

## V

### DES OPÉRATIONS EXÉCUTABLES APRÈS OUVERTURE DU CUL DE SAC VÉSICO-UTÉRIN (COLPOCÆLIOTOMIE ANTÉRIEURE)

L'ouverture du cul de sac péritonéal antérieur est parfois employée pour fixer en bonne position l'utérus rétro-dévié, et aussi pour procéder à certaines opérations sur l'utérus après qu'on l'a fait sortir par la brèche de la colpotomie ; enfin pour pratiquer certaines opérations sur les annexes lorsqu'elles ne sont pas trop distantes du cul de sac, ou qu'elles ne sont pas adhérentes aux intestins.

Pour l'anatomie topographique et opératoire voir les chapitres II, III et IX.

#### 1. Colpocœliotomie antérieure

Le commencement de l'opération a été décrit plus haut, à propos de l'incision du septum vésico-utérin. Au lieu d'une incision transversale, on peut avoir recours à une incision longitudinale. On décolle des deux côtés de façon à créer des lambeaux vaginaux ; la plaie affecte alors une forme rhomboïdale. On peut aussi combiner les deux modes en faisant une incision en forme de T. On refoule la vessie par décollement mousse pratiqué dans le tissu cellulaire vésico-vaginal et prolongé jusqu'à l'orifice utérin interne. (fig. 20 et pl. XXIV). On doit décoller soigneusement sur les côtés.

[Ce décollement latéral s'exécute en refoulant soigneusement les tissus péri-utérins le plus haut et le plus loin possible au moyen de l'index. C'est de ce temps que dépend la sécurité des uretères].

Un écarteur soulève la vessie et les uretères. La limite de l'adhérence de la vessie à l'utérus se perçoit nettement

sous forme d'un pli transversal ; si on ne le voit pas, un cathéter introduit dans la vessie guidera l'opérateur. Après avoir détaché ce pli, on avance jusqu'au repli péritonéal formant le fond du cul de sac vésico-utérin, souvent facile-

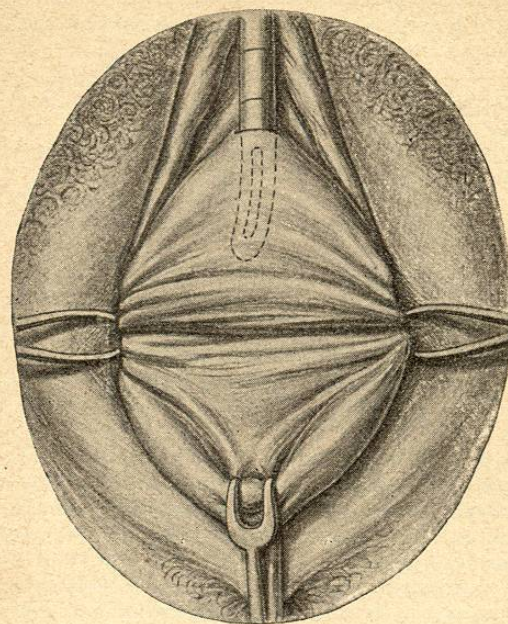


Fig. 34. — Colpocœliotomie antérieure. On voit le pli représentant le point d'adhérence solide de la vessie au col, pli visible en attirant le col en bas.

ment reconnaissable à la vue sous forme d'une ligne transversale assez claire. Il faut, autant que possible, éviter de décoller la séreuse, plus haut que l'orifice utérin interne. A certains endroits, et surtout sur la ligne médiane, le décollement mousse est insuffisant, et l'on sera forcé d'avoir recours aux ciseaux. La blessure de la vessie est à redouter, aussi faut-il se maintenir près du tissu dur du col.

On ouvre d'un coup de ciseaux le cul de sac péritonéal, et on agrandit l'ouverture avec les doigts, ou bien en y ou-

vrant les mors d'une pince mousse. Les lèvres péritonéales sont saisies provisoirement avec des fils de catgut. La lèvre supérieure est chargée par l'écarteur qui, jusqu'ici, a soutenu la vessie, et qui maintenant est enfoncé dans l'excavation vésico-utérine ouverte.

