

faire d'abord le curettage de la muqueuse utérine que de s'en remettre à son atrophie ultérieure.

b. **Position de la malade.** — La position de Trendelenburg est, ici, préférable à toute autre.

c. **Incision abdominale.** — Il suffit, en général, de pouvoir introduire deux ou trois doigts quand les annexes sont saines et l'utérus peu volumineux, quatre doigts ou la main entière quand les annexes sont adhérentes et kystiques. Quand elles accompagnent un fibrome volumineux, atteignant l'ombilic, l'incision s'élèvera d'emblée au sommet de la tumeur où l'on a beaucoup de chances de les rencontrer (Bouilly).

d. **Ablation.** — Dans le cas d'ovaro-salpingite, on tombe ordinairement, tout d'abord, après section de la paroi, sur un épiploon épaissi, vascularisé, jeté comme un pont résistant au-devant de la masse intestinale auquel il adhère, de même qu'à la paroi abdominale et, parfois aussi, au pubis. Il ne faut pas hésiter à le lier par petits paquets et à le réséquer, s'il est notablement altéré ou s'il s'oppose à l'accès des parties à enlever. Dans ce dernier cas, on peut être contraint de passer au travers, pour se frayer ensuite un chemin entre les anses intestinales.

Après avoir pris le contact du fond de l'utérus, on s'oriente en partant de ses cornes et, une fois arrivé sur la tuméfaction, on l'entoure, autant que possible, d'une enveloppe de compresses mouillées.

Si elle est kystique et assez volumineuse et si on a lieu de craindre sa rupture, mieux vaut, avant d'entreprendre sa libération, la vider avec un trocart capillaire.

Si, au contraire, elle est petite et pourvue de parois résistantes, on évitera cette manœuvre qui, en ce cas, est inutile et rend même l'extraction plus difficile.

Les adhérences de l'oophro-salpingite sont ordinairement très serrées, et l'important, pour s'en rendre maître, est d'arriver à trouver le *plan de clivage* (Pozzi). Ce premier point résolu, on insinue peu à peu les doigts entre les organes adhérents et la tumeur, en agissant surtout vers celle-ci et avec la force voulue. On s'aide au besoin de tractions modérées, par l'intermédiaire de *pinces à cadre* ou de pinces de Museux à mors courbes et très fins (Bouilly).

Dans le cas d'adhérences étroites avec l'appendice vermiforme, on doit réséquer celui-ci après ligature.

Les salpingites du tiers interne de la trompe peuvent évoluer entre les deux feuillettes du ligament large et nécessiter son ouverture.

Les manœuvres de libération seront souvent beaucoup simplifiées par la section préalable du ligament *infundibulo-pelvien*. Cette section se fait entre deux ligatures, ou mieux, entre deux pinces languettes passées au-dessous du ligament. Il peut être préférable, en certains cas, de sectionner la trompe et le ligament de l'ovaire à 1 centimètre environ de l'utérus. On sera étonné de la facilité avec laquelle s'isolent, à la suite de l'une ou l'autre de ces manœuvres, des annexes qui jusque-là semblaient invinciblement fixées.

Si la décortication porte sur une poche remplie de pus ou supposée telle, il est indispensable, pendant toute sa durée, de maintenir avec soin l'enveloppe protectrice de compresses-éponges. En effet, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, l'effusion du pus est souvent inévitable, car il faut compter, non seulement avec l'amincissement de la poche en certains points, mais encore avec l'ouverture des collections adventices et la rupture des adhérences qui ferment le pavillon de la trompe.

En cas de fibrome, si les annexes ne se présentent pas d'emblée, on les cherchera en suivant les contours de la tumeur, qu'on fera au besoin pivoter sur son axe sans la faire sortir du ventre. Par le fait de l'étalement du ligament large, la trompe est parfois située à une certaine distance de l'ovaire (Bouilly).

