

technique de Chroback, avec enfouissement sous-péritonéal du moignon cervical. Les premiers temps de l'opération sont identiques à ceux de l'hystérectomie totale, jusqu'à la ligature de l'artère utérine. Celle-ci est exécutée de telle sorte que le fil vienne passer à travers le bord musculaire de l'utérus (voy. pl. XXXVIII). Avant de procéder à l'amputation du corps utérin, on détache, sur sa paroi postérieure, un lambeau séreux suffisant pour recouvrir le moignon cervical, et assez large pour ne pas être exposé à la nécrose (voy. pl. XXXIX). Le moignon cervical est évidé en entonnoir (voy. pl. XL) afin que l'on puisse en suturer largement l'une à l'autre les faces amincies, au-dessus de la lumière du canal cervical. La suture utérine est enfouie sous un surjet réunissant la séreuse au-dessus du moignon ; le lambeau ainsi ramené est fixé, latéralement, à la suture précédemment décrite, réunissant le péritoine au-dessus des ligatures faites sur le ligament large.

Note additionnelle.

[Il ne saurait entrer, dans le cadre d'un ouvrage comme celui-ci, de passer en revue les innombrables procédés d'hystérectomie abdominale *totale* ou *subtotale* décrits à ce jour. Nous compléterons simplement le texte un peu succinct de Schæffer par la description du procédé dit *américain*, imaginé par *Kelly*, vulgarisé en France et perfectionné par *Segond*. Ce procédé a l'avantage d'être applicable dans l'immense majorité des cas, y compris les plus compliqués. Voici quels en sont les temps opératoires successifs.

Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles et, sans se préoccuper autrement des masses qui encombrent le petit bassin, du volume des tumeurs et de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes. C'est toujours possible, quel que soit le volume des fibromes ou la répartition des lésions suppuratives. L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant. Traiter de même l'artère du liga-

**Planche XXXVIII.** — Amputation de l'utérus fibromateux par cœliotomie ; avec traitement rétro-péritonéal du moignon cervical (d'après Chrobak). Ligature de l'artère utérine après que les autres ligatures ont été faites comme dans l'opération précédente. L'artère utérine est liée en passant l'aiguille dans le tissu cervical.

**Planche XXXIX.** — Amputation de l'utérus myomateux par cœliotomie. Formation d'un lambeau péritonéal aux dépens de la face utérine postérieure, dans le but de recouvrir le moignon cervical (Chrobak). Toutes les ligatures sont faites.

**Planche XL.** — Amputation de l'utérus myomateux par cœliotomie. Evidement en entonnoir du moignon cervical. A côté du moignon on voit les ligatures des utérines. La cavité du col est énergiquement désinfectée, et recouverte par la suture des bords de la cavité cervicale.

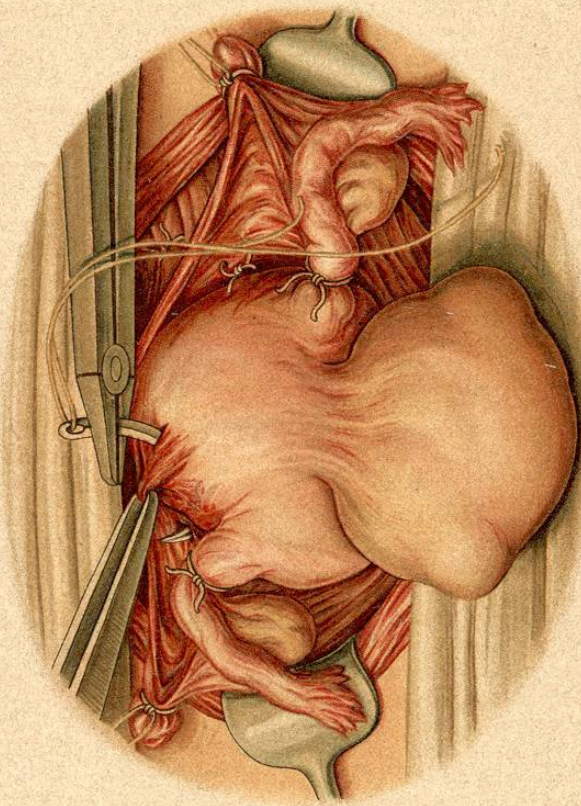
**Planche XLI.** — Amputation de l'utérus myomateux par cœliotomie. Fermeture de la plaie péritonéale. Surjet de catgut. On va transversalement d'un ligament suspenseur de l'ovaire à l'autre. C'est au cours de ce temps qu'on fait l'enfouissement sous-séreux du moignon cervical.