On peut procéder après ce temps à diverses interventions par exemple à la :

## 2. Vagino-fixation utérine (*Duhrssen et Mackenrodt*).

Si l'utérus rétrofléchi est mobile et cependant ne peut être maintenu en antéflexion par un pessaire, il est indiqué de pratiquer une utéro-fixation antérieure. On peut, par exemple, fixer la paroi utérine antérieure à la plaie vaginale.

Un procédé de fixation très solide consisterait évidemment à créer une plaie du paramétrium antérieur, et à laisser la cicatrisation de cette plaie se faire en avant du col. On aurait de la sorte un fort lien fibreux : mais ce procédé expose à des difficultés dans l'accouchement, et ne doit être employé que chez des femmes approchant de la ménopause.

Il est important, en pratiquant la vagino-fixation, de ne pas placer les fils près du fond de l'utérus, car l'expérience a prouvé que des sutures portant sur cette région peuvent, dans une grossesse ultérieure, empêcher le développement de la paroi utérine antérieure. Il peut en résulter soit l'avortement, soit une hypertension de la paroi postérieure faisant obstacle à la dilatation de l'orifice utérin et nécessitant des incisions sur le col, ou même l'opération césarienne. La fixation ne se fera donc que sur des femmes déjà mûres, et sous le couvert des précautions énoncées. Toutefois, et malgré tous les soins, il faut savoir qu'il peut se former des cloisonnements étendus du cul de sac vésico-utérin, renversant en bas et en avant le fond de la matrice. Aussi, même chez des femmes âgées, est-il préférable de recourir au raccourcissement des ligaments ronds, suivant la méthode d'Alexander, ou à la ventrofixation.

Après avoir ouvert le cul de sac vésico-utérin (fig. 34 et pl. XVII et XXIV), et avoir saisi les lèvres péritonéales, l'utérus est ramené en avant, en détruisant la rétroflexion. A cet effet, on exerce d'abord une traction sur la pince placée sur le museau de tanche, avec propulsion consécutive

de cette pince vers la concavité sacrée (pl. XXV, fig. 2). Ce mouvement met l'utérus en position verticale, et on peut saisir la paroi utérine antérieure avec une pince à fixation. Une seconde pince est placée plus haut, une troisième encore plus haut jusqu'à ce que l'on puisse amener par la fente péritonéale le corps utérin dans le vagin, et même, éventuellement, jusqu'à la vulve.

Les fils de fixation peuvent maintenant être posés ; on les place près du point d'insertion du ligament rond et on les conduit de là à travers la paroi utérine. Il ne faut pas les placer près du fond de l'utérus, ainsi que nous l'avons dit, mais les faire passer à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'orifice utérin interne. Les fils traversent ensuite la lèvre péritonéale antérieure de la brèche faite au cul de sac (pl. XXV, fig. 2). Avant de serrer les nœuds, on place toutes les sutures de fermeture du cul de sac, puis on noue les fils de fixation, de façon à ramener le fond de l'utérus en avant contre la vessie. La convalescence dure deux semaines.

## 3. Opérations que l'on peut pratiquer sur l'utérus après colpopœliotomie antérieure

On peut ainsi pratiquer l'ablation de fibromes sous-séreux ou interstitiels, et aussi de germes fœtaux renfermés dans un utérus bicorne, alors que la grossesse en est encore aux premières semaines. Les fibro-myomes sous-séreux sont, ou pédiculés ou sessiles. Dans le premier cas, on lie et on sectionne le pédicule ; suivant les cas, on attirera la tumeur seule, ou la tumeur et l'utérus ensemble dans le vagin. Dans le second cas, on sera forcé d'énucléer la tumeur, ce qui sera en général facile.

