

— 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

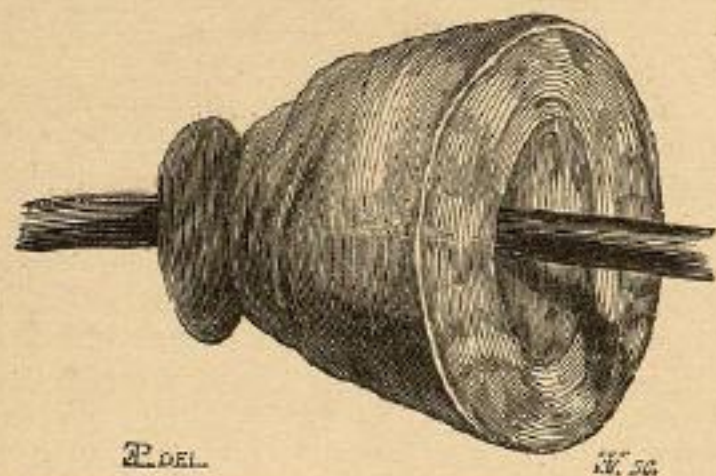


Fig. 248. — Fragment du col provenant d'une amputation conoïde, suivant le procédé de Huguier.

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

griffes et en faisant strictement l'hémostase, jusqu'à apparition de l'aponévrose nacrée du grand oblique. A ce moment, on fixe directement l'index gauche sur l'épine pubienne; l'extrémité pénicillée du ligament est immédiatement en dehors. Les autres points de repère, *peloton adipeux* de l'anneau inguinal externe, *pilliers* de cet anneau, reconnaissables au doigt et à l'œil, sont évidemment bons à reconnaître, mais beaucoup moins sûrs. En effet, la boule de graisse peut manquer ou se fusionner, chez les femmes obèses, avec le pannicule ambiant; quant à l'anneau inguinal externe, il peut être réduit à un pertuis insignifiant et se confondre avec d'autres fentes aponévrotiques qui existent sur le pilier externe ou plus en dehors.

Saisissant tout à la fois la boule graisseuse et les fibrilles terminales du ligament, entre le pouce et l'index gauches, ou tout d'abord, avec une pince à griffes, l'opérateur, sans chercher à isoler les fibrilles, se porte, avec la sonde cannelée, à la rencontre de leur point de fusionnement. Il *amorce* ainsi le *dégagement* du ligament et s'assure qu'il offre la résistance voulue.

Puis il obture la plaie avec un tampon antiseptique et passe au côté droit. Il est plus commode de faire l'incision droite sans changer de place, en restant à la gauche de la malade; mais il n'en est pas de même pour la recherche du ligament correspondant.

En ayant recours au point de repère pubien, nous avons toujours trouvé les deux ligaments. De même, nous avons toujours pu les raccourcir tous deux, bien que chez les femmes grasses, en particulier, ils puissent être assez grêles, soit d'un seul côté, soit des deux à la fois.

Si le raccourcissement *unilatéral* a souvent donné de beaux succès, il faut savoir qu'il expose, au cours de la grossesse, à une déformation fâcheuse, analogue, comme disposition et résultats, aux asymétries congénitales par développement inégal de l'une des cornes; Chalcix, de Bordeaux, a tout récemment signalé un cas de dystocie de la délivrance qui semblait bien reconnaître cette origine.

DEUXIÈME TEMPS. — Redressement de l'utérus. — Les deux ligaments étant reconnus, un aide redresse l'utérus avec la sonde et s'assure que le fond de l'organe prend bien le contact de la paroi abdominale. Cette manœuvre peut demander pas mal de patience et de ménagements, lorsque le vagin et le col ont été préalablement rétrécis par des sutures. L'aide maintiendra la sonde en place jusqu'à fixation de l'un des ligaments et en prenant point d'appui non sur la fourchette, mais sur un doigt de la main gauche, si l'Alexander a été précédé d'une colporrhaphie.

