

VIII

EXTIRPATION VAGINALE TOTALE DE L'UTÉRUS APRÈS OUVERTURE DES CULS DE SAC ANTÉRIEUR ET POSTÉRIEUR

(Pour l'anatomie opératoire et topographique, voyez les chapitres II, III et IX).

L'excavation recto-utérine est ouverte comme nous l'avons appris au chapitre VII (pl. III, IV et XXXII). On unit provisoirement les lèvres péritonéales et vaginales par des sutures, pour arrêter le suintement sanguin (et il est important dans les cas de carcinomes). Le col est alors tiré fortement en bas (pl. XXV). S'il s'agit de carcinome, on abrasera avec le thermo-cautère les masses végétantes du col qui sera ensuite fermé par quelques points de suture à la soie. Ces fils serviront en même temps aux tractions. On procède alors à l'ouverture du cul de sac antérieur (fig. 20, pl. XVII et XXIV). Les incisions vaginales antérieure et postérieure se réunissent latéralement à angle aigu. La vessie et les uretères sont séparés, soigneusement et largement, de l'utérus.

Si le vagin est étroit, l'utérus volumineux, ou qu'il soit nécessaire d'enlever largement le paramétrium, on pourra par des débridements latéraux refouler en arrière le rectum et la paroi postérieure du vagin. Ces incisions sont faites d'après le procédé de Dührssen. Schuchardt les prolonge très loin en arrière, et les réunit par une incision vaginale transversale pratiquée dans le cul de sac postérieur. On a ainsi un accès très large.

L'utérus est maintenu, in situ, par les ligaments larges renfermant les branches principales de l'artère utérine. On lie, de chaque côté, le tronc de cette artère, en passant l'index en arrière d'elle par l'ouverture du cul-de-sac postérieur; sur ce doigt le fil est conduit de manière à embrasser la base du ligament large (voy. pl. XVIII).

On fait alors basculer la matrice en poussant le col en arrière et en haut, dans la concavité sacrée, au moyen d'une pince à griffes. Le corps utérin vient alors faire saillie dans le vagin (pl. XXV, XXVI, XXIX), à travers l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Si cette bascule est rendue impossible par le volume de l'utérus, on pratiquera une hémisection médiane (Müller). On lie ensuite, de chaque côté, les ligaments larges. D'après Wœrth, on devrait toujours laisser les ovaires, s'ils paraissent sains. Si au contraire on enlève ces organes en même temps que la matrice, on lie en premier lieu l'artère spermatique interne, en étreignant le ligament suspenseur de l'ovaire, en second lieu l'artère du ligament rond (pl. XXIX); enfin un troisième fil étreint les branches de l'utérine placées le long du corps de l'utérus, en embrassant le reste du ligament large jusqu'à sa base.

Après avoir placé toutes les ligatures, on sectionne prudemment le ligament large entre elles et l'utérus, du ligament suspenseur de l'ovaire à la base du ligament large (pl. XXXI). On opère de même de l'autre côté. En coupant dans la région de la base du ligament large, il faut aller doucement, car l'artère cervico-vaginale peut n'avoir pas été comprise dans les ligatures, et pourrait causer une hémorragie. En pinçant à ce moment trop profondément, on s'expose à léser l'uretère.

Les ligatures de chaque côté sont fixées, avec les moignons des ligaments larges, dans les angles latéraux de la plaie, comme il a été dit à propos de la colpoœliotomie antérieure: la brèche vaginale peut être suturée complètement, ou au contraire tamponnée dans les cas suspects, et drainée avec de la gaze iodoformée. La suture des moignons ligamentaires assure l'hémostase et aussi la statique du plancher pelvien.

Note additionnelle.

[Schæffer, est, on le voit, partisan de la ligature des ligaments larges. Certes, s'il s'agit d'un utérus très facilement abaissable, qu'il est aisé d'amener à la vulve, les ligatures sont aisées à poser et on ne saurait rien objecter à leur emploi. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il peut être absolument impossible d'aller, au fond d'un vagin, profond et peu large, placer et nouer un fil le long de la matrice. Force est bien, en pareille occurrence, de recourir à

Planche XXIX. — Extirpation vaginale totale de l'utérus. (Czerny). Après *ligature du ligament suspenseur de l'ovaire* (infundibulo-pelvien), on place *une seconde ligature embrassant le ligament rond*. L'utérus est attiré en avant par la brèche de la colpotomie antérieure : on voit la vessie séparée.