Dans les cas d'adéno-myomes sis au voisinage des trompes, et généralement très intimement unis aux tissus voisins, il faudra extirper partiellement la tumeur, ou se résoudre à une exérèse totale de la matrice. En tout cas il faut soigneusement réunir les lèvres de la plaie résultant de l'ablation, et recouvrir avec la séreuse.

Si la base de la tumeur atteint l'endomètre, ou encore si la cavité utérine a été ouverte, il faudra suturer séparément la muqueuse et le muscle utérin ; les fils placés sur la muqueuse seront liés vers la cavité utérine. Si l'on craint la présence de ces fils dans la cavité utérine, on placera les sutures en ayant soin de cheminer à travers la muqueuse

**Planche XXIV. — Colpocœliotomie antérieure. Séparation de la vessie du col utérin (Colpotomie antérieure).**

**Planche XXV. — Fig. 1. — Colpocœliotomie antérieure.** Etalement de la voûte du cul de sac antérieur au moyen de deux tire-balles. La rétroflexion est corrigée. Le point d'ouverture du cul de sac antérieur est indiqué ainsi que le septum vésico-vaginal.

**Fig. 2. — Vagino-fixation utérine par colpocœliotomie (Dührssen).** Pose du fil de fixation, au-dessous du fond de l'utérus, dans le cul de sac vésico-utérin.

**Planche XXVI. — Ovariectomie après colpocœliotomie antérieure. — L'utérus et l'ovaire sont sortis de la vulve, après avoir été attirés à travers l'ouverture du cul de sac antérieur, dont les lèvres péritonéales sont visibles sur la figure. Les vaisseaux du fond de l'utérus sont rendus très apparents par suite de cette sorte d'étranglement.**

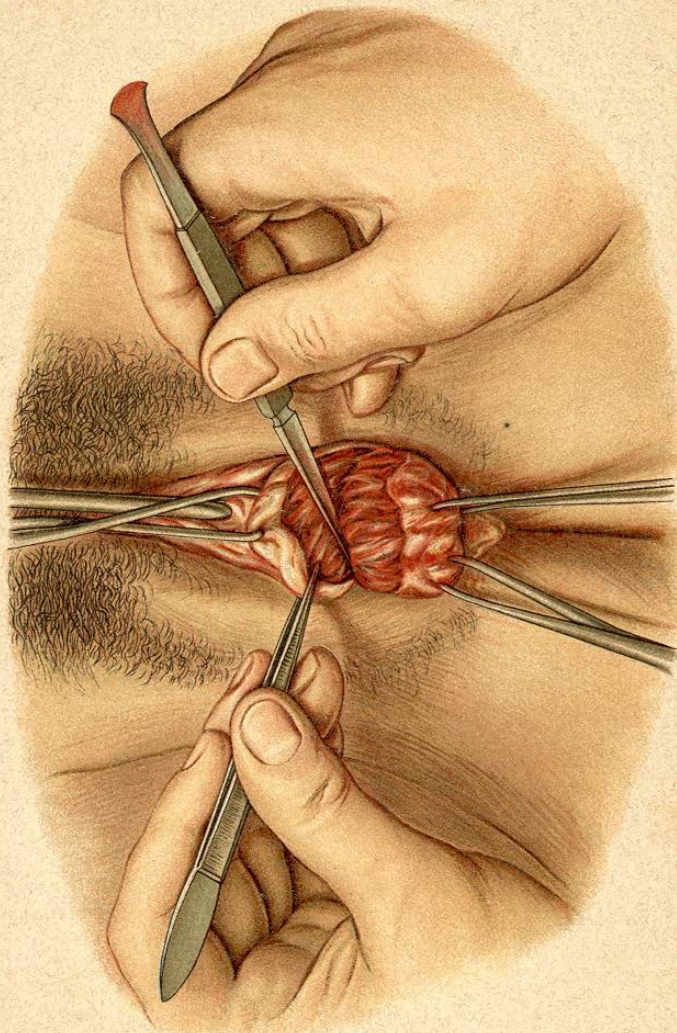
sans la traverser, en suivant une conduite analogue à celle indiquée pour les fistules vésico-vaginales (pl. XII). On ne saurait naturellement appliquer ce procédé qu'à de petits fibro-myomes ne dépassant pas le volume d'une pomme.

