

Fig. 26. — Artères des organes génitaux internes. — *T*, trompe; *Ov*, ovaire; *Lgr*, ligament rond; *Ur*, uretère; *R*, rein; *Ut*, utérus. La *spermatique interne* irrigue l'ovaire et la trompe et s'anastomose à l'angle utérin avec l'artère utérine. L'artère utérine procède de l'utérine et forme la cervico-vaginale.

avec la paroi antérieure du col, jusque un peu au-dessus de l'orifice utérin interne. Ces septums conjonctifs sont plus lâches chez les femmes ayant déjà accouché; séléreux au contraire, chez les femmes ayant été atteintes d'inflammations pelviennes, ou de paramétrite. Cette partie de la vessie, forme un diverticule qui se réunit au trigone de Lieutaud, à la partie postéro-supérieure de la région des embouchures urétérales et de l'orifice urétral. Le cul de sac vésico-utérin descend un peu plus bas que le point où la séreuse adhère intimement à la face antérieure de l'utérus. Ici aussi, il peut, comme pour la position du cul de sac de Douglas, exister des variations individuelles.

Latéralement, la portion supra-vaginale du col est entourée de tissu conjonctif, traversé par de nombreux vaisseaux. C'est le *paramétrium* proprement dit, en continuité avec le tissu conjonctif de la base des ligaments larges (1).

Le tissu conjonctif des ligaments larges se continue aussi avec celui qui entoure le vagin, de nombreux vaisseaux allant de l'un à l'autre. L'artère utérine croise, à environ deux centimètres du bord de l'utérus, l'uretère qui continue sa marche en avant. En ce point elle émet un rameau important se dirigeant transversalement devant la face antérieure de la portion supra-vaginale du col. En incisant le cul de sac latéral pour atteindre l'utérine, on rencontre, avant l'artère, une branche cervico-vaginale; plus profondément, on trouve le tronc même de l'artère, entouré de nombreuses veines, et décrivant une courbe, pour remonter, à 90° de sa direction primitive, le long des bords de l'utérus jusqu'à son fond. Elle émet en chemin les branches destinées à l'utérus, et finalement se recourbe le long de la trompe pour s'anastomoser avec l'artère utéro-ovarienne.

(1) Voy. Schæffer, *Atlas Manuel d'accouchements*, édition française, par le docteur Potocki, pl. XVII.

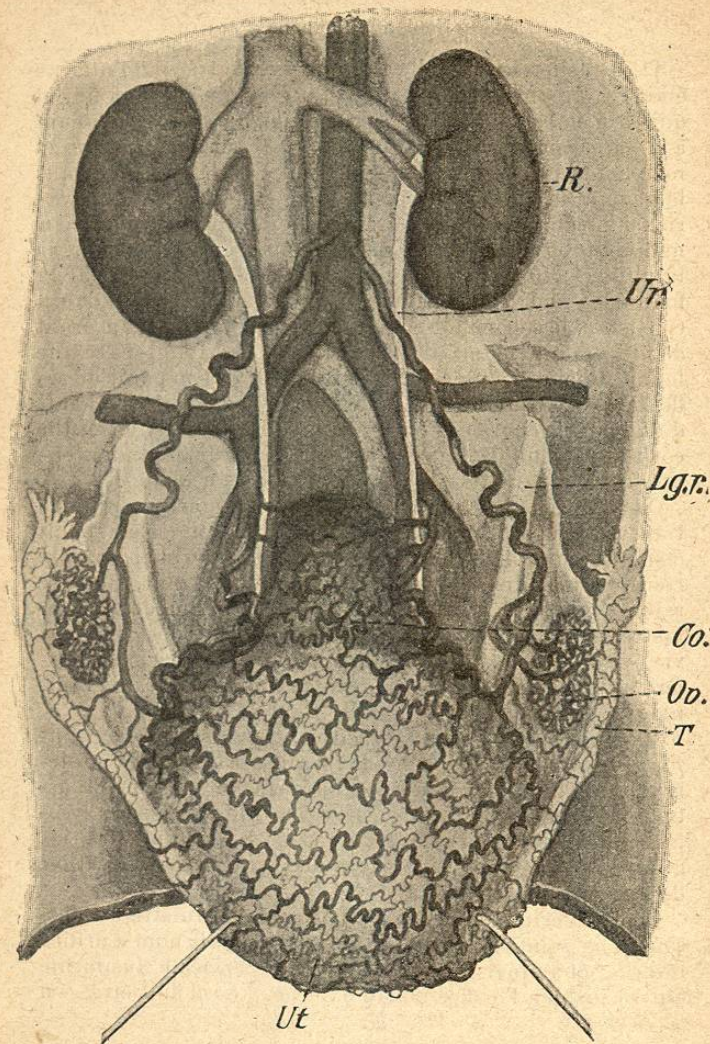


Fig. 26.



