

Fig. 28. — Enucléation d'un polype fibreux après fente de la paroi antérieure du col.

La suture de l'incision du col est faite au moyen de fils de catgut transversaux, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, et noués du côté de la lumière du col. La vessie décollée est ensuite suturée au col, de façon que dans la profondeur de la plaie ne subsiste aucun « espace mort ». Il faudra donc faire quelques sutures perdues (fig. 28). Enfin des points de suture coaptent exactement les lèvres de l'incision de la muqueuse (pl. XXVIII).

Note additionnelle

[Comme le fait remarquer Schæffer, l'incision longitudinale de la lèvre antérieure du col, remontant jusqu'au-dessus de l'orifice utérin interne, après décollement de la vessie, donne un accès facile dans la cavité utérine. Mais l'incision commissurale du col, uni ou bilatérale, séparant l'organe en deux valves, une antérieure et une postérieure, permet encore mieux l'exploration de l'utérus et les manœuvres que nécessitent l'énucléation et le morcellement des fibromes dont on pratique l'ablation en essayant de conserver la matrice. Notons à ce propos qu'il est nécessaire de ne pas confondre l'ablation des corps fibreux pédiculés, si complexe qu'elle puisse être, avec l'extirpation par morcellement d'un fibrome interstitiel. C'est cette section commissurale du col, cette *hystérotomie cervico-vaginale* que Paul Segond a préconisée, non seulement dans les cas de polypes et de fibromes sous-muqueux d'accessibilité vaginale évidente, mais encore dans l'ablation des fibromes interstitiels du corps, avec corps sain et col nullement dilaté. Voici, sommairement résumée, la technique de Segond (in Thèse du docteur Dartigues) (1):

1° *Incision commissurale du col, uni ou bilatérale.* — Le col, saisi sur chaque lèvre par une pince de Museux, est abaissé et amené à la vulve, on le sectionne, au niveau d'une commissure jusqu'à l'isthme et au delà, en empiétant même, au besoin, sur presque toute la hauteur du bord latéral correspondant du corps (voy. fig. 29). L'incision entame donc quelque peu l'insertion du cul de sac latéral : comprenant col, insertion vaginale, corps utérin, c'est plus qu'une cervicotomie commissurale, c'est une

(1) *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.* Th. Paris, 1904.

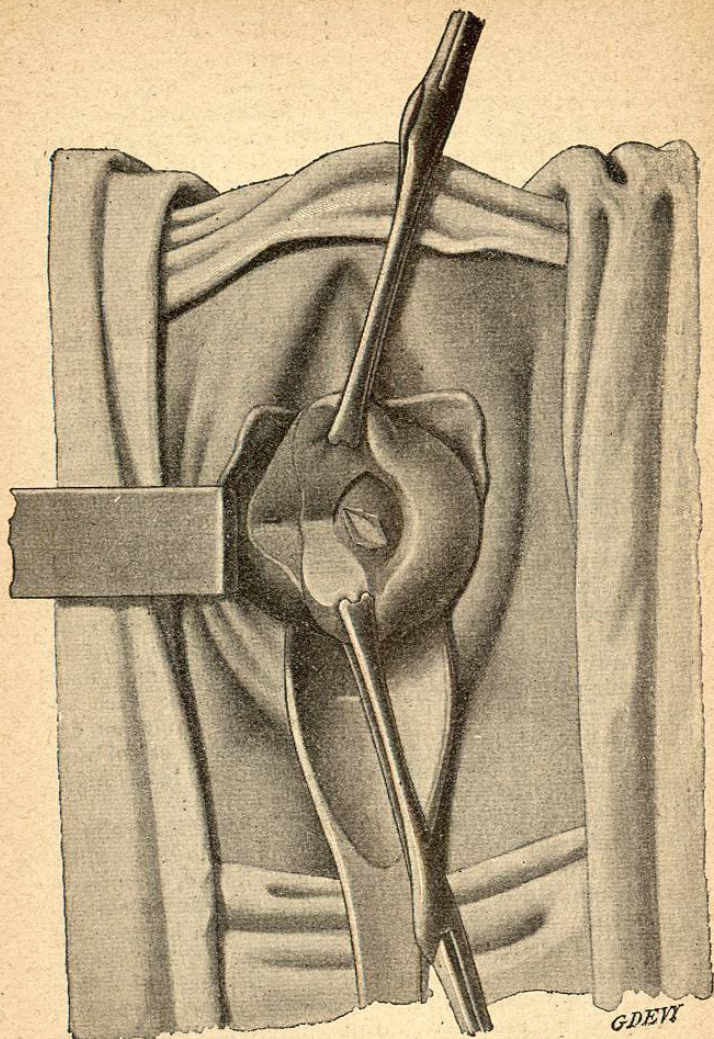


Fig. 29. — Incision unilatérale; on aperçoit le fibrome revêtu de la muqueuse utérine ouverte par un coup d'angle.