Le traitement de la corne gravide d'un utérus bicorné, ou d'une grossesse tubo-interstitielle, toutes affections dans lesquelles sont à redouter des ruptures intra-péritonéales, est toujours une opération atypique. Dans le premier cas, la technique aura certains rapports avec l'ablation d'une poche tubaire ; dans le second, avec l'énucléation d'un myôme. Le plus souvent on aura avantage à recourir à la laparotomie.

#### 4. Opérations sur les annexes

La *colpocœliotomie antérieure* permet d'exécuter un certain nombre d'opérations sur les annexes. Les contre-indications ne proviennent pas tant de la grosseur des tumeurs (car celles-ci, généralement liquides, pourront être ponctionnées et vidées de leur contenu, de façon à en réduire le volume), que du siège des organes à extirper (fixation des annexes près du détroit supérieur, dans le cul de sac

Tab. 24.



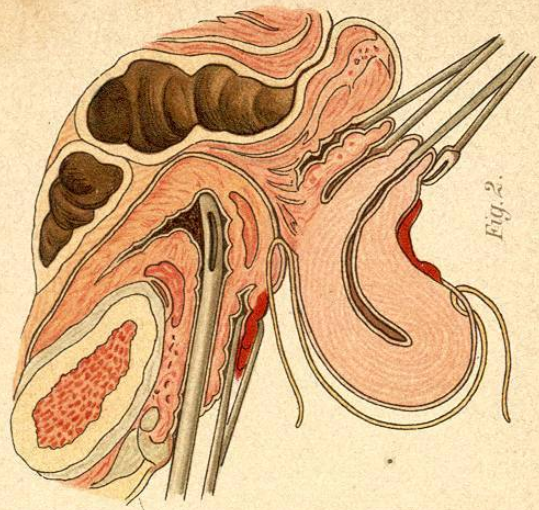


Fig. 2.

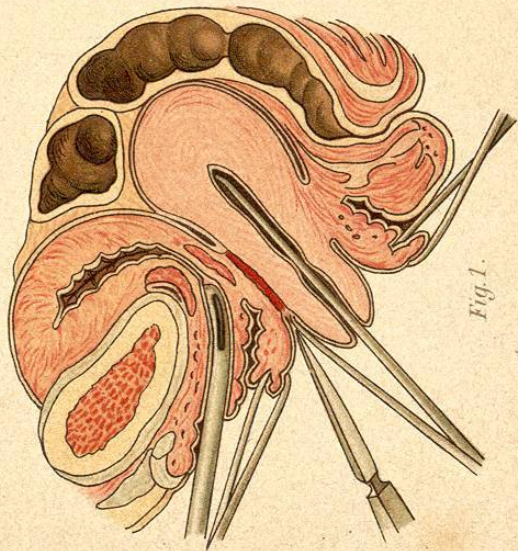
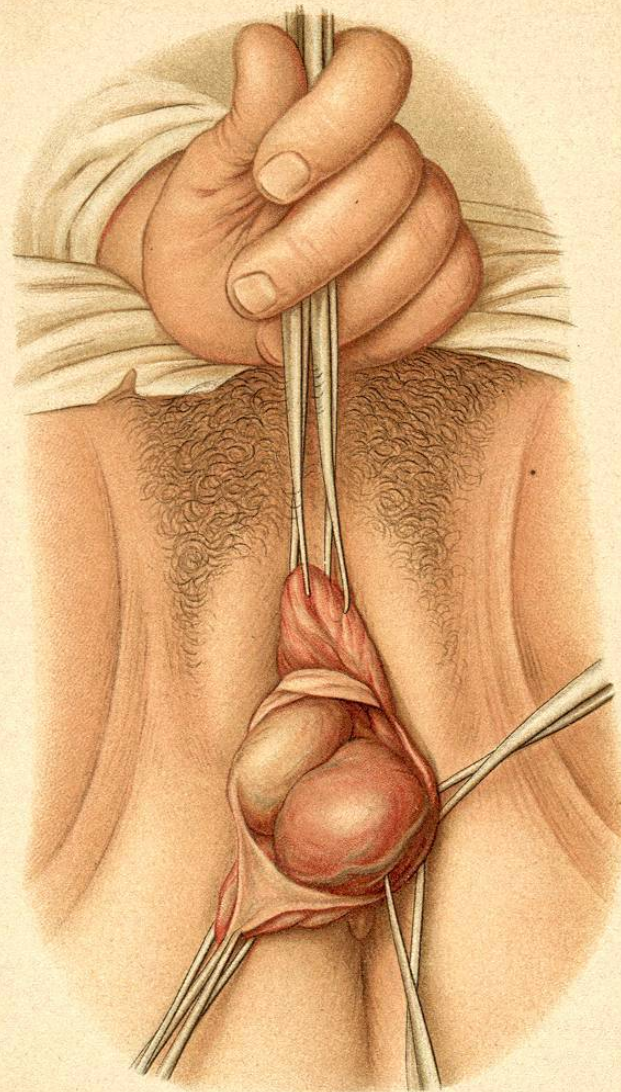