## Note additionnelle

[Les recherches modernes ont démontré que l'utérine était l'artère nourricière de tout l'utérus, du col au fond, et qu'elle étendait même son territoire bien au delà, donnant à la partie supérieure du vagin, à la vessie, à l'uretère et même à la moitié interne de la trompe et de l'ovaire. Dans la généralité des cas, la spermatique interne ou tubo-ovarienne ne donne rien à l'utérus et ne mérite pas son ancien nom de tubo-ovarienne. Fredet a même démontré que, la plupart du temps, l'implantation de tumeurs sur le fond de la matrice ne suffisait pas, par l'afflux sanguin considérable pendant créé, à renverser les rôles au profit de la tubo-ovarienne. Il est donc facile de comprendre que le fait de pincer l'utérine le long du col, en son point de réflexion, au début d'une hystérectomie vaginale, asséchera, d'une façon générale, non seulement le col, mais encore le corps et le fond de l'utérus pendant le reste de l'intervention et permettra d'opérer, pour ainsi dire à blanc].

Nous avons vu qu'au point où l'utérine émet sa branche transversale principale, elle croise l'uretère en un point distant d'environ 2 centim. du bord du col utérin. L'uretère continue ensuite sa marche d'arrière en avant, puis, se rapproche du col, dont il n'est plus distant que de 1 centimètre, et enfin pénètre dans le tissu conjonctif lâche cervico-vésical. Dans toute cette région juxta-cervicale, l'uretère est environné des plexus veineux utéro et vésico-vaginal.

La plus grande partie des veines et des vaisseaux lymphatiques est située sous la séreuse à la partie postérieure de l'utérus. Les veines utérines sont largement anastomosées avec le plexus vésico-vaginal. Les vaisseaux lymphatiques, venus du col et du vagin, se dirigent vers les groupes de ganglions hypogastriques situés à la bifurcation de l'iliaque primitive (1).

Le col utérin commence à environ 1 centimètre au-dessous de ce point rétréci que l'on désigne sous le nom d'orifice interne, et auquel fait suite la cavité cervicale fusiforme qui va jusqu'à l'orifice utérin externe. Le col doit être, vu

(1) Voy. Schæffer, *Atlas-manuel d'accouchements*, édition française par le Docteur Potocki, Pl. XXXV, fig. 77 et 78.

ses connexions et ses rapports, divisé en portion supra-vaginale et portion vaginale proprement dite.

Le tissu du col est formé de fibres conjonctives, traver-

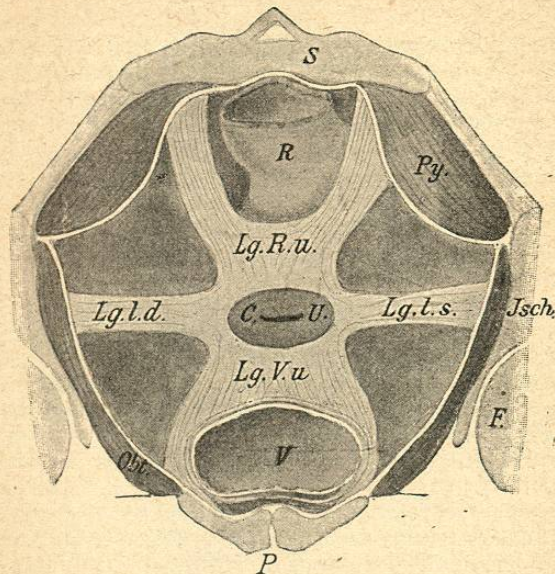


Fig. 27. — Coupe transversale schématique du bassin à hauteur de l'orifice utérin interne. — Disposition des ligaments. — Il existe six ligaments fibreux partant du col utérin (Cu) : deux en avant (LgVu) vers la vessie (Vu) et le pubis (P) ; deux latéralement dans la base du ligament large (Lgld et Lgls) vers la paroi pelvienne (Jsch) ; deux en arrière (LgRu) vers le rectum (R) et le sacrum (S). Ces ligaments sont accompagnés de tractus de fibres musculaires lisses et noyés dans du tissu conjonctif lâche, recouvert de tissu conjonctif sous-péritonéal. Latéralement, les cases ainsi formées sont closes par les muscles pyramidaux et obturateur interne.

sées par des fibres musculaires relativement moins abondantes que dans le reste de l'utérus, et qui dépassent l'utérus, s'étendant au-dessus des culs de sac dont elles revêtent les voûtes. Un certain nombre d'entre elles se confondent avec la musculature vaginale ; d'autres passent



dans les ligaments larges et les ligaments utéro-sacrés, y renforçant le tissu fibreux, et contribuant à la fixation de l'utérus (fig. 27).