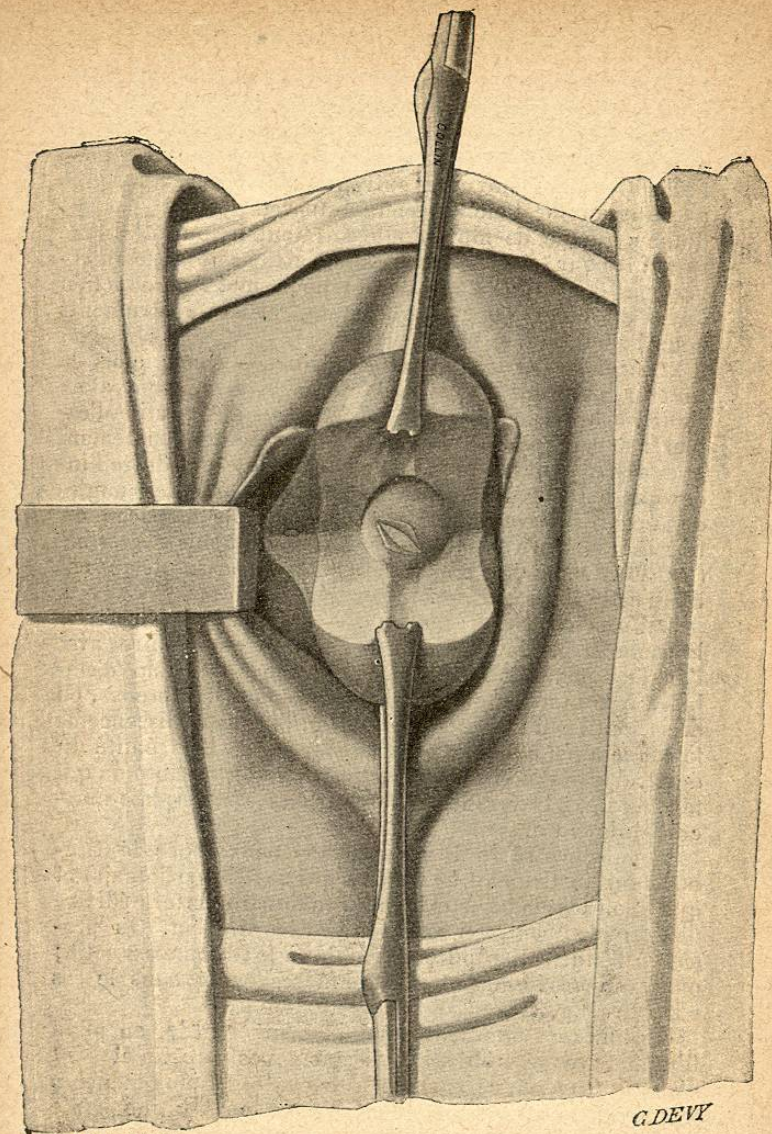


Fig. 30. — Incision bilatérale : on aperçoit le fibrome revêtu de la muqueuse utérine ouverte par un coup d'angle.

hystérotomie cervico-vaginale, donnant accès sur la partie interne de la base du ligament large. Unilatérale, elle a l'aspect d'une entaille largement ouverte, elle donne un jour considérable et peut suffire, dans quelques cas, pour l'exécution des manœuvres suivantes : bilatérale, elle donne au museau de tanche, fendu transversalement, l'aspect d'une « gueule de four », elle fait tout le jour désirable et suffit pour tous les fibromes justiciables de cette intervention (fig. 30). Cette hystérotomie permet l'introduction facile du doigt pour l'exploration, et des instruments pour l'opération.