Fig. 1.

Tab. 26.



postérieur), ou de l'importance des adhérences intestinales et épiploïques, et des fusions par adhérences avec le péritoine voisin.

Le domaine de l'incision vaginale antérieure s'étend donc aux tumeurs grosses et faciles à évacuer, comme aux petites tumeurs dures, mobilisables, situées au-dessous du détroit supérieur, et placées dans le cul de sac antérieur. On pourra aussi atteindre des collections annexielles placées sur la face postérieure de l'utérus antéfléchi, à condition qu'elles ne soient pas adhérentes au fond du cul de sac de Douglas. Nous pourrions donc soigner, par la voie qui nous occupe, des lésions ovariennes (castration, ablation de kystes ovariens et paraovariens, kystes dermoïdes, petits fibromes ovariens), et aussi pratiquer l'extirpation de grossesses tubaires dans les premiers mois, d'hydro et de pyo-salpinx, ni trop haut situés, ni trop adhérents ; parfois enfin l'on pourra avoir à traiter des lésions appendiculaires.

L'ablation des ovaires est une opération typique ; il suffit en effet de placer une ligature sur une formation plus ou moins pédiculée.

On attire au dehors l'ovaire, parfois l'utérus et l'ovaire, au moyen d'une colpocélotomie telle que nous avons appris à la faire, au chapitre de la vaginofixation (pl. XXVI). On lie les artères, puis toute la base de la partie à exciser. Les vaisseaux principaux sont l'artère spermatique interne arrivant à l'ovaire par le ligament suspenseur de cet organe, et aussi les branches tubaires et ovariennes émanées de l'utérine. La ligature du ligament suspenseur de la trompe avec les vaisseaux qui la longent, et du ligament tubo-ovarien, suffisent donc pour interrompre toute circulation. Pour plus de sûreté, au point de vue d'hémorragies possibles, et aussi pour antéfixer l'utérus, il sera bon de fixer le moignon ligamentaire dans la plaie vaginale (pl. XXXIII). La plaie de la colpocélotomie est fermée par un surjet. S'il y a infection, on tamponnera sans fermer.

Une technique particulière est à employer dans les cas de kystes sous-séreux qui doivent être énucléés du ligament large, ou parfois abordés par le cul de sac postérieur. La colpotomie ne permettra de les traiter que s'ils sont petits.