Planche XXX. — Extirpation vaginale totale de l'utérus. *Ligature de la base des ligaments larges*, et par suite de l'artère utérine.

Planche XXXI. — Extirpation vaginale totale de l'utérus. *Section du ligament large gauche*, une fois tous les fils noués. L'utérus est fortement antéfléchi.

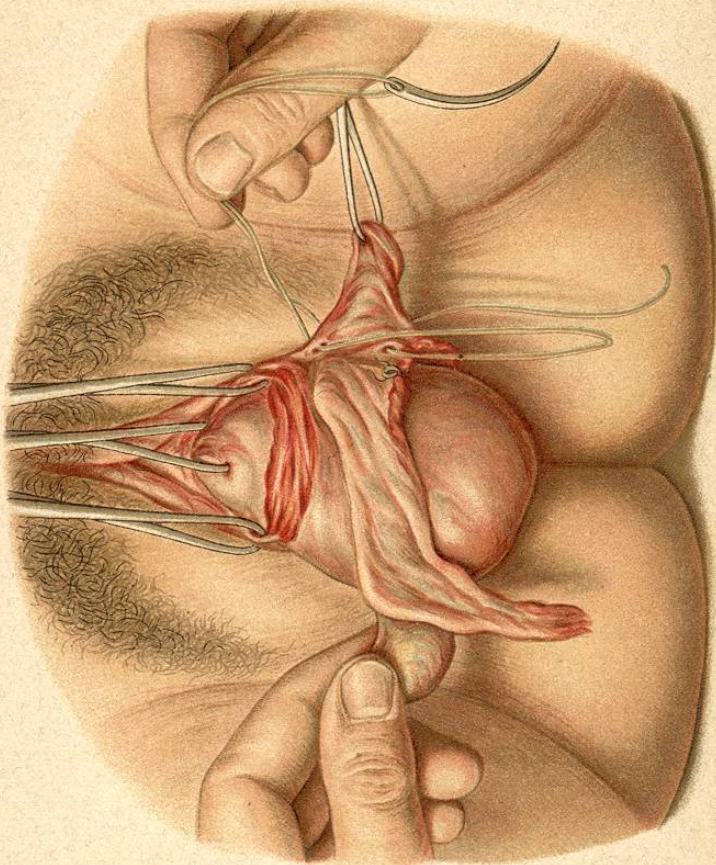
Planche XXXII. — Extirpation vaginale totale de l'utérus. (Czerny). — *Ouverture du cul-de-sac postérieur*; on la fait après l'ouverture du cul-de-sac antérieur, et la séparation soignée et large de la vessie et des deux uretères. Le col est tiré en avant et en haut; une incision transversale, sur laquelle se branche une incision longitudinale médiane, permet de séparer le col du rectum; on pratique ensuite l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. Le champ opératoire est exposé par quatre pinces tire-balles, dont l'une peut être remplacée par une valve.

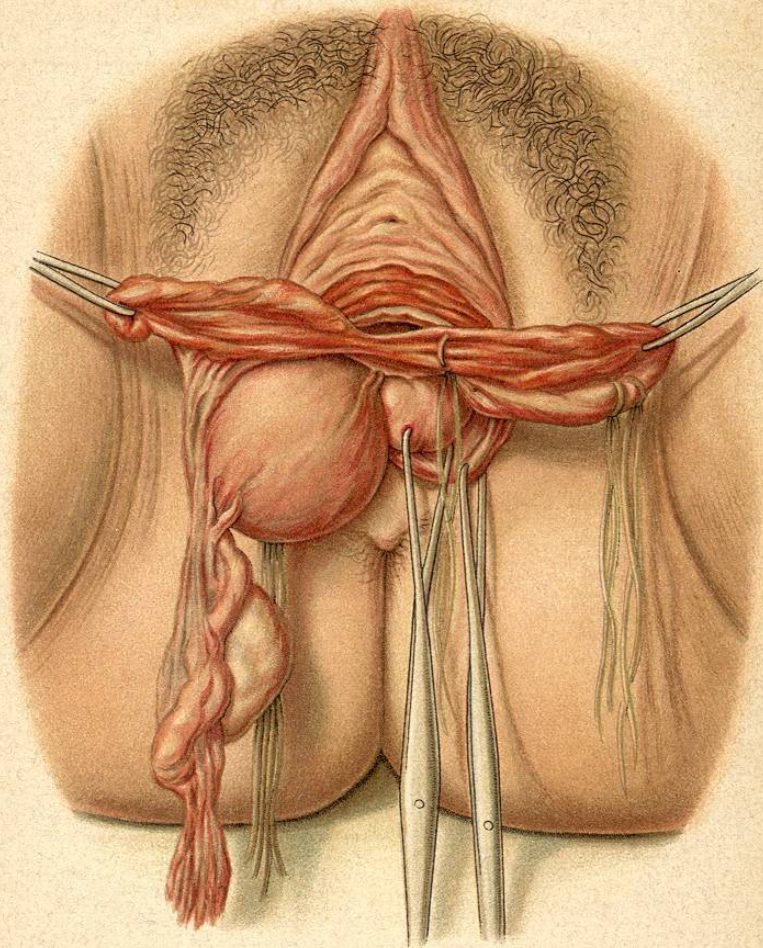
Planche XXXIII. — Extirpation vaginale totale de l'utérus. *Fermeture de la voûte vaginale*. Suture des moignons annexiels dans les angles de la plaie vaginale. On voit les ligatures portant sur les utérines.

