

ralement le mieux. Pour le curettage du cancer du col, on se servira, tout d'abord, d'une large cuillère de Simon.

La plupart des opérateurs, et nous sommes du nombre, préfèrent aujourd'hui les curettes *tranchantes* aux curettes *mousses*. Il n'y a

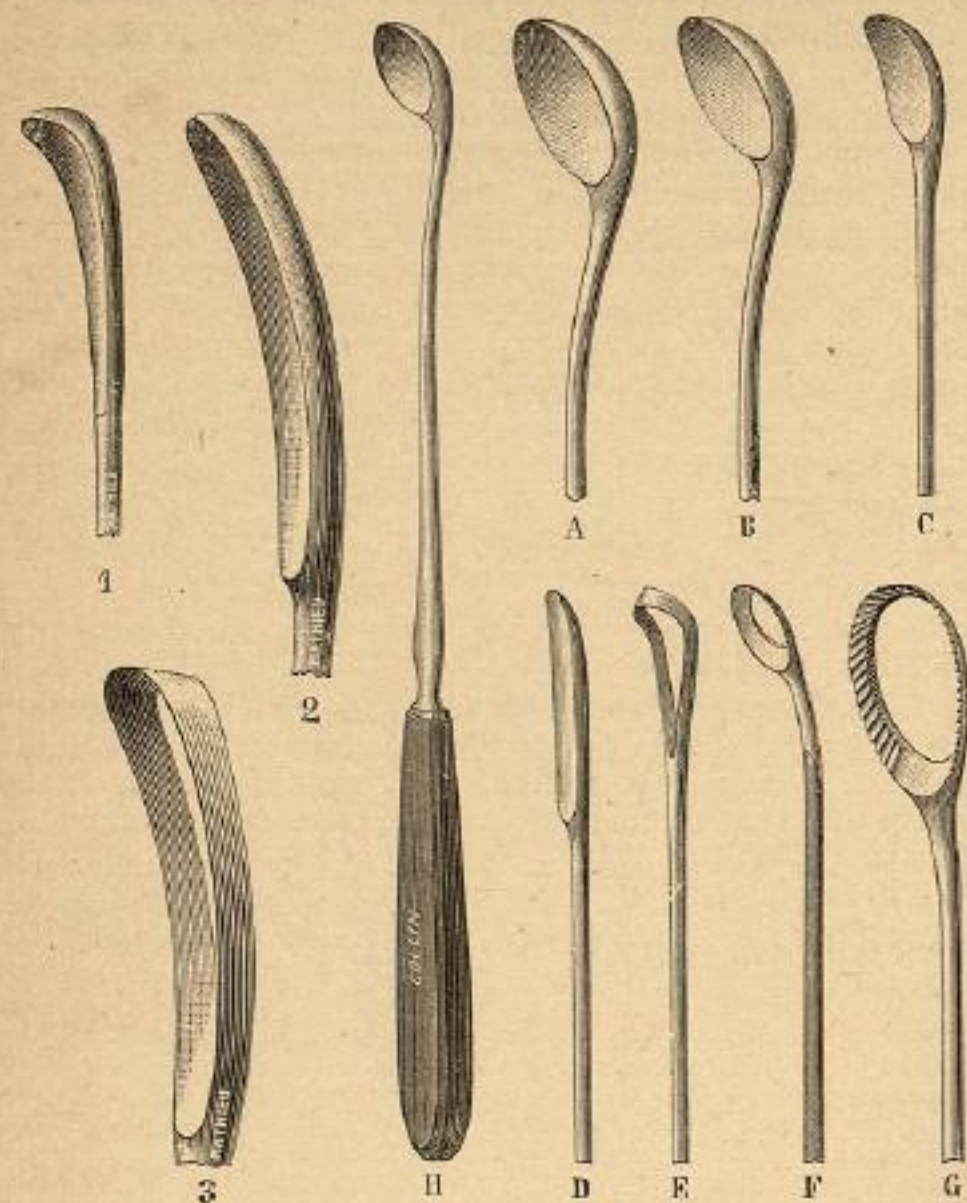


Fig. 235. — Modèles divers de curettes.

aucun inconvénient, au point de vue physiologique, à entamer superficiellement la paroi musculaire du corps de l'utérus. Dans le col, il faut même enlever des copeaux de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, si on veut arriver à triompher d'un catarrhe tenace sans recourir au bistouri: nous nous servons, à cet effet, d'une curette à

boucle très tranchante qui, au point de vue de l'asepsie, est traitée comme un bistouri. S'il y a danger de perforation (utérus cancéreux, utérus subinvolué et infecté), il est prudent de se servir de curettes à large surface; mais il est au moins inutile qu'elles soient mousses, car c'est beaucoup plus par pression que par section que l'on risque de traverser la paroi.

Dans tous les cas, il faut que la curette soit bien en main et de dimensions appropriées.

C. Technique. — La malade est dans la position de la taille, sur une table opératoire, ou simplement, en travers de son lit. On découvre le col avec une valve périnéale large et courte et un écarteur appliqué sur la paroi vésico-vaginale. On fixe une pince à griffes sur la lèvre antérieure, et à un centimètre au moins du bord libre du col si les tissus sont ramollis par un néoplasme, par l'accouchement ou la dilatation artificielle, on retire l'écarteur et on abaisse modérément l'organe. La pince est alors confiée à l'aide afin qu'on puisse, au besoin, contrôler l'action de la curette avec une main portée sur la paroi abdominale.

On s'assure, avec l'hystéromètre, de la direction et de la profondeur de la cavité utérine et, si elle n'est pas suffisamment perméable, on la dilate au moyen d'un dilateur mécanique ou des bougies d'Hégar.

a. CURETTAGE POUR HYPERPLASIE SIMPLE DE L'ENDOMETRIUM. — La curette est introduite doucement et prend le contact du fond de l'utérus. Puis on racle la cavité de haut en bas, en agissant successivement sur les parois antérieure et postérieure, sur les bords et sur la voûte; on continue méthodiquement cette manœuvre tant que la curette ramène des fragments muqueux. On est averti que la paroi musculaire est mise à nu par une sensation de résistance plus ou moins accentuée, suivant que le muscle est ramolli ou scléreux. Dans ce dernier cas, il peut se produire un bruit spécial et nettement perceptible pour l'opérateur et ses assistants: c'est le *cri utérin*. On termine en fouillant les cornes avec une curette plus petite.

En cas de flexions et de versions, on devra insister particulièrement au niveau des coudures et des parties déclives, la muqueuse y étant généralement beaucoup plus épaisse.

Dans la métrite chronique, non compliquée de suppuration pelvienne, on ne peut guère perforer l'utérus, à moins d'une grande inexpérience ou de violences excessives. En effet, la paroi est épaisse et résistante et se durcit encore sous l'action de la curette. Elle peut même se contracter au point de rendre difficiles les

mouvements de va-et-vient de l'instrument : on devra, en ce cas, en prendre un moins large ou user de nouveau du dilateur.

Si l'organe est atone, ramolli par la subinvolution ou la dilatation prolongée, il s'allonge sous les pressions exercées à son intérieur. Ou bien, tandis que la curette est nettement arrêtée à petite distance, au niveau d'une corne, elle s'enfonce parfois très loin, au point symétrique, dans un canal infundibuliforme qui ne peut être qu'une corne anormale ou la trompe : nous avons eu plusieurs fois cette sensation. Enfin, une muqueuse très épaisse, doublée de caillots, donne une sensation de mollesse qui inspire quelques craintes aux débutants.

Ces différentes éventualités étant bien connues n'arrêteront pas la main de l'opérateur, mais exigeront quelques précautions supplémentaires : on se servira, de préférence, de curettes larges ; on agira uniquement en surface, sans exercer de pression avec l'extrémité de l'instrument ; enfin, on contrôlera son action avec une main placée sur l'hypogastre.

b. CURETTAGE OBSTÉTRICAL. — Pour l'endométrite septique pure, sans rétention des membranes, compliquant les suites de couches, on fera le curettage comme précédemment, en veillant de près à ne pas produire de perforation.

S'il y a rétention de membranes, et que la sonde ou la curette ne renseignent pas suffisamment sur le siège des produits retenus, on commencera par faire l'exploration digitale.

Si la masse est volumineuse, on en extrait tout d'abord la plus grande partie par morcellement, avec les doigts ou des pinces à faux germe ; puis on use de la curette.

S'agit-il de caillots fibrineux ou de fragments placentaires qui ne demandent qu'à se détacher, on peut, si l'on veut, se servir d'une curette mousse. Mais, si l'adhérence est plus intime, la curette tranchante est nécessaire ; on choisira de préférence, comme nous l'avons dit, une curette en forme de gouttière longue et large et portée sur un manche de dimensions suffisantes. Avec le doigt introduit dans l'utérus, on se rend compte de temps en temps du travail accompli et du point sur lequel on doit porter l'instrument. En même temps, un aide maintient par l'abdomen le globe utérin et renseigne au besoin l'opérateur sur les sensations qu'il éprouve : inversion de la paroi, existence ou non du contact médiateur de la curette, etc.

On continue ainsi, en alternant le curettage avec l'exploration digitale et les irrigations intra-utérines, jusqu'à évacuation complète de la cavité.

Il faut agir vite, car la malade est souvent épuisée déjà par l'hémorragie et, tant qu'il reste des débris placentaires, l'écoulement sanguin est assez abondant.

Dans les cas, très rares du reste, d'adhérence vraie du placenta, la curette tranchante devient insuffisante et il faut procéder à son morcellement avec des pinces à griffes guidées sur le doigt, en ayant bien soin de s'arrêter aux limites de la paroi utérine.

c. CURETTAGE POUR TUMEURS MALIGNES OU SPHACÉLÉES. — Pour le cancer du col, on commence par abraser les bourgeons fongueux avec une cuillère de Simon large et tranchante et l'on résèque, au bistouri ou aux ciseaux, les débris flottants qui lui résistent ; puis, avec une curette plus petite, en cuillère ou en boucle, on fait la toilette complète des anfractuosités, de façon à mettre partout à nu le tissu de sclérose qui entoure les masses néoplasiques. Ici, comme précédemment, il faut opérer très rapidement en vue de l'hémorragie, et se rendre compte, de temps à autre, de la marche de l'opération, soit en touchant, soit en s'éclairant avec des tampons montés ou des douches d'eau chaude.

Si les cloisons recto et vésico-vaginale sont envahies, il vaut mieux éviter d'y passer la curette, même sous le contrôle d'un doigt dans le rectum ou d'une sonde dans la vessie, et se contenter d'agir ultérieurement en ces points avec le thermo-cautère.

S'il y a cancer du corps, cancer par propagation ou cancer primitif, il faut user de toutes les précautions déjà indiquées pour éviter la perforation de la paroi utérine, surtout en avant, au niveau de la vessie et des uretères. On comprend que la perforation intra-péritonéale soit ici d'une gravité extrême en raison de la septicité des sécrétions ; mais elle est moins à craindre qu'on ne le pourrait croire, en raison des adhérences protectrices qui environnent l'organe.

