

LIVRE III

OPÉRATIONS TRANS-PÉRITONÉALES

Sous le nom d'opérations *trans-péritonéales* nous comprenons toutes celles dans lesquelles on ne fait que traverser la cavité péritonéale sans pratiquer, à son intérieur, de manœuvres instrumentales ou manuelles.

CHAPITRE PREMIER

PONCTIONS ET INCISIONS

I. — PONCTIONS

Le trocart employé devra avoir environ 3 à 4 millimètres de diamètre.

1° Ponction abdominale.

On la fera sur le milieu d'une ligne comprise entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou mieux, en cas de tumeur abdominale, sur la ligne blanche, pour éviter plus sûrement de pénétrer dans une veine. Après avoir aseptisé la peau et le trocart, on percute, au lieu d'élection, pour s'assurer de la malité, puis on enfonce le trocart d'un coup sec, au point choisi, en évitant de le faire pénétrer de plus de 5 ou 6 centimètres.

Le liquide étant évacué, on retire l'instrument, on badigeonne la petite plaie au collodion iodoformé, on applique un bandage ouaté qu'on aura disposé à l'avance sous la malade, pour éviter de la remuer, et on lui recommande l'immobilité absolue au lit, dans le décubitus dorsal, pendant quarante-huit heures.

2° Ponction vaginale.

Landau conseille de faire la ponction sans autre instrument que le trocart et en le guidant sur les doigts, après avoir refoulé la tumeur vers le vagin, par l'intermédiaire de la paroi abdominale. Mais il est plus sûr d'avoir recours aux écarteurs et à l'abaissement de l'utérus avec la pince à griffes.

II. — INCISIONS

1° Incisions simples par le vagin.

A. Lignes d'élection. — Pour éviter de blesser la vessie ou les urètres en avant, le rectum en arrière, l'artère utérine sur les côtés, il est indispensable de bien connaître les lignes à suivre. Il faudra, dans tous les cas, éviter les artères vaginales qu'on sentira battre sous le doigt.

a. INCISION POSTÉRIEURE. — Elle peut être *transversale, circonferentielle, longitudinale* ou en *L*.

L'incision *transversale*, la plus usitée, doit porter sur la partie la plus saillante du cul-de-sac.

Quand la tumeur ne bombe pas suffisamment, on a recours à l'incision *circonférentielle*, qui n'est que le premier temps de l'hystérectomie vaginale (Voir liv. IV, chap. II, n° III).

L'incision *longitudinale* (ou *verticale, interligamentaire*), conseillée par Byford, Boisleux, etc., a pour but d'éviter la section des ligaments utéro-sacrés. Picqué, Delbet, lui reprochent de donner moins de facilités que les précédentes pour agir sur les parties latérales du bassin. Les parois du vagin étant écartées, on attire fortement en haut la lèvre postérieure du col avec une pince à griffes: on fait ainsi saillir les deux ligaments utéro-sacrés que l'on suit de l'œil et du doigt jusqu'à leur attache au col. On incise alors verticalement, au milieu de la dépression qu'ils limitent, en commençant immédiatement au-dessous de la bride transversale formée par leur insertion sur le col, c'est-à-dire à 1 centimètre environ, pour aboutir à 4, 5 ou 6 centimètres plus haut (Boisleux).

Delbet a proposé une incision en *L*, combinaison de l'incision transversale et longitudinale.

Quelle que soit la direction de l'incision, il est bon d'introduire au préalable un doigt dans le rectum pour guider l'instrument tranchant.

b. **INCISION LATÉRALE.** — Elle ne doit pas dépasser, en avant, le diamètre transversal du col et se prolongera, en arrière et en dehors, dans la direction des vaisseaux de la région. D'après Fritsch, quand il s'agit d'un abcès, il n'y aurait pas lieu de redouter, autant qu'on pourrait le croire, la lésion de l'uretère et de l'artère utérine, ces deux organes étant l'un et l'autre refoulés par le pus, le premier en avant et le deuxième en haut.

c. **INCISION ANTERIEURE.** — Elle doit suivre les contours du col.