2° *Exploration de la cavité utérine.* — Quelquefois la tumeur, bombant à travers l'utérus bivalve, vient alors s'offrir à la vue, il n'est guère alors possible et utile d'explorer davantage : on n'a qu'à commencer immédiatement le morcellement ; le plus souvent, on peut introduire l'index que l'on promènera sur les faces, les bords, les angles de la cavité utérine et l'on se rendra compte du siège du fibrome, de son volume, de son point le plus accessible (fig. 30). Le toucher bi-manuel abdomino-intra-utérin facilitera cette investigation.

3° *Morcellement du fibrome.* — L'index étant placé sur la partie la plus accessible du fibrome, on déchire avec l'ongle, ou avec le bistouri si le fibrome est visible d'emblée, la muqueuse, on effondre la coque péri-fibreuse, en dissociant les fibres musculaires (fig. 30). La déhiscence de la coque ainsi obtenue, on décortique avec l'extrémité du doigt, dans la mesure des limites possibles, le fibrome qui fait hernie, à travers les lèvres retroussées de la plaie musculo-muqueuse.

Dans cette aire du fibrome dégagé on enfonce le tire-bouchon (instrument de traction qui ne dérape jamais) et quand on sent la tumeur bien en main par l'intermédiaire de cet instrument, on continue la décortication. On procède à l'énucléation pure et simple si le fibrome est petit ; on commence immédiatement le morcellement dans le cas contraire (fig. 31).

C'est un morcellement par évidement conoïde, en plein fibrome, avec les spires du tire-bouchon comme axe et point d'appui. On plonge franchement le couteau à long manche, à lame lancéolaire légèrement recourbée et bitranchante de Segond, dans le tissu fibreux, et un peu obliquement vers la pointe du tire-bouchon jusqu'à ce qu'on ait la sen-

sation d'être au-dessus d'elle : alors seulement, par des mouvements de va-et-vient, on décrit une sorte de circonvolution qui ramène le couteau à son point de départ. Le

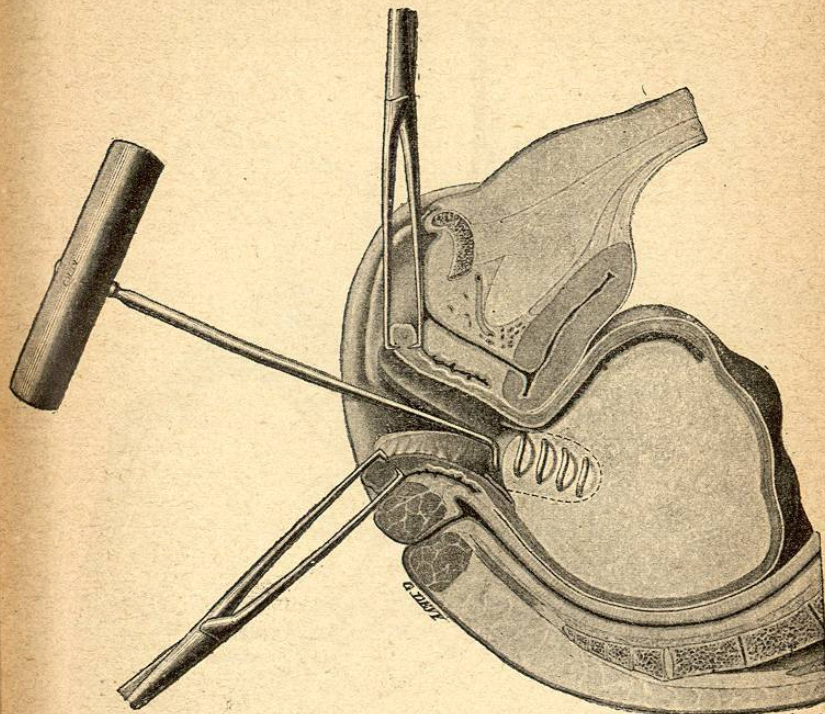


Fig. 31. — Implantation du tire-bouchon dans le fibrome. Le pointillé indique l'endroit où passera le couteau qui détachera ainsi une sorte de cône fibreux.

