

consolide le tout en fermant par des ligatures profondes les espaces compris entre les bords cruentés.

TRACHÉLORRHAPHIE OU OPÉRATION DITE D'EMMET.

Elle est indiquée lorsqu'il y a une déchirure latérale du col allant jusqu'à l'insertion vaginale. Elle rend d'autant plus de services que la lésion est plus complète, c'est-à-dire, dans les cas d'*ectropion marqué* du col et de lacération bilatérale profonde avec nodule cicatriciel douloureux.

Elle consiste dans l'ablation d'une bandelette de tissu à chacune des lèvres.

L'avivement porte sur les parties latérales de chaque lèvre dans une étendue suffisante pour que la coaptation des bords des lèvres soit aisée. On peut le pratiquer au bistouri, ou au moyen de ciseaux. L'avivement ainsi obtenu donnera un V dont le sommet répondra à l'insertion vaginale. — Une fois terminé, on passe des fils qui vont de la muqueuse externe à la partie cruentée et de la partie cruentée à la muqueuse cervicale, en allant de dehors en dedans de façon à rapprocher les bords correspondants des deux lèvres.

Quand tous les fils sont placés et serrés, on les noue et le col reprend sa forme.

Il importe, pour réussir cette opération :

- 1° De ne négliger aucune précaution antiseptique ;
- 2° De pratiquer un avivement assez large en surface ;
- 3° D'exciser surtout en dedans, vers le conduit cervical ;
- 4° Enfin d'enlever tout le tissu cicatriciel qui est logé à l'angle de la déchirure, sans en laisser le moindre vestige.

On a proposé quelques opérations destinées à modifier celle-ci, mais aucune ne comporte guère plus de simplicité d'exécution ni de garantie de réussite.

ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS

HYSTÉRECTOMIE

L'ablation complète de l'utérus entre chaque jour davantage dans les mœurs chirurgicales; les perfectionnements apportés dans l'examen des malades, la certitude plus précoce du diagnostic des néoplasmes du corps de l'utérus, et surtout la fréquente malignité de ces néoplasmes sont des raisons puissantes qui engagent les chirurgiens à enlever de bonne heure l'organe atteint.

Ce qui domine en effet dans les tendances que j'ai observées chez les chirurgiens modernes, au sujet du traitement des affections malignes de l'utérus, c'est la préoccupation :

1° *D'intervenir de bonne heure.*

2° *D'enlever tout ce qui peut devenir le siège d'une récurrence.*

Ces deux conditions sont en effet indispensables au succès de l'opération; si les statistiques de l'hystérectomie présentent de grandes variations selon les chirurgiens qui les fournissent, c'est que ceux-ci n'observent pas de la même façon ces indications.

Presque tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour indiquer l'ablation totale de l'utérus comme opération de choix; à cause de cela, les procédés opératoires de l'hystérectomie ont été très perfectionnés pendant ces derniers mois.

Les chirurgiens français en particulier en ont fait une opération simple, rapide et relativement facile.

Je donnerai dans un ordre chronologique la description des différents procédés que j'ai vu pratiquer.

L'ablation complète de l'utérus peut se faire par l'*abdomen* et par le *vagin*.

L'*hystérectomie abdominale* a été un peu négligée dans ces derniers temps.

Hystérectomie
abdominale.

on libère la partie du ligament large, comprise entre ce premier point et le corps de l'utérus; cette section doit toujours être faite le plus près possible de l'utérus, de façon à laisser, en dehors de la ligature, le pédicule le plus long possible.

Suture étagée. — L'on porte alors un second fil sur le ligament large, immédiatement au-dessus du premier; ce second fil sera noué fortement et de façon à comprendre dans son anse le premier point déjà fait et à le consolider; section de la partie du ligament comprise entre cette seconde ligature et l'utérus.

L'on continue de sectionner ainsi le ligament large, à mesure que l'hémostase est assurée d'avance par la pose de sutures successives, ces sutures comprenant toujours dans leur anse toutes celles qui ont été faites au-dessous d'elles.

Quand on a libéré complètement, à droite, l'utérus du ligament large, l'on peut assurer l'hémostase en plaçant un dernier fil plus gros en haut et en dehors de tous les autres; ce fil sera noué fortement en prenant dans son anse la totalité des ligatures déjà faites.

Pendant tout ce temps, l'index gauche est glissé entre les parois de l'utérus sous le ligament large et sert de guide aux ciseaux pour les sections successives.

Le côté droit étant séparé complètement, l'on incline à droite l'utérus en le tirant en dehors le plus possible; cette manœuvre laisse saisir le bord gauche de l'utérus et permet de libérer son ligament large gauche. On y arrive avec beaucoup plus de facilité que pour le ligament droit.

On sépare l'utérus de son ligament large gauche par le même procédé indiqué plus haut pour le côté droit.