B. Procédés. — a. **INCISION AU BISTOURI.** — Si la tuméfaction fait franchement saillie dans le cul-de-sac vaginal, on la fera maintenir par des pressions ménagées sur l'abdomen, puis on incisera couche par couche, en suivant le travail du bistouri de l'œil et du doigt et en s'aidant de l'écartement des parois vaginales et de l'abaissement de l'utérus.

Si elle ne fait que l'affleurer, il est bon de commencer par une ponction, puis de débrider au bistouri de chaque côté du trocart faisant l'office de conducteur. Pour agrandir l'incision, qui doit être aussi large que possible, il est assez commode de se servir de pincettes longues qu'on ouvre au degré voulu.

b. **PROCÉDÉ DE LAROYENNE.** — Laroyenne emploie une instrumentation spéciale. Il ponctionne la tuméfaction avec un trocart légèrement courbé à son extrémité, ayant la longueur de l'hystéromètre et le volume du trocart à hydrocèle; les quatre cinquièmes supérieurs de la tige qui porte la pointe de l'instrument, amincis en forme de ressort, ont une flexibilité suffisante pour franchir la portion courbée de la canule; enfin, celle-ci est à



Fig. 250. — Trocart de Laroyenne.

moitié fendue dans sa partie supérieure pour servir de sonde cannelée (fig. 250).

La ponction étant faite et la tige du trocart enlevée, on introduit dans la cannelure directrice un lithotome gradué qu'on ouvre en le retirant.

Pour arrêter l'hémorrhagie et assurer en même temps la filtration des liquides, on introduit à moitié dans l'ouverture obtenue une éponge antiseptique qui doit être assez volumineuse pour

s'y étrangler. Cette éponge est laissée en place vingt-quatre heures, puis remplacée par un drain.

c. **PROCÉDÉ DE VULLIET.** — Vulliet procède à peu près comme Laroyenne en employant des instruments analogues. Le gros trocart est remplacé par une sorte de trocart explorateur muni d'un robinet, et le lithotome par un couteau semblable à l'uréthrotome, terminé, sur le côté opposé à la lame, par un petit anneau ouvert qui glisse sur la canule. Vulliet recommande d'explorer tout d'abord, avec le plus grand soin, pour faire d'emblée toutes les ponctions nécessaires.

C. Lavage et drainage. — Quel que soit le procédé employé, on veillera avec soin à l'asepsie du foyer, après l'avoir ouvert. On se contentera autant que possible d'un seul lavage, immédiatement après l'incision, avec un liquide non toxique comme l'eau bouillie et salée, par exemple, et sous une faible pression, car la voûte de la poche peut n'être constituée que par des fausses membranes peu résistantes.

On placera ensuite un tamponnement à la gaze iodoformée, qu'on remplacera au bout de quarante-huit heures par un drain. On emploie ordinairement un drain en T (fig. 251). Le Drain l'engage dans un tube en caoutchouc durci, pour l'empêcher de se couder. Segond se sert d'un drain terminé par un renflement discoïde (fig. 252).

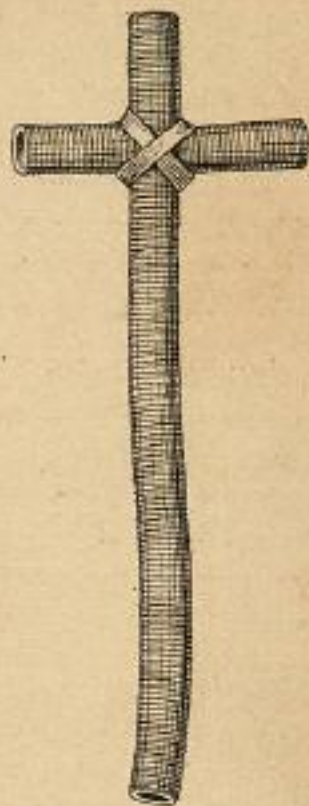


Fig. 251. — Drain en T.



