

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

ligne blanche que divise le couteau dans la cœliotomie. Sous ces plans, nous trouvons le fascia sous-péritonéal revêtu de la séreuse, qui, par suite de ce que nous avons dit, forme, dans la partie inférieure de la ligne blanche, le seul revêtement postérieur des muscles droits. Si la vessie est distendue on la trouve en bas de l'incision, appliquée contre la paroi abdominale. A l'état de vacuité, elle est derrière la symphyse, et on ne trouve derrière la ligne blanche que le ligament ombilico-vésical. Au-dessus de la vessie se trouve le cavum prévésical rempli de graisse.

La ligne blanche et le tissu graisseux médian sont pauvres en vaisseaux ; entre la face postérieure des muscles droits et le fascia transversalis, nous voyons de chaque côté, venant de l'orifice inguinal, et se dirigeant en haut en soulevant un repli péritonéal : l'artère épigastrique.

Dans la position déclive de Trendelenburg, les intestins tombent vers le diaphragme et les organes pelviens sont bien visibles. La vessie vide est repérée par le ligament ombilical, les deux replis péritonéaux décrits ci-dessus, les deux ligaments ronds ; si l'utérus est antéfléchi, comme il l'est presque toujours normalement, son fond vient appuyer sur la vessie où il marque son empreinte. En avant de la vessie, rappelons l'existence de l'espace prévésical limité en avant par le fascia transversalis et en arrière par le fascia ombilico-prévésical : ce feuillet s'attache, en haut, par un sommet tronqué à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale, puis, se déployant en triangle, descend en avant de l'ouraque et des artères ombilicales, passe au-devant de la vessie et se confond, par sa base, avec l'aponévrose pelvienne, depuis les ligaments pubo-vésicaux jusqu'au bord antérieur des échancrures sciatiques. En arrière de ce fascia se trouve le *tissu adipeux sous-péritonéal* enveloppant la vessie. Ce tissu adipeux se continue lui-même avec celui du ligament large.

Les connexions de ces différents espaces sont importantes, non point seulement au point de vue de la technique opératoire, mais encore à celui de la marche des inflammations du tissu conjonctif de ces régions, et en particulier de l'extension des paramétrites.

Entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de la matrice se trouve l'excavation péritonéale vésico-utérine. Au-dessous du pli péritonéal formant le fond de cette cavité, à hauteur de l'orifice utérin interne, le fond

de la vessie est réuni au col, comme nous le savons, par un tissu conjonctif lâche. C'est en ce point que se trouvent les artères vésicales, et les branches de l'artère cervico-vaginale. Les veines de cette région vont dans les plexus utéro-vaginaux et vésico-vaginaux. Selon l'état de vacuité ou de réplétion de la vessie, le corps utérin est horizontal ou vertical.

L'insertion latérale des ligaments larges, sur la face postérieure, desquels sont les ovaires, se fait sur les parois du bassin. La position des trompes, et surtout de leurs pavillons, dépend de la situation des ovaires, placés normalement dans la fossette ovarienne, à la partie la plus reculée de la fosse obturatrice. Cette fossette, appartenant à la paroi pelvienne latérale, est limitée en haut et en avant par les vaisseaux iliaques et l'artère ombilicale, en arrière par l'uretère et l'artère utérine, et en bas et en avant par le ligament rond.

[La fossette ovarienne est loin d'être constante en tant que cavité ou même de dépression. Lorsqu'elle existe elle est limitée : en haut par les vaisseaux iliaques externes ; en arrière par l'uretère et l'artère utérine, en bas et en avant par l'insertion pelvienne du ligament large].

L'ovaire donc, caché dans cette fossette, recouvert par la trompe, n'est pas visible immédiatement dès l'ouverture de la cavité abdominale. Au point de vue topographique, cet organe se trouve situé à l'intersection de deux plans ; l'un sagittal, mené à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de la symphyse ; l'autre frontal, passant par les centres des cavités cotyloïdes, ou tangent au promontoire ; c'est en ce point qu'on pourra le comprimer.

Après des accouchements répétés, ou des troubles congestifs, il est fréquent de voir l'ovaire quitter la fossette ovarienne, pour descendre dans la fosse hypogastrique, dans le cul de sac de Douglas.