**Planche XLII.** — Hystéropexie abdominale ou ventrofixation utérine, d'après Olshausen. On suture le ligament rond dans l'incision abdominale. Czerny et Léopol prennent le fond de l'utérus.

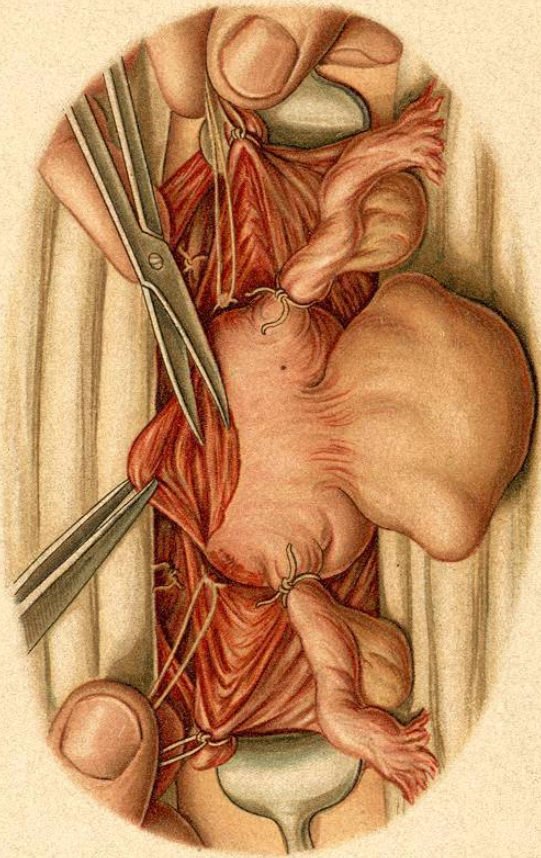
ment rond, et couper toute la hauteur du ligament large, de haut en bas jusqu'à l'artère utérine.

Bien reconnaître celle-ci, et, comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a, nulle part, de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. Si le ligament large est occupé par une tumeur liquide ou solide, il faut s'en débarrasser, suivant les règles habituelles, pour procéder ensuite à la recherche précédente. L'artère, une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus, et la couper entre le fil et la pince. Poursuivre ensuite le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant tomber le cul-de-sac vaginal correspondant, et sans autre guide que la perception digitale du col, au travers des parties molles.

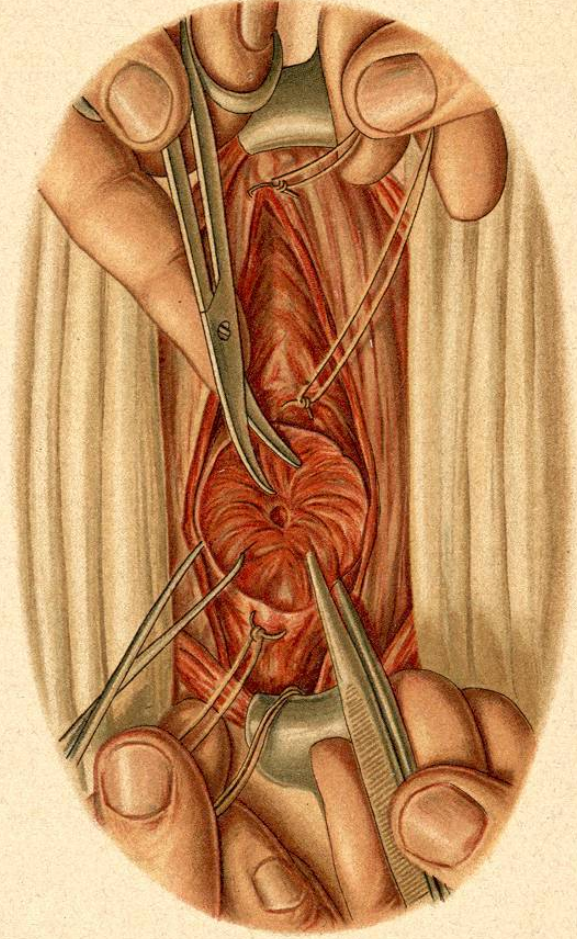
A ce moment l'hémostase n'est jamais complètement