Fig. 252. — Drain à pavillon discoïde.

Si, par exception, on croit utile de pratiquer des lavages répétés, on les fera par l'intermédiaire d'un tube double ou mieux, avec la sonde de Doléris, en drainant à la gaze dans l'intervalle. Dans tous les cas, il faut éviter le contact du tube avec le fond de

la poche. Dans ce but, on le fixera aux cuisses à l'aide d'un fil, ou bien on le suturera aux lèvres de la plaie qu'on réunira ensuite au-dessus et au-dessous (Byford).

Généralement, on peut cesser le drainage vers la fin de la deuxième semaine. Le tamponnement du vagin doit être renouvelé tous les deux ou trois jours. Frisch conseille d'y joindre des injections vaginales fréquentes et de rejeter les drains auxquels il reproche d'être difficiles à fixer, contraires à la rétraction de la poche et susceptibles de provoquer des hémorragies ou des fistules intestinales par compression.

2° Laparotomie sous-péritonéale (Pozzi).

A un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, on fait une incision de 8 à 10 centimètres, analogue à l'incision classique pour la ligature de l'iliaque externe. Après avoir incisé couche par couche jusqu'au fascia transversalis, on effondre celui-ci en dedans de la gaine des vaisseaux qu'on évite avec soin en se portant vers le ligament de Gimbernat et la ceinture osseuse. Puis l'on décolle le péritoine, en s'aidant de grands écarteurs ordinaires ou des écarteurs spéciaux de Collin, munis à leur extrémité d'une courbure destinée à ménager le péritoine et à faire office de miroir.

Lorsqu'on se croit arrivé sur la paroi de la poche, il est bon, avant de la ponctionner, de pratiquer le toucher, à la fois par le vagin et par la plaie, après avoir vidé la vessie. La ponction, une fois son ouverture agrandie, doit être suivie de lavage et de drainage, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit de ces deux côtés à la fois. Deux doigts de la main gauche étant introduits dans le vagin pour servir de guide, on conduit de haut en bas, à travers le cul-de-sac vaginal, avec le gros trocart de Chassaignac, et mieux, avec la pince de Wölfler, la grande branche d'un drain en T, jusqu'à appuyer sa branche transversale au fond de la plaie; puis l'on tasse par-dessus, jusqu'à l'incision supérieure, une longue mèche de gaze iodoformée qui est remplacée tous les deux ou trois jours et diminuée peu à peu. On s'abstiendra, autant que possible, par la suite, de faire des lavages. L'ouverture du vagin doit être assez large pour ne pas étrangler le drain.

CHAPITRE II

HYSTÉROPEXIE TRANS-PÉRITONÉALE

1° FIXATION EXTRA-ABDOMINALE DE LA LIGATURE

A. **Procédé Sims-Kelly.** — L'utérus est soulevé par deux doigts introduits dans le vagin et amené en antéflexion, au-dessus de la symphyse. Puis on place deux ou trois points de suture qui traversent la peau et les tissus sous-jacents, la paroi antérieure de l'organe, et sortent de la paroi abdominale en un point symétrique au point d'entrée.

Les fils sont noués sur une petite plaquette d'ivoire ou d'argent munie d'encoques pour les recevoir.

Le résultat obtenu a été médiocre dans les trois cas de Kelly, et Sims n'a pu achever son unique opération.

B. **Procédé de Caneva-Crespi.** — Section de la paroi, comme pour une laparotomie, mais en s'arrêtant à la face externe de la séreuse, et décollement de son feuillet pariétal sur une étendue de 4 à 5 centimètres carrés.

