<sup>1</sup> KRUKENBERG a publié un cas de mort au 7<sup>e</sup> jour, par torsion d'une anse intestinale autour d'un drain, pénétrant dans la cavité péritonéale (*Niederrheinische Gesellsch. in Bonn. — Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 37, p. 595).

<sup>2</sup> HEGAR ET KALTENBACH. *Die oper. Gynäk.*, 3<sup>e</sup> édit., 1886, p. 446.

<sup>3</sup> Dans une observation de W. DUNCAN, où l'on n'avait pas enlevé les ovaires, il y eut trois attaques douloureuses très vives, correspondant exactement aux époques menstruelles, signe indubitable d'une ovulation avec péritonite circonscrite; vu l'absence d'accidents ultérieurs, l'auteur pense qu'il s'est produit une cirrhose de l'ovaire. — Mêmes accidents chez une opérée de sir W. MAC-CORMAC, d'après W. A. DUNCAN. *Trans. of the Obstet. Society of London*, 1885, t. XXVII, p. 29. — SCHRÖDER a aussi, dans quelques cas rares, observé des douleurs au moment des époques menstruelles.

observations de Glaevecke<sup>4</sup> semblent indiquer que la ponte continue, mais qu'elle est tolérée par le péritoine.

Le traitement ultérieur est très simple. Si les tampons iodoformés ne sont pas trop souillés de sang, on les laisse en place quatre jours. On les renouvelle ensuite, et, au bout de la première semaine, on enlève à la fois ces tampons et la bandelette, faisant office de drain; il y a déjà longtemps que des fausses membranes ont obstrué la plaie péritonéale. Il n'en est pas moins nécessaire d'être très prudent dans les irrigations vaginales, de les faire au bout de huit jours seulement, sous très faible pression (sublimé à 1/5000) et en maintenant la fourchette déprimée. On pourra permettre à la malade de se lever au bout de trois semaines<sup>5</sup>, et l'on ira alors à la recherche des points de suture à la soie au fond du vagin. Il faudra généralement deux ou trois séances, à quelques jours d'intervalle, pour les retirer entièrement; il y aurait inconvénient à les laisser, parce que leur élimination (qui finirait par se faire spontanément) provoquerait de l'irritation et de la leucorrhée.

Pendant les premières vingt-quatre heures, la malade est tenue à la diète et prend seulement un peu de glace contre les vomissements chloroformiques. Je donne un lavement laxatif dès le troisième jour.

La guérison peut se faire sans aucune élévation de température.

J'ai décrit le manuel opératoire que j'ai adopté et que je recommande; c'est à peu de chose près celui de A. Martin. J'indiquerai maintenant, sous forme d'appendice, les principales modifications de la technique opératoire auxquelles le nom de leurs auteurs donne quelque autorité.

**1<sup>er</sup> 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> temps.** — Fritsch<sup>6</sup> commence par une sorte de dissection des culs-de-sac latéraux, et va à la recherche des artères utérines, qu'il incise et dont il fait la ligature. Il procède ensuite à la dissection de la vessie et termine par l'incision du cul-de-sac de Douglas.

Olshausen<sup>4</sup> diffère le plus longtemps possible l'ouverture de ce cul-de-sac, de crainte d'infecter la cavité péritonéale.

Schatz<sup>5</sup> réserve pour la fin le décollement de la vessie. Sanger et divers auteurs ont conseillé de diviser les culs-de-sac vaginaux au

<sup>4</sup> GRAMMATIKATI. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 7, p. 105. — GLAEVECKE. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1.

<sup>5</sup> S. GOTTSCHALK (*Die Nachbehandlung der vaginalen Totalextirpation (Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 443) croit que le séjour au lit doit varier, selon l'état constitutionnel des malades et ne pas être systématiquement fixé à 14 jours, comme le veut FRITSCH ni à 10 jours comme c'est la pratique de MARTIN.