Parmi les opérations exécutées après dilatation non sanglante du canal cervical, il faut citer *l'hystérométrie, l'exploration de la cavité utérine, le curettage de la muqueuse, des débris placentaires; l'extirpation des polypes muqueux, des polypes fibreux, des corps étrangers et enfin l'ébouillement.*

#### 1. Cathétérisme et dilatation cervicale non sanglante.

La dilatation peut se faire *rapidement* ou *graduellement*; ces deux procédés pouvant être employés pendant la gravidité et en dehors d'elle. Chez une femme non enceinte, on arrive *rapidement* au but en employant les bougies de Hegar ou de Fritsch, ou encore des dilateurs construits d'après le principe des instruments employés pour ouvrir les gants. Il faut agir avec prudence; après désinfection préalable du vagin et du canal cervical, on introduit par un mouvement de rotation la bougie la moins grosse (pl. XXI). Lorsque l'on se sert des bougies à bout pointu de Fritsch, et pour éviter de dangereuses perforations utérines, il est nécessaire de déterminer préalablement avec *l'hystéromètre* la direction de la cavité utérine et de reconnaître surtout la position de l'orifice utérin interne, en se souvenant qu'à ce niveau, il peut exister des valvules à concavité regardant vers le vagin, dans lesquelles la bougie de Fritsch peut aisément s'engager. L'hystéromètre devra être bien désinfecté, et n'être introduit que lorsque, par la palpation bi-manuelle, on aura soigneusement déterminé la position de l'utérus. En enfonçant prudemment la sonde, on s'arrêtera assez à temps pour éviter, dans tous les cas, une perforation utérine. Chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, on trouvera, à la lecture de l'hystéromètre, environ 2 cm. 5 à 3 cm. de l'orifice externe à l'orifice interne; et de celui-ci au fond de l'utérus 4 cm. à 4 cm. 5: soit en tout, en moyenne, 6 cm. 5 à 7 cm. 5. Chez les vierges on trouve en moyenne 2 cm. 5 + 3 cm. = 5 cm. 5.

La dilatation *graduelle* se fait en introduisant de la

gaze iodoformée, des lamineuses ou des tiges de Tupelo. Le col, une fois encadré dans le spéculum, on introduit la tige la plus fine dans l'orifice utérin interne, ou, si c'est impossible, jusqu'à son contact. On tamponne ensuite le vagin, et on laisse la tige pendant 6, 12 et même 24 heures, s'il ne se produit pas d'élévation de température. Pour éviter l'infection, on ne se servira que de tiges préparées à l'éther iodoformé, dans lequel elles seront conservées. Lorsque l'orifice utérin interne est devenu perméable, on y introduit des tiges de plus en plus grosses, jusqu'à ce que le canal cervical puisse admettre le doigt. L'enlèvement des tiges, une fois dilatées, peut être rendu difficile par la contracture de l'orifice utérin interne qui enserrera fortement la tige dont le tissu est devenu peu résistant.

*Sub partu*, il est possible de provoquer une dilatation rapide, en introduisant successivement, un, puis deux, puis trois doigts et plus, dans l'orifice cervical, jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour permettre le passage de la main, et que l'on puisse accrocher et abaisser un pied. On peut aussi avoir recours à la dilatation avec des bougies d'ébonite. Toutefois, l'on doit préférer le tamponnement à la gaze iodoformée ou la dilatation au moyen de ballons en caoutchouc, qu'on introduit dans la cavité cervicale et au-dessus de l'orifice utérin interne (*Barnes, Fehling, Champetier de Ribes*).

Les ballons des calibres petit et moyen ont la forme d'un violon, et sont munis d'un tube permettant de les gonfler avec un liquide antiseptique ou aseptique, en tout cas non toxique. On peut attacher à ce tube un poids de une à deux livres, faisant réflexion sur le bord du lit. Cette traction jointe à l'expansion du ballon permet d'arriver à la dilatation dans l'espace d'environ une demi-heure (*Mäurer, Dührssen*).