Au moyen d'une sonde introduite, par le vagin, dans l'utérus, on fait soulever et appliquer l'organe contre l'incision pariétale; puis au moyen de sutures verticales (Caneva), ou horizontales (Crespi), au nombre de 2 à 3, on fixe sa face antérieure au péritoine décollé. Des fils de renfort au catgut accrochent en même temps les aponévroses.

Assaky, pour prévenir l'interposition d'une anse intestinale entre l'utérus et la séreuse pariétale, conseille d'employer la position inclinée de Trendelenburg.

Vaton, afin de préserver la vessie, propose de décoller, non le feuillet pariétal, mais le feuillet vésical postérieur de la séreuse et de poursuivre le décollement, dans la même couche, jusque sur la face antérieure de l'utérus. Ce procédé n'a été expérimenté que sur le cadavre.

C. **Procédé de Candela.** — Après désinfection de l'utérus et du vagin, et application de l'utérus en antédirection derrière la symphyse, on passe, au moyen d'une canule-aiguille spéciale, un premier fil qui traverse le fond de l'utérus, de dedans en dehors, au niveau d'une de ses cornes, et sort par la paroi abdominale.

Un deuxième fil est passé de la même manière au niveau de l'autre corne.

Puis, les deux chefs vaginaux des fils sont solidement noués et l'on tire sur un des chefs abdominaux de manière à faire passer le nœud à l'extérieur : ainsi se trouve constituée une anse de fil au moyen de laquelle on accole l'utérus à la paroi en la nouant sur une plaquette d'ivoire.