<sup>6</sup> FRITSCH. *Centr. f. Gyn.*, 1883, n° 37, p. 585.

<sup>4</sup> R. OLSHAUSEN. *Klin. Beitr. zur Gyn. und Geb.*, Stuttgart, 1884, p. 105.

<sup>5</sup> FRIED. SCHATZ. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXI, Heft 3, p. 409.

Soins consécutifs.

Modifications diverses de la technique opératoire.

thermo-cautère (cela rend la dissection difficile et ne présente aucune utilité réelle).

Pour empêcher l'hémorrhagie qui se fait par la surface ulcérée du col, Fritsch place, après l'avoir disséqué, une ligature élastique à sa base.

Müller fait comprimer l'aorte abdominale, durant l'opération.

On a conseillé, dans les cas d'étranglement exagéré du vagin ou de la vulve (hymen, atrophie sénile, brides circulaires, etc.), de faire des débridements sur le périnée et jusque sur le vagin qui seront ensuite suturés : j'en ai retiré, dans quelques cas, les plus grands avantages.

Pour saisir le col, qui se déchire si facilement, on a inventé plusieurs modèles de pinces. Brennecke<sup>1</sup> a imaginé un instrument ingénieux qui s'introduit désarmé assez haut dans le col, et dont on fait saillir ensuite les crochets qui s'implantent dans le tissu sain de façon qu'ils ne risquent pas de le déchirer. Des pinces de Museux à affrontement exact et des pinces tire-balles me paraissent suffire, à condition de les porter très rapidement au-dessus du point de circoncision du vagin.

Dans les cas difficiles, Müller<sup>2</sup>, après l'application sur les ligaments larges de ligatures provisoires en masse, sectionne l'utérus par le milieu et procède successivement à l'extraction de chaque moitié. D'autres auteurs le morcellent. Ces procédés exposent à l'infection de la plaie.

4<sup>e</sup> temps. Le renversement de l'utérus n'est pas employé par Billroth, Leopold, Olshausen, etc., qui se contentent d'opérer une forte traction sur l'organe et le détachent peu à peu. Ils reprochent au renversement d'infecter la plaie. Mais ce danger est presque supprimé, si l'on a gratté et désinfecté le col quelques jours auparavant, et si l'on conserve le cul-de-sac antérieur du péritoine comme barrière, au-dessus du col renversé jusqu'à la fin de l'opération.

Czerny, Fritsch, Demons renversent l'utérus en avant, manœuvre que facilite la fréquence de l'antéflexion, et cette circonstance qu'on n'a pas à vaincre la résistance des ligaments ronds.

Martin et Schröder renversent l'utérus en arrière. J'ai dit que Martin, dans les cas difficiles, introduit pour cela dans la cavité utérine une sorte de mandrin, et que Quénu a proposé un crochet à développement (p. 599, note 1).

Pour l'hémostase des ligaments larges, Olshausen emploie la ligature élastique ; il fait une boutonnière au péritoine, entre l'utérus et la vessie, avec un bistouri boutonné de Cooper, et passe le lien élastique en se servant d'une aiguille de Deschamps. Hegar et Kaltenbach<sup>3</sup>

Forcippresse  
des ligaments  
larges.

<sup>1</sup> BRENECKE. *Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation* (Centr. f. Gyn., 1883, p. 765).

<sup>2</sup> C. J. MÜLLER. *Ueber die Exstirpation uteri vaginalis* (Deutsche med. Woch., 1881, n° 10 et 11, p. 122 et 142 et Centr. f. Gyn., 1882, n° 8, p. 115).

<sup>3</sup> HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, 5<sup>e</sup> édit., p. 445.

recommandent aussi la ligature élastique en masse des ligaments larges, mais à titre provisoire, et ils assurent l'hémostase par des ligatures partielles à la soie, dès que l'utérus a été détaché : cette complication nous semble inutile.

