

souvent à enfoncer à la place qu'occupait l'utérus un sac de gaze iodoformée, qu'on remplit de lanières de gaze, à la manière d'un tamponnement péritonéal de Mikulicz, s'en fiant à la déhiscence spontanée pour vider les loges et les vacuoles purulentes qui n'étaient pas facilement accessibles.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour la

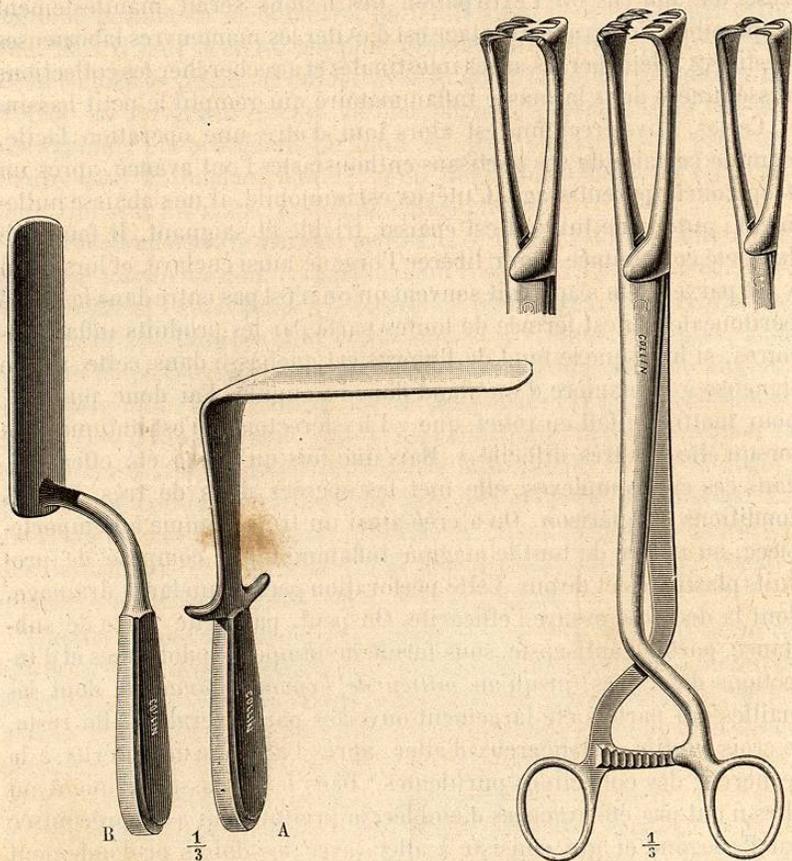


Fig. 533. — Écarteurs de Péan (Collin).
A. Coudés. — B. Contre-coudés.

Fig. 534. — Pinces à morcellement (Collin).

cure des suppurations péri-utérines (et que je propose d'appeler pour cette raison évacuatrice) a été d'abord décrit par Péan. L'utérus, toujours plus ou moins fixé par des adhérences, ne peut être enlevé que par morcellement. Je ne discuterai pas ici, comme pour l'hystérectomie appliquée au cancer, les avantages comparés des ligatures et de la forcipressure : cette dernière seule est possible dans l'espèce.

Avant d'aborder la description de la technique, je signalerai le rôle capital qui est dévolu aux longs écarteurs coudés et contre-coudés (fig. 533) dont se sert Péan, pour maintenir la béance du champ opératoire et assurer, par compression, l'hémostase provisoire. Il faudra aussi avoir à sa disposition un certain nombre de pinces dentées très fortes (fig. 534). Elles sont indispensables pour le mor-