TROISIÈME TEMPS. — Isolement et raccourcissement des liga-

ments. — Le ligament rond étant saisi par son extrémité et modérément tendu avec une pince à mors fenêtrés, l'opérateur s'applique à le séparer des filaments fibreux qui se portent de sa surface aux parois du trajet inguinal et particulièrement à la paroi inférieure. Avec une forte sonde cannelée saisie non loin du bec et profondément introduite le long du ligament (fig. 249), on arrive généralement à rompre ces sortes de petits tendons qui n'existent guère que dans la moitié antérieure du canal. Au besoin, on

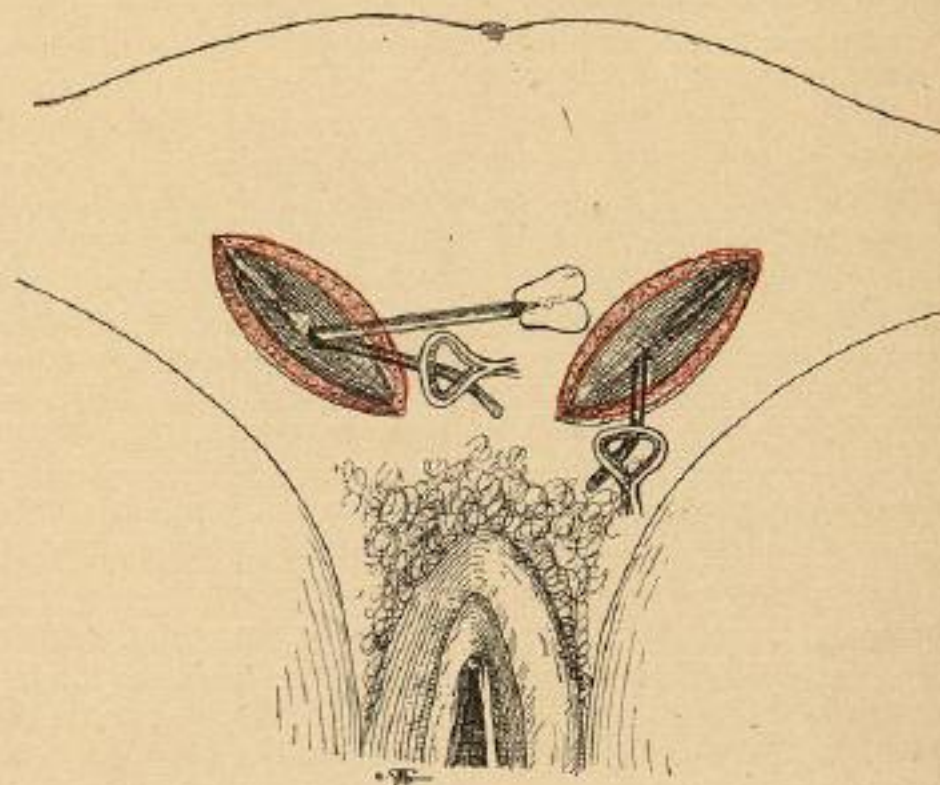


Fig. 249. — Raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds : du côté gauche, la sonde cannelée, introduite dans le canal inguinal, dégage le ligament correspondant; du côté droit, le ligament est déjà suturé aux piliers (S. Bonnet et Paul Petit).

aura recours au bistouri mousse ou aux ciseaux, mais il faut couper le moins possible pour éviter d'entamer le corps même du ligament.

On est également autorisé, pour se donner du jour, à débrider la paroi antérieure du trajet sur une étendue de 1 à 2 centimètres, mais nous trouvons au moins inutile le débridement systématique de bout en bout conseillé par Edebohls, Newmann et Chalot. Cette pratique n'a le plus souvent raison d'être que si le ligament vient à se rompre; nous avons dû y recourir dans un cas, et des deux côtés, pour nous rendre maître d'une hémorragie

assez abondante due à la section d'une artère anormale qui longeait le ligament.

Il ne faut exercer de traction un peu forte sur ce dernier qu'après avoir mis au jour sa portion résistante et nacrée.

Si le cul-de-sac péritonéal vient à être attiré au dehors, Duplay conseille de l'enserrer avec une ligature au catgut, mais cette précaution est inutile.