Demons fait les ligatures au catgut, ce qui me paraît insuffisant

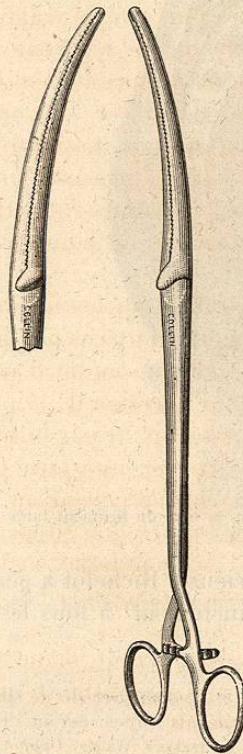


Fig. 195. — Pincés coudés sur le côté pour la forcippresse des ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale (Péan et Richelot).

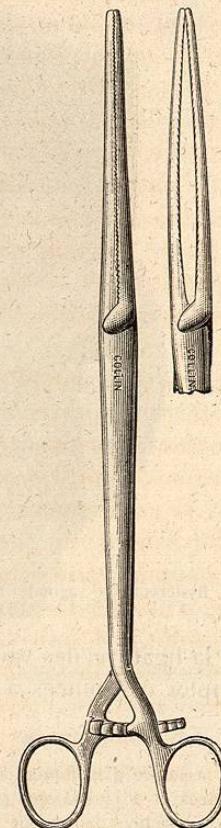


Fig. 194. — Pincés cintrés, pour les ligaments larges, dans l'hystérectomie vaginale (Doyen).

vu la difficulté de faire avec le catgut des ligatures serrées.

Le Dentu a proposé une aiguille porte-fil spéciale pour faciliter la ligature du premier ligament large.

La ligature des ligaments larges avec des fils métalliques avait été proposée, théoriquement, par Coudereau. Schröder et Olshausen se sont quelque temps arrêtés à cette idée, qui a vite été abandonnée.

Ch.-E. Jennings<sup>4</sup> fait une ligature en masse provisoire du ligament

<sup>4</sup> CH. E. JENNINGS. *On excision of the entire uterus for cancer* (Lancet, 1886, n° 15 et 16, p. 682 et 825).

large avec une anse de soie phéniquée, serrée à l'aide d'un plomb perforé qu'on écrase; il place ensuite soit des ligatures, soit des pincés à demeure. Péan fait le pincement des ligaments larges pour

Pincés  
à demeure.

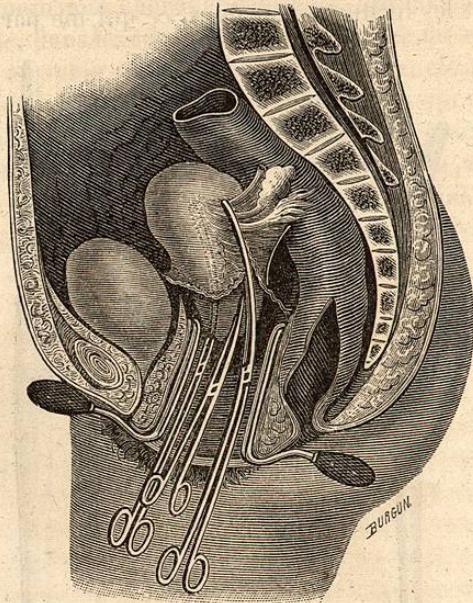


Fig. 195. — Hystérectomie vaginale. Pincement et section de la base du ligament large (Péan).

peu que la ligature des vaisseaux soit laborieuse. Richelot a généralisé l'emploi des pincés à demeure indistinctement<sup>1</sup> à tous les cas.