tire-bouchon cède sous l'effort d'une petite traction : il a entraîné avec lui un fragment conique du fibrome. On continue la même manœuvre plusieurs fois, autant qu'il est nécessaire pour diminuer le volume de la tumeur. Le fibrome une fois réduit de volume, le doigt a une action plus efficace et trouve plus facilement le plan de clivage ; alors, par des mouvements de traction et de torsion s'opère

le désenclavement de la partie supérieure de la tumeur qui vient en bloc à la vulve. Il est d'autres cas où le fibrome, solidement incrusté, résiste jusqu'à la fin, sans jamais offrir

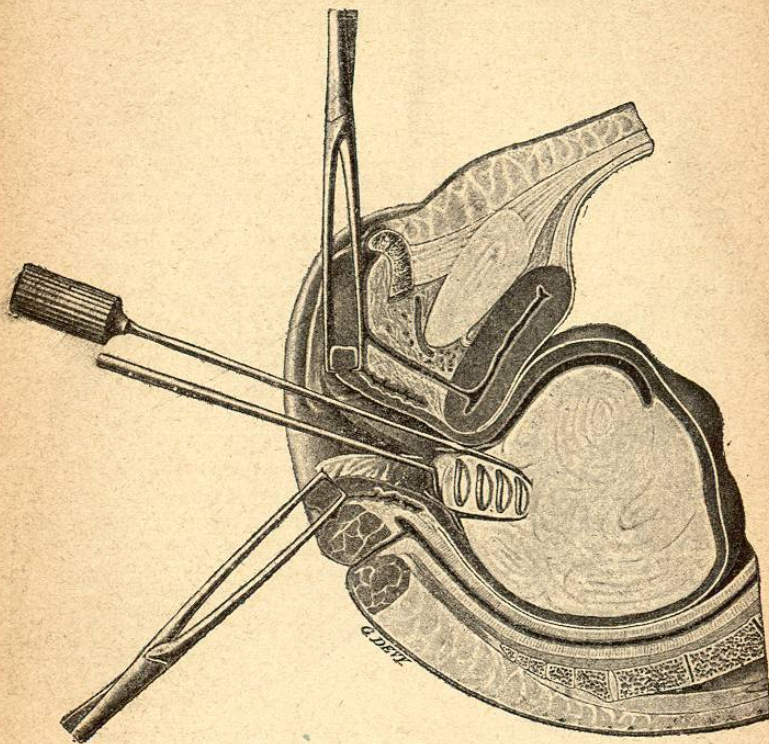


Fig. 32. — Le couteau décrit autour des spires du tire-bouchon un mouvement de circumduction.

les zones de décollement espérées ; on est obligé d'aller jusqu'au bout de l'extraction par le morcellement, mais il faut alors se méfier, et la prudence commande de substituer au tire-bouchon, comme instrument de prise, des pinces

à abaissement et quelquefois au couteau à double tranchant de longs ciseaux courbes.