L'ovaire est recouvert par la partie ampullaire de la trompe, dont le pavillon, grâce à la laxité du mésosalpinx, vient s'appliquer sur sa face postérieure et interne.

Dans le mésosalpinx se trouvent des réseaux veineux abondants. On y rencontre aussi les organes rudimentaires appelés époophore et paroophore, souvent sièges de productions kystiques. Nous avons dit que par suite de la disposition des organes, les ovaires sont, dès l'abord, invisibles

dans la cœliotomie, et que l'on n'aperçoit que la trompe et le ligament infundibulo-pelvien inséré sur le rebord du bassin. Nous savons que l'artère spermatique interne traverse ce ligament, se dirigeant vers la trompe et l'ovaire. Rappelons, encore une fois, que l'ovaire et le pavillon se trouvent dans le voisinage immédiat de l'uretère; ce rapport a son importance aussi bien au point de vue opératoire, qu'à celui de l'extension des périophoro-salpingites. Les trompes et les ovaires peuvent aussi être en contact avec l'intestin. A droite, la proximité du cœcum et de l'appendice, peut être une source de complications réciproques; l'appendice plonge parfois dans le cul-de-sac recto-utérin.

Alors que l'utérus est, latéralement, fixé par les ligaments larges, ses surfaces antérieure et postérieure ainsi que son fond sont complètement libres. Ces régions sont revêtues, sous la séreuse, d'une couche de paramétrium, intimement adhérente au muscle utérin. A l'endroit où cette couche de paramétrium se continue avec la zone plus lâche environnant le col se trouve une région où la séreuse se laisse décoller plus facilement que sur le fond. La région d'adhérence solide de la séreuse est limitée en bas par une ligne courbe, concave, étendue des ligaments ronds en avant aux ligaments utéro-sacrés en arrière. Le tissu conjonctif péri-utérin se continue avec le tissu conjonctif périvésical, en avant, périmrectal, en arrière. Le tissu musculaire des bords de l'utérus se prolonge en arrière dans les ligaments utéro-sacrés, vers le sacrum.

Le cul-de-sac de Douglas est divisé par les ligaments utéro-sacrés en deux étages dont l'inférieur est plus étroit (1). Le fond du cul-de-sac de Douglas correspond, en arrière, à un pli transversal de la muqueuse rectale, décrit par Kohlerhausch, et en avant au cul-de-sac vaginal postérieur; il est à 5 à 6 centimètres au-dessus de l'anus. La profondeur de cet étage inférieur du Douglas est de 3 à 5 centimètres.

Ce n'est, à l'état normal, que dans l'atrium, ou étage supérieur du Douglas, que l'on rencontre des anses intestinales; parfois le fond du cul-de-sac descend anormalement plus bas, et peut contenir des anses intestinales. On conçoit que de pareilles dispositions, congénitales le plus souvent,

(1) *Atlas-manuel de Gynécologie*, par O. Schaeffer, édition française par J. Bouglé, 1903.

puissent résulter des entéroécèles et des hernies périnéales, ou des formations kystiques développées aux dépens du diverticule péritonéal.

L'extirpation des fibromes, fibromyomes, sarcomes, carcinomes, tumeurs solides ou kystiques, développées tant aux dépens de l'utérus qu'à ceux des annexes et dont le volume excède la grosseur du poing; l'ablation de tumeurs, plus petites à la vérité, mais haut situées dans le bassin, surtout si elles sont de nature inflammatoire (pyosalpinx, abcès ovariens, adhérences appendiculaires); la ventro-fixation de l'utérus rétrofléchi; le traitement des grossesses extra-utérines, l'opération césarienne; le traitement des ruptures utérines, relèvent de la *laparotomie*, avec ouverture de l'abdomen suivant la ligne blanche. Plus rarement le ventre sera ouvert suivant une incision supra-pubienne transversale (Küstner, Pfannenstil); parfois encore suivant une incision oblique sus-inguinale.