<sup>1</sup> L'idée première d'appliquer d'une façon constante et comme procédé de choix de longues pincés et de les laisser à demeure sur les ligaments larges, durant deux ou trois jours, appartient, au moins pour la publication, à SPENCER WELLS (*Ovarian and uterine tumors*, Londres, 1882, p. 526), qui l'a catégoriquement exposée dès 1882. Son élève, CHAS. E. JENNINGS, se trouvant aux prises avec des difficultés opératoires, se souvint simplement des règles du maître, qu'avait récemment encore discutées A. DUNCAN (janvier 1885) devant la Soc. obst. de Londres, et (le 30 oct. 1885) il appliqua les longues pincés de SP. WELLS, et les laissa à demeure; il y eut guérison (l'observation fut publiée en mars 1886). — En novembre 1885, RICHELOT (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1885, p. 749) renouvelait devant la Société de chirurgie de Paris la proposition théorique de SPENCER WELLS, et, le 28 avril 1886, il mettait son projet à exécution (*Commun. à l'Acad. de méd.*, 13 juill. 1886, et *Union méd.*, juillet 1886) et le décrivait comme un procédé de choix, applicable à tous les cas. PÉAN, qui a revendiqué la priorité de cette pratique, et qui très vraisemblablement est le premier à l'avoir mise en usage, vu la grande extension qu'il a donnée, depuis longtemps, au pincement des vaisseaux, ne l'a publiée qu'en 1886, dans la thèse de GOWER. *De l'hystérectomie vaginale en France*. Paris, 1886. — BUFFET, d'Elbeuf (*Gaz. des Hôp.*, 1886, n° 116) a rapporté une observation datant du 19 juin 1885, où PÉAN avait employé la forcipressure de nécessité dans une hystérectomie pratiquée pour un myxo-sarcome. Ce qui constitue l'originalité du

Divers modèles de pincés ont été proposés : pincés longues de Sp. Wells, pincés courbées sur le champ de Péan-Richelot (fig. 195), pincés démontables de Doléris, pincés de Doyen (fig. 194), cintrées de façon à agir par leur extrémité, pincés-clamps de Polk, etc.<sup>1</sup>. Un grand nombre de chirurgiens, principalement en France, ont adopté ce procédé opératoire, qui me paraît avoir plusieurs inconvénients, dont les principaux sont : l'absence de sécurité, au point de vue

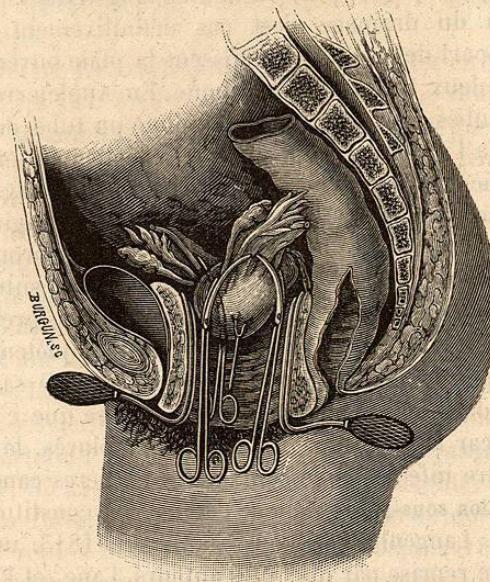


Fig. 196. — Hystérectomie vaginale. Pincement du bord supérieur du ligament large, après la bascule de l'utérus (Péan).

hémostatique, la blessure possible de la vessie, de l'uretère, de l'intestin, enfin l'extrême difficulté d'une bonne antiseptie<sup>2</sup>.

5° temps. — Dans le but d'éviter la récurrence en enlevant largement les tissus où elle pourrait se produire, on a proposé de terminer l'hystérectomie par la résection d'une partie voisine du vagin ou même

procédé de RICHELOT, c'est essentiellement l'emploi *systématique* des pincés de préférence à la ligature, *alors même que celle-ci est facile*.

Sur la question de priorité soulevée entre PÉAN et RICHELOT relativement au pincement des ligaments larges, voir : PÉAN. *Comptes rendus du Congrès franç. de chir.*, 1886, p. 388. — RICHELOT. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 oct. 1889, p. 449.