On agira sur les tumeurs sphacélées comme sur les fragments de placenta, en employant alternativement des curettes, des pinces à morcellement et de larges irrigations intra-utérines.

D. Soins complémentaires et consécutifs. — 1° A la suite du curettage pour hyperplasie simple de la muqueuse utérine ou pour accidents septiques, il est bon de faire une copieuse injection dans l'utérus pour entraîner les caillots et les débris de tissus (sublimé à 1/3000, en dehors de la période puerpérale ; acide phénique à 1/100, naphтол à 0,30/1000, etc. au cours du puerperium). On termine par l'application de solutions cathérétiques (glycérine créosotée à 1/3, chlorure de zinc à 1/10, etc.), sous forme de badigeonnage, d'injection

(voir n° III) ou par l'intermédiaire de l'*écouvillonnage* qui complète à merveille l'action de la curette.

L'*écouvillon* (Dolérus) est un instrument analogue au rince-bouteilles, formé d'une tige métallique flexible, garnie, sur une certaine hauteur, de crins solides, de longueur et de rigidité variables, coupés au même niveau. On le choisit d'un volume convenable, on l'assouplit, s'il est besoin, par immersion dans l'eau chaude et on l'introduit jusqu'au fond de l'utérus, en lui imprimant un mouvement de vrille. Puis on le fait tourner un certain nombre de fois sur lui-même pour bien *balayer* toute la cavité utérine, et on le retire par un mouvement analogue au mouvement d'introduction.

On se contentera généralement, comme pansement, d'un simple tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Le tamponnement intra-utérin sera réservé aux cas de septicémie et de subinvolution de l'utérus, pour assurer le drainage des liquides et solliciter les contractions de l'organe. Nous n'avons jamais eu à l'employer, pour obtenir l'hémostase, qu'après avoir poursuivi les glandes intracervicales jusque dans l'épaisseur du muscle.

Les douleurs post-opératoires sont nulles si l'on s'est contenté, après le curettage, de badigeonner ou d'*écouvillonner* à la glycérine créosotée, à la créosote pure, au chlorure de zinc à 1/10; elles sont parfois assez vives, et peuvent s'accompagner de rétention d'urine, à la suite de l'injection de perchlorure de fer. Le tamponnement intra-utérin détermine souvent des coliques peu intenses, mais assez durables. Dans tous les cas, il est facile de soulager la malade avec un cataplasme ou une injection sous-cutanée d'atropomorphine.

Durant les premiers jours, il se produit un écoulement séreux, d'abord teinté de sang et bientôt incolore. Nous savons déjà à quelles causes attribuer le retour du catarrhe (voir : 1^{re} partie, liv. V, chap. III).

Le pansement vaginal doit être renouvelé tous les deux ou trois jours, suivant l'abondance des sécrétions. Au bout de huit ou dix jours, on peut faire lever la malade et substituer au pansement à la gaze des injections antiseptiques, bi-quotidiennes, qui devront être continuées jusqu'aux prochaines règles.

La reprise des rapports conjugaux n'aura lieu qu'après leur cessation.

Les règles sont parfois retardées de 15 jours, d'un mois, ou même davantage, ce qui s'explique par la profondeur plus ou moins grande de l'abrasion ou par l'époque où l'on a opéré, relativement à la dernière menstruation; mais jamais nous n'avons vu l'amé-

norrhée définitive résulter d'un curettage. Enfin, tout le monde est aujourd'hui d'accord pour en faire le traitement le plus efficace de la stérilité relevant de lésions de l'endomètre.

2° A la suite du curettage pour cancer du col, on cautérise au fer rouge (voir : *Pansements cervicaux*, n° III) le cratère formé par la curette et on le bourre de tampons imprégnés d'une solution caustique (chlorure de zinc à 1/2 ou 1/5, de préférence). Puis l'on applique un pansement vaginal susceptible, tout à la fois, d'assurer l'antiseptie et de neutraliser le caustique employé (voir : 1^{re} partie, liv. IX, chap. II).

VII. — HYSTÉROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE

La malade est placée dans la position de la taille; le périnée est déprimé avec la valve de Simon, et le col abaissé. Au besoin, les parois latérales du vagin sont écartées avec des valves et l'on use de l'irrigation continue.

1° Hystérotomie cervicale

A. Scarifications du col

A. Scarifications externes. — 1° SCARIFICATIONS DÉPLÉTIVES. — Pour pratiquer la *saignée locale* du col, il est inutile de recourir à des appareils spéciaux (cylindres à lames cachées, ventouses artificielles, lames tranchantes de formes diverses). Un bistouri ordinaire, à lame convexe, est très suffisant.

Après avoir fait une injection antiseptique, on pratique, tout autour de l'orifice externe, un certain nombre d'incisions radiées de 3 à 4 millimètres de profondeur et de 1/2 centimètre de longueur environ, qui doivent donner, en moyenne, de 15 à 20 grammes de sang. On les fait suivre d'un pansement antiseptique et on les renouvelle d'abord tous les quatre jours, puis, dès qu'une amélioration s'est manifestée, toutes les semaines seulement, jusqu'à guérison (Terrillon).

L'écoulement de sang s'arrête spontanément, à moins qu'on n'ait ouvert une veine variqueuse; en ce cas, il suffit de faire, sur l'incision qui donne, une compression un peu prolongée avec un tampon monté sur pince, ou de recourir au crayon de nitrate d'argent, au thermo-cautère, et de serrer davantage la gaze du pansement.

2° OUVERTURE DES KYSTES FOLLICULAIRES. — Pour ouvrir les kystes

folliculaires de l'ectropion, on remplacera les incisions par de simples ponctions suivies d'attouchements avec la teinture d'iode ou le nitrate d'argent.

B. Scarifications intra-cervicales. — Les scarifications intra-cervicales ont pour but d'ouvrir les culs-de-sac intra-musculaires qui échappent à l'action de la curette. On les fera, de préférence, avec

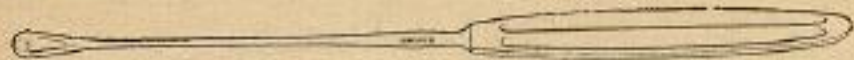


Fig. 236. — Herse de Doléris.

la herse de Doléris (fig. 236) qu'on promènera de haut en bas, de l'isthme vers l'orifice externe, en exerçant la pression nécessaire à la pénétration des dents coupantes de l'instrument.

B. Discision (ou dilatation sanglante) du col

a. Discision de l'orifice externe.

On peut la pratiquer avec les divers métrotomes, avec un bistouri ordinaire ou boutonné, avec les ciseaux de Kuchenmeister

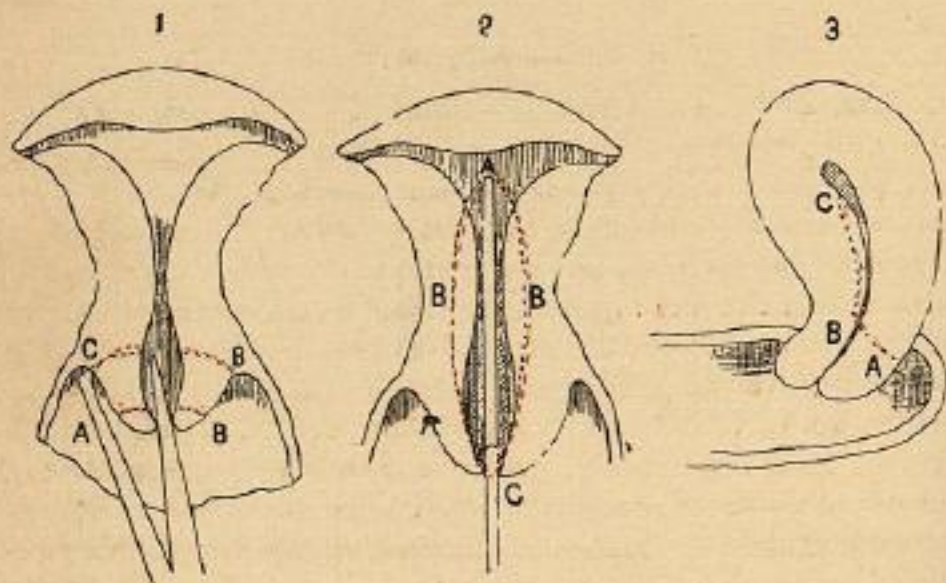


Fig. 237. — N° 1. Discision bilatérale de l'orifice externe. — N° 2. Discision bilatérale de l'orifice interne et du canal cervical ; procédé de Simpson. — N° 3. Discision antéro-postérieure de l'orifice interne et du canal cervical (opération de Sims).

(fig. 237, n° 4), dont l'une des lames se termine par un crochet qui empêche l'instrument de glisser. Mais des ciseaux ordinaires suffisent.

Le col étant maintenu de la main gauche avec une pince à abaissement, on se borne à entamer la commissure, à droite et à gauche, jusqu'à une hauteur de 1/2 à 1 centimètre ; ou bien, comme le recommande Munde, on joint à ce débridement bilatéral une section analogue sur la partie moyenne des deux lèvres (*incision cruciale*). Fritsch enlève alors avec les ciseaux les quatre lambeaux triangulaires ainsi délimités et bourre de gaze iodoformée la plaie infundibuliforme qui en résulte.

Il n'y a nul avantage à faire les incisions multiples, rayonnantes, de Kehrer.

L'incision terminée, on brise la résistance des fibres musculaires au moyen d'un dilatateur mécanique ; on touche les surfaces avivées avec un caustique ou le thermo-cautère, dans le but d'empêcher leur réunion primitive et de faire l'hémostase ; puis on place un tampon intra-cervical de gaze iodoformée qu'on renouvelera jusqu'à cicatrisation.

b. Discision de l'orifice interne et du canal cervical.

1° Discision bilatérale. — C'est à cette opération que sont surtout destinés les divers métrotomes, instruments de diérèse à lame cachée, unique (Collin, Simpson, Sims) ou double (Greenhalg, Peaslee), que l'on fait saillir de la largeur voulue.

OPÉRATION DE SIMPSON. — L'instrument est introduit fermé, comme un hystéromètre, jusqu'au-dessus de l'orifice interne. On règle alors, au moyen d'une vis placée sur le manche, le degré de saillie qu'on veut donner aux lames, et l'incision se fait sur toute la hauteur du canal cervical, en même temps qu'on retire l'instrument (fig. 237, n° 2). Si le métrotome est à lame unique, on répète la même manœuvre du côté opposé.

OPÉRATION DE PEASLEE. — La trachelotomie de Peaslee consiste à inciser seulement l'orifice externe et l'orifice interne, de manière à leur donner respectivement 6 et 5 millimètres d'ouverture. Le métrotome de Peaslee, dont les lames tranchantes, arrondies et mousses à leur extrémité, ont une largeur calculée en conséquence, coupe de bas en haut.