la forcipressure. Pour ce qui est des cas de moyenne difficulté l'emploi des pinces à demeure permet une notable économie de temps. Leurs inconvénients ont été fort exagérés, ils sautaient surtout aux yeux dans les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, alors que le nombre de pinces laissées en place était parfois considérable. Les perfectionnements de la technique ont permis aux opérateurs d'être beaucoup plus sobres de pinces et, à l'heure actuelle, c'est la ligature qui est le procédé d'exception, la forcipressure le procédé de règle.

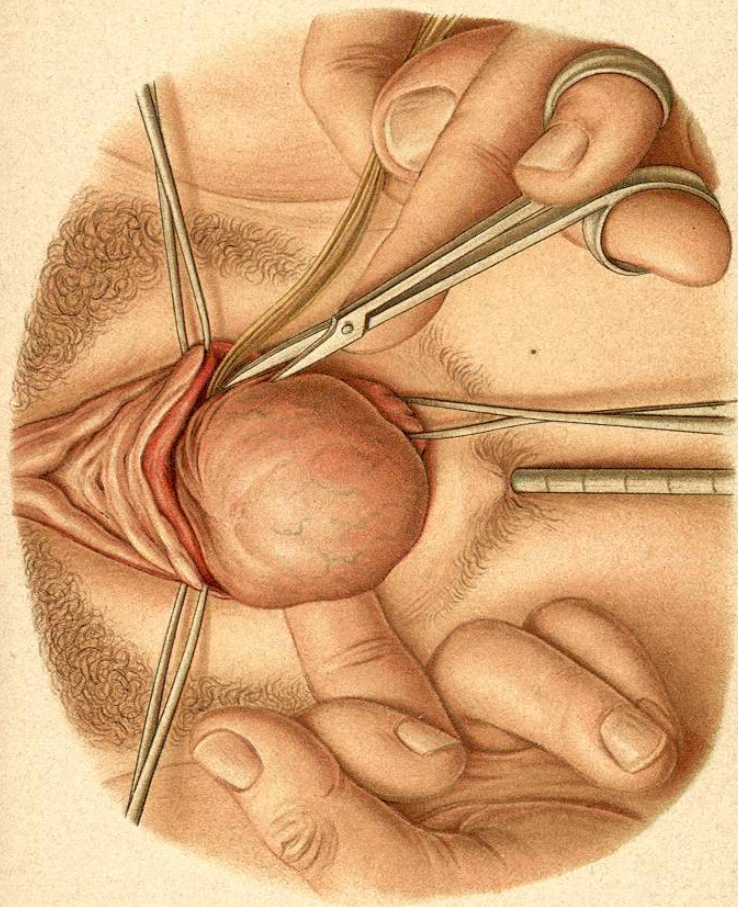
Les procédés d'hystérectomie vaginale usités en France diffèrent sur certains points de la méthode décrite par Schæffer. Il serait fastidieux de les rappeler tous. Prenant un cas typique, l'ablation d'un utérus avec lésions bilatérales des annexes, nous allons décrire sommairement la technique employée par Segond.

Hystérectomie vaginale. — Le col étant saisi par chacune de ses lèvres avec des pinces de Museux, on incise la





Tab. 31.