<sup>1</sup> R. DE MADEC. *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1887. — DOLÉRIS. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 11. — DOYEN. *Nouv. pincés pour les ligaments larges* (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, mars 1887, p. 103). — POLK. *Transact. of the obstet. Soc. of New-York (Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 502).

<sup>2</sup> Pour la critique de ce procédé voir : DEMONS. *Comptes rendus du Congr. franç. de chir.*, 5<sup>e</sup> session, 1888, p. 572. — S. POZZI, *ibid.*, et *Indicat. et techn. de l'hystérectomie vaginale pour cancer* (*Annal. de gynéc.*, août 1888, p. 81).

des ligaments larges. Richelot<sup>1</sup> conseille la première, même quand la paroi vaginale paraît saine, comme temps complémentaire, devenu très facile à la fin de l'opération. Pawlik<sup>2</sup>, encore plus audacieux, extirpe le *parametrium*, après avoir préalablement placé des sondes dans les uretères pour permettre de les reconnaître et de les éviter; il a opéré trois fois de cette manière, mais les résultats éloignés n'ont pas été publiés. Il est douteux que ces modifications soient utiles et il est certain qu'elles sont plus ou moins dangereuses.

La question du drainage n'est pas définitivement résolue. En France, la plupart des opérateurs laissent la plaie ouverte et y introduisent un à deux tubes de caoutchouc. En Angleterre, on se sert beaucoup de tubes en verre. Martin emploie un tube de caoutchouc en croix, qui a l'avantage de se maintenir facilement en place; il le retire du troisième au quatrième jour. Mais, en Allemagne, il semble y avoir une tendance à faire la suture de la plaie vaginale. Kaltensbach, Mikulicz, Tauffer, v. Teuffel, Schede, etc., se prononcent dans ce sens. Toutefois Czerny et Fritsch repoussent la suture. Je crois plus prudent avec Demons, Terrier, Bouilly et la presque totalité des chirurgiens français, de ne pas la faire complètement et de se borner à rétrécir la plaie; l'écoulement de sérosité sanguinolente, très fréquent dans les premières heures, montre que c'est une précaution utile, car malgré tous les moyens employés, le champ opératoire peut être infecté par le contact des matières cancéreuses.

Décortication  
sous-péritonéale.

La **décortication sous-péritonéale de l'utérus**, qui constituait la vieille méthode de M. Langenbeck (il opéra ainsi, en 1815, un utérus en prolapsus) a été reprise par quelques auteurs, Lane<sup>3</sup> et Frank<sup>4</sup>, entre autres. Elle complique inutilement la technique.

Accidents  
opératoires.

**Accidents opératoires.** — J'ai déjà parlé de l'hémorragie et des moyens de l'éviter.

L'uretère a été parfois blessé par le bistouri ou par une ligature ou les mors d'une pince; c'est un des gros dangers de la forcipressure. Cet accident est arrivé avec les pinces à divers opérateurs distingués<sup>5</sup>, ce qui prouve bien que la méthode doit être plus incriminée que le chirurgien. Quand cet accident n'est pas mortel, il en résulte une fistule urétérale.

Pour éviter de blesser ou de lier l'uretère, il faut se tenir très près du col, antérieurement, comme je l'ai indiqué. On doit aussi

<sup>1</sup> RICHELLOT. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 29 déc. 1886, p. 946 et 952.

<sup>2</sup> C. PAWLİK. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 4, p. 22.

<sup>3</sup> LANE. *San Francisco Pacif. med. and surg. Journ.*, avril 1880.

<sup>4</sup> FRANK. *Ueber extraperitoneale Uterusexstirpation* (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd XXX, p. 4).

<sup>5</sup> J. BÆCKEL. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin 1884, p. 448. — RICHELLOT, in DE MADEG, *loc. cit.*, p. 80. — LANNELONGUE (de Bordeaux), cité par DEMONS. *Congrès franç. de chir.*, 5<sup>e</sup> année 1888, p. 373.

ne procéder au renversement de l'utérus qu'après avoir dégagé le col jusqu'à sa limite supérieure: enfin, il vaut mieux s'abstenir de placer de longues pinces profondément sur le ligament large<sup>1</sup>.