2° FIXATION INTRA-VAGINALE DE LA LIGATURE

Procédé de Schücking. — La vessie étant refoulée en haut au

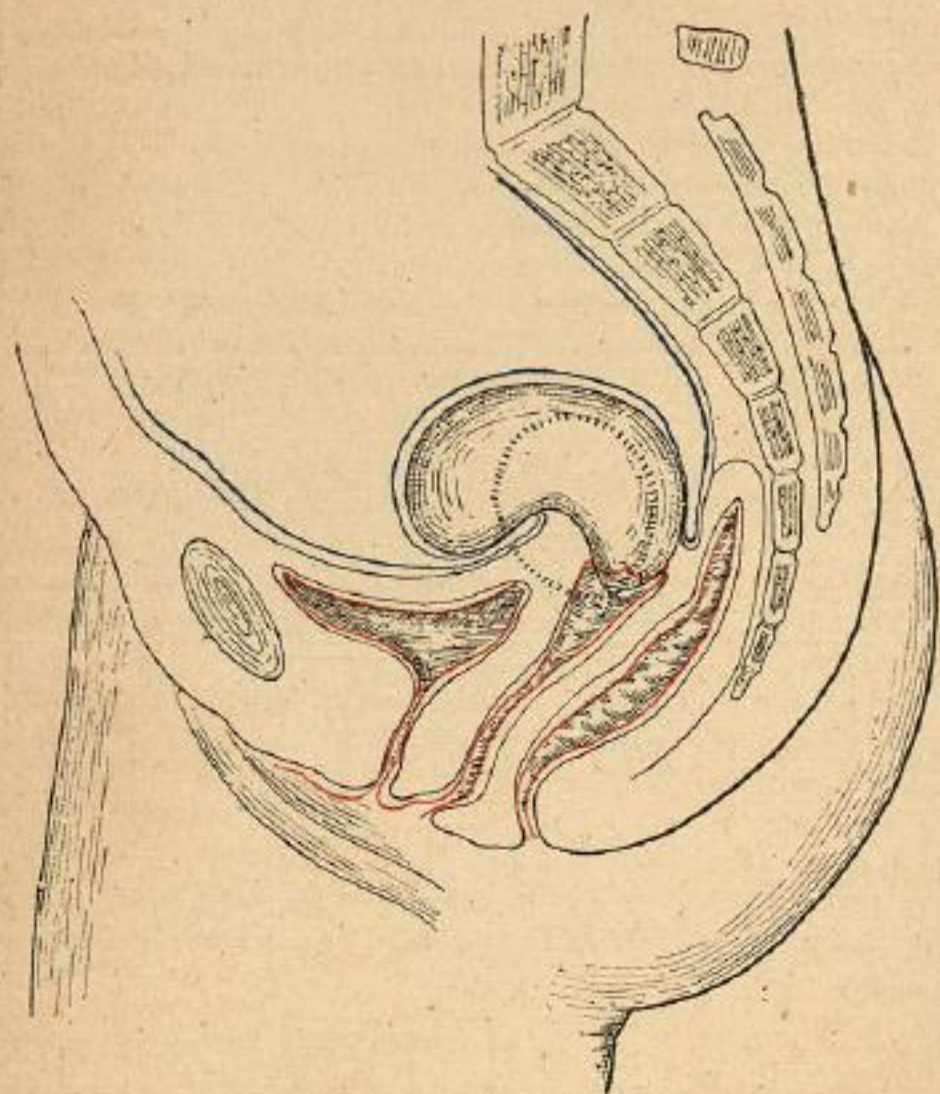


Fig. 233. — Hystéropexie trans-péritonéale : procédé de Schücking.

moyen d'une sonde, l'utérus dilaté et réduit, une aiguille spéciale à ressort, chargée d'un fil de soie, traverse successivement la paroi

antérieure de cet organe et le cul-de-sac antérieur du vagin fortement refoulé par un doigt qui sert de guide. Le fil est lié dans le vagin et enlevé au bout de quinze jours.

CHAPITRE III

HYSTÉRECTOMIE PARTIELLE POUR INVERSION UTÉRINE

Nous signalerons simplement quelques-uns des anciens procédés d'exérèse : section à l'écraseur linéaire dont la chaîne doit être resserrée lentement d'heure en heure (Denucé), toutes les minutes (Greenhalg); section à l'anse galvanocaustique (Veit, Spiegelberg, Breisky, Howitz); au thermo-cautère (Spencer Wells). Avant d'employer ces instruments, il faudrait, pour éviter l'hémorrhagie et la réinversion du moignon dans la cavité péritonéale, passer, au-dessus de la future ligne de section, des ligatures qui seraient fortement serrées après l'exérèse.

La *ligature lente*, avec les serre-nœuds ordinaires armés d'un fil métallique ou de caoutchouc, est également abandonnée.

I. — PROCÉDÉ DE PÉRIER (1)

1° L'utérus, saisi avec des *pincees à mors semi-annulaires, coudés et engainés dans un tube de caoutchouc* (fig. 254, 1 et 1'), est amené à l'extérieur, et l'inversion est complétée, s'il y a lieu.

2° Une anse de soie très solide est passée autour de l'utérus, immédiatement au-dessus des mors de la pince, et les deux bouts du fil sont engagés dans l'œil d'une tige métallique conduite le long de l'utérus. Cette tige se termine, à l'autre extrémité, par une crémaillère. On vérifie le placement exact du fil, on le tend au maximum et on le fixe sur l'utérus par un nœud double.

3° Un anneau de caoutchouc est assujéti contre ce nœud constricteur et avec le même fil, par un autre nœud triple, c'est-à-dire solidement établi, car c'est sur lui que portera la traction (fig. 254, n° 2).

4° Au moyen d'un crochet quelconque, on saisit la partie libre de l'anneau élastique pour le tendre et l'accrocher, aussi loin que possible, à l'un des crans de la crémaillère (fig. 254, 2').

(1) Périer, *Revue de chir.*, déc. 1886, p. 269.

5° L'utérus est remis à la place qu'il occupait dans le vagin; la tige, maintenue droite par le sens de la traction, sort par la vulve sans presser sur les parties molles.