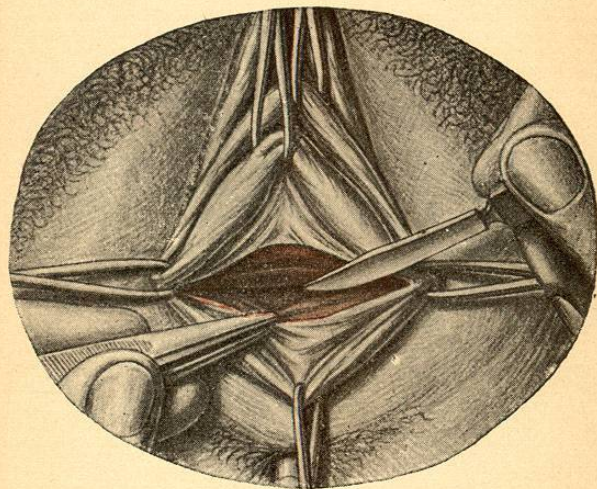
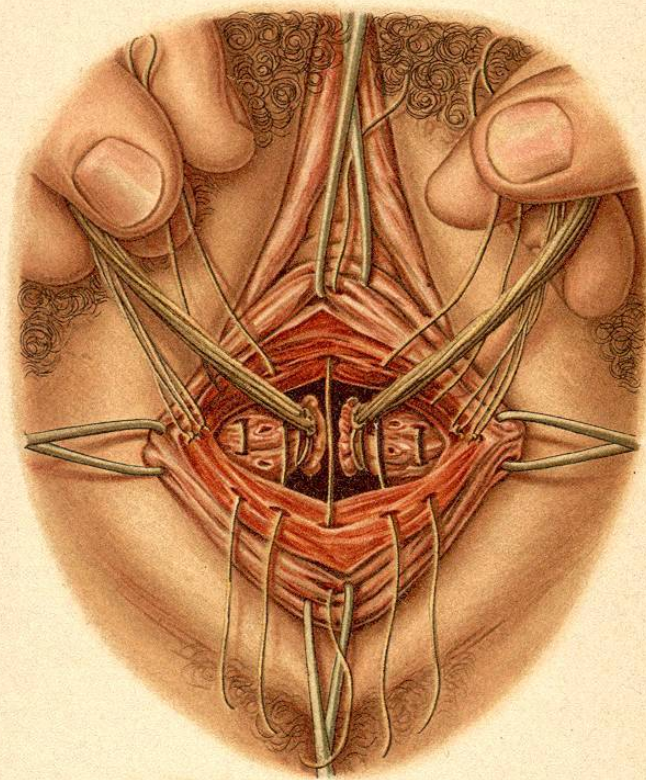


Planche 32. — Extirpation vaginale totale de l'utérus (Czerny).



muqueuse vaginale, très près de l'orifice du col sur la lèvre antérieure, à un centimètre plus haut qu'en avant sur la lèvre postérieure. On ajoute à cette incision elliptique, de chaque côté du col, un trait latéral, de deux centimètres environ, parallèle à la base du ligament large. Cette incision donne un jour considérable en avant de l'utérus et une sécurité absolue au point de vue de l'uretère. L'ongle du pouce, raclant la lèvre antérieure du col, sépare soigneusement la vessie de l'utérus ; si quelques tractus résistent on a recours aux ciseaux, dont la pointe travaillera vers le tissu dur du col. Il est inutile de chercher, à ce moment, à ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur qui, plus tard, s'ouvrira de lui-même sous les ciseaux. De chaque côté du col, l'index achève le décollement, il doit être poussé profondément car c'est dans ce temps que les uretères sont refoulés et que l'opérateur se prémunit contre leur blessure ultérieure.

Tirant en avant et en haut les pinces fixées sur le col, l'opérateur expose le cul-de-sac postérieur et ouvre le Douglas d'un coup de ciseaux. Les deux index, recourbés en crochets, élargissent la brèche qui permet d'explorer la matrice et les annexes et de prendre parti.

La base des ligaments larges est exposée et accessible : une pince à mors courts et robustes est placée de chaque côté du col, au ras du tissu utérin, de bas en haut et assure, en étreignant la base du ligament large, l'hémostase de l'artère utérine. Le col est alors libéré par deux coups de ciseaux coupant les ligaments en dedans des pinces, entre elles et le col.