La vessie a été ouverte par le bistouri et même crevée par les doigts pendant le décollement. Cet accident est presque inévitable, si l'on opère des cancers à propagation antérieure (ce qui doit contre-indiquer l'opération). Il ne faut jamais oublier de sonder la malade sur la table d'opération pour vider le réservoir urinaire et le rendre moins accessible.

Quand la vessie sera sectionnée ou déchirée, on en fera immédiatement la suture: on a vu ces lésions se réparer alors sans fistule, et si celle-ci se produisait, elle serait facilement guérie plus tard. On maintiendrait, en tout cas, une sonde molle à demeure pendant quelques jours.

Le rectum ne peut être ouvert que par une véritable faute de l'opérateur, à moins d'envahissement par le mal, auquel cas l'opération radicale serait plus nuisible qu'utile. On a observé sa blessure par des pinces à demeure<sup>2</sup>, soit que les mors l'aient saisi, soit qu'elles aient produit une eschare par simple compression de voisinage.

**Gravité.** — La mortalité de cette opération a considérablement baissé depuis ces dernières années. En 1884, Fr. Brunner<sup>3</sup>, réunissant dans sa dissertation inaugurale les cas publiés jusque-là, trouvait jusqu'à 1877, 55 cas avec 82 pour 100 de mortalité, et depuis 1877 jusqu'à février 1884, 146 cas avec 52,9 pour 100 de mortalité. Mundé<sup>4</sup>, sur 255 cas réunis dans les deux mondes depuis 1879 (époque où Czerny fit connaître son procédé opératoire) jusqu'à 1884, a trouvé 72 morts, soit 28,2 pour 100. W. A. Duncan<sup>5</sup>, sur 276 opérations recueillies jusqu'au commencement de 1885, a trouvé 79 morts, soit 28,6 pour 100. Hache<sup>6</sup>, qui a mis à profit les importants tableaux de Sarah Post<sup>7</sup> et y a fait quelques additions allant jusqu'au commencement de 1887, donne à cette époque comme mortalité 24,47 pour 100.

Gravité de l'hy-  
stérectomie  
vaginale pour  
cancer du col.

<sup>1</sup> Quelques auteurs (J. BÆCKEL, etc., et moi-même) ont, pour porter remède à la fistule urétérale consécutive à l'hystérectomie, pratiqué la néphrectomie; on peut aussi, comme le préfère KALTENSACH, établir alors une large communication entre le vagin et la vessie, puis fermer le vagin inférieurement par l'opération dite du *kolpokleisis*.

<sup>2</sup> DUPLOUY (de Rochefort). *Congrès franç. de chir.*, 1886, p. 591. — KÜSTER, cité in *Union méd.*, mars 1886. — VROBLESKI, *Union méd.*, 18 oct. 1888 (il s'agissait dans ce fait d'une hystérectomie pour un utérus non cancéreux).

<sup>3</sup> F. BRUNNER. *Ueber die Exstirpation des Uterus von der Scheide aus*. Thèse de Zurich, 1884.

<sup>4</sup> MUNDÉ. *Amer. gyn. Assoc. (Gyn. Trans.)*, 1884, t. IX.

<sup>5</sup> W. A. DUNCAN. *On extirpation of the entire uterus* (*Trans. of the Obstet. Soc.*, Londres, 1885, t. XXVII, p. 26).

<sup>6</sup> M. HACHE. *De l'hystérectomie vaginale pour cancer* (*Revue des sciences méd.*, 1887, t. XXIX, p. 724.)

<sup>7</sup> SARAH E. POST. *Kolpohysterectomy for cancer* (*Amer. Journ. of med. sciences*, 1886, t. XCI, p. 415).