

large du côté gauche et continue, par des ligatures et des sections consécutives, la libération de ce ligament.

Par le même procédé, il lie le ligament large du côté droit et le sépare de l'utérus par des incisions pratiquées le plus près possible de cet organe.

Pendant ces premiers temps, un aide fait, d'une façon intermittente, l'irrigation des points sur lesquels on opère avec une solution phéniquée faible, à l'aide d'une sonde coudée qui permet d'irriguer profondément.

L'utérus a été incliné en haut et en bas, à droite et à gauche, pour faciliter sa libération, mais jusqu'ici il reste dans sa position normale.

Toutes les ligatures sont faites avec la soie phéniquée tressée ronde et de moyenne grosseur.

Reste à terminer la section des deux ligaments et des trompes.

Avant d'ouvrir les culs-de-sac, le chirurgien fait une irrigation très soignée de tout le champ opératoire avec une solution phéniquée à 5 pour 100.

Une fois l'utérus libéré du côté de la vessie et du côté du rectum, le chirurgien passe deux doigts dans le cul-de-sac de Douglas et les appuie sur le fond de l'utérus qui est fortement attiré vers la vulve et basculé en arrière.

Le chirurgien passe alors une série de fils sur les restes des tissus adhérents de chaque côté au sommet de l'utérus, et sectionne à mesure, avec le bistouri ou les ciseaux, en coupant le plus près possible de l'utérus.

Quand l'hémostase préventive paraît suffisante, l'utérus est détaché complètement par une dernière incision.

L'hémostase définitive est alors assurée par une série de nouvelles ligatures placées sur les pédicules des ligaments larges et sur les bords de la muqueuse.

Un dernier lavage est pratiqué sur les pédicules des ligaments et sur le péritoine, avec une solution phéniquée à 5 pour 100.

Quelques sutures sont placées pour resserrer en bourse l'orifice péritonéo-vaginal, et le tout est saupoudré d'iodoforme.

Un tamponnement léger du vagin avec des bandes de gaze iodoformée complète le pansement.

Ce procédé permet de faire toute cette opération sans que la perte de sang soit abondante.

La quantité de fil abandonné dans le péritoine est moindre qu'avec la suture de Léopold. Mais ce procédé est long et demande au moins une heure pour le chirurgien qui en a le plus l'habitude, comme M. Schröder lui-même.

Le procédé de Schröder diffère de celui de Martin en ce que le dégagement de l'utérus se fait simultanément des deux côtés à la fois, tandis que Martin libère complètement un ligament avant de toucher à l'autre.

La méthode de Schröder permet de faire l'opération sans changer la position normale de l'utérus, mais c'est une méthode lente et difficile.

Son système de suture des ligaments larges est plus simple que celui de Léopold, mais il offre peut-être moins de garantie contre l'hémorragie secondaire.

Ces deux procédés sont très longs, d'une exécution assez difficile et je leur préfère de beaucoup la méthode des chirurgiens français que je décris plus loin.

3° Procédé de Duvélius.

Duvélius propose de modifier l'opération de la façon suivante : il ouvre comme d'habitude l'espace de Douglas, lie les ligaments larges, dégage la vessie, fait basculer l'utérus et passe la main derrière pour aller accrocher les replis vésico-utérins.

Il applique alors le col sur le corps de l'utérus et coupe le tissu sous-péritonéal attiré en avant ainsi que le péritoine.

Il place de chaque côté trois ligatures qui embrassent la moitié supérieure du ligament large et la fixent à la paroi latérale du cul-de-sac vaginal. — Pour y arriver, il enfonce une aiguille à travers le cul-de-sac latéral du vagin, la con-

duit sur le ligament large, la fait revenir à travers le cul-de-sac vaginal et serre les fils. On place ainsi trois ligatures de chaque côté de l'utérus.

Une fois l'utérus séparé des deux côtés ligaturés, on voit les deux pédicules des ligaments légèrement écartés dans la cavité abdominale et faisant saillie dans le vagin.

On évite ainsi les hémorragies et la formation d'une ouverture péritonéale. De plus, les surfaces des plaies sont toujours visibles dans le vagin et les sécrétions s'écoulent librement à l'extérieur et non dans la cavité abdominale.

4° Procédé du morcellement de Péan.

Péan a, lui aussi, apporté à l'opération de l'hystérectomie une série de modifications qui permettent d'employer la voie vaginale pour l'extirpation totale de tumeurs ou d'utérus volumineux. — Pour cela il morcelle les tumeurs ou l'organe lui-même avant de les extraire.

Pour les tumeurs il procède de la façon suivante : après avoir détaché le col de l'utérus sur toute sa hauteur, il le fend latéralement, et pinçant les deux lèvres avec des pinces de Museux, il l'attire à la vulve. L'application de pinces hémostatiques sur l'ouverture des vaisseaux supprime toute perte de sang.

On dissèque ensuite soigneusement l'utérus pour pénétrer dans les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur.