1. Incision oblique dans la région hypogastrique inguinale.

Elle est employée surtout dans la pérityphlite, pour l'évacuation d'abcès *paramétriques*, et dans le traitement de certaines lésions urétérales inaccessibles par le vagin. Sans insister, rappelons que, dans ces derniers cas, l'uretère, après incision du feuillet séreux, est amené en position extra-péritonéale; en le faisant cheminer dans la fosse iliaque, on l'attire vers la vessie pour l'y implanter. La brèche faite au péritoine est suturée, et le point d'implantation vésicale est drainé.

2. Incision transversale supra-pubienne.

Elle doit rester extra-péritonéale pour l'exécution d'un certain nombre d'opérations: fixation en haut, de la vessie, dans les cas de cystocèles rebelles, taille vésicale pour les calculs ne relevant ni de la lithotritie, ni de la colpocystotomie; exérèse de tumeurs vésicales ne pouvant être enlevées par les voies naturelles, traitement de la tuberculose vésicale par le tamponnement à la gaze iodoformée, après taille.

Pour les opérations nécessitant l'ouverture du péritoine, il faut désinsérer l'attache inférieure des muscles droits et dégager la vessie jusqu'à ce que l'on pénètre dans la cavité séreuse; à ce moment, on agrandira, dans le sens de la hauteur, la brèche faite au péritoine. La plaie est suturée par plans, au catgut. Il est bon de placer, sur les muscles, des fils d'argent ou du crin de Florence.

[Second a eu recours dans quelques cas à la laparotomie médiane avec section transversale juxtapubienne de la peau et incision verticale, consécutive, de la paroi musculo-aponévrotique. Il croit, du reste, très restreintes les indications de ce mode d'incision qui donne à la vérité une cicatrice cachée sous les poils pubiens.]

3. Cœliotomie par incision médiane longitudinale des parois abdominales.

La veille de l'opération, la paroi abdominale aura été nettoyée et recouverte d'une compresse imbibée d'une solution de sublimé; immédiatement avant l'intervention on désinfecte à nouveau la paroi, en la savonnant à l'eau chaude, au moyen d'une brosse puis en la nettoyant à l'alcool, et enfin au sublimé.

On mène une incision, sur la ligne blanche, atteignant du premier coup l'aponévrose, puis les muscles droits sont séparés l'un de l'autre, de façon à découvrir le fascia transversalis qui est sectionné prudemment. Il n'y a aucun avantage, au point de vue de la cicatrisation, ou pour éviter l'éventration, à atteindre les plans profonds en passant dans le corps même de l'un des muscles droits.

L'ouverture du péritoine se fait au sommet d'un pli attiré avec deux pinces, pour éviter toute lésion des anses intestinales. Dans certains cas, on trouve des adhérences unissant une tumeur aux parois abdominales; elles devront être dissociées avec le doigt ou avec un instrument mousse. Si les adhérences sont en surface et solides, on pourra être contraint d'enlever une partie de la séreuse pariétale; le vide ainsi créé sera comblé par traction des lèvres péritonéales, au moment de la suture. Dans tous les cas, si un point de l'abdomen est, après l'opération, dépouillé de son péritoine, il devra être tamponné.

Pendant l'opération, on veillera à ce que les intestins, qui parfois seront au dehors, ne soient pas comprimés, et

ne se refroidissent pas; ils devront être recouverts avec des compresses stérilisées. On devra toujours nettoyer soigneusement la cavité péritonéale, et en enlever tous les liquides qui auraient pu s'y épancher au cours de l'intervention; le sang lui-même constituant, s'il n'est pas enlevé, un excellent milieu de culture microbienne.

Pour inspecter commodément le bassin, il est nécessaire de mettre la malade dans la position déclive de Trendelenburg, qui permet aux intestins de tomber vers le diaphragme. Cette position est également favorable à l'anesthésie. Par contre, il faudra rétablir la position horizontale, au moment des sutures de la paroi, pour éviter des causes d'occlusion possible (Schauta). On peut aussi diminuer la profondeur de l'aire opératoire, en distendant le vagin, préalablement désinfecté, par un tamponnement ou un colpeurynter.