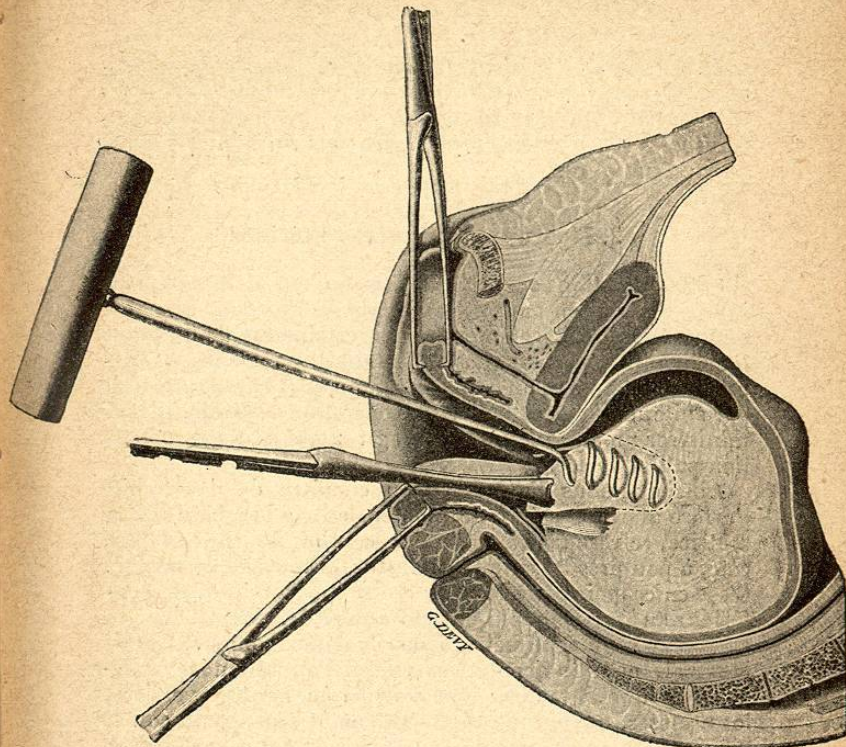


Fig. 33. — Un cône fibreux a été détaché, et, grâce à une pince qui n'a pas laissé filer le fibrome et qui sert d'amarre, on a revissé le tire-bouchon.

4^o *Traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine.* — De l'énucléation résultent des cavités de dimensions variables, le doigt s'assure s'il n'y a pas, sur leur surface interne, de solution de continuité, soit vers la cavité péritonéale, soit vers l'espace interlamellaire du ligament large ; on les déterge soigneusement et on les tamponne ainsi que la cavité utérine.

5° *Suture du col.* — Bien souvent elle n'est pas indispensable.]

Le décollement vésical, tel que nous venons de le décrire, permet : la ligature des artères utérines, l'amputation supra-vaginale du col, la cure des fistules vésico-cervicales et vésico-urétéro-cervicales, l'incision des abcès paramétritiques.

2. Ligature des artères utérines

Cette opération constitue, le plus souvent, un temps préalable de l'ablation partielle ou totale de l'utérus. Elle est employée parfois, isolément, dans certains cas de fibromes fortement hémorragiques, affectant des malades exsangues, ou atteintes d'affections cardiaques, et chez lesquelles, par suite, on ne peut tenter une opération radicale, ni administrer un anesthésique. Il s'agit alors là d'une opération palliative.

Ainsi que nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie, l'artère utérine, avant de monter le long des bords de la matrice, se recourbe à environ 2 centim. du col, sur son côté, à peu près 3 centim. au-dessus du museau de tanche. C'est en ce point que l'artère croise l'uretère qui, de postérieur au vaisseau, lui devient antérieur, s'approche du col à près d'un centimètre, dans le tissu conjonctif péri-cervical, et enfin aboutit à la vessie. Pour atteindre facilement l'artère, il faudra donc récliner en haut la vessie et les uretères, qui auront été latéralement séparés du col. Il y aura donc production de deux valves, l'antérieure contenant la vessie et l'uretère ; la postérieure, le col et les vaisseaux utérins.

Pour arriver à ce résultat, on peut opérer différemment : ou bien inciser séparément chaque cul de sac latéral, en décollant avec le doigt chaque uretère (on place ensuite plusieurs ligatures : sur l'artère cervico-vaginale, sur le coude de l'utérine, et enfin sur son tronc lui-même) ; ou encore inciser transversalement le cul de sac vaginal antérieur et refouler en bloc la vessie et les deux uretères : on évite ainsi toute atteinte à un uretère anormalement situé. On se conduit ensuite, moins l'incision du col,

comme il a été dit plus haut. Le doigt permet de reconnaître les pulsations artérielles, et on procède aux ligatures. On résèque le vaisseau entre deux nœuds. Notons que si l'utérus est trop fortement attiré en bas, ou la valve trop appuyée, les pulsations ne peuvent être senties ; il faudra donc relâcher à temps (pl. XVIII).

La façon de faire la suture du cul de sac antérieur a été indiquée plus haut ; il est particulièrement indispensable d'user de sutures perdues.

Les résultats de ces opérations palliatives, dans les cas de fibromes hémorragiques, et chez des sujets exsangues, sont très diversement appréciés : aussi l'opération est-elle rarement exécutée. Dans un cas d'hémorragies datant de dix ans, chez une malade cardiaque et exsangue, j'ai obtenu un beau succès. Mais cette opération est très douloureuse sans anesthésie ; il s'agit en effet d'une région riche en nerfs, et où se trouve le ganglion nerveux juxta-cervical. On peut recommander cette intervention pour permettre de gagner du temps, et pouvoir relever l'état de la malade. Dans la plupart des cas, on n'a pas à redouter de pertes gangréneuses, puisque l'artère utérine s'anastomose largement avec l'utéro-ovarienne.