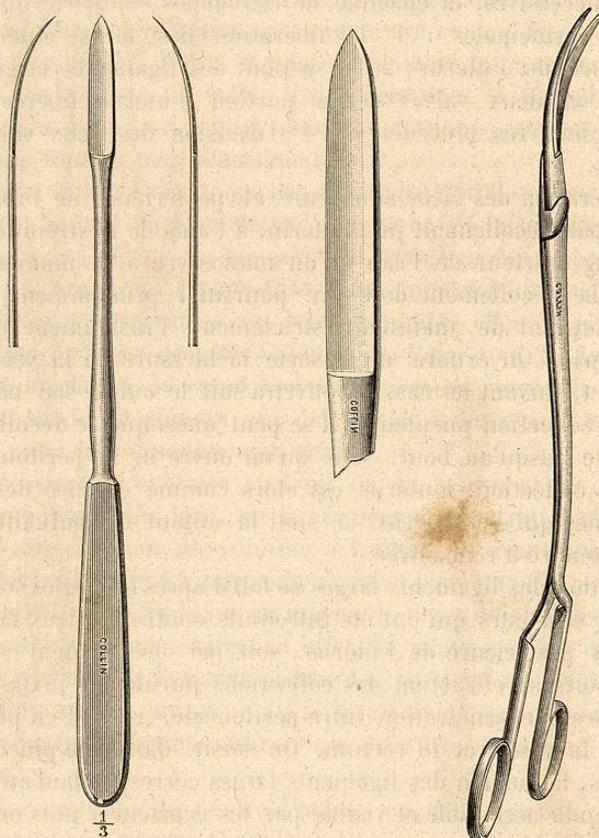


Fig. 535. — Longs bistouris droit et courbe (Collin). Fig. 536. — Longs ciseaux courbes (Collin).

cellement de l'utérus. Enfin, on devra être muni de pinces à mors courts et parallèles (fig. 47), qui serviront à la forcipressure des ligaments larges. En effet, je le répète, il n'y pas à songer ici à faire des ligatures, vu la profondeur à laquelle on opère par suite de l'immobilité de l'utérus.

Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale évacuatrice¹. — La

¹ J'emprunte presque textuellement une partie de la description qui va suivre à P. SE-
COND. *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes*. Paris,
1891, p. 24 à 26.

Hystérectomie
vaginale
évacuatrice.

malade étant placée dans le décubitus latéral gauche ou dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés, et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée tout autour du col qui est libéré aussi haut que possible par voie de décollement; puis on procède au morcellement. Celui-ci se fait par étapes successives, et chacune de ces étapes comporte quatre manœuvres principales : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° la section des ligaments larges; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin, à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine. Le décollement doit être poursuivi prudemment, avec le souci constant de maintenir strictement l'instrument contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout, sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

La section des ligaments larges se fait d'après les règles suivantes : les deux écarteurs qui ont été introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, soit par décollement sous-péritonéal, soit par effraction des collections purulentes juxta-utérines, soit encore par pénétration intra-péritonéale, restent en place pour protéger la vessie et le rectum. On saisit, dans une pince à mors parallèles, la portion des ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible et visible par les écarteurs, puis on les sectionne au ras de l'utérus.

Les deux dernières étapes de l'opération sont les suivantes : le segment d'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est divisé en deux valves que l'on excise l'une après l'autre, après avoir pris le soin de fixer la base de chacune d'elles par deux pinces à abaissement. Un premier segment d'utérus est de la sorte excisé, et, répétant aussitôt les mêmes manœuvres pour la portion restante du corps utérin, on arrive à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe, sans perdre de sang en quantité notable et en voyant toujours ce que l'on fait. C'est par exception que l'on est parfois forcé de laisser au fond de la plaie les parties les plus éle-

vées de l'organe, sans qu'il paraisse, du reste, a-t-on affirmé, en résulter aucun inconvénient sérieux, au point de vue du résultat thérapeutique de l'intervention. En effet, il suffit, pour qu'elle soit efficace, qu'une large voie ait été ouverte à la suppuration.

L'opération terminée, on nettoie avec soin le champ opératoire à l'aide d'éponges aseptiques, portées sur des pinces et enfoncées profondément. Je dois faire remarquer, à ce propos, que l'hystérectomie vaginale est la seule opération où je me serve encore d'éponges, parfaitement stérilisées¹. Il est, en effet, difficile de les remplacer utilement par des tampons de coton hydrophile dont le pouvoir absorbant est très inférieur, et les compresses que j'emploie dans la laparotomie sont ici trop peu maniables.