Avant de refermer l'abdomen, il faut se rendre soigneusement compte si l'on n'a pas abandonné de compresses ou de tampons; tous ces objets devront être comptés avant et après. Le meilleur procédé, pour fermer l'abdomen, est d'employer des sutures en étage: il est nécessaire de faire deux plans; le premier, au catgut, comprenant le péritoine et le fascia transversalis; le second, prenant les muscles et la peau, sera exécuté avec des fils de celluloid ou de gutta percha, qui ne sont pas susceptibles de s'imbiber. On peut aussi employer des fils d'argent ou de bronze d'aluminium. Sur la suture, on met un pansement imperméable, composé par exemple de gaze iodoformée fixée avec du collodion, ou encore de la pâte à l'airal de Bruns. Ce premier pansement sera recouvert d'ouate; et le corps sera serré dans un bandage. S'il ne se produit pas d'accidents, la malade restera au lit pendant deux semaines; et au bout de trois semaines elle pourra sortir.

Note additionnelle.

[Le procédé de suture préconisé par Schaeffer est, on le voit, intermédiaire entre la suture à un seul plan et la suture à trois plans: péritoine, muscles et aponévrose, peau. La suture à un seul plan, au fil d'argent, complétée par quelques points superficiels d'affrontement cutané, est élégante et rapide, elle a l'avantage de ne pas laisser dans la cicatrice de corps étrangers susceptibles de s'éliminer; elle

est enfin tout aussi solide que la suture à trois plans si elle est exécutée convenablement, en chargeant avec l'aiguille : peu de peau, beaucoup de muscle, peu de péritoine.

Pour ce qui est du pansement, la gaze stérilisée simple, recouverte d'ouate et maintenue par un bandage de corps, est ce qu'il y a de plus simple et de mieux.

Dans toute laparotomie, si l'on a le moindre doute au point de vue de la septicité de l'intervention, il est absolument indiqué de drainer, en plaçant le tube dans le cul-de-sac de Douglas, point déclive, et le faisant sortir par l'angle inférieur de la ligne de réunion. Si le pansement n'est pas sali, le drain sera enlevé au bout de 48 heures et la cicatrisation n'en sera nullement retardée ; on peut du reste placer un fil d'attente qui sera serré, une fois le drain retiré. Si, au contraire, le tube évacue du liquide il sera prudent de le laisser quelques jours de plus. Dans les cas particulièrement graves, il peut être indiqué de drainer par le cul-de-sac de Douglas et le vagin.

Dans tout ce qui va suivre, l'auteur ne parle pas de l'ablation pure et simple des annexes, avec conservation de la matrice ; bien que la castration utéro-annexielle totale soit de plus en plus usitée, alors même qu'il ne s'agit que de lésions annexielles avec intégrité de la matrice, il nous paraît utile de dire quelques mots de l'ovaro-salpingectomie abdominale.

Salpingectomie abdominale.— L'incision faite, les intestins refoulés vers le diaphragme, le champ opératoire bien exposé par des valves, on va à la recherche du fond de l'utérus, puis des annexes, en dissociant, s'il y a lieu, les adhérences intestinales et épiploïques. L'ovaire et la trompe une fois libérés sont pédiculisés et attirés le plus possible au dehors. Le pédicule membraneux est traversé avec l'aiguille mousse, armée d'un fil double, dont les deux chefs sont croisés soigneusement. L'un de ces fils est serré et noué en dehors, enserrant la moitié externe du pédicule, l'autre en dedans contre la corne utérine. Dans certains cas, il pourra être nécessaire de faire une ligature en chaîne. Au-dessus de la ligature, les ciseaux, agissant à petits coups, détachent l'ovaire et la trompe. La surface de section du moignon est touchée au thermo-cautère. Il est prudent, pour éviter des adhérences ultérieures possibles et toujours fort douloureuses, de péritonéiser le moignon.

Certains chirurgiens, après avoir isolé le pédicule tubo-

ovarien, n'en font pas de ligature en masse et le coupent tout simplement, en liant isolément, au fur et à mesure de leur rencontre, les vaisseaux qui saignent ; le ligament large est ensuite refermé au-dessus des ligatures par un surjet.