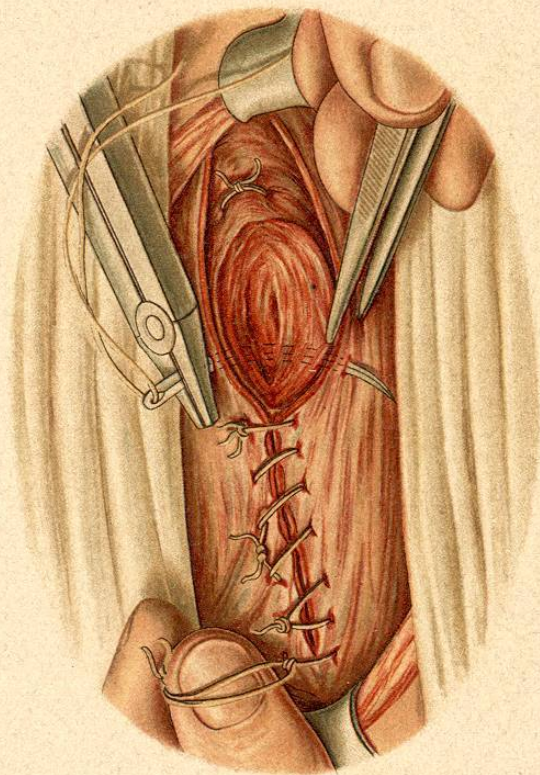
*Tab. 39.*



Tab. 40.



Tab. 41.



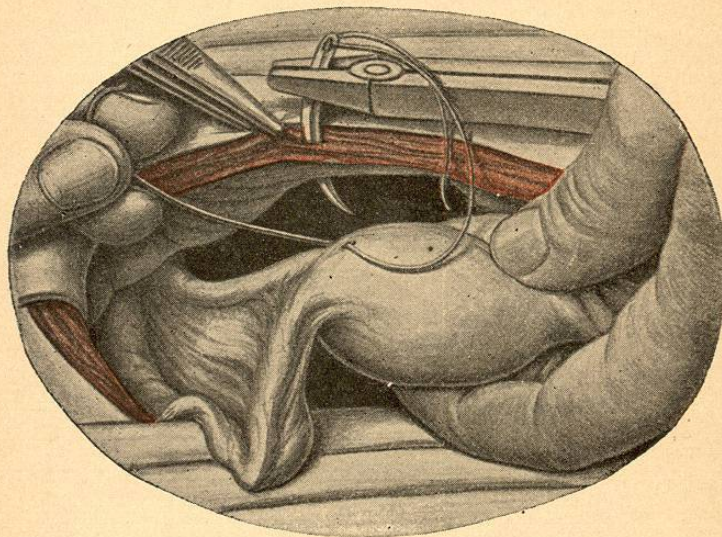


Planche 42. — Hystéropexie abdominale ou ventro-fixation utérine,  
d'après Olshausen.

assurée par le fil unique de l'utérine ; les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus de sang qu'on ne se plaît à le dire, et il va de soi qu'on doit en assurer l'occlusion par des ligatures appropriées.