L'ovaire et la trompe, une fois libres, sont attirés au dehors et, autant que possible, avec la main, car les pinces *bicoudées*, à *cadre* ou autres, exposent davantage à l'écrasement de ces organes ou à la rupture de leurs attaches. Quand la brièveté ou la rigidité du ligament large rend son extériorisation plus difficile, Tait conseille de l'érailler à sa base avec les doigts profondément introduits. Mais il suffit ordinairement, dans ces cas, de la position de Trendelenburg et de la mise en jeu des écarteurs.

e. **Ligature.** — La ligature doit être faite à 1 centimètre au moins au-dessous du hile de l'ovaire et aussi près que possible de la corne utérine, de telle sorte que l'on soit sûr d'enlever la presque totalité de la trompe et la totalité de l'ovaire qui s'infiltré parfois assez avant dans l'épaisseur de son ligament propre.

Si on emploie la ligature *en chaîne* (voir : liv. I, chap. III), il faudra passer le fil double à travers le ligament large, exactement au point où se placerait la *ligature simple* ou l'un des nœuds spéciaux de Tait ou de Bantock. En effet, il ne faut pas chercher à gagner vers la corne utérine en obliquant le nœud interne de ce côté, sous peine de s'exposer à son relâchement ultérieur.

La *ligature en chaîne* convient à la généralité des cas. Elle est



préférable à toute autre pour les pédicules épais, charnus et gorgés de sucs : il est même bon, parfois, de faire trois chaînons au lieu de deux, et de pratiquer au-dessus une ligature simple de sûreté. La trompe se déchire-t-elle sous la constriction du fil, il ne faut pas hésiter à placer une seconde ligature au-dessous de la première, en la serrant un peu moins ; au besoin même, on obturera séparément les vaisseaux à la surface du moignon.

Les *nœuds de Tait et de Bantock* ne conviennent guère que pour les pédicules longs et minces.

Le *nœud simple* sera réservé aux cas de castration pour fibromes dans lesquels l'extrême vascularité du ligament large peut donner à craindre de le traverser (Bouilly).

f. **Section du pédicule.** — L'ovaire et la trompe étant extériorisés autant que possible, sur un lit de compresses-éponges qui protège l'intestin et la paroi abdominale, on commence la section du pédicule aux ciseaux et on l'achève au thermo-cautère (Pozzi), en ayant soin d'introduire la pointe du cautère dans la lumière de la trompe.

### 3<sup>o</sup> Opérations conservatrices sur les annexes.

La *salpingostomie*, de Martin et Skutsch, consiste dans l'excision d'un fragment de trompe kystique, suivie de réunion de la muqueuse à la séreuse tout autour de l'orifice. C'est une tentative inadmissible s'il y a suppuration, et vouée à l'insuccès en cas d'inflammation adhésive un peu active.

A côté de la *résection de l'ovaire*, suivie de suture, pratiquée en ces derniers temps avec succès par Pozzi, nous citerons la *simple ponction des microkystes* suivie de *thermo-cautérisation* (Pozzi), la *reposition* de l'organe par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, l'*expression de la trompe*, proposée par Polk, l'*expression de la trompe suivie de cathétérisme et de lavage antiseptique*, proposée par Munde.

## III. — OPÉRATIONS POUR AFFECTIONS DE L'UTÉRUS

### 1<sup>o</sup> Hystéropexie abdominale intra-péritonéale.

Les *hystéropexies* (ou fixations de l'utérus), pratiquées après laparotomie antérieure, comprennent les *gastro-hystéropexies* et le *raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins*.

### A. Gastro-hystéropexies.

Les *gastro-hystéropexies* consistent à fixer l'utérus, en bonne position, à l'enceinte abdominale. A part le procédé mixte de Klotz et Roux, le lieu d'élection, pour le passage des fils à travers la paroi, siège au voisinage immédiat de son ouverture.

Les premiers temps opératoires sont les mêmes dans tous les cas :

*Premier temps.* — *Laparotomie exploratrice.*

*Deuxième temps.* — *Libération et réduction de l'utérus* : destruction des adhérences, exploration et ablation des annexes s'il y a lieu ; réduction et élévation de l'utérus à l'aide d'une pince fixée sur le fond de l'organe ou avec deux doigts appuyant sur le col.

Les différences dans la façon de procéder portent sur le *troisième temps* ou temps de la *fixation*.

On fixe à la paroi : l'utérus lui-même (*méthode directe*), ou bien les pédicules annexiels ou les ligaments (*méthode indirecte*), ou bien enfin, l'utérus d'une part et les pédicules annexiels ou les ligaments d'autre part (*méthode mixte*).