Dans les jours qui suivent, on fait des injections antiseptiques et l'on maintient la tension de l'anneau élastique en l'accrochant

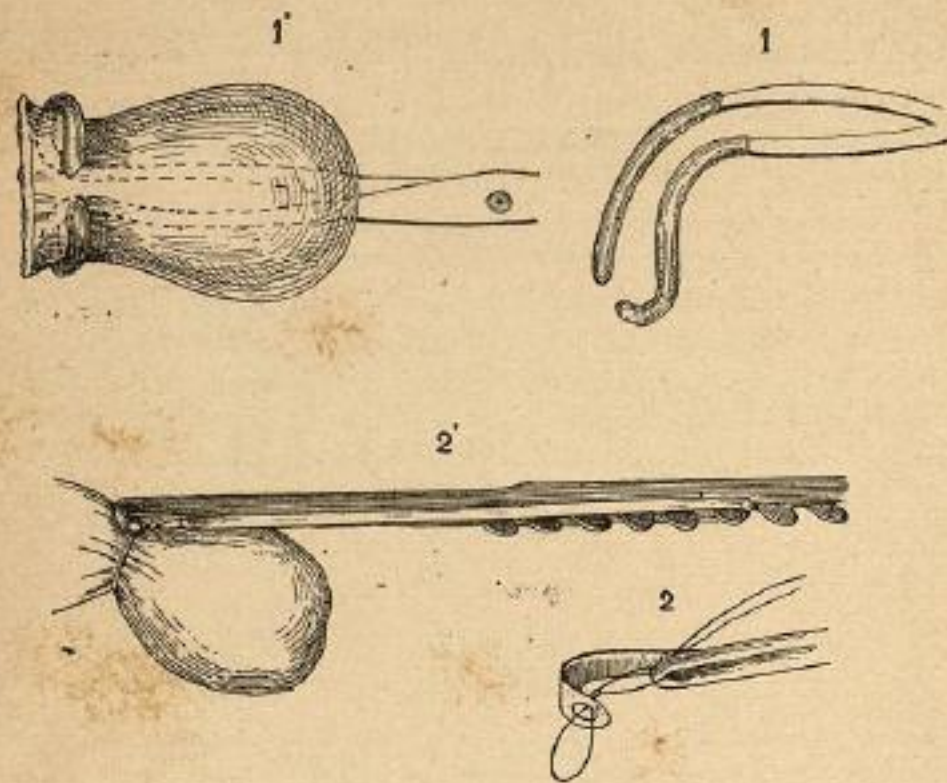


Fig. 254. — Procédé de ligature à traction élastique de Périer, pour l'inversion utérine.

de plus en plus bas. Le corps de l'utérus se détache, ratatiné, du 9^e au 14^e jour.

Ce procédé a donné de beaux succès, mais exige des soins minutieux d'antisepsie et détermine, durant les cinq ou six premiers jours, des douleurs assez vives que l'on combat par des injections de morphine.

II. — PROCÉDÉ DE KALTENBACH

L'utérus étant abaissé, on passe d'avant en arrière, au-dessus du point où devra porter la section, plusieurs fils, soies ou crins de Florence. Afin de n'avoir pas à se préoccuper de l'hémorragie,

on peut appliquer au-dessus de ces fils une ligature élastique provisoire.

On résèque toute la partie de l'utérus située au-dessous des fils; puis ceux-ci sont noués à la surface du moignon de façon à fermer la cavité péritonéale et à assurer l'hémostase. Il est bon, pour plus de sûreté, de lier transversalement, sur le côté correspondant du moignon, chacun des fils latéraux. On ajoutera, s'il est besoin, des points complémentaires.

Quelques opérateurs, M. Clintock, Duncan, Goossens, etc., ont simplement appliqué, avant l'excision, une ligature en masse, élastique ou non, sur le pédicule. Celui-ci se détache alors du 15^e ou 20^e jour.

On pourrait également enserrer le pédicule dans une double ligature élastique passée par transfixion.