Cela fait, l'extirpation devient très simple, sauf dans les cas où la tumeur accolée à l'utérus est d'un volume trop considérable et ne peut s'abaisser.

C'est alors que le chirurgien coupe, par morceaux, la tumeur, avec le bistouri ou les ciseaux jusqu'à ce qu'elle permette à l'utérus d'être entraîné hors du vagin.

Après cela il ne reste qu'à lier les ligaments larges et leurs vaisseaux, et quand l'utérus est détaché on l'extrait avec facilité.

Péan a pu par ce procédé enlever, par le vagin, des tu-

meurs utérines de 15 centimètres de hauteur sur 12 de largeur.

Dans certains cas de cancers de l'utérus, le morcellement de l'organe est difficile à cause de la friabilité des tissus malades. On morcelle alors à l'aide du cautère tranchant porté au rouge blanc et dont on doit être muni en double pour ne pas interrompre le morcellement.

Le tissu morbide est alors enlevé sans hémorragie et l'extirpation totale de l'utérus se fait comme il a été dit plus haut.

M. Péan est le chirurgien français qui a, le premier, mis à profit l'emploi des pinces à forcipressure pour l'hystérectomie. A titre d'inventeur des pinces il a incontestablement la priorité; à tout autre titre, il doit être considéré comme le précurseur de la méthode perfectionnée dont la description va suivre.

5° Procédé de Richelot et Terrier.

Un chirurgien français, M. Richelot, a modifié d'une façon heureuse le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale.

Au mois de juillet de cette année, M. Doléris a fait à la Société gynécologique de Paris une communication sur le résultat de cette modification.

C'est cette communication toute récente dont je donne ici la substance :

Dans le courant de l'année 1885, le docteur Richelot pratiqua pour la première fois l'hystérectomie vaginale; les ligatures placées sur les ligaments larges furent insuffisantes et la malade mourut d'hémorragie.

A la suite de cet échec, au mois de novembre de la même année, il proposa à la Société de chirurgie de substituer aux ligatures, toujours très difficiles et qui prolongent beaucoup l'opération et la manœuvre intra-péritonéale, l'emploi des pinces longues à pression continue.

Les pinces employées par M. le Dr Richelot sont longues

et fortes. Leurs mors, légèrement recourbés sur le clamp, ont une longueur d'environ dix centimètres. Ils s'adaptent bien exactement l'un sur l'autre dans toute leur longueur.

Les manches sont munis d'une crémaillère qui permet de faire la pression continue.

Ces pinces sont appliquées de la façon suivante :

Quand, après avoir fait les deux incisions demi-circulaires sur la muqueuse vaginale réfléchie sur le col, on a dégagé l'utérus en avant et en arrière, au lieu de procéder à la pose des points de suture, le chirurgien place l'index gauche sous le ligament large gauche et, entre ce doigt qui sert de conducteur et la face postérieure du ligament, il glisse la branche inférieure d'une pince longue et forte demi-ouverte, de façon que lorsque l'extrémité de cette branche est à la limite supérieure du ligament, celui-ci se trouve tout entier compris entre les deux branches de ces pinces.

On s'assure alors avec le doigt que le ligament large tout entier, y compris son bord supérieur, est bien saisi dans toute sa hauteur entre les deux mors de la pince. On serre fortement en fermant la crémaillère de façon que la pression sur le pédicule soit continue.

Quand l'hémostase de ce ligament est bien assurée, le chirurgien le détache de l'utérus par des incisions faites entre la pince et l'utérus, à l'aide des ciseaux ou du bistouri.

Ces incisions seront faites assez près de l'utérus pour laisser le pédicule du ligament le plus volumineux possible en avant de la pince; de cette façon on est plus sûr qu'il n'échappera pas.

Il faut cependant veiller à ce que, en rasant de trop près l'utérus, on ne laisse pas, dans le pédicule du ligament, des noyaux du tissu utérin malade, qui pourraient être plus tard une cause de récurrence de la maladie dans le petit bassin.

Quand l'utérus est détaché à gauche, on le tire facilement en dehors et sur la droite de l'opérateur; par cette manœuvre le ligament large du côté droit est entraîné

aussi et on place sur lui la seconde pince avec la plus grande facilité.

Quand on s'est assuré que le ligament est bien serré en entier entre les mors de la pince, on le sectionne à son tour entre la pince et l'utérus, qui se trouve alors complètement détaché.

L'opération est pour ainsi dire terminée, il ne reste plus qu'à nettoyer le cul-de-sac de Douglas avec des éponges ouatées.

On s'assure que l'hémostase est bien faite; on place quelques ligatures ou mieux quelques pinces à forcipressure et l'on fait le pansement.

Les pinces des ligaments larges et les autres pinces hémostatiques sont abandonnées dans le vagin.

On place des tampons de ouate recouverts de glycérine iodoformée dans le fond du vagin et entre les pinces; on recouvre la vulve et les manches des pinces avec un peu de ouate antiseptique et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage; on l'abandonne entre les cuisses.