2° Discision antéro-postérieure (opération de Sims). — Cette opération s'adresse aux flexions de l'utérus. On incise, avec des ciseaux, la lèvre postérieure du col, en deux moitiés latérales, jusqu'à l'insertion du vagin. L'orifice utérin se trouve ainsi reporté en haut et en arrière. A travers cette ouverture, on pratique alors l'incision plus ou moins profonde des tissus de l'angle de flexion,

en avant ou en arrière, suivant que la flexion est antérieure ou postérieure. La courbure de la cavité cervico-utérine se trouve ainsi redressée. Sims se sert, pour ces dissections, de son métrotome qui n'est qu'un bistouri à long manche et à lame articulée de manière à pouvoir prendre la direction et l'inclinaison nécessaires.

On substituera avec avantage aux métrotomes, dont l'action est assez aveugle, un bistouri boutonné à lame longue et étroite. Il faut seulement savoir que, dans la dissection bilatérale, la profondeur de l'incision doit augmenter de haut en bas et de telle sorte que, limitée à 2 ou 3 millimètres au niveau de l'orifice interne, elle doit atteindre jusqu'à 1 centimètre au niveau du museau de lanche. On peut s'aider aussi de la dilatation préalable au moyen d'une tige de laminaire.

Soins consécutifs. — La dissection étant pratiquée, on fait la dilatation mécanique du trajet suivi par l'instrument tranchant et l'on maintient le calibre obtenu au moyen d'un tube de verre ou de caoutchouc, de 6 à 7 centimètres de longueur et de diamètre approprié (Sims, Thomas), ou au moyen du tamponnement iodoformé. Ce dernier moyen est préférable en cas d'hémorragie de quelque importance. On renouvellera le pansement tous les deux jours, et la cicatrisation secondaire devra être achevée au bout de deux à quatre semaines.

Pronostic. — Sur 3500 dissections quelconques, Munde a trouvé 7 cas de mort et 20 p. 100 d'accidents consistant en hémorragies ou en inflammations du paramétrium. On a encore signalé des hémorragies tardives, l'ouverture du tissu cellulaire, du péritoine, d'un uretère, la paramétrite. Mais ces données n'ont plus qu'une valeur très relative. Il en est ainsi, du reste, pour l'opération elle-même. Ses résultats éloignés, au double point de vue de la dysménorrhée et de la stérilité, sont le plus souvent incertains ou négatifs, la ténose tendant à se reproduire, et plus étroite encore, au bout de peu de temps.

C. Hystérotomie cervicale profonde infra-vaginale.

La section bilatérale profonde du col se pratiquera, de préférence, avec de forts ciseaux droits, ou mieux, coudés à angle obtus au niveau de l'articulation. Les lames sont introduites dans le plan transversal et médian, l'une dans la cavité cervicale, l'autre en dehors et poussée jusqu'au niveau de l'insertion du vagin. On sectionne franchement et d'un seul coup tout le tissu interposé. La même manœuvre sera répétée de l'autre côté du col.

Pour répondre à des indications particulières (exploration de la cavité du corps, section de polypes peu accessibles, etc.), il faut pousser l'incision plus haut. On écarte alors les deux lèvres du col et l'on procède, de bas en haut, à petits coups de ciseaux ou de bistouri portant seulement en dedans sur le tissu utérin.

On peut inciser ainsi jusqu'à l'orifice interne en évitant d'atteindre, en dehors, les limites de la paroi utérine; on agrandira, au besoin, la voie d'exploration avec un dilateur mécanique.

Si la section ne dépasse pas l'insertion du vagin, elle saigne peu; lorsqu'elle remonte plus haut, elle peut intéresser l'artère utérine ou l'une de ses branches et déterminer une hémorragie plus considérable.

Pour prévenir cette hémorragie, on pourra, à l'exemple de Martin, faire la ligature médiate provisoire des utérines, en enfonçant profondément une grande aiguille courbe, armée d'une soie forte, à travers chaque cul-de-sac latéral du vagin et au ras du col. Mais, si la section doit être réparée, l'hémostase préventive est superflue.

Deux ou trois points de suture suffisent pour réunir les surfaces cruentées. On veillera surtout, au point de vue de l'hémostase définitive, à l'affrontement exact du vagin dans les parties profondes de la plaie.

Si l'on veut empêcher la réunion spontanée des lèvres, tout en assurant l'hémostase (mode de traitement des hémorragies fibromateuses, de la stérilité), on aura recours à l'un des procédés suivants:

1° Toucher les surfaces avivées par l'instrument tranchant avec le fer rouge ou un caustique (acide phénique, chlorure de zinc, acide nitrique, etc.).

2° Faire une suture continue en surjet sur chacune des quatre surfaces de section (Macan de Dublin, Doléris). Pour faciliter leur réunion indépendante, Pozzi a imaginé de les évider (1).

3° Introduire transversalement, entre les deux plaies angulaires, une sorte de mors, formé d'un petit tube à drainage ou d'une mèche de gaze iodoformée, et passer deux points de suture, l'un au-dessous du drain, pour son maintien, l'autre au-dessus, pour l'hémostase. Ce petit appareil est retiré au bout de deux ou trois jours et l'on touche, par la suite, les surfaces avivées, tous les deux jours, avec l'acide phénique (Doléris).

4° Faire la section au thermo-cautère au lieu d'employer l'instrument tranchant.

(1) Pozzi, *Soc. de chir.*, 8 fév. 1893. — Wm. S. Bagot, de Denver (Colorado), a revendiqué, depuis, la priorité, au sujet de cette modification. (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 25 sept. 1893.)

2° Hystérotomie du col et du corps.

L'opération comporte plusieurs temps :

1° *Section bilatérale de la portion vaginale.* — Comme ci-dessus.

2° *Incision vaginale.* — On circonscrit le col par une incision courbe intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale et passant à quelques millimètres au-dessus de son insertion au col (on la fera passer plus haut, si le but de l'opération comporte la résection d'une partie des parois vaginales exubérantes). Si l'irrigation chaude ou la pression momentanée d'un tampon ne suffit pas à l'hémostasie, on a recours à la forcipressure ou à la torsion des artérioles qui donnent.

3° *Libération du col.* — Avec les doigts, une spatule, les ciseaux fermés, etc., on dilacère le tissu cellulaire en avant et en arrière du col, de manière à le libérer jusqu'au-dessus de l'orifice interne, en veillant à ne pas ouvrir les culs-de-sac péritonéaux et surtout la vessie. La désinsertion du col, lorsque la muqueuse vaginale a été complètement incisée, se fait facilement et sans perte notable de sang.

4° *Prolongement de la section bilatérale.* — Se fait par petits coups de ciseaux ou de bistouri, et jusqu'au-dessus de l'orifice interne. La partie inférieure de l'utérus se trouve ainsi divisée en deux valves dont l'écartement permet le libre accès de sa cavité.

5° Le but de l'opération étant rempli (exploration, myomectomie, etc.), on procède, sauf indication contraire, à la *suture des plaies utérine et vaginale.* Les deux lèvres du col étant saisies isolément dans des pinces à griffes, sont attirées à droite par l'aide de droite, et l'on réunit l'incision de gauche au moyen de points séparés au catgut ; on procède de même pour le côté droit.

(On termine en rétablissant l'insertion du vagin, tout autour du col (Péan et Secheyron).

3° Hystérotomie sous-péritonéale dans le traitement des fibromes.

A. Excision des polypes.

a. *Excision simple.* — 1° Si la tumeur est montée sur un pédicule très mince, il suffit de la saisir avec une pince à griffes et de lui imprimer quelques mouvements de torsion pour la détacher sans hémorrhagie notable. Dans le cas où le pédicule, s'insérant

assez haut, vient à se rompre dans sa continuité, il est facile d'en extraire les débris avec la curette tranchante ou des pinces.

2° Si le pédicule est assez volumineux pour résister à la torsion, mais s'implante assez bas pour être accessible jusqu'à sa base, on le sectionne aux ciseaux courbes après l'avoir étreint, pour plus de sécurité, dans une ligature ou dans une pince courbe qu'on laissera en place pendant vingt-quatre à trente-six heures. S'il s'insère au-dessus de l'orifice interne et que celui-ci ne soit pas suffisamment dilatable, on pratiquera tout d'abord une large dilatation avec la laminaire et l'éponge, puis l'on fera l'excision comme plus haut.

L'instrument tranchant remplace avantageusement le serre-nœud de Maisonneuve, l'écraseur de Chassaignac et l'anse galvanocaustique. Ces instruments n'avaient d'autres raisons d'être que les difficultés inhérentes au grand volume de la tumeur, difficultés dont on triomphe aujourd'hui avec beaucoup plus de sécurité, à l'aide du *morcellement.*

Si cependant on veut y recourir, on procédera de la façon suivante :

La tumeur, saisie avec des pinces à griffes, est fortement abaissée ; avec une sonde, ou mieux un doigt, on explore toute la surface du pédicule, on reconnaît exactement son point d'insertion et l'on s'assure, autant qu'il est possible, de l'absence d'inversion de la paroi utérine.

L'anse de l'instrument adopté est alors passée autour de la tumeur et conduite avec le doigt jusqu'à la base du pédicule. Puis l'on fait jouer progressivement le mécanisme constricteur (vis du serre-nœud, crémaillère de l'écraseur, etc.), en contrôlant avec un doigt la direction et les progrès de la section jusqu'à son achèvement. Au fur et à mesure qu'elle se resserre, l'anse tend à se redresser et à mordre sur la paroi utérine. Pour éviter le mieux possible ce danger, on fixera, au sommet de l'anse métallique, un gros fil de soie qu'on maintiendra tendu au dehors (Guéniot).

b. *Allongement opératoire et morcellement.* — Si le volume du polype est tel qu'on ne puisse atteindre son pédicule ou lui faire franchir la vulve, on aura recours à l'*allongement opératoire* ou au *morcellement* qui rendent inutiles les débridements de la fourchette pratiqués par H. Smith, Barnes, etc.

Le fibrome étant solidement saisi avec une pince à mors, on pratique à sa surface une série d'incisions parallèles en escalier (Simon), ou une incision spiroïde pénétrant jusqu'au milieu de la tumeur (Hégar) (*allongement opératoire*), ou mieux, on en détache

un ou plusieurs morceaux, en plein tissu, par *évidement conoïde*.

On n'emploie actuellement, comme instruments actifs, que le bistouri et les ciseaux. La pince céphalotribe de Franckenhausen, la pince-forceps de Martin, le térébrateur de Segond, etc., sont inutiles.

La tumeur, une fois allongée ou amoindrie, laisse, entre elle et les parois vaginales, un libre accès au doigt ou aux instruments jusqu'à son pédicule. Celui-ci est alors traité, comme précédemment, par torsion et section au ras d'une pince qui l'enserme à sa base.

On terminera l'opération par un coup de curette tranchante destiné à abraser la muqueuse généralement hypertrophiée et à niveler la surface d'exérèse.

B. Énucléation des fibromes sous-muqueux ou interstitiels.

Cette méthode préconisée dès 1833 par Velpeau et vulgarisée surtout par Amussat (1840-42) ne résista pas longtemps, en France, aux méfaits de la septicémie. Conservée en Allemagne et surtout en Amérique, elle nous est revenue réhabilitée par l'antisepsie, et ses résultats, entre les mains de Péan, Terrillon, Bouilly, Lucas-Championnière, Terrier, Doléris, Segond, etc., ont fait oublier les succès d'autrefois.