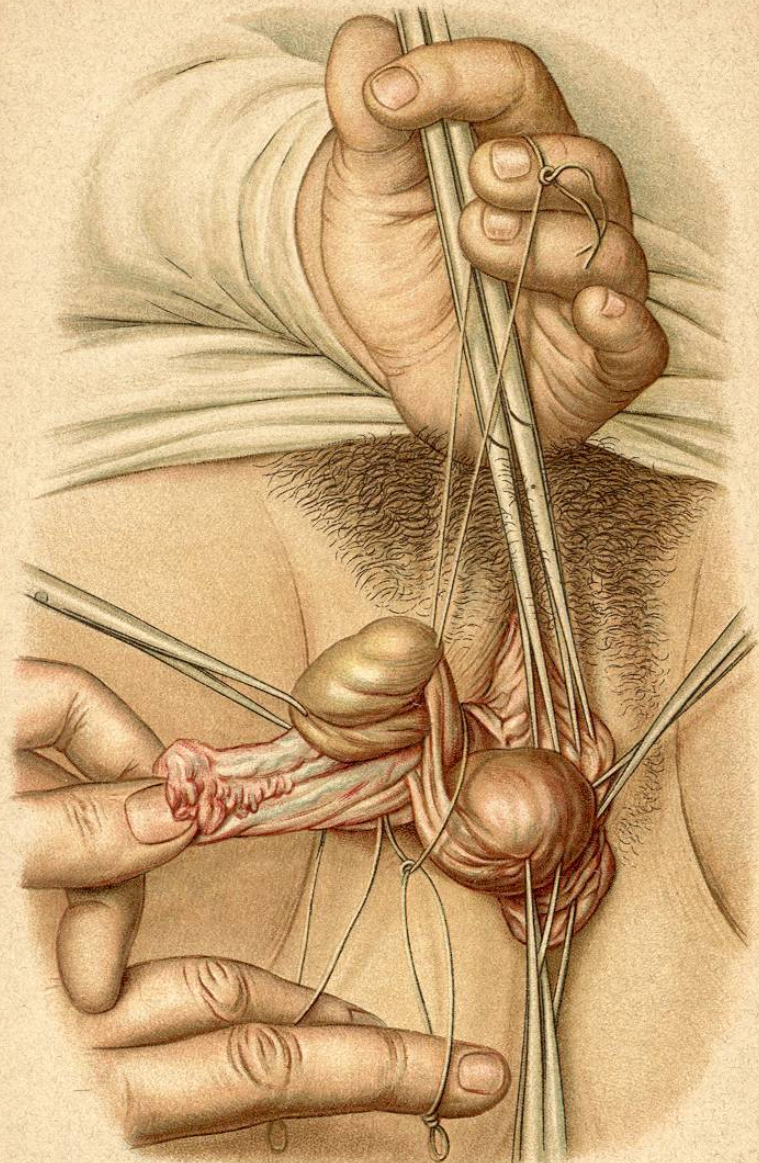
La plupart des abcès pelviens, tubaires ou autres, seront attaqués par le cul de sac postérieur. Il faut de toute façon

**Planche XXVII. — Ovariectomie après colpotomie antérieure.** *Pose des fils étreignant le pédicule tubo-ovarien.* Un fil embrasse le ligament tubo-ovarien et l'origine de la trompe: l'autre étreint le ligament suspenseur de l'ovaire.