L'on peut, de même que pour le côté opposé, placer sur les ligatures une ou deux anses de gros fils qui comprennent toutes les autres, comme garantie contre l'hémorragie secondaire.

Quand l'utérus est ainsi séparé de chaque côté de ses ligaments larges, on achève de décoller, à l'aide du doigt,

le fond de l'utérus des tissus qui l'entourent et l'on place, au fur et à mesure, les ligatures nécessaires.

L'organe, ainsi libéré de tous les côtés, est attiré au dehors facilement; la surface de la section des tissus est touchée avec le thermocautère Paquelin.

On peut rendre plus certaine encore l'hémostase des pédicules des ligaments larges, en les cautérisant profondément au fer rouge.

L'opération est dès lors terminée, il ne reste plus qu'à faire le nettoyage des culs-de-sac avec des tampons et des éponges fines.

On assure, une dernière fois, l'hémostase en posant quelques ligatures sur les petits vaisseaux qui saignent à la surface cruentée et enfin l'on serre les fils qui ont été posés en bourse au début de l'opération, de façon que l'ouverture vaginale qui reste soit aussi petite que possible.

Avant de procéder au pansement, il est bon de mettre le bassin en position très déclive en avant, pour que les liquides qui seraient restés dans le cul-de-sac s'écoulent complètement.

On saupoudre les pédicules d'iodoforme, et des bandes de gaze sont introduites dans le vagin de manière à former un tampon peu serré.

L'on couvre ensuite le ventre d'une couche de ouate aseptique maintenue par des bandes de flanelle et la malade est portée dans son lit.

Ce procédé, qui malheureusement a le tort de durer environ une heure et plus, a plusieurs avantages :

Il permet de terminer toute l'opération, l'utérus étant maintenu dans sa position normale; il supprime donc le mouvement de bascule qui compliquait les premiers procédés de cette opération.

La perte de sang est presque nulle, grâce à la suture qui précède chaque incision, ce qui est d'une grande valeur, les malades qui se soumettent à cette opération étant généralement fortement anémiées par les métrorrhagies antérieures.

Les hémorragies secondaires sont aussi complètement

prévenues par les ligatures de sûreté qui comprennent dans leur anse tout l'étage des sutures précédentes.

Quelques chirurgiens ont craint qu'il n'y ait quelque inconvénient à abandonner dans le péritoine de véritables paquets de gros fils. L'expérience a prouvé que cette crainte est chimérique. Il n'en résulte aucun inconvénient quand ces fils sont rigoureusement aseptiques.

Le reproche le mieux fondé que l'on peut faire à ce procédé, c'est la difficulté de placer les ligatures, difficulté qui prolonge beaucoup une opération assez simple du reste.

2^o Procédés de Schröder et Martin.

Le vagin et le rectum sont soigneusement lavés avec une solution phéniquée au quarantième.

Un spéculum plat et court est placé sur la fourchette pour aider à découvrir le col et retiré aussitôt que celui-ci est accroché. Le col saisi par deux pinces de Museux, une sur chacune des lèvres, est attiré en bas en dehors de la vulve.

Une incision circulaire est pratiquée à deux centimètres environ de l'orifice du col et intéresse les culs-de-sac vaginaux.

Le chirurgien place alors un premier fil sur le bord libre supérieur de la muqueuse incisée; ce fil est attiré en haut et sert à maintenir le champ opératoire écarté et hors de la vulve.

Le doigt est introduit à travers l'incision et décolle complètement la vessie de l'utérus, puis avec les ciseaux l'on incise largement le péritoine du cul-de-sac de Douglas.

Le doigt introduit en arrière de l'utérus le décolle également à sa partie postérieure, et c'est sur ce doigt comme guide que l'on incise le péritoine qui recouvre le cul-de-sac de Douglas.

Pour faciliter cette double libération, le col doit être attiré d'abord en bas, ensuite en haut.

Avant d'ouvrir les culs-de-sac on fait une large irrigation avec la solution phéniquée à 5 pour 100.

Quand la matrice est ainsi libérée en avant et en arrière, le chirurgien amène l'utérus en dehors en tirant fortement sur lui par plusieurs pinces de Museux placées sur le col.

A l'aide de ces pinces, il incline le col du côté droit et place un écarteur métallique sur le côté gauche de la vulve.

Dans l'intervalle et par le cul-de-sac postérieur, il in-

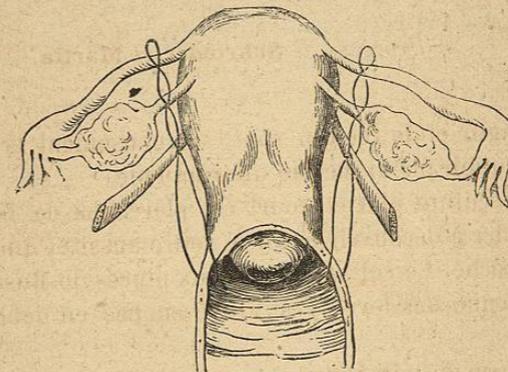


Fig. 22. — Schéma des ligatures à pratiquer dans l'extirpation totale de l'utérus.

troduit dans la cavité péritonéale l'indicateur gauche qui sert de conducteur pour placer une première ligature sur le ligament large à l'aide du porte-fil de Martin.