Énucléation simple. — L'énucléation simple s'applique à des tumeurs d'un volume tel qu'elles puissent être accouchées dans leur intégrité.

I. ÉNUCLÉATION SIMPLE EN UNE SEULE SÉANCE. — 1° *Découverte de la tumeur.* — Si le col n'est pas effacé et la tumeur facilement accessible, on a recours, préalablement, à la dilatation progressive à laquelle on ajoute, ou non, la section bilatérale du museau de tanche. Il faut que l'utérus soit assez ouvert pour livrer passage simultanément à l'index de l'opérateur et aux instruments.

2° *Incision de la muqueuse et de la capsule.* — L'index de la main gauche reconnaît le siège, la saillie et les limites de la tumeur. Le long de ce doigt, resté en place comme guide protecteur, on introduit l'utérotoime à lame cachée de Vulliet, ou mieux, un bistouri boutonné à long manche, et l'on incise la capsule formée de la muqueuse seule (*f. sous-muqueux*) ou doublée de tissu utérin (*f. interstitiel*) sur toute la hauteur de la saillie. Si cette saillie est très prononcée, on remplacera avec avantage l'incision longitudinale par une incision circulaire à sa base.

3° *Décortication de la tumeur.* — La tumeur fait aussitôt saillie à

travers la plaie. On la saisit alors avec de fortes pinces de Museux ou de Simon en faisant écarter, au besoin, les lèvres de l'incision avec d'autres pinces à griffes. Puis on l'abaisse autant que possible et on l'isole de la capsule, soit simplement avec le doigt, si elle est peu adhérente et facilement accessible, soit, dans le cas contraire, avec une spatule montée, une curette, l'extrémité de ciseaux mousses ou des énucléateurs de modèles divers (Pozzi, Sims, Simpson, Emmet, G. Thomas). Les brides résistantes sont sectionnées avec de longs ciseaux courbes guidés sur le doigt.

On facilite beaucoup ces manœuvres en imprimant des mouvements de torsion à la pince fixée sur la tumeur. En même temps, l'un des aides, tenant une main appliquée sur la paroi abdominale, fixe et abaisse l'utérus et surveille le travail qui se fait, pour prévenir la perforation ou l'inversion de la paroi utérine. Mais l'opérateur doit se mettre lui-même à l'abri de ces accidents en suivant constamment ses manœuvres du doigt.

Quand l'énucléation aura atteint la base de la tumeur, un ou deux mouvements de torsion achèveront de détacher celle-ci. Il faut agir vite, en vue de l'hémorragie qui peut être assez abondante, et n'exercer que des tractions modérées, sous peine d'inverser et de blesser l'utérus. Quand l'énucléation simple est trop laborieuse, il ne faut pas hésiter à passer au morcellement ou même, suivant les cas, à l'hystérectomie totale. Cette dernière opération s'impose en cas de perforation, si la solution de continuité ne peut être facilement réunie.

4° *Accouchement de la tumeur.* — La tumeur, une fois détachée, est entraînée au dehors, soit en entier, soit par morceaux, suivant son volume. Il est arrivé que, faute d'exécuter un morcellement suffisant, on a rupturé l'utérus, le périnée, le cul-de-sac postérieur du vagin et même le cul-de-sac de Douglas.

II. ÉNUCLÉATION SIMPLE EN PLUSIEURS SÉANCES. — A. On pratique d'abord une incision profonde de la capsule et on enlève ce qu'on peut de la tumeur; au bout de quelques jours, grâce à la rétraction et à la contraction utérines, les portions restantes seront devenues plus facilement énucléables, et l'on achèvera l'ablation (M. Duncan, Sims, Martin).

B. Ou bien, on pratique seulement (Atlee, Vulliet), tout d'abord, l'incision de la capsule, on institue un traitement propre à favoriser l'énucléation [électricité, ergotine (Vulliet)] et, au bout de deux jours à trois semaines, on active le travail spontané d'expulsion.

Ces deux procédés, engendrés par les difficultés de l'énucléation, sont péniblement supportés par les malades et exposent beaucoup

à l'infection. Ils ne sont même plus discutables devant les facilités actuelles du morcellement. On peut en rapprocher, en les réprouvant encore plus et pour les mêmes raisons :

C. Les *scarifications* faites, plus ou moins nombreuses et profondes à la surface de la tumeur, dans un but hémostatique (B. Brown, Martin);

D. La méthode de *destruction partielle et de segmentation de la tumeur*, de B. Brown et Kœberlé : elle consiste à inciser la capsule, à isoler autant que possible la tumeur, puis à la lacérer et même à en enlever des fragments au moyen de ciseaux tranchants sur leur bord externe ou d'un térébrateur. On compte sur l'élimination ultérieure par gangrène et suppuration.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF A L'ÉNUCLÉATION. — L'énucléation étant achevée, on résèque aux ciseaux courbes les lambeaux qui flottent dans la cavité cruentée, on curette la muqueuse environnante et, après avoir irrigué l'utérus avec une solution faiblement antiseptique, mais très chaude, on le bourre de gaze iodoformée, ou mieux, salolée, si la cavité du fibrome est très large et la malade très anémiée ou atteinte de lésions rénales.

Si le fibrome était sphacélé, le pansement sera renouvelé tous les jours et précédé chaque fois d'une large irrigation antiseptique. Sinon, on pourra le laisser en place trois ou quatre jours et le changer ensuite tous les deux jours en prenant régulièrement la température de la malade, afin d'intervenir au premier symptôme d'infection. Lorsqu'on a laissé une partie de la tumeur, on doit multiplier les pansements et les lavages et redoubler de précautions antiseptiques jusqu'à ce que l'élimination soit achevée.

La rétraction du tissu utérin est généralement très rapide. On l'activera avec l'ergot ou l'ergotine et, si la loge déshabillée est très large, il sera utile de comprimer le ventre.

PRONOSTIC OPÉRATOIRE DE L'ÉNUCLÉATION. — Les statistiques de Lomer, de Gusserow, etc., accusent de 14 à 16 p. 100 de mortalité ; mais Léopold n'a eu qu'une mort sur 28 cas, et cette proportion semble beaucoup plus d'accord avec les conditions créées par l'antisepsie et les indications beaucoup plus limitées de l'opération.

C. Morcellement intra-utérin.

Instituée depuis une dizaine d'années par Péan, cette méthode a été exposée, dans diverses publications, par l'auteur lui-même et surtout par son élève Sécheyron (1). Ici le morcellement est prati-

(1) Sécheyron, *De l'hystérotomie vaginale*, Thèse Paris 1888, et *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*. Paris, O. Doin, 1889.

qué, systématiquement et d'emblée, comme manœuvre essentielle et non plus comme moyen adjuvant.

L'opération comporte plusieurs temps :

1° *Libération du col de ses insertions vaginales* (voir p. 638).

2° *Incision bilatérale du col et du segment inférieur de l'utérus*

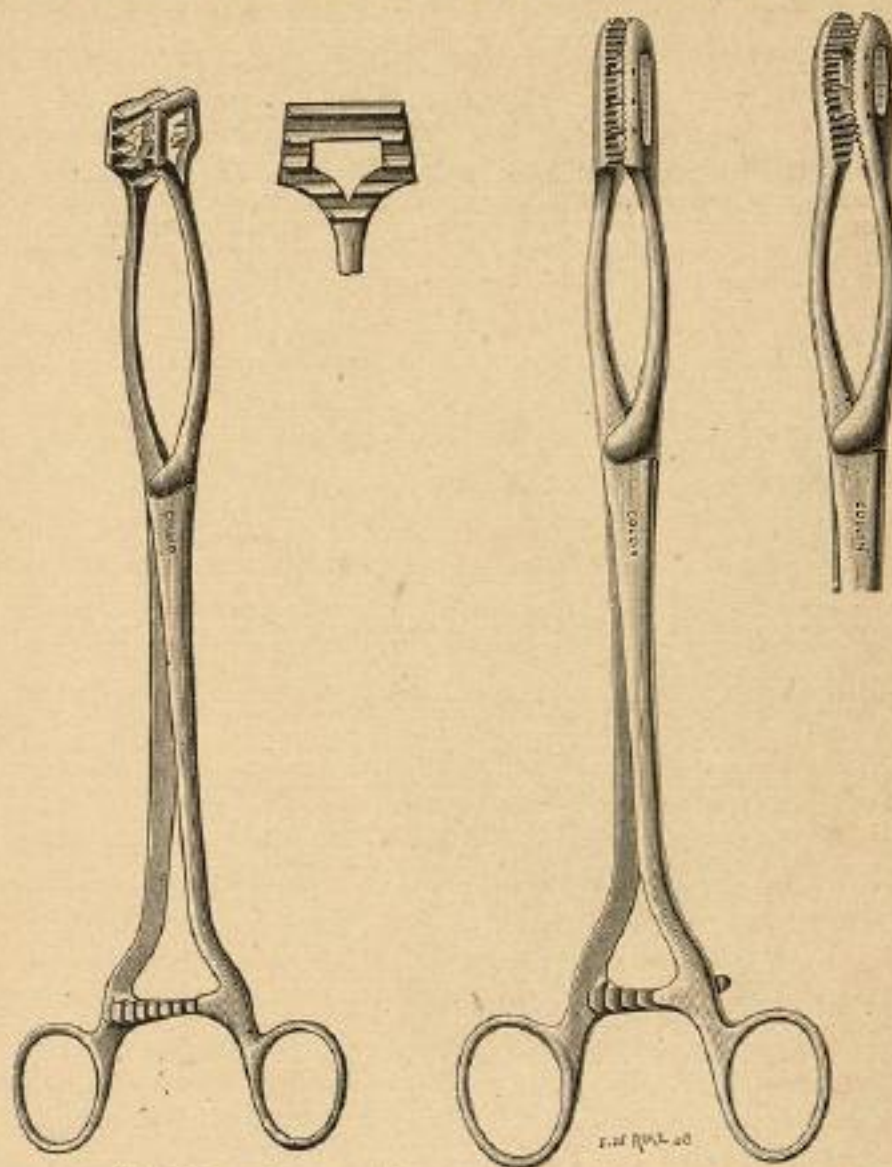


Fig. 238. — Pinces pour le morcellement des fibromes intra-utérins.

jusqu'aux corps fibreux (voir p. 658). — On pourrait la remplacer très avantageusement, dans certains cas, par la section médiane de Quénu-Muller (1) (voir liv. IV, chap. II).

3° *Morcellement de la tumeur*. — Péan a fait construire par Mathieu

(1) Bouilly, *commun. or.*

toute une série de pinces, droites et courbes, à mors dentés ou cannelés, ronds, carrés, fenêtrés ou non (fig. 238), pour la préhension de la tumeur. On peut aussi se servir de pinces genre Museux, en forme de râpeaux, à deux ou plusieurs dents, dont nous parlerons plus explicitement au sujet de l'hystérectomie vaginale totale.