L'introduction d'un métrotynter se fait de la façon suivante. Le col étant fixé, le canal cervical est dilaté au moyen des dilateurs métalliques de numéros petits et moyens, de façon à pouvoir introduire, au moyen d'une pince à mors plats, une vessie en caoutchouc stérilisée et repliée sur elle-même, jusque dans l'orifice utérin interne. On gonfle le ballon par le tube, en y injectant un liquide faiblement antiseptique (on ne se servira pas du lysol qui attaque le caoutchouc). Le vagin est tamponné, ce qui accélère la dilatation et le relâchement du col, tout en



maintenant le ballon. Quelques heures après, on introduit un ballon plus volumineux, etc... Ce procédé a parfois ce désavantage qu'il peut se produire une dilatation de l'orifice utérin externe, sans qu'il se produise de contractions du fond de l'utérus ; il peut même se produire une contracture de l'orifice utérin interne, pouvant aboutir à sa fermeture, aussitôt que le ballon est enlevé.

Après dilatation suffisante de l'orifice utérin interne, il est possible d'inspecter la cavité utérine, d'enlever au doigt des débris d'œuf ou tous autres produits, dans un but diagnostique ou curatif. L'emploi du doigt comme moyen de diagnostic a pu être parfois tout à fait insuffisant : ainsi, dans un cas de déciduome rapporté par Werth, la tumeur, examinée au microscope, fut reconnue après coup de nature bénigne, et n'eût certes pas nécessité l'extirpation totale qui fut pratiquée. L'examen de débris ramenés à la curette eût été dans ce cas bien utile. D'après Martin, dans les cas de myomes multiples, le toucher intra-utérin ne donne pas de grands renseignements au point de vue de l'énucléation.

[Il n'entre pas dans le plan que nous nous sommes tracés, en annotant cet ouvrage de gynécologie, de compléter la description, un peu succincte, de la dilatation du col au moyen du ballon, que l'auteur a donnée ci-dessus. Cette intervention n'intéresse en effet que les accoucheurs. Notons toutefois qu'en France le ballon de Barnes est abandonné pour ceux de Champetier de Ribes et de Boissard].

## 2. Curettage. (Râclage. Abrasion de la muqueuse)

Cette opération a pour but de se procurer, aux fins d'examen, des parcelles de la muqueuse du corps, ou d'enlever la muqueuse utérine malade. On en use encore pour extirper des débris de l'œuf. La paroi utérine, dans les cas de subinvolution, pouvant être anormalement friable, il faut procéder au râclage en observant certaines précautions déterminées. Tout d'abord, l'hystéromètre explorera prudemment la profondeur de la cavité utérine ; la curette devra être moussée à son extrémité, et ses bords ne devront pas être trop tranchants ; on agira avec précaution dans la région du fond de l'utérus d'où l'on partira pour tirer la curette, par traits réguliers, appuyés et successifs, jusqu'à

l'orifice utérin interne ; on traitera d'abord la paroi antérieure, puis la postérieure ; ensuite les deux parois latérales, et on terminera par le fond. Si l'on est sûr qu'il n'existe pas de perforation, on lavera avec la sonde de Fritsch-Bozemann ; puis l'intérieur de l'utérus sera essuyé. L'usage de la palpation abdominale sera précieux pour la prophylaxie et le diagnostic des perforations. L'utérus sera tamponné avec de la gaze iodoformée stérilisée qui sera laissée en place 24 heures. Huit jours de repos au lit.

Dans les cas d'utérus flasques, et continuant à saigner après l'opération, il sera utile de cautériser la cavité immédiatement après le curettage. Si les pertes ne se produisent que dans les jours qui suivent, c'est secondairement que l'on fera les cautérisations. Pour les débris placentaires que l'on ne peut enlever avec le doigt, on se servira utilement de pinces à faux germes ou de pinces à mors larges et allongés.

### Note additionnelle

[Il faut avoir bien soin, en faisant le curettage, de traiter non seulement les parois et le fond de l'utérus, mais aussi ses angles, au niveau de l'embouchure des trompes.]