On a généralement tendance à se borner à un raccourcissement insuffisant; c'est dans cette faute et dans l'abstention ou l'insuffisance d'opérations plastiques sur le vagin et le périnée qu'il faut chercher l'explication de la plupart des succès. Le raccourcissement doit atteindre en général de 10 à 12 centimètres et, en tout cas, doit être tel, que le fond de l'utérus, abandonné à lui-même, se maintienne au contact de la paroi abdominale.

**QUATRIÈME TEMPS. — Suture des ligaments.** — Le ligament étant bien tendu par une pince, on en suture une certaine longueur aux piliers de l'anneau et au périoste du pubis. On résèque l'extrémité non suturée. Quelques opérateurs préfèrent la conserver, dans le but de renforcer les adhérences; mais, en ce cas, il faut éviter de la séparer du pubis pour ménager ses connexions vasculaires.

On a généralement recours à des points séparés au catgut ou à la soie qui embrassent en même temps les ligaments et les piliers ou le périoste; Cittadini se sert du crin de Florence. Il faut éviter de trop rapprocher les sutures; trois points suffisent généralement. Si l'on a ouvert la paroi antérieure du canal, il faut avoir soin de la fermer tout d'abord afin d'éviter les hernies consécutives.

*Casati*, après avoir fait une incision unique et curviligne étendue d'un anneau à l'autre et dégagé les ligaments, les entre-croise et les fixe profondément par un surjet de catgut.

*Doléris* a, dans quelques cas, procédé à peu près de même: après avoir incisé les téguments de chaque côté du pubis et dégagé les ligaments, il les a fait passer sous la peau intermédiaire aux deux incisions, puis les a entre-croisés, comme *Casati*, avant de les fixer.

*Segond*, après avoir fixé le ligament à l'angle supérieur de l'orifice inguinal, le fait passer à travers deux petites boutonnières parallèles aux deux piliers et fixe le nœud ainsi formé à l'aide d'un ou deux points de suture.

*Chalot* ouvre entièrement le canal inguinal et fixe le ligament dans toute son étendue, après l'avoir disséqué au delà de l'anneau inguinal interne.

**CINQUIÈME TEMPS. — Occlusion de la plaie.** — Après avoir étau-

ché avec soin la plaie, on résèque tous les débris flottants et l'on procède à la suture.

*Pozzi* a recours à la suture continue au catgut en commençant par obturer l'orifice inguinal externe. On emploie généralement la suture à points séparés: trois points profonds doivent suffire; avant de les serrer, on fait largement pincer les lèvres de la plaie, jusqu'à leur base, entre le pouce et l'index d'un aide, de manière à les affronter exactement. On complète la réunion par quelques points superficiels. Le drainage ne peut être que nuisible.

*Pansement et soins consécutifs.* — On recouvrira les sutures de gaze antiseptique et d'une épaisse couche d'ouate qui fera le tour du ventre; puis l'on fixera ce pansement avec un double spica légèrement compressif. On a proposé de doubler le bandage ordinaire, à la gaze, d'une bande de caoutchouc; mais cette bande est inutile et expose davantage aux eschares. La malade restera au lit durant vingt-cinq jours environ et ne marchera pas avant six semaines.

*Reid*, exagérant les conseils donnés par *Alexander*, fait porter un pessaire durant cinq à six mois. Nous croyons cette précaution inutile après la sixième semaine, si l'on a consolidé le vagin et le périnée, ce qui est ordinairement nécessaire, et préférons, en tout cas, aux pessaires, la prolongation du tamponnement à la gaze iodoformée.

## II. — INCISIONS PARIÉTALES POUR ABCÈS PELVIENS

Les incisions pariétales, pour abcès pelviens, se font le plus souvent au-dessus de la branche horizontale du pubis. Il faut éviter de porter le bistouri à plus de deux travers de doigt de l'os. Le drainage se fait exactement comme dans la laparotomie sous-péritonéale (voir liv. III, chap. 1).

On peut avoir encore à inciser: au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure; à l'orifice externe du canal inguinal ou dans le voisinage de la paroi abdominale; dans le triangle de Scarpa; au niveau du trou obturateur; au-dessous du grand fessier [on pourra, dans ce dernier cas, introduire un drain à travers l'échancrure sciatique jusque dans le bassin (*Delbet*)].