Dans les cas difficiles, il peut être très avantageux de décortiquer les annexes de bas en haut. Pour y parvenir, on les attaque au niveau de leur insertion sur la corne utérine. Cette insertion est sectionnée entre deux pinces, puis, attirant les annexes en haut et en dehors, on les fait basculer pendant que les doigts s'introduisant au-dessous d'elles, les décortiquent. Bientôt, elles ne tiennent plus que par le pédicule vasculaire utéro-ovarien que l'on sectionne après l'avoir lié.]

4. Ablation totale de l'utérus par cœliotomie

Cette opération (Freund) est employée aussi bien dans les cas de myomes que dans ceux de carcinomes utérins, lorsque, par suite d'excès de volume, d'adhérences, de complications gravidiques, la tumeur ne peut être enlevée par la voie vaginale. Pour éviter la lésion des organes voisins et pour pouvoir parer aux risques d'hémorragie, il faut attirer hors de l'abdomen l'utérus et les annexes. La ligature des vaisseaux est ici plus simple que dans l'hystérectomie vaginale ; cependant, pour l'artère utérine, la manœuvre est parfois délicate, et l'on est exposé, tant à la manquer et à voir se produire une hémorragie, qu'à léser l'uretère en la pinçant.

L'ordre dans lequel on fait les ligatures est le suivant : tout d'abord, on lie le ligament suspenseur de l'ovaire avec l'artère spermatique interne ; puis le ligament utéro-ovarien avec l'origine utérine de la trompe, et les rameaux venus de l'utérine pour l'ovaire et la trompe ; enfin le ligament rond à peu près en son milieu (voy. pl. XXXIV), avec son artère. On sectionne ensuite des deux côtés le ligament large, entre l'utérus et les ligatures, jusqu'au niveau de l'orifice utérin interne (voy. pl. XXXV).

Nous pouvons maintenant reconnaître les battements de l'artère utérine, la séparer du tissu conjonctif circumvoisin, et l'isoler de l'uretère ; il sera alors possible de la lier ainsi que les vaisseaux de la base du ligament large (voy. pl. XXXVI). L'artère cervico-vaginale ne devra pas être oubliée. On peut alors décoller l'utérus de la vessie avec un instru-

Planche XXXIV. — Ablation totale de l'utérus par cœliotomie (Freund). Ligature des annexes. Les lèvres de l'incision sont écartées avec des valves de Fritsch, garnies de compresses, et laissent voir l'intérieur du bassin. Le ligament suspenseur de l'ovaire gauche et le ligament rond gauche sont déjà liés : l'insertion utérine de la trompe va être liée.

Planche XXXV. — Extirpation totale de l'utérus par cœliotomie. Section du ligament large gauche entre les ligatures.

Planche XXXVI. — Ablation de l'utérus par cœliotomie. Ligature de l'artère utérine gauche. Le paramétrium gauche est mis à découvert par la dissociation mousse des deux feuillets du ligament large, de façon qu'on peut voir et toucher dans la profondeur l'artère utérine, et reconnaître l'uretère.

Planche XXXVII. — Ablation totale de l'utérus par cœliotomie. Séparation de l'utérus d'avec le vagin. On voit les trois ligatures principales des vaisseaux de chaque côté. De la sorte, l'exérèse utérine peut se faire sans perte de sang.

ment mousse, et ouvrir le vagin ; le tamponnement préalable facilite singulièrement l'ouverture de cet organe. Il est ensuite facile de désinsérer complètement l'utérus du vagin (voy. pl. XXXVII).

Le vagin est fermé transversalement ; ensuite un surjet de catgut, étendu d'un ligament suspenseur de l'ovaire à celui du côté opposé, recouvre de péritoine les ligatures faites sur les vaisseaux des ligaments larges. Ce plan de sutures est solidarisé avec celui fermant le vagin (voy. pl. XLI). Si l'on emploie des points séparés, les nœuds devront être faits du côté du vagin.