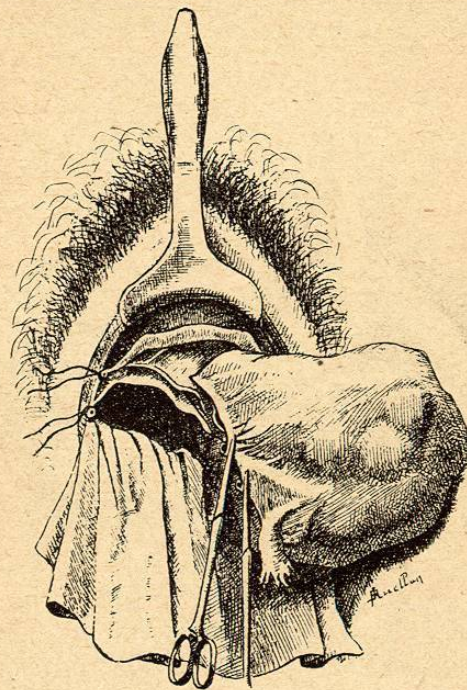


Fig. 35. — *Hystérectomie abdominale (Procédé de Kelly-Segond).*  
— La section du ligament large gauche vient de conduire sur l'utérine du même côté. L'utéro-ovarienne et l'artère du ligament rond sont liées; l'utérus est renversé à droite, et au fond du décollement on reconnaît l'artère utérine qu'on va lier en se garant de l'uretère.

Procéder ensuite à la succession des temps suivants :  
préhension du col au travers de la brèche vaginale; renversement du museau de tanche en haut et à droite à l'aide d'une pince convenable; libération complète du col en arrière

et en avant, avec la précaution d'entailler, à ce dernier niveau et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante ; ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne.

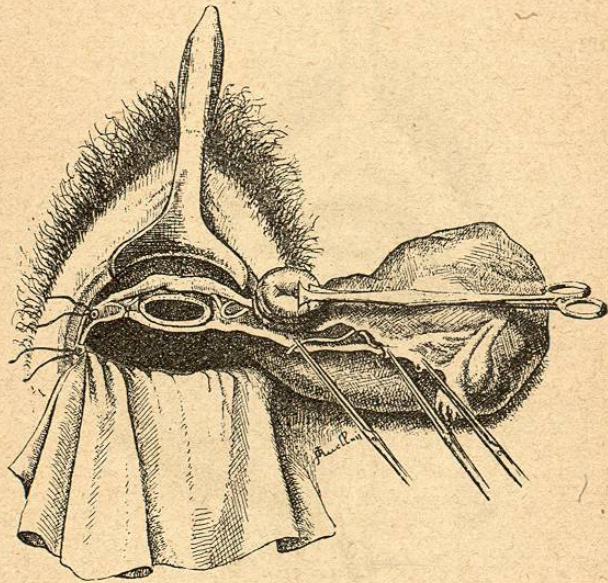


Fig. 36. — *Hystérectomie abdominale (Procédé de Kelly-Segond).*  
— La masse utéro-ovarienne tout à fait renversée à droite ne tient plus que par le ligament large correspondant. On voit la section et les trois ligatures maîtresses du ligament large gauche, l'ouverture du vagin et l'artère utérine droite mise à jour et dénudée par le seul fait de l'arrachement du col en haut et à droite.

Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par traction, et on

voit aussitôt l'artère utérine dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit. Un autre détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément de tout son poids dans le vide ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir pour éviter un arrachement trop brusque.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin. Nous n'insistons pas sur les deux dernières manœuvres qui sont de pratique courante, mais il faut souligner, d'une manière très particulière, la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase, et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même. Nombre de petites artères donnent, en effet, une fois les six ligatures maîtresses posées, au-dessous du moignon des utérines ou sur la hanche vaginale et il faut apporter une attention très particulière, soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin.

Il est à peine besoin d'indiquer les modifications que le chirurgien apportera à cette technique, s'il veut, à la façon de Kelly, amputer l'utérus en laissant le col, faire en un mot une hystérectomie *subtotale*, comme l'on dit en France à l'heure actuelle. Les trois artères du côté gauche une fois liées, le col sera sectionné transversalement et l'opération terminée de l'autre côté par décollement, de la façon indiquée plus haut. La cavité cervicale une fois désinfectée au thermo-cautère, un surjet unira les deux lèvres du col, puis le péritoine sera suturé au-dessus de ce moignon et de la ligne des ligatures artérielles.]