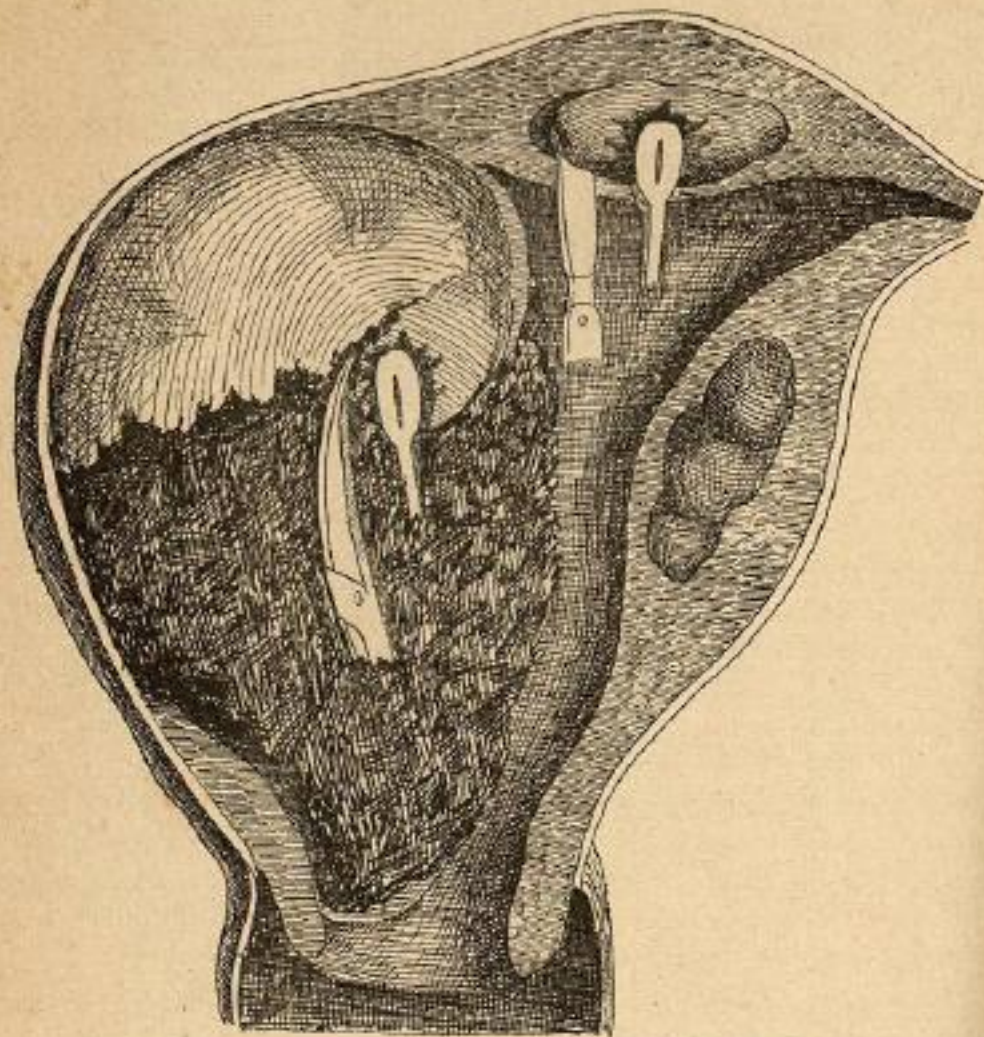


Fig. 239. — Morcelllement des fibromes intra-utérins (Péan).

On place deux rétracteurs dans le vagin et deux autres, plus étroits, dans l'utérus, et l'on s'aide au besoin d'une lampe électrique (Péan) pour découvrir la tumeur.

Si on ne peut la voir, on la perçoit au moins du doigt. On la saisit avec des pinces solides à mors dentés, on l'abaisse avec vigueur et on l'incise profondément, au ras de la pince. On prolonge l'incision autant que possible, suivant le grand axe de la

tumeur, et l'on place une seconde pince sur celle de ses deux lèvres qui est libre. Le manche de cette seconde pince est déjeté de côté, de telle façon qu'il s'efface devant l'instrument tranchant, et on le confie, dans cette position, à la main d'un aide. On excise alors, aussi largement que possible, les tissus sous-jacents à la première pince. On incise de nouveau le fibrome au-dessus de la seconde pince, et ainsi de suite, en veillant toujours à faire de l'évidement central, c'est-à-dire à morceler le fibrome en son milieu et aussi loin que possible des ligaments larges. En agissant de la sorte, on opérera presque à blanc, car le tissu même de la tumeur est à peu près exsangue. Si l'on rencontre des noyaux fibreux, on les énuclée d'une pièce pour aller plus vite. On remplace, entre temps, le bistouri par les ciseaux s'ils paraissent d'un usage plus commode. A mesure que l'on progresse, on arrive à enlever des morceaux de plus en plus volumineux et, à un moment donné, le culot de la tumeur, excédant parfois en volume toute la masse déjà enlevée, sera extirpé, souvent d'un seul morceau, grâce à une traction modérée aidée ou non de mouvements de torsion.

4^o *Toilette de l'utérus. Excision ou suture du col.* — La toilette et l'hémostase du champ opératoire demandent beaucoup de soins. De petites éponges ou des tampons montés étanchent les parois cruentées et découvrent les points saignants qui sont saisis dans des pinces languettes; on en place ainsi, au besoin, jusqu'à une vingtaine et on les laisse à demeure de trente-six à quarante-huit heures.

Si les manœuvres opératoires ont amené l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux ou de la paroi utérine, il vaut beaucoup mieux terminer l'opération par l'hystérectomie totale; dans le cas contraire on suture les lèvres du col ou on les excise si elles sont trop contuses, et l'on réunit les lèvres de l'incision vaginale.

Soins consécutifs (voir : Énucléation).

Pronostic opératoire. — Cette méthode, d'une application beaucoup plus restreinte que l'hystérectomie totale par morcelllement, a donné de beaux succès à Péan, Terrillon, Bouilly, Pozzi, etc.

D. Énucléation trans-vaginale.

C'est une opération exceptionnelle, applicable à des fibromes peu volumineux développés au-dessus de l'insertion vaginale du col et dans le tissu cellulaire péri-utérin.

On incise le vagin au niveau de la tumeur (S. Sutton, Van Derwer, Wallace, Czerny, Olshausen), quelquefois aussi le col

utérin (Bœckel); on ouvre la capsule et on énuclée la tumeur en la morcelant au besoin.

L'ouverture du péritoine est une complication fâcheuse qu'il faudra traiter plutôt par le drainage que par la suture.

Greenhalg, dans trois cas de ce genre, a incisé le vagin et la capsule au fer rouge dans le but d'obtenir l'élimination de la tumeur par suppuration. Ces tentatives ont été deux fois suivies de mort, ce qui n'est pas surprenant.

VIII. — HYSTÉRECTOMIE CERVICALE

La malade est placée dans la position de la taille. On déprime le périnée avec une valve courte de Simon et on abaisse le col avec une pince à traction. A moins d'une grande étroitesse des voies génitales, de difficultés marquées à abaisser le col, il est inutile de placer des écarteurs sur les parois latérales du vagin. Le doigt d'un aide introduit de chaque côté, un peu en arrière de la base des petites lèvres, suffit à découvrir le champ opératoire.

Nous n'avons jamais recours à l'hémostase préventive (ligature élastique, tourniquet utérin d'Emmet, ligature médiate de l'utérine, etc.). L'hémostase provisoire s'obtient très suffisamment en exagérant la tension des tissus et, au lieu de s'encombrer de pinces à forcipressure, si des artérioles viennent à donner, il faut s'efforcer d'en arriver très rapidement à la réunion, en commençant par les points les plus saignants.

L'irrigation continue est des plus utiles. On se servira, soit d'une canule ou d'une valve irrigatrice, soit, de préférence, de la pince irrigatrice (voir liv. 1^{er}, chap. 1^{er}). On en règle le fonctionnement de façon à obtenir un jet modéré, au moment des incisions, et un jet plus fort quand il s'agit de déblayer les surfaces d'avivement ou de chasser les caillots accumulés dans le fond du vagin.

On aura généralement quatre aides : un pour l'anesthésie, deux autres pour aider directement, un quatrième pour enfiler les aiguilles et passer les instruments.

1^o Hystérectomie cervicale infra-vaginale

A. Trachélorraphie.

La *trachélorraphie* (de *τραχέλος*, col, et *ράφει*, de *ῥάπτειν*, coudre) a pour objet la réparation des déchirures du col.

Elle exige des soins préparatoires d'asepsie qui visent particuliè-

rement la métrite du col (dilatation et pansements, curetage, hersage, excision de la muqueuse).

L'opération étant peu douloureuse et assez courte, l'anesthésie locale par la cocaïne peut, à la rigueur, suffire.

Une pince à abaissement est fixée sur chacune des lèvres du col. En rapprochant ces deux pinces, on se rend compte de l'étendue à donner à l'avivement pour que le col reprenne à peu près sa forme et pour que l'orifice néoformé, tout en étant bien central, soit un peu plus large qu'à l'état normal.

S'il existe un noyau cicatriciel au niveau de l'angle de la déchirure, on commence par l'enlever. Puis, les deux lèvres du col étant écartées au maximum avec les pinces qui les fixent, on procède à l'avivement et à la suture.

a. **Procédé d'Emmet.** — Les tissus étant un peu plus difficiles à aviver au niveau de l'angle cicatriciel, on remplace celui-ci, tout d'abord, par un angle cruenté en agrandissant la déchirure d'un léger coup de ciseaux. Puis on circonscrit la bandelette cicatricielle qui borde chaque lèvre par une incision peu profonde et on la détache avec un bistouri à lame fine ou avec les ciseaux coudés d'Emmet.

Pour la suture du côté gauche, le col est attiré à droite; l'aiguille pénètre dans la lèvre postérieure, à 2 millimètres du bord externe de l'avivement, chemine au-dessous de la surface cruentée et ressort à un millimètre en dedans ou en dehors du bord interne; elle suit un trajet semblable, mais en sens inverse, dans la lèvre antérieure. On place ainsi deux à quatre points de suture (fig. 240, n^o 1), suivant la hauteur de la déchirure, en procédant de haut en bas; puis on noue les fils en dehors, en les serrant modérément.

Pour la suture du côté droit, le col est attiré à gauche; les fils suivent le même trajet, mais passent dans la lèvre antérieure, d'abord, de dehors en dedans, puis dans la lèvre postérieure, de dedans en dehors.

On s'assure de la perméabilité du canal cervical avec l'hystéromètre et, s'il semble trop étroit, on supprime le point de suture le plus inférieur.

Il est bon de maintenir dans le canal un drain de verre ou de caoutchouc ou, plus simplement, une mèche de gaze, jusqu'à la cicatrisation.

b. **Trachélorraphie par dédoublement.** — Sânger (1), à la suite de Fritsch (2), de Sutton (3) etc., décolle de dehors en dedans sans

(1) Sânger, *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 769.

(2) Fritsch, *Ibid.*, p. 804.