On assure, enfin, le drainage par l'introduction d'un sac de gaze iodoformée, bourré de bandelettes, dans la cavité laissée béante par l'extirpation de l'utérus. Ce sac est placé au milieu des pinces à forcipressure qui procurent l'hémostase. Pour empêcher que celles-ci ne blessent les parois vaginales, on interpose entre elles et ces parois des lanières épaisses de gaze iodoformée. Puis, tout le paquet de pinces est enveloppé de coton hydrophile, et on introduit dans la vessie une sonde en gomme qui doit rester à demeure jusqu'à ce qu'on ait cessé le tamponnement vaginal.

Les pinces seront enlevées au bout de 48 heures et les tampons le troisième jour; dès lors, on pratiquera des irrigations matin et soir avec une solution de sublimé à 1/2000, en ayant soin de les faire porter seulement à l'entrée du vagin et sous une faible pression et de maintenir le vagin béant au moyen de deux doigts pressant sur la fourchette. Il est nécessaire, en effet, de pratiquer des injections détersives, à cause de la mortification des portions de tissu qui ont été étreintes par les pinces; mais il serait dangereux, d'autre part, de faire pénétrer le liquide antiseptique avec force au milieu du foyer opératoire.

Quénu² a proposé de fendre l'utérus en deux parties, par une section antéro-postérieure. Terrillon déchire les ligaments larges et arrive à terminer l'opération avec une ou deux pinces. Je mentionne simplement ces modifications³.

¹ Pour la préparation des éponges aseptiques, voir F. TERRIER. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1886, p. 929 (préparation à l'aide de l'acide chlorhydrique, de l'acide sulfureux et du permanganate de potasse, etc.).

² QUÉNU. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1891, p. 640. — O. TERRILLON, *ibid.*, p. 612.

³ Je signalerai un moyen qui me semble bon pour distinguer les diverses pinces entre elles, afin de ne pas être exposé à tirer sur une pince à forcipressure, en croyant tirer sur une pince à préhension. Tandis que les premiers sont simplement nickelés, je fais dorer les deux anneaux des pinces à préhension; les pinces à éponges se distinguent par la dorure d'un seul anneau.

Résidus
d'inflammations
anciennes.

Les résidus d'anciennes inflammations péri-salpingiennes, fausses membranes, adhérences, etc., donnent lieu à des phénomènes douloureux complexes, par la compression qu'ils exercent sur l'ovaire et la trompe, par les déviations de l'utérus qu'ils entretiennent, par l'agglutination des anses intestinales, la soudure de l'épiploon au pubis, la compression des uretères, etc. C'est à ces cas-là, spécialement, que convient le **massage**, pour favoriser la résorption des produits plastiques. Quand il y a prédominance de l'élément douleur et que cette dernière affecte le caractère névralgique, l'**électricité faradique** pourra rendre des services¹.

Massage.

Électricité.

Libération
des adhérences.

On a proposé, comme je l'ai indiqué plus haut à propos du traitement des salpingites, de faire la laparotomie dans le seul but de libérer les organes comprimés ou prolapsés, en détruisant leurs adhérences sans enlever les annexes de l'utérus. Les bons résultats ainsi obtenus, sans prouver l'efficacité absolue de ces opérations incomplètes, qui ont trop souvent servi d'excuse à des erreurs de diagnostic, montrent, au moins, la part considérable qu'il faut attribuer à cet élément pathologique dans l'interprétation des symptômes morbides².

Paramétrite
chronique.

Un autre résultat éloigné des inflammations, nées autour des annexes de l'utérus, est la **modification de la résistance des ligaments larges**, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Nos connaissances sont fort précieuses à ce sujet, et les déductions tirées de ces lésions avérées sont plutôt théoriques que démontrées. Il n'en est pas moins certain que les déviations utérines doivent être fort souvent attribuées à des relâchements ou à des rétractions ligamentaires qui sont les résidus d'états inflammatoires anciens. Je signalerai, en particulier, la rétraction du ligament large qu'il est si fréquent d'observer dans les cas de déchirure profonde du col du même côté, et qui produit un certain degré de déviation latérale de l'utérus, en vertu d'une véritable **paramétrite chronique**. Celle-ci n'est, peut-être, que de la péri-lymphangite chronique, une sclérose du tissu conjonctif du ligament large autour des nombreux troncs lymphatiques qui rampent à sa base et qui, venant du col, vont aux ganglions iliaques (fig. 313 et 314). Là encore, le **massage** peut rendre des services réels.

Paramétrite
chronique atro-
phique.