## 6. Ventrofixation de l'utérus.

Cette opération (Olshausen-Czerny-Léopold) est préférée, chez les femmes jeunes, à la vagino-fixation, étant donnée la possibilité de grossesses ultérieures. Elle s'adresse aux rétroflexions non réductibles. Olshausen fixe les insertions



utérines des ligaments larges au péritoine pariétal, dans l'incision de celui-ci, les fils embrassant les muscles droits. Czerny et Léopold suturent le fond même de l'utérus. Comme matériel de suture on emploie le catgut.

Note additionnelle.

[Voici en quelques mots la technique la plus usitée pour l'hystéropexie abdominale. Incision sus-pubienne médiane, de faible longueur, examen du petit bassin, destruction des adhérences utérines, s'il y a lieu, traitement des annexes, le cas échéant, et, à ce propos, il est curieux de noter combien, le plus souvent, la ligature nécessitée par la castration ovaro-salpingienne, même unilatérale, suffit à redresser la matrice. La face utérine antérieure est attirée dans la plaie. Le point d'élection pour le passage des fils est la partie de la face antérieure intermédiaire à l'isthme et au fond. Ce mode de fixation permet à l'utérus gravide de se développer librement dans l'abdomen, alors que la fixation du fond, que l'on ne saurait trop proscrire, prédispose à l'avortement et aux mauvaises présentations.]

On passe horizontalement trois fils de gros catgut dans l'épaisseur de la paroi utérine, sans intéresser la muqueuse. Le fil supérieur doit correspondre à peu près à l'insertion utérine des ligaments ronds. Les chefs des fils sont ensuite conduits à travers toute l'épaisseur de la couche musculo-aponévrotique de la paroi. Le péritoine est suturé, les fils de fixation noués et l'opération terminée comme une laparotomie ordinaire.]

## X

### OPÉRATION D'ALEXANDER-ADAM

Cette intervention est exécutée après découverte de la portion inguinale des ligaments ronds.

#### ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET OPÉRATOIRE DE LA RÉGION INGUINALE

Une incision cutanée menée parallèlement au ligament de Poupart, et immédiatement au-dessus, rencontre, au-dessous du pannicule adipeux, le fascia abdominal superficiel. Une mince couche celluleuse sépare le fascia de l'aponévrose résistante du muscle grand oblique. Cette dernière couvre et forme le canal inguinal, dont l'orifice interne est situé un peu en dedans du trajet de l'artère épigastrique, repérable, on le sait, à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du pubis. L'anneau inguinal externe peut être reconnu par la palpation, un peu en dedans de l'épine du pubis. Cet orifice est constitué par une division des fibres de l'aponévrose du muscle oblique externe qui forme les piliers supérieur et inférieur de l'anneau, en haut duquel existent des fibres rayonnées, intermédiaires, dites arciformes. Cet orifice est recouvert par un fascia se continuant avec l'enveloppe fibreuse des lèvres. Entre les piliers passent le ligament rond et le nerf ilio-inguinal, dont le trajet croise la veine honteuse externe.

Dans le canal inguinal passent donc le ligament rond et le nerf ilio-inguinal. Pour découvrir le ligament, il faut fendre l'aponévrose du grand oblique sur une longueur de 7 à 8 centimètres, à partir de la symphyse et parallèlement au ligament de Poupart. Nous pouvons ainsi voir la paroi postérieure du canal, constituée par le fascia transversalis et la portion réfléchie de l'arcade fémorale. Près de l'orifice inguinal interne, on aperçoit un prolongement en forme de cul de sac accompagnant le ligament rond : c'est le diverticule péritonéal de Nüek, qui n'adhère que très lâchement au ligament. L'anneau inguinal interne est bien délimité par le *repli semi-lunaire* du fascia transversalis.