(3) S. Sutton, *Amer. J. of obst.*, oct. 1886.

les exciser, les bandelettes cicatricielles qui se correspondent sur chaque lèvre et les affronte en même temps que les lèvres elles-mêmes (fig. 240, n° 3).

Dürhssen (1) fait une incision d'un demi-centimètre de profondeur tout le long et au milieu de la surface cicatricielle des

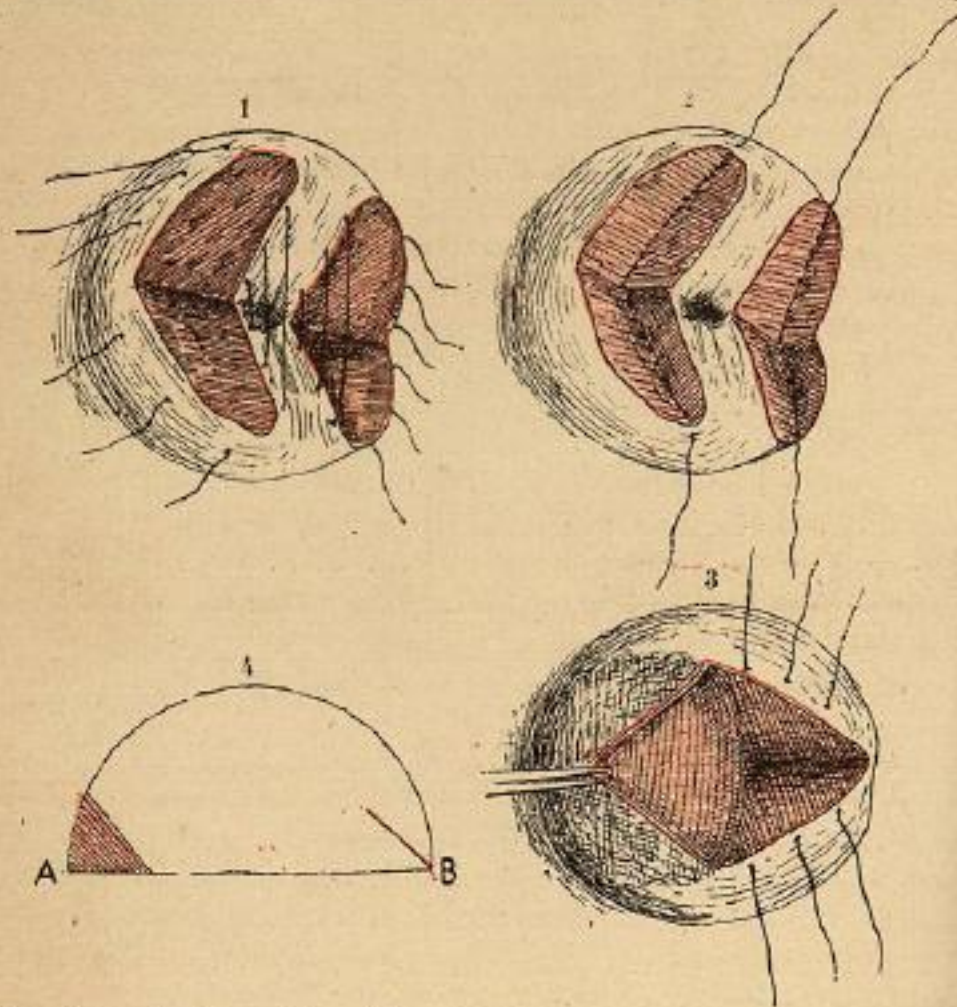


Fig. 240. — Trachelorrhaphie : 1, Procédé d'Emmet. — 2, Procédé de Dürhssen. — 3, Procédé de Singer. — 4, Schéma figurant l'une des lèvres du col en coupe transversale, avec l'excision d'Emmet sur l'un des côtés, A, et l'avivement par dédoublement de Dürhssen et Singer sur l'autre côté, B.

deux lèvres. Par leur écartement spontané ou provoqué, les deux lèvres de cette incision s'étalent en une surface angulaire, dont la moitié supérieure est réunie à l'inférieure par les sutures d'Emmet. Si la déchirure n'est pas trop profonde, on peut se contenter d'un seul fil qui chemine au-dessous de l'angle dièdre de la plaie (fig. 240, n° 2).

(1) Dürhssen, *Vade-mec. de gyn.*, p. 37.

Ces procédés ne sont applicables qu'à des déchirures non compliquées de sclérose.

B. Amputation de la portion vaginale du col.

Les procédés d'exérèse du col par l'écraseur, le thermo-cautère (Kœberlé), ou l'anse galvano-caustique (Grünwald, Spiegelberg, etc.), ne donnent que des moignons informes, exposent aux hémorragies, à l'infection et à la sténose, et ne sont plus usités.

a. **Procédé de Sims.** — Ce procédé mérite d'être encore cité, à l'heure actuelle, en ce sens qu'il a marqué un grand progrès : la suture du moignon. Après incision bilatérale remontant plus ou moins haut, suivant la profondeur des lésions, Sims réséquait perpendiculairement chacune des lèvres, après quoi il réunissait la muqueuse vaginale de la lèvre antérieure à celle de la lèvre postérieure,

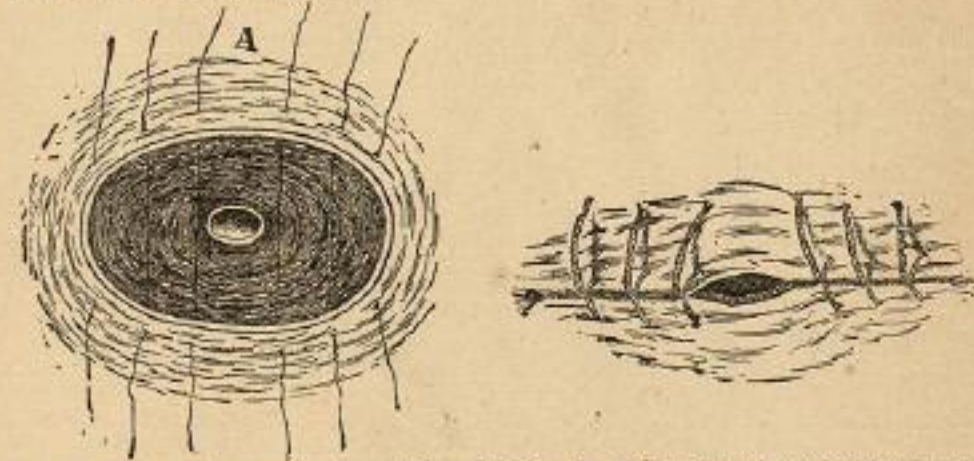


Fig. 241. — Le moignon après l'amputation circulaire du col. Lambeaux réunis par des sutures suivant le procédé de Sims.

par deux ou plusieurs points de suture latéraux, en laissant au milieu un espace libre correspondant au canal cervical (fig. 241).

b. **Procédé d'Hégar.** — Hégar a perfectionné le procédé de Sims en affrontant la muqueuse vaginale à la muqueuse endocervicale tout autour de l'orifice du col.

Mais cette façon de faire est encore inférieure aux deux suivantes qui suffisent à tous les cas :

c. **Procédé de Schröder** (*amputation cunéiforme de chaque lèvre*). — Nous croyons utile d'insister sur cette opération, d'un usage courant en gynécologie (1).

Les instruments nécessaires pour la pratiquer sont les suivants : Une valve de Simon, deux écarteurs assez longs pour pénétrer jusqu'au fond des culs-de-sacs vaginaux, étroits, et légèrement con-

(1) Paul Petit : *Note sur l'amputation sous-vaginale du col par le procédé de Schröder* : *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1891.

caves en dedans, de façon à mieux s'effacer devant le bistouri et les pinces; notre pince irrigatrice ou tel autre instrument pouvant servir à l'irrigation continue; deux pinces à abaissement; deux bistouris à lame courte et convexe, fraîchement aiguisés; une

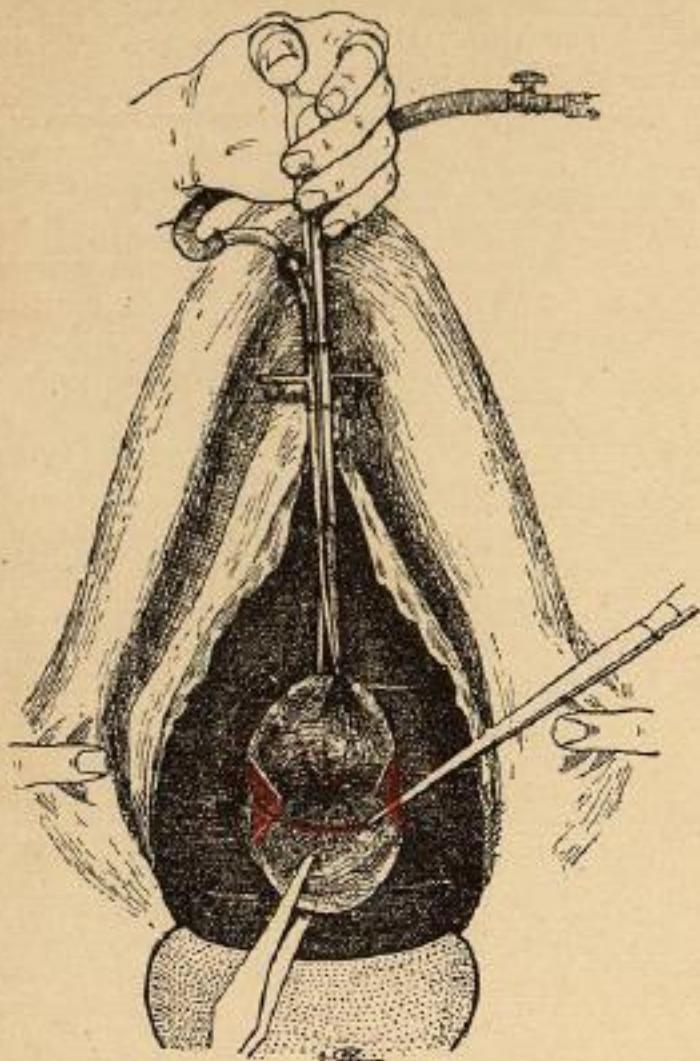


Fig. 242. — Amputation de la portion vaginale du col suivant le procédé de Schröder : 1^{er} temps de l'incision de la lèvres postérieure (notre pince irrigatrice est fixée sur la lèvres supérieure du col) (Paul Petit et S. Bonnet).

paire de forts ciseaux droits; des pinces à dissection à griffes; une douzaine de petites pinces à forcipressure; des pinces à pansement; un hystéromètre; deux récipients à injection, dont l'un, destiné à l'irrigation continue, sera d'une contenance minima de 5 litres; un porte-aiguilles; des aiguilles spéciales, plates et courbées en forme d'hameçons. Le catgut n° 2, à l'essence de genévrier, très souple, est préférable au crin de Florence et à la soie dont l'ex-

traction nécessite parfois des recherches assez pénibles et qui exposent à la désunion.