Avec le bistouri, on sectionne entre la ligature et l'utérus, en rasant cet organe. Deux ou trois autres nœuds sont placés au-dessus du premier sur le ligament large du même côté, qui est momentanément abandonné. Puis, inclinant, à l'aide des pinces, le col de l'utérus vers le côté opposé (à gauche), le chirurgien procède au même travail de libération du ligament large à droite.

Quand le côté droit de l'utérus a été en partie détaché de son ligament large, le chirurgien revient sur le ligament

Les chirurgiens allemands ont été les premiers à reprendre, en la modifiant, l'opération de Récamier : l'*hystérectomie vaginale*. Elle est aujourd'hui le procédé que l'on emploie couramment pour enlever l'utérus malade, et on réserve la *laparotomie* pour l'ablation des grosses tumeurs.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

1° Procédé de **Léopold**, de Dresde¹.

La malade est endormie, le chirurgien assis en face de la région périnéale.

Le vagin, le rectum et la cavité utérine sont soigneusement lavés avec une solution antiseptique; un tampon iodoformé, armé d'un fil, est placé dans le rectum.

Les poils sont rasés; la vulve, le pubis et la face interne des cuisses sont savonnés d'abord et ensuite dégraissés avec un tampon imbibé d'éther. On les frotte encore d'une solution de sublimé au millième.

Le spéculum de Fritsch pour l'irrigation continue est placé dans l'angle supérieur de la vulve.

Le col de l'utérus, saisi par un crochet à sa lèvre supérieure, est amené en bas et en dehors de la vulve, puis, avec un tampon antiseptique, on nettoie énergiquement le canal et le museau de tanche préalablement lavés.

Le chirurgien place ensuite un spéculum plat et court sur la fourchette, et deux écarteurs métalliques assez larges de chaque côté de la vulve.

L'utérus étant fortement maintenu par une pince de Museux, une incision circulaire est tracée au bistouri à environ un centimètre de l'ouverture du col; la muqueuse est légèrement disséquée au-dessus de cette incision, et le doigt en continue ensuite le décollement.

1. Ce procédé, quoique venu après certains autres, me paraît devoir être décrit le premier, parce qu'il est le plus complet et le plus méthodique de ceux du même ordre.

Ce temps est long et doit être aidé de quelques débridements au bistouri.

De temps à autre, une sonde, portée dans la vessie, indique si cet organe n'est pas menacé d'être intéressé par la dissection de la cloison vésico-vaginale.

Après avoir décollé la cloison vésico-vaginale, on emploie le même procédé de décollement pour la cloison recto-vaginale.

Le décollement antérieur et le postérieur sont terminés à l'aide de petites incisions libératrices.

Le décollement achevé, l'utérus, en partie libéré, est abaissé de façon à laisser poser les premiers points de suture sur la partie antérieure de l'incision circulaire; les fils sont relevés sans être liés ni serrés de suite.

Puis, l'utérus est relevé de façon à permettre de poser en arrière les points de suture qui compléteront la suture circulaire et qui seront serrés plus tard, de façon à figurer complètement la ligature en bourse.

En attendant, ces fils, réunis en paquet, sont pris dans une pince et laissés pendants devant l'anus.

L'utérus étant ainsi dégagé en avant et en arrière, on procède alors à sa libération latérale en le séparant des ligaments larges et des organes qu'ils contiennent. On incline à gauche la portion libre de l'utérus et, avec l'aiguille courbe à manche de Cooper, on porte un premier gros fil sur le ligament large à un centimètre environ du corps de l'utérus.

Ce fil est fortement serré et coupé d'un coup de ciseaux;

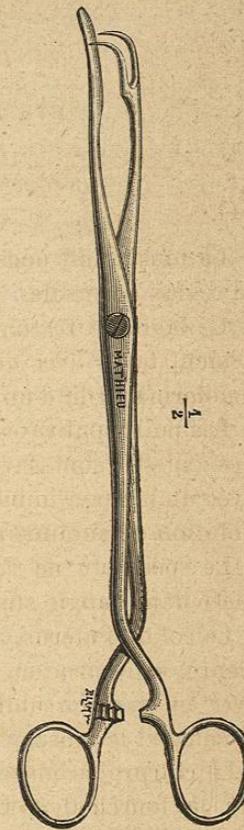


Fig. 21.
Pincés à crochet pour abaisser l'utérus.