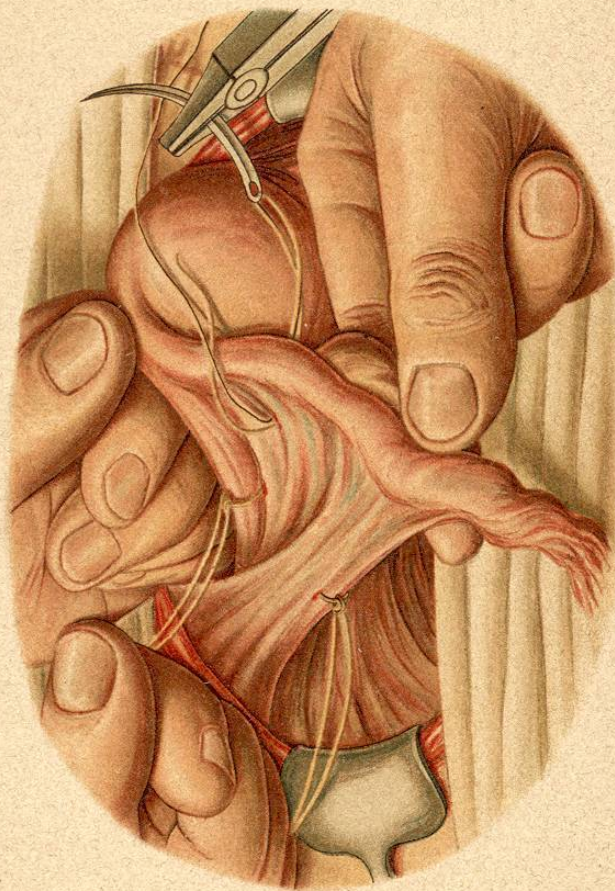
5. Amputation supra-vaginale de l'utérus fibromateux par cœliotomie.

On l'emploie dans les cas de tumeurs plus grosses qu'une tête de fœtus, et aussi en chirurgie obstétricale, par opposition à l'opération césarienne conservatrice, lorsqu'il s'agit d'utérus infectés ou déchirés.

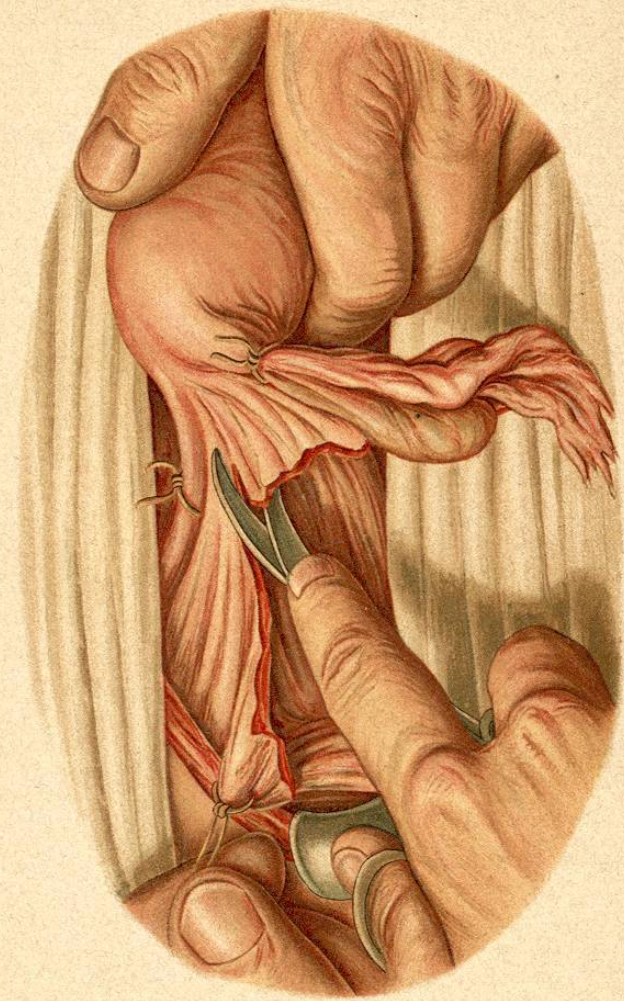
Elle est encore indiquée à titre préventif chez une multipare ayant eu antérieurement des accouchements dystociques.

L'amputation de l'utérus fibromateux se fait suivant la

Tab. 34.



Tab. 35.



Tab. 36.