Le col, étant solidement abaissé par un aide qui appuie le bord cubital de la main sur le pubis, on le sectionne bilatéralement jusqu'à la hauteur voulue en entamant le tissu utérin plus loin que

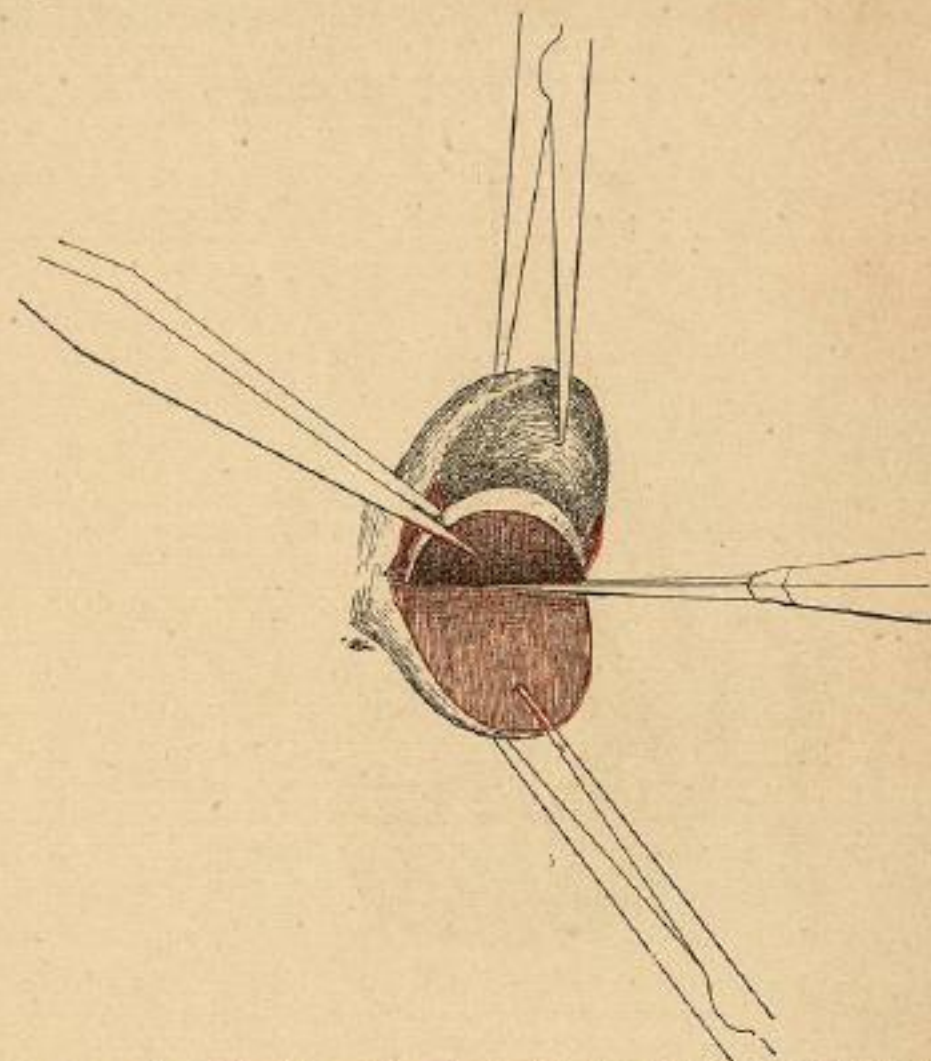


Fig. 243. — Amputation de la portion vaginale du col suivant le procédé de Schröder : le bistouri achève le détachement d'un segment cunéiforme sur la lèvres postérieure (S. Bonnet et Paul Petit).

le vagin; l'aide relève alors fortement la lèvres antérieure, en même temps qu'il l'abaisse vers la vulve, de façon à bien dégager la lèvres postérieure; on saisit celle-ci assez avant, avec des pinces à disséquer tenues près des mors, et l'on fait, à partir de l'un des angles de la section bilatérale, une incision légèrement courbe, à convexité antérieure, qui va aboutir à l'angle opposé (fig. 242). La profondeur de cette incision varie suivant le degré des lé-

sions (profondeur des kystes folliculaires, volume du col, etc.).

De l'une à l'autre de ses extrémités, on trace une incision demi-circulaire, profonde de quelques millimètres et qui suit le contour du museau de tanche. (Pour éviter les échappées, il est commode de faire passer la lame du bistouri entre les mors mêmes des pinces à disséquer.)

Une pince à traction étant fixée sur la lèvre inférieure de l'incision, de façon à tendre les tissus, on la confie à un aide; puis l'on saisit la lèvre opposée avec la pince à disséquer et, replaçant le bistouri dans le sillon, on se porte progressivement et à petits coups

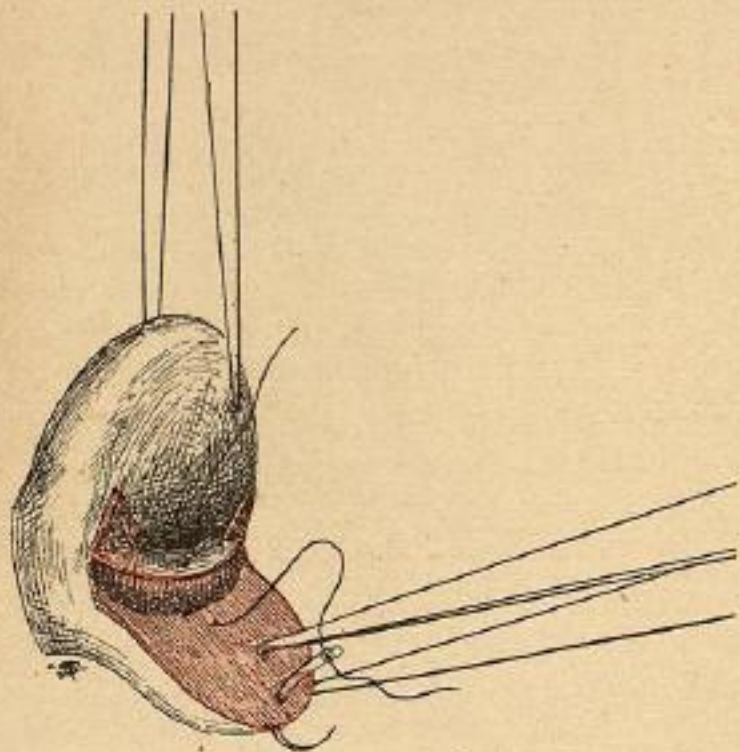


Fig. 244. — Amputation de la portion vaginale du col suivant le procédé de Schröder : passage d'un fil à suture à travers l'éperon et le lambeau (Paul Petit et S. Bonnet).

à la rencontre de l'incision première, en agissant, de préférence, de droite à gauche et d'avant en arrière. Dès que les deux incisions se sont rencontrées sur toute leur longueur, le segment en forme de coin, qu'on se proposait de réséquer, se détache (fig. 243). De cette façon se trouve constituée une large surface d'avivement se terminant dans la profondeur par un coude à angle à peu près droit, ouvert en avant.

On fait saillir cette sorte d'éperon, d'abord à l'aide d'une pince à griffes fixée au-dessous ou au-dessus et, plus tard, à l'aide des premiers fils placés. Les aiguilles, enfoncées à un demi-centimètre

au moins au-dessus de lui, cheminant au-dessous de la surface cruentée, ressortent au-dessus d'elle, au tiers supérieur du grand lambeau, et traversent définitivement celui-ci à son tiers inférieur, pour sortir sur sa face vaginale, à quelques millimètres de son bord libre (fig. 244).

Pour passer commodément les aiguilles, il faut les saisir avec le

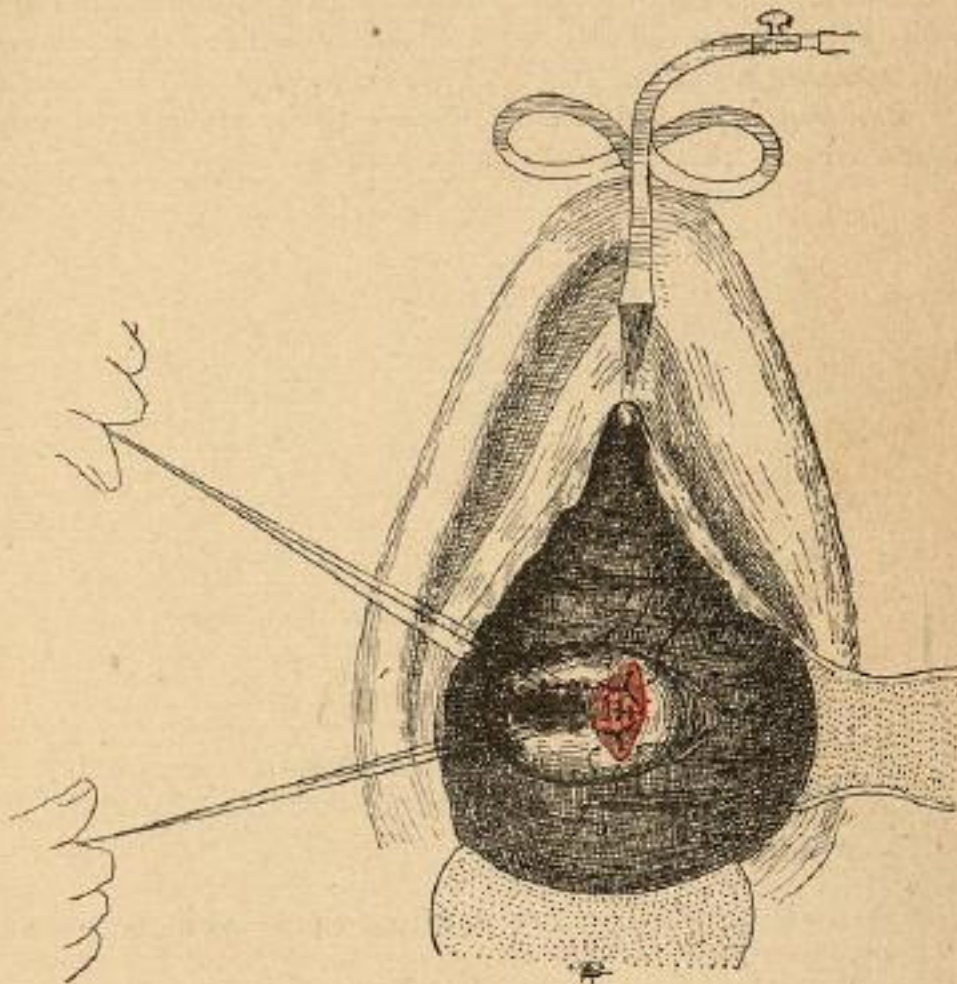


Fig. 245. — Amputation de la portion vaginale du col suivant le procédé de Schröder : sutures latérales (notre tube irrigateur en étain est fixé sur le pénil) (S. Bonnet et Paul Petit).

porte-aiguille au-dessous du chas, les introduire un peu obliquement par rapport au plan antéro-postérieur ou se placer soi-même de côté et debout, leur imprimer un mouvement qui corresponde bien à leur courbe et les faire arriver en deux temps, comme nous l'avons dit, à destination. Il est préférable de placer d'abord le fil médian, puis les fils latéraux. En général, trois suffisent. Au moment où on les lie, on fait rabattre, au besoin, le lambeau vers

l'éperon avec une pince à disséquer, de manière à bien assurer l'affrontement. Mais, si les fils sortent à une distance suffisante du bord libre, cette manœuvre est généralement superflue: l'affrontement se fait de lui-même.