[Nous reviendrons, au chapitre consacré à l'hystérectomie vaginale, sur la ligature des utérines.]

3. Amputation supra-vaginale du col

(*Carl Schroeder-Kaltenbach*).

C'est l'ablation extra-péritonéale du col, dans sa portion supra-vaginale, au-dessous de l'orifice utérin interne. Cette opération a surtout été employée dans les cas de cancers circonscrits du col. Il faut noter que, même au début dans ces cas, on a trouvé des proliférations malignes dans le corps utérin. Aussi, si le corps de l'utérus est épaissi, s'il existe des hémorragies atypiques, ou si la tumeur du col présente des caractères adéno-carcinomateux, il faut absolument préférer l'exérèse totale de l'organe.

Certes, d'une façon générale, l'opinion actuelle tend, dans tous les cas, à adopter cette dernière solution. Toutefois il faut noter qu'avec la simple amputation du col, on a obtenu de très belles survies.

Ici aussi, l'opération débute par l'ouverture du septum

vésico-cervical (pl. XVII). L'incision sera prolongée latéralement, le col étant situé dans le domaine des branches utérines principales, qui doivent être liées avant de procéder à l'amputation circulaire du col. Des tire-balles tendant le cul de sac antérieur, on fait l'incision transversale, à laquelle on ajoute une section passant en arrière du col, et rejoignant les deux extrémités latérales de la première. On fait ensuite la ligature des branches de l'utérine (pl. XVIII et XIX). On isole le col de telle sorte que le museau de tanche, entouré d'une étroite collerette de muqueuse vaginale, présente la forme d'un champignon. On tend l'utérus vers le bas, et le couteau divise le col à proximité de l'orifice utérin interne, en commençant d'abord par la paroi antérieure, de façon à découvrir complètement le canal cervical, dont on saisit la muqueuse avec des fils de catgut, qui de là vont passer dans la lèvre de la section vaginale (pl. XIX). On complète alors l'excision du col. La fermeture se fait, comme il a été dit plus haut. L'aspect final est celui d'une couronne de sutures, dont les nœuds réunissent la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine. Les ligatures des artères utérines sont enfouies (pl. XIX).

4. Cure opératoire des fistules cervico-vésicales et urétérales

Pour exécuter cette opération on a recours, tantôt à une simple dilatation du canal cervical, rendant accessible l'orifice génital de la fistule (ce qui est rare), tantôt (et c'est là le cas plus fréquent), à la dénudation de la paroi antérieure du col en la séparant de la vessie.

La méthode la plus sûre est la seconde : elle permet en effet de sectionner le trajet en deux parties, une vésicale et une cervicale, qui seront, chacune de leur côté, largement avivées et suturées isolément. En isolant la vessie, il faudra entraîner avec elle le plus possible de tissus charnus, et la mobiliser autant qu'on le pourra. Doit-on entraîner avec elle une lame de tissu cervical ? cela dépendra du cas particulier que l'on a à traiter. Les sutures seront placées de la même façon que dans les cas de fistules vésico-vaginales, et d'ouverture du septum vésico-cervical (pl. XII et fig. 28). Il faut environ deux semaines de repos au lit. Le traitement consécutif est celui décrit, jusqu'à présent, pour les opérations pratiquées dans le vagin.

La façon la plus sûre de fermer les fistules urétéro-vaginales est le procédé de Mackenrodt. On pratique une fente vésico-vaginale ; à travers cet orifice on circonscrit la fistule par une incision profonde, qui comprend toute l'épaisseur de la paroi vaginale. On a donc un lambeau adhérent à la fistule ; ce lambeau une fois libéré, est retourné, de façon que sa surface vaginale devienne vésicale, et est suturé dans cette situation aux lèvres de l'incision vaginale.

Si ces opérations ne réussissent pas, et que l'on ne veuille pas traiter la fistule par voie abdominale, on pourra avoir recours aux procédés de pis-aller ; colpocleisis ou ablation du rein.

5. Ouverture des abcès péri-utérins

Cette ouverture se fait au point fluctuant le plus proéminent. La ponction exploratrice ramenant du pus, ou la fièvre de résorption purulente, seront des indications. On aura soin de drainer la cavité de l'abcès avec un tube ou avec de la gaze.