#### a. Méthode directe.

Elle comprend de nombreux procédés que nous grouperons, avec Delagénière (1), sous trois chefs principaux : *sutures temporaires* ; *sutures perdues* ; *sutures après avivement préalable de la face antérieure de l'utérus*.

1<sup>o</sup> **Procédés à sutures temporaires** (L. Tait, G. Thomas, Léopold, Hennig). — Tait traverse, avec deux minces fils d'argent, les lèvres de la plaie abdominale dans toute leur épaisseur et le muscle utérin près du fond de l'organe.

Léopold, puis Klotz, passent trois fils de soie de la même manière : le premier fil, au niveau de l'insertion des ligaments ronds ; le deuxième, à 1 centimètre au-dessous, près de l'origine des trompes ; le troisième, en arrière de l'insertion des trompes. Le trajet de chacun de ces fils dans le muscle utérin mesure environ 2 centimètres.

Boldt ne comprend, dans l'anse du fil, que la séreuse, sans pénétrer dans le tissu utérin.

Gottschalk se sert des deux points inférieurs de la suture abdominale pour fixer l'utérus, et ne prend aussi que la séreuse.

(1) H. Delagénière, *Annales de gynéc.*, décembre 1890, p. 417.



Dans tous ces procédés, les sutures fixatrices font partie des sutures profondes de la paroi et sont enlevées du dixième au quinzième jour.

2° **Procédés à sutures perdues (Czerny-Terrier).** — Czerny passe seulement deux fils en anse dans le tissu utérin, au niveau du fond de l'organe.

Terrier, posant en principe que l'hystéropexie doit être faite

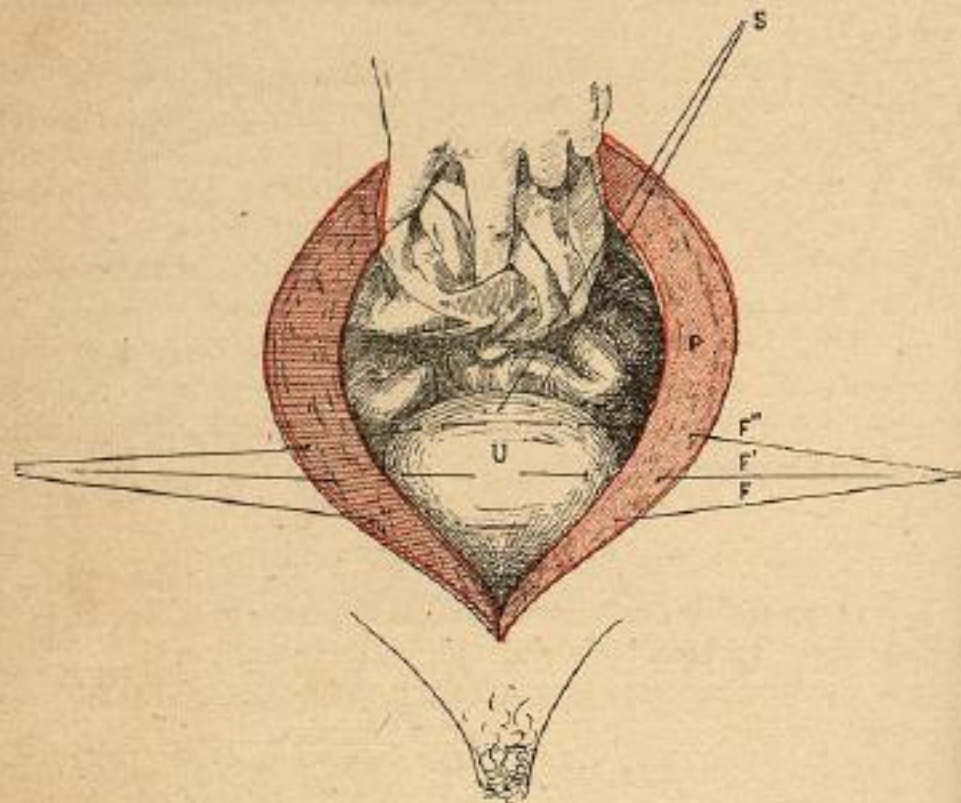


Fig. 263. — Gastro-hystéropexie : procédé de F. Terrier; U, Utérus; F, F', F'', Fils fixateurs (anses avec points passés); S, Fil de soie destiné à amener l'utérus en avant pendant l'opération et à le maintenir; P, Paroi abdominale (Dumoret).