Les fils, une fois liés, sont réunis en un faisceau et saisis dans une pince à forcipressure qu'on abandonne à elle-même.

La lèvre antérieure est alors réséquée suivant les mêmes règles, sauf qu'il est plus commode, pour tracer les contours du lambeau, de remplacer la pince à disséquer par la pince à traction déjà en place. Lorsqu'il y a dégagement prononcé du col, il faut veiller de près à ne pas blesser la vessie. On fera bien, dans ce but, d'y

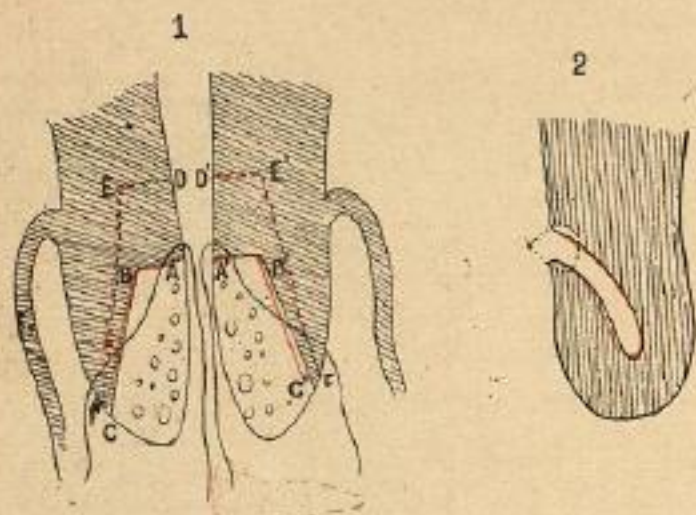


Fig. 246. — Schéma figurant le col en coupe verticale et antéro-postérieure vue de côté, et l'amputation coniforme de Schröder: 1. ABC, A'B'C', surface cruentée des lambeaux taillés sur les deux lèvres; AF, A'F', passage des fils; DEF, D'E'F', tracé de l'incision supra-vaginale. 2. Affrontement du lambeau.

maintenir une sonde d'homme tandis que le bistouri passe à son voisinage.

Les deux lèvres étant suturées, l'un des aides attire vers lui, en les écartant l'un de l'autre, les deux faisceaux de fils supérieur et inférieur, de façon à mettre sous les yeux de l'opérateur les deux bords d'une incision latérale (fig. 243). Au besoin, on use d'un écarteur pour refouler la paroi correspondante du vagin. Puis, l'avivement étant régularisé aux ciseaux, on suture, en ayant bien soin de comprendre, dans chaque fil, les quatre épaisseurs de tissu qui se présentent: les deux tranches vaginales en dehors, les deux tranches utérines en dedans (fig. 245). Il est préférable de placer tout d'abord, sans le serrer, le fil commissural, c'est-à-dire le plus inférieur, puis l'on continue la suture de haut en bas en veillant

soigneusement à l'affrontement et à l'hémostase, particulièrement au niveau de l'angle de la section, surtout quand celle-ci empiète notablement sur le vagin. Le côté opposé est traité de la même manière.

Pour obtenir la réunion immédiate et pour prévenir l'atrésie: 1° il est indispensable que les deux lèvres, antérieure et postérieure, soient très exactement bordées par la rencontre des deux muqueuses, cervicale et vaginale, et qu'il n'y ait point, dans l'intervalle des points de suture, de parties cruentées faisant hernie et susceptibles de se souder, dans la suite, d'une lèvre à l'autre; 2° il est bon de faire l'orifice externe un peu plus large que nature et d'introduire jusqu'à l'orifice interne, une fois l'opération terminée, une petite mèche de gaze iodoformée.

En prenant ces précautions, on n'aura à craindre, dans la suite, ni l'atrésie ni même la sténose; Doléris estime qu'elles sont particulièrement utiles lorsqu'il s'agit de cols en voie de sclérose active, du fait, par exemple, d'un traitement intempestif par les caustiques.

d. Procédé de Simon Markwald (1), — (Amputation biconique, ou mieux, à deux lambeaux égaux sur chaque lèvre). Le col étant abaissé comme

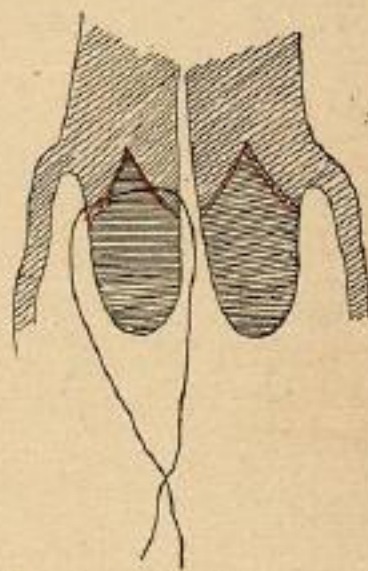


Fig. 247. — Schéma figurant le col en coupe vertical et antéro-postérieur vue de côté et l'amputation à deux lambeaux égaux de Simon Markwald.

précédemment, on saisit la lèvre postérieure près de son bord libre et on l'incise obliquement de bas en haut, de la muqueuse intra-cervicale vers la profondeur du tissu; puis on la relève et l'on fait, en partant de la muqueuse cervico-vaginale, une incision semblable, mais en sens inverse, qui rencontre la première à angle aigu. Ainsi se trouve intercepté et excisé un fragment en forme de coin à base inférieure. Les deux lambeaux résultant de cette excision sont affrontés et suturés au catgut à l'aide de fils qui cheminent sous la surface cruentée (fig. 247). Les mêmes manœuvres sont pratiquées sur la lèvre antérieure, et l'on termine en fermant les sections latérales comme dans l'opération de Schröder.

Pansement et soins consécutifs à l'hystérectomie infra-vaginale.

(1) Markwald, *Arch. f. gyna.*, 1875, t. VIII, p. 48.

— S'il n'y a pas de suintement, le pansement à la gaze iodoformée ne sera renouvelé que tous les trois ou quatre jours. La malade pourra se lever du douzième au quinzième jour. On surveillera avec soin le retour possible du catarrhe utérin, s'il existait auparavant, et on le combattra, s'il se manifeste, par des pansements intra-utérins quotidiens. A la sténose, suite de fautes opératoires, on opposera la dilatation progressive ou l'électrolyse négative à la dose de 20 à 40 milliampères environ.

Pronostic opératoire. — L'hystérectomie infra-vaginale ne comprend que des opérations bénignes. Il est toujours facile de se rendre maître de l'hémorrhagie. L'échec de la réunion provient du placement défectueux des sutures ou de l'insuffisance des soins préalables d'antisepsie. On prévient le sphacèle, toujours très limité d'ailleurs, en ne multipliant pas trop les sutures et en évitant de les trop serrer.

2° Hystérectomie cervicale supra-vaginale.

A. Procédé de Huguier (Amputation conoïde). — Dans ce procédé, très en vogue autrefois, après avoir incisé le vagin en avant et en arrière du col, et détaché la vessie sur une certaine hauteur, on incise le tissu cervical obliquement, de bas en haut et de dehors

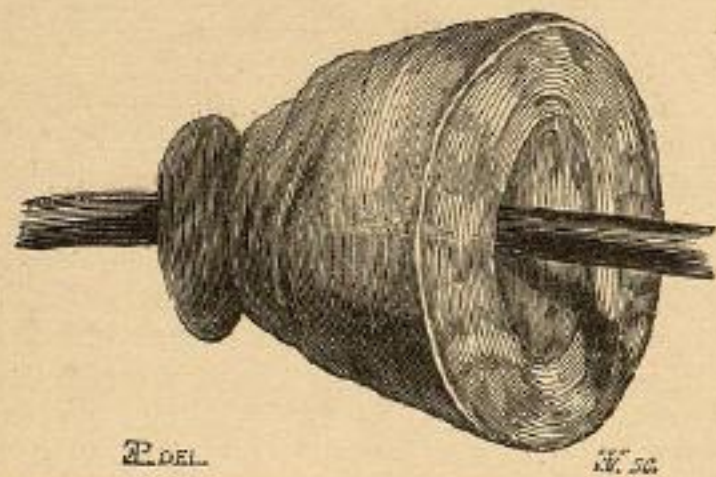


Fig. 248. — Fragment du col provenant d'une amputation conoïde, suivant le procédé de Huguier.

en dedans, de façon à en détacher un fragment en forme de cône dont la base répond à l'orifice externe (fig. 248).

Procédé de Schroder. — Ce procédé est de beaucoup préférable au précédent.

Après avoir incisé le vagin en avant et en arrière, on sépare le

col, sur une étendue suffisante, de la vessie en avant et du cul-de-sac péritonéal en arrière. On réunit l'une à l'autre des deux côtés les deux incisions vaginales et l'on dégage le col, en ces points, en appliquant une ou deux ligatures à la base des ligaments larges. Puis, on divise le col à la hauteur voulue (fig. 245, n° 1), en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, et on les résèque. On passe alors des fils à travers le lambeau vaginal antérieur et on les fait cheminer le long de la paroi postérieure de la vessie et à travers la paroi antérieure de l'utérus pour les faire ressortir dans le canal cervical. En serrant ces fils, on s'efforce d'affronter la muqueuse vaginale à la muqueuse endocervicale. On agit de même en arrière et l'on termine par des sutures latérales comme dans l'amputation *infra-vaginale*.

Cette opération ayant pour but principal de ménager le péritoine, on doit refermer celui-ci par des sutures s'il vient à être ouvert.

Si l'opérée a dépassé la ménopause et que l'on doute de l'asepsie du champ opératoire (cancroïde végétant), on pourra, comme nous l'avons vu faire par Terrillon, se borner, après résection du col, à pratiquer le tamponnement à la gaze iodoformée sans avoir recouvert le moignon.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS SUR LA PAROI ABDOMINALE

I. — RACCOURCISSEMENT EXTRA-PÉRITONÉAL DES LIGAMENTS RONDS

(OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER)

PREMIER TEMPS. — Découverte des ligaments. — La région étant soigneusement rasée, aseptisée et environnée de compresses de gaze stérilisée, l'opérateur se place à gauche de la malade, ayant la table opératoire à hauteur d'appui. Après avoir reconnu, avec le pouce et l'index gauche, les deux *épines pubiennes*, points de repère principaux qu'il faut éviter de confondre avec les *angles du pubis*, il fait une incision de 4 à 5 centimètres partant de l'épine gauche. Cette incision, contrairement à ce qu'écrivent les auteurs, ne doit pas suivre exactement l'arcade de Fallope, mais limiter avec elle un angle aigu ouvert en haut et en dehors. On sectionne successivement les différentes couches de la paroi, en s'aidant, au besoin, d'écarteurs à