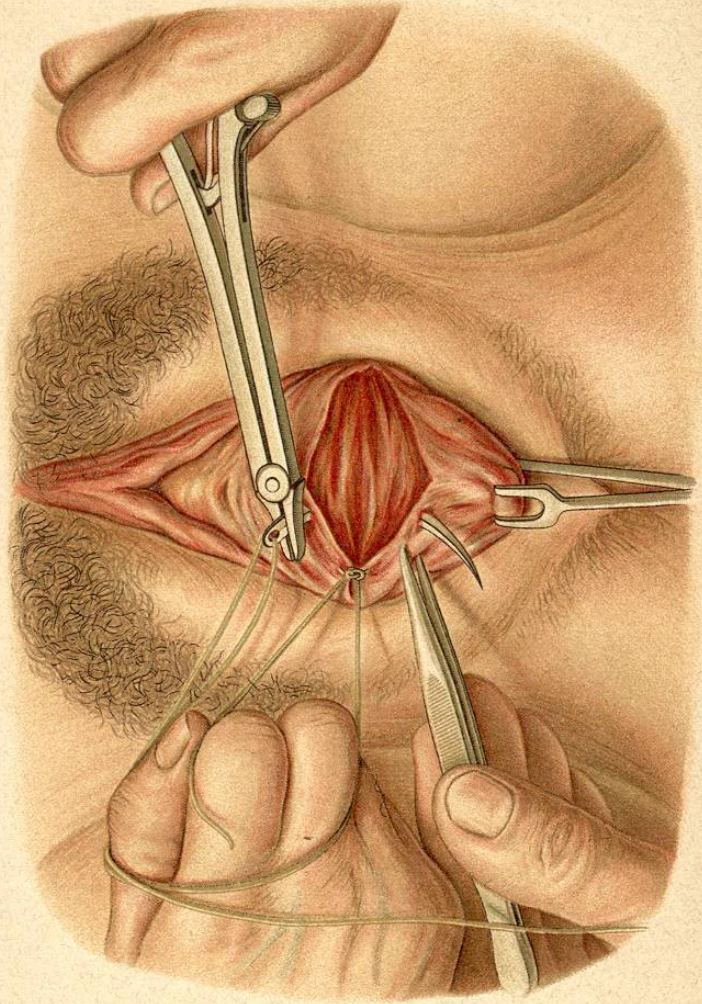
**Planche XXVIII. — Ovariectomie après colpotomie antérieure.** *Suture en surjet de la brèche péritonéo-vaginale.*

prévoir une erreur de diagnostic, et être préparé à la laparotomie ou à l'ablation totale.

S'il s'agit de cysto-adénomes, le danger d'inoculation est plus grand dans la colpotomie que dans la laparotomie.



Tab. 28.





## VI

### OPÉRATIONS QUI SONT EXÉCUTÉES APRÈS OUVERTURE DU CUL DE SAC DE DOUGLAS

Cette voie est, dans certains cas, plus pratique que celle de la colpotomie antérieure. Si l'ovaire est placé normalement, la distance à parcourir en passant en arrière de la matrice est cependant plus grande qu'en passant en avant.

Aussi ne devra-t-on employer la colpotomie postérieure que pour atteindre des annexes placées dans le cul de sac postérieur, ou pour opérer sur la face postérieure d'un utérus rétrofléchi. Par cette voie, nous pouvons avoir à traiter des tumeurs ovariennes ou paraovariennes, intraligamentaires, rétropéritonéales ; des grossesses tubaires, salpingites purulentes, pelvipéritonites, hématoécèles rétro-utérines, tumeurs utérines, adhérences du Douglas, et aussi des entéroécèles. On pourra également avoir à pratiquer la rétrofixation du col.

Si les tumeurs font saillie dans le rectum, elles sont parfois accessibles par une incision rectale.

#### 1. Colpocœliotomie postérieure et rétrofixation du col.

On étale la région au moyen de deux pinces tire-balles, placées latéralement, et en déprimant la paroi vaginale postérieure avec une valve. Après avoir incisé le cul de sac postérieur (planche III), le rectum, et, avec lui, le cul de sac péritonéal, sont décollés à l'aide du doigt ou d'un instrument mousse, sur une faible hauteur. Cette manœuvre est assez aisée, l'adhérence du rectum étant relativement lâche. D'un coup de ciseaux, on ouvre le cul de sac ; la boutonnière ainsi créée est élargie avec les doigts (planche IV). Les lèvres péritonéales sont repérées : si la plaie saigne, on pourra poser quelques sutures sur la lèvre vaginale. La