

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

simple ouverture du cul de sac postérieur pourrait à elle seule, d'après *Lohlein*, être curative dans la tuberculose pelvi-péritonéale.

La rétrofixation du col avec suppression du Douglas, se fait au moyen de plusieurs fils de catgut, placés dans la cavité péritonéale, et unissant la paroi postérieure du col au revêtement du sacrum et au rectum (planche V).

La brèche péritonéale est fermée au catgut par un surjet ou une suture en bourse (planche VI). Le cul de sac est refermé avec des sutures perdues, en embrassant une notable profondeur de tissus.

Cette opération peut être suivie de la colporraphie postérieure, ainsi qu'elle a été décrite plus haut (planche VIII et fig. 16); dans ce cas, il faudra faire attention à ne pas trop rétrécir le vagin. Deux semaines de séjour au lit.

2. Traitement opératoire de la grossesse ectopique et de ses conséquences.

Le sac tubaire renfermant un œuf jeune est facile à lier et à enlever, surtout s'il n'est fixé que par des adhérences lâches. S'il y a eu rupture tubaire, ou avortement tubaire, la cavité pelvienne est remplie de sang frais, pouvant même encore couler; très souvent, en effet, on voit, au moment de l'intervention, la trompe saigner.

Si l'hémorragie est de date plus ancienne, on trouve le cul de sac postérieur rempli par des caillots et des couches de fibrine. Cette hématocele rétro-utérine ne met nullement à l'abri d'une hémorragie ultérieure venant des débris ovulaires. Dans tous les cas donc, la ligature et l'ablation de la trompe sont indiquées, à moins que les annexes, facilement explorables, ne soient intactes.

Noté additionnelle.

[Dans son rapport sur le traitement des grossesses extra-utérines (Congrès périod. de Gyn., d'Obst. et de Ped., Marseille, 1898), *Segond* insiste sur les différences à apporter dans le traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois compliquées, suivant que l'on a affaire à des complications hémorragiques ou à une hématocele enkystée. Dans le premier cas, la laparotomie s'impose absolument. Au contraire, en présence d'une hématocele enkystée con-

firmée, sans poussées hémorragiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anato-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent; mais la colpotomie n'en conserve pas moins tous les avantages d'une opération d'attente, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente sans engager l'avenir. Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour de l'hémorragie ou la constatation de grosses lésions annexielles exigeant l'ablation, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications par voie vaginale, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la castration utéro-annexielle totale.

La colpotomie doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. Il faut vider la poche avec une extrême douceur, abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'expression abdomino-vaginale. Bien entendu, s'il s'agit d'une hématocele à poussées hémorragiques successives, on aura recours à la laparotomie].

3. Traitement opératoire des abcès du cul de sac de Douglas.

Les simples adhérences inflammatoires du Douglas ne réclament que leur dissociation faite avec le doigt, ou avec un instrument mousse. Si certaines de ces brides saignent, elles devront être sectionnées entre deux ligatures. Si l'on constate des adhérences utéro-tubaires peu résistantes, elles seront détruites. Il faut bien noter que, dans ces cas, la guérison définitive est des plus problématiques. Dans certains cas, on enlèvera par la colpotomie postérieure un appendice malade qui y serait prolabé. — Parfois, tout le cul de sac de Douglas est rempli d'adhérences dans lesquelles se trouvent des abcès multiples: ces poches devront être largement ouvertes. On conçoit qu'il ne puisse être, dans ces cas, question d'une ouverture proprement dite du cul de sac péritonéal; on ne devra se servir ni du bistouri,

ni des ciseaux, afin de ne pas léser les anses intestinales qui, éventuellement, peuvent être englobées dans les adhérences. Il faudra avancer avec le doigt, crevant les poches les unes après les autres. Dans ces cas, la meilleure conduite à tenir est d'enlever en bloc utérus et annexes.

Ces sortes d'abcès s'ouvrent parfois spontanément dans le rectum ; mais ces ouvertures ne suffisent jamais, à cause du drainage imparfait, et aussi de l'infection venue de l'intestin. Il faut assurer par le vagin une évacuation large : si l'abcès est très haut situé, il sera bon d'en fixer les bords par une suture, à la paroi vaginale.

Tout ce que nous venons de dire explique, dans de semblables opérations, la formation ultérieure possible de fistules recto-vaginales, ou même de fistules iléo-vaginales. L'auteur a vu plusieurs fois guérir ces fistules intestinales à la suite de l'emploi de lanières de gaze imbibées d'essence de térébenthine, et introduites dès que la suppuration est tarie. Dans d'autres cas, favorables, il reste bien une fistule, mais pour ainsi dire capillaire, et ne donnant lieu à aucun symptôme. Dans toutes les ouvertures d'abcès rétro-utérins, on devra tamponner la brèche du cul de sac postérieur avec de la gaze iodoformée.

VII

OPÉRATIONS PRATIQUÉES APRÈS L'OUVERTURE DE L'UN OU DES DEUX CULS DE SAC PÉRITONÉAUX ET INCISION DE L'UNE DES PAROIS DE L'UTÉRUS

Ces interventions, qui ont pour but la conservation définitive des organes, sont parfois usitées dans les énucléations de *fibro-myomes* multiples, les uns sous-séreux, les autres interstitiels ou sous-muqueux, et aussi pour la réduction d'un utérus en inversion.

En ce qui concerne les fibro-myomes, on aura recours à une incision longitudinale menée sur le col, ou même sur le corps utérin. Cette brèche permet non seulement l'ablation de tumeurs profondément situées, mais aussi une exploration parfaite de tout l'organe.

Pour la réduction de l'utérus en inversion, on l'exécute suivant la méthode de *Küstner*, en ouvrant le cul de sac postérieur ; la paroi postérieure de l'utérus est incisée, seulement dans la région du corps ; une pince coudée, introduite par la brèche du Douglas, saisit la lèvre de l'incision utérine et l'attire en haut. Si la réduction est impossible c'est que l'incision est trop petite ; et il faut alors, comme le font *Westermarck* et *Borelius*, inciser toute la paroi utérine, y compris le museau de tanche et le col, et au lieu d'attirer l'utérus le refouler en pressant par le vagin. On répare la section utérine avec des sutures transversales au catgut, puis on ferme la plaie vaginale comme nous savons le faire. Parfois, il est plus avantageux de passer par le cul de sac vaginal antérieur (*Kehrer*) ; cependant la méthode de *Küstner* est la plus usitée, probablement parce que l'on a le plus souvent affaire à des utérus antérieurement rétro-fléchis.