aux dépens du fond et de la face antérieure de l'utérus, sur la plus grande largeur possible, multiplie les fils et procède ainsi :

L'utérus, saisi d'une main, est attiré vers l'ouverture péritonéale. A l'aide de l'aiguille de Reverdin on passe d'abord longitudinalement, au fond de l'organe, un premier fil de soie qui sert à le soulever et à faciliter le placement des sutures. Ce fil est surtout utile en cas de prolapsus. Une grosse soie est alors passée obliquement à travers la paroi abdominale et à gauche de son ouverture, sans comprendre la peau; elle sort à 15 millimètres en dedans de la plaie péritonéale, est conduite de gauche à droite, en fauflé, à travers le

tissu utérin, au-dessus de l'isthme, puis traverse symétriquement la lèvre droite de l'incision abdominale, en exceptant toujours la peau. Un deuxième, un troisième et quelquefois un quatrième fil sont placés de même de bas en haut et serrés dans le même ordre (fig. 263 et 264). Le fil longitudinal est alors enlevé ou, au besoin, fixé lui-même à la paroi.

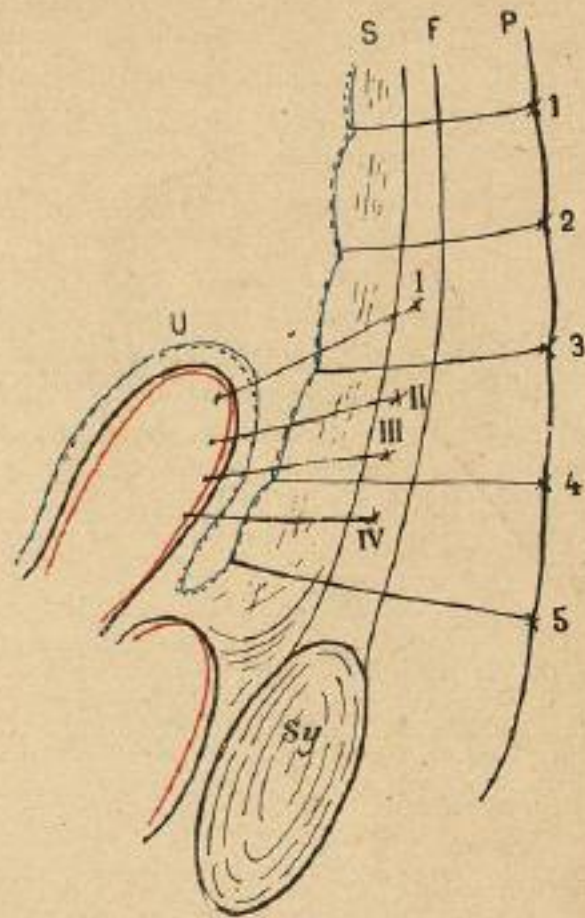


Fig. 264. — Gastro-hystéropexie : procédé de F. Terrier (schéma représentant le bassin en coupe verticale et médiane, et les fils serrés); Sy, Symphyse pubienne; U, Utérus; S, Séreuse péritonéale; F, Fascia sous-péritonéal, aponévroses et muscles de la paroi abdominale; P, Peau et tissu cellulaire sous-cutané; I, II, III, IV, Fils fixateurs de l'utérus. — 1, 2, 3, 4, 5, Points de suture de la plaie abdominale (Baudoin).

Au-dessus de ces sutures fixatrices perdues, la plaie abdominale est fermée par des points demi-profonds et superficiels.

Laroyenne fixe d'abord l'utérus par autant d'aiguilles qu'il est nécessaire, puis il passe les fils au moyen de ces aiguilles laissées en place et les noue à mesure.

Pozzi emploie la suture continue à la soie fine. Le fil prend point d'appui inférieurement sur le plan séro-fibro-musculaire de l'inci-



sion pariétale, puis il remonte par un surjet ascendant dont la spirale traverse successivement la partie profonde de la lèvre gauche de la plaie abdominale, une épaisseur peu considérable de l'utérus, de bord et d'autre du plan médian, puis la partie profonde de