Comme l'un de nous l'a fait observer, toutes les affections de l'utérus : versions, flexions, métrites, cancer, tuberculose, fibromes, atrophies peuvent rendre friable le tissu de la matrice et prédisposer aux perforations. Les métrites post-partum et post-abortum sont particulièrement remarquables à ce sujet. Des états physiologiques tels que la menstruation et la grossesse peuvent aussi être rangés dans la catégorie des causes prédisposantes. Il est du reste intéressant de noter l'innocuité presque constante des perforations faites par l'hystéromètre et par la curette lorsque le chirurgien, s'en étant aperçu à temps, n'a pas fait d'injection intra-utérine. Dans les curages post-partum destinés à enlever des débris placentaires on devra se servir presque uniquement du doigt et, si l'on est forcé de recourir à un instrument, n'employer qu'une très large curette complètement moussée (1).]

(1) Voy. O. LENOIR, *Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale*. Th. Paris, 1898.



### 3. Extirpation des polypes

Les polypes muqueux, qui sont le résultat d'une prolifération inflammatoire de la muqueuse, sont enlevés par torsion ou par excision, après ligature du pédicule. Il est pratique de combiner à ces ablations le curettage et la cautérisation.

Pour les polypes fibreux, on dilatera le col de façon à pouvoir les accoucher. Ils seront arrachés avec le doigt, et la cavité résultant de cette ablation sera bourrée avec de la gaze au perchlorure de fer ou à la ferripyrine. Si le doigt explorateur rencontre d'autres tumeurs proéminentes, elles seront saisies avec des pinces à traction, puis énucléées avec le doigt. Les polypes de fortes dimensions seront *morcélés*. Toutes les manœuvres instrumentales seront faites sous le contrôle du doigt.

### 4. Vaporisation de la cavité utérine. Atmocausis

Cette méthode de date récente est due à Sneguireff, Dührssen et Pincus. Elle est employée dans les cas de métrorrhagies rebelles aux autres modes de traitement, tels que cautérisation, curettage, etc... mais ne nécessitant pas cependant d'opérations radicales. L'atmocausis a été également employé dans les cas de métrites invétérées, compliquées ou non de lésions annexielles. Cependant l'opinion n'est pas unanime sur la valeur de ce genre de traitement dans ces dernières affections. Il semble, en revanche, être réellement très efficace dans les cas de métrorrhagies incoercibles; des autorités incontestables comme *Früsch* et *von Winckel* s'en portent garants. Personnellement, voici quelle est ma technique, basée sur une expérience de 150 cas.

Vingt-quatre heures avant l'opération, introduction d'une tige de laminaire de dimension moyenne. Avant l'application de la vapeur, nettoyage mécanique et antiseptique très soigné du vagin et de la cavité utérine. Le vagin est garni de plaques aplaties d'ouate humide. La vulve sera protégée de la même façon. Une pince de Museux fixant la lèvre antérieure du museau de tanche maintient les plaques d'ouate garnissant la paroi antérieure du vagin,

et protégeant l'urèthre. La sonde à double courant, servant à conduire la vapeur, est protégée par un manchon; elle est introduite sans que l'on permette l'accès de la vapeur qui, ultérieurement, doit pouvoir monter de 102 à 120°. Avant son introduction, le cathéter à double enveloppe, préalablement stérilisé, est maintenu dans une solution antiseptique froide.

Une fois l'instrument en place, on ouvre le robinet, la vapeur passe dans la cavité utérine. Au bout de peu de temps, l'utérus se contracte; à ce moment, mon assistant et moi, avons fréquemment remarqué que le pouls se ralentissait, et même s'arrêtait pour devenir ensuite fréquent et petit; simultanément, le tonomètre de Gaërtner accusait un abaissement considérable de la pression sanguine dans les radiales. J'ai toujours constaté, après l'ébouillamment, un changement de composition du sang. Il se produisait en place de l'hypotonie, de l'isotonie; puis, après l'isotonie, de l'hypertonie.

La contraction de l'utérus chasse au dehors, par le tube de retour, la vapeur condensée, le sang et les débris de la muqueuse. L'application dure ordinairement 10 à 15 secondes: on a pu en prolonger la durée jusqu'à deux minutes, si l'atrésie est indifférente ou même désirable.

J'ai l'habitude de procéder préalablement au curettage. Le cancer du corps est une contre-indication, de même du reste que la jeunesse des sujets. Il en est de même des annexites et appendicites suppurées. Après l'opération, dix jours de repos au lit: irrigations désinfectantes, on ne touche plus à la cavité utérine; deux ou trois semaines après, on cathétérise régulièrement pour éviter des atrésies éventuelles.