Cette manœuvre préliminaire de décollement, de pincement et de section de la base des ligaments larges présente de précieux avantages. Réalisant la section des ligaments utéro-sacrés, elle supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement. Elle assure, dès le début de l'opération, l'hémostase des branches vaginales et la maintient si bien que, dans la majorité des cas, on n'a plus à s'en occuper ; l'utérus lui-même, irrigué tout entier comme nous l'avons dit plus haut, uniquement par l'artère utérine, se trouve ischémié et l'opération va pouvoir se poursuivre, pour ainsi dire à blanc. Enfin, exécuté comme il convient, ce premier acte opératoire fait un temps spécial et méthodique de la seule étape durant laquelle la blessure de l'uretère soit possible.

Si le col est gros et gênant, on le résèque; une forte pince fixe alors la paroi utérine postérieure et sert aux tractions.

A ce moment l'opérateur, maintenant fortement avec une pince de Museux la lèvres antérieure du col, ou du moignon utérin, si le col a été réséqué, peut tenter une hémisection antérieure et, amarrant une pince à traction sur chacune des lèvres de l'incision, essayer de faire basculer l'utérus. Si le mouvement s'ébauche et qu'une nouvelle région de la paroi antérieure s'expose, l'incision est prolongée, les pinces placées plus haut, et ainsi de suite. Si au contraire l'utérus ne descend pas, on procède à l'évidement central conoïde.

Armé d'un bistouri courbe, le chirurgien dessine en plein tissu utérin un cône dont la base répond à une pince de Museux placée sur la face antérieure suivant la ligne médiane. Avant de détacher complètement ce cône on s'amarre, avec une pince à deux dents, sur la lèvres du cône creux concentrique que l'on vient de tailler et l'on achève l'ablation du cône plein. La même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas, du col vers le fond de l'utérus. Il est indispensable de ne pas abandonner la ligne médiane.

Peu à peu, l'organe bascule en avant dans le cul de sac antérieur, entraînant avec lui le bord supérieur des ligaments larges. Il s'agit maintenant de faire l'hémostase. En dehors des annexes si celles-ci sont entraînées à la suite du corps utérin, en dedans d'elles pour peu que des adhérences solides les empêchent de descendre, l'opérateur place, de haut en bas, des pinces, généralement deux par ligament large. A mesure qu'une pince est placée, on sectionne une étendue de ligament large égale à la longueur de ses mors et en deux ou trois coups de ciseaux l'utérus est libéré. Si les annexes adhérentes ont été laissées en place, l'opérateur s'efforce de les décortiquer et de les réséquer en dedans d'une pince qui sera laissée à demeure. Le pansement se compose de longues lanières de gaze, dont les extrémités sont portées au delà des mors des pinces, au contact de l'intestin. Sonde à demeure. Pinces enlevées au bout de 48 heures.]

IX

OPÉRATIONS PRATIQUÉES
SUR LES ORGANES GÉNITAUX APRÈS OUVERTURE
DE L'ABDOMEN. CÉLIOTOMIE

ANATOMIE OPÉRATOIRE ET TOPOGRAPHIQUE DES
ORGANES GÉNITAUX INTRAPÉRITONÉAUX

Une incision médiane, menée de l'ombilic à la symphyse, traverse un pannicule adipeux lamelleux sous lequel se trouve le fascia superficialis abdominal; immédiatement en dessous, le couteau arrive sur les puissantes expansions aponévrotiques venues des muscles grands obliques de l'abdomen, se réunissant, d'un côté à l'autre, par la ligne blanche. L'aponévrose du grand oblique passe en avant du muscle grand droit qu'elle recouvre dans toute sa hauteur, depuis le pubis jusqu'à l'appendice xiphoïde. L'aponévrose du petit oblique se comporte différemment dans la région para-ombilicale et près du pubis. En effet, dans ses trois quarts supérieurs, cette aponévrose se divise, en atteignant le bord externe du muscle grand droit, en deux feuillets: un antérieur qui passe en avant du muscle, en se fusionnant avec l'aponévrose du grand oblique; un postérieur qui passe en arrière du grand droit. Dans son quart inférieur au contraire, l'aponévrose du petit oblique ne se dédouble pas et passe tout entière en avant du grand droit, en se fusionnant toujours avec l'aponévrose du grand oblique. L'aponévrose du transverse passe en arrière du muscle grand droit dans ses trois quarts supérieurs, en se fusionnant avec le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique. Dans son quart inférieur, elle passe en avant du muscle grand droit et s'y fusionne avec les deux aponévroses des obliques. Toutes ces lames fibreuses, du reste, arrivées sur le côté interne du grand droit, s'entrecroisent sur la ligne médiane avec celles du côté opposé pour former la