Au bout de 24 ou 36 heures au plus tard, on retire les pinces et tout danger d'hémorragie secondaire est écarté.

Le vagin, qui n'est qu'une cavité virtuelle, s'applique sur lui-même aussitôt qu'on a enlevé les pinces qui écartaient ses parois; les bords des incisions sont mis en contact et la cicatrisation s'opère assez vite.

Ce procédé est beaucoup plus simple et plus rapide que tous ceux décrits plus haut.

A l'aide de cette pratique j'ai vu M. Terrier faire une hystérectomie totale en vingt minutes et ne perdre que quelques cuillerées de sang.

Comme manuel opératoire ce procédé est donc très recommandable.

Jusqu'à ce jour, la statistique des hystérectomies totales faites en France par ce procédé (Terrier, Richelot, Bouilly, Bonnet, etc.) indique à peu près les résultats suivants : 17 opérations, 2 morts.

Il est bon de faire remarquer que dans cette statistique générale les cas de mort se sont produits au début, avant

l'application du procédé, quand on faisait la ligature réglée avec des fils.

Richelot a pratiqué avec succès six hystérectomies vaginales par ce procédé, pour des cas de cancer utérin et aussi pour une rétroflexion utérine grave et rebelle.

MM. Terrier, Bouilly, Trélat ont aussi employé ce procédé, qui constitue un véritable perfectionnement auquel est intéressé l'avenir de l'hystérectomie vaginale.

Pince-clamp de Doléris.

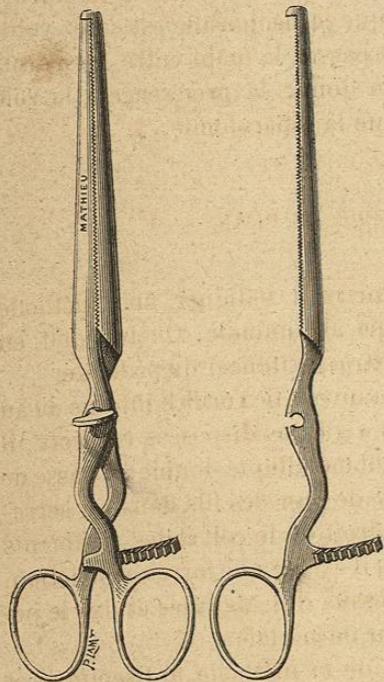


Fig. 23. — Pince-clamp de Doléris.

On éprouve quelquefois de la difficulté à faire glisser le ligament large entre les deux branches de la pince. Pour obvier à cet inconvénient, **Doléris** a fait construire des pinces à pression continue, pinces-clamp, dont les branches sont démontantes¹.

On introduit chaque branche séparément au-dessus et au-dessous du ligament, on les articule ensuite l'une à l'autre comme l'on fait des branches d'un forceps et on les maintient serrées par une fermeture à crémaillère.

L'une des branches est munie à son extrémité d'un crochet qui permet d'accrocher le rebord supérieur du ligament large et de l'amener aisément à portée de l'opérateur, ce qui simplifie la manœuvre.

L'opération de la désarticulation et de l'extraction, lorsque la chose est jugée nécessaire, est également simplifiée par la disposition de l'instrument.

1. L'instrument fabriqué par Mathieu a été présenté à la Société obstétricale et gynécologique de Paris à la séance de juillet de cette année.

MYOMOTOMIE

Comme je viens de l'indiquer dans le chapitre précédent, la voie vaginale est choisie de préférence pour l'extraction des néoplasmes utérins de petit volume.

La méthode de morcellement indiquée par Péan n'est pas encore entrée dans la pratique ordinaire de la chirurgie; aussi, toutes les fois que le néoplasme est assez volumineux pour empêcher de passer la main entre les parois vaginales et la tumeur, on donne la préférence à la voie abdominale et l'on pratique la laparotomie.

1^o PROCÉDÉ DE PÉAN

Péan a été un des premiers à indiquer une méthode rationnelle de myomotomie abdominale. On lui doit en particulier le traitement extra-péritonéal du pédicule. Pédicule externe.

Ce chirurgien enfonce, au niveau de l'orifice interne ou au travers du col, deux fortes aiguilles disposées en croix; il perce le milieu du col d'un fil métallique double; il passe de chaque côté les deux chefs de l'un des fils dans un serre-nœud de *Cintrat*, et, à l'endroit où le col et les ligaments larges sont les plus minces, il exerce une forte constriction.

Il excise la tumeur au-dessus des aiguilles et fixe le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie.

L'application rigoureuse de la méthode antiseptique et un soin très grand dans l'hémostase ont permis de modifier ce procédé d'une façon avantageuse en abandonnant le pédicule suturé, cautérisé et aseptique dans le ventre et en obtenant ainsi la cicatrisation par première intention. Pédicule interne.

— Je décrirai ces divers procédés tels que je les ai vu pratiquer en France, en Autriche et en Allemagne.