C'est par suite d'une homonymie qui établit, je crois, un rapprochement forcé, que je dois parler au chapitre des paramétrites de

¹ BRÖSE (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 42, p. 757) recommande de se servir de bobines de fils fins et très longs. Sur 25 cas d'oophorites et péri-oophorites douloureuses, il aurait obtenu ainsi 21 guérisons durables et 2 améliorations.

² POLK. *Are the tubes and the ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis?* (*Amer. gynec. Soc.*, 5 sept. 1887, in *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1887, t. XX, p. 1045.)

la lésion décrite par Freund¹ sous le nom de **paramétrite chronique atrophique**. Chez des femmes jeunes, on trouve parfois les organes sexuels aussi réduits que si elles avaient, depuis longtemps, dépassé la ménopause; les ligaments larges sont rétractés et durs. Ce serait donc une sorte d'extension de l'atrophie de l'utérus, ayant dépassé l'organe lui-même pour atteindre aussi son voisinage immédiat. Comme **traitement**, Freund recommande les douches chaudes et le **massage**².

Massage.

¹ FREUND. *Monatschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 580 et *Verhandl. der Rostock. Naturforschersamml.*, 1871, p. 63.

² Voici quelques indications sur la technique du massage des organes génitaux internes, que j'emprunte à un mémoire de VULLIET (*Le massage en gynécologie*. Paris, 1890, p. 10). Le massage externe des parois abdominales n'est qu'une manœuvre préparatoire, un massage d'assouplissement. C'est le massage mixte, ou abdomino-vaginal, qui est le plus en usage. Quelle que soit la rigidité initiale des parois abdominales et vaginales, il y a un espace où les deux mains arrivent toujours à se rencontrer. C'est dans la région sus-pubienne, immédiatement derrière la symphyse. La main qui est à l'extérieur se place, le talon sur le mont de Vénus, et les doigts tournés du côté de l'ombilic. L'index et le médium de l'autre main pénètrent dans le vagin ensemble, s'il est assez grand, successivement s'il est étroit. Une fois les deux doigts engagés, on les place le dos contre le périnée et la face palmaire contre la paroi vésico-vaginale. La commissure antérieure se trouve ainsi hors de portée des mouvements qui vont être exécutés. Les mouvements (frictions, pressions, malaxations) devront toujours être lents et soutenus. La main abdominale refoulera les tissus directement, de haut en bas, et la main vaginale les repoussera de bas en haut. On commet généralement la faute de trop plonger avec la main abdominale et de ne pas assez soulever avec la main vaginale. Chacune d'elles doit faire une partie du chemin. Immédiatement, derrière la symphyse, les mains ne sont séparées que par les parois qu'elles refoulent et par la vessie; mais un peu plus en arrière, l'utérus, s'il est dans sa situation normale, s'interpose entre elles. L'antéversion est la position qui se prête le mieux au massage de l'utérus, c'est celle où il faudra arriver à le ramener.

Dans la métrite chronique et dans toutes les affections autres que des néoplasmes qui ont déterminé l'hypertrophie de l'utérus, on procède de la façon suivante : une fois l'organe couché en avant, les doigts qui sont dans le vagin le soutiennent et l'immobilisent, pendant que la main externe pratique une série de frictions sur sa face postérieure, puis elles cherchent à enserrer le fond entre les doigts de manière à le comprimer d'une façon concentrique, comme dans la manœuvre obstétricale de l'expression.

S'il existe une infiltration du tissu cellulaire péri-cervical, c'est la main externe qui fixe et abaisse la matrice pendant que les doigts font des passes lentes et douces autour du col. Pour masser la marge de l'utérus, les deux mains, après s'être réunies sur le côté de l'organe, le refoulent latéralement; la région latérale devient ainsi plus médiane et plus accessible. Les brides se trouvent, en général, sur les parties antéro-latérales unissant l'un des côtés de l'utérus avec la séreuse pelvienne, du même côté; elles se tendent quand on attire ou on repousse l'utérus dans le sens opposé. Au moyen des mouvements communiqués, on arrive assez facilement à déterminer leur point d'attache. Le massage consistera à malaxer les régions où siègent les brides pour les faire résorber et en mouvements imprimés à l'utérus pour le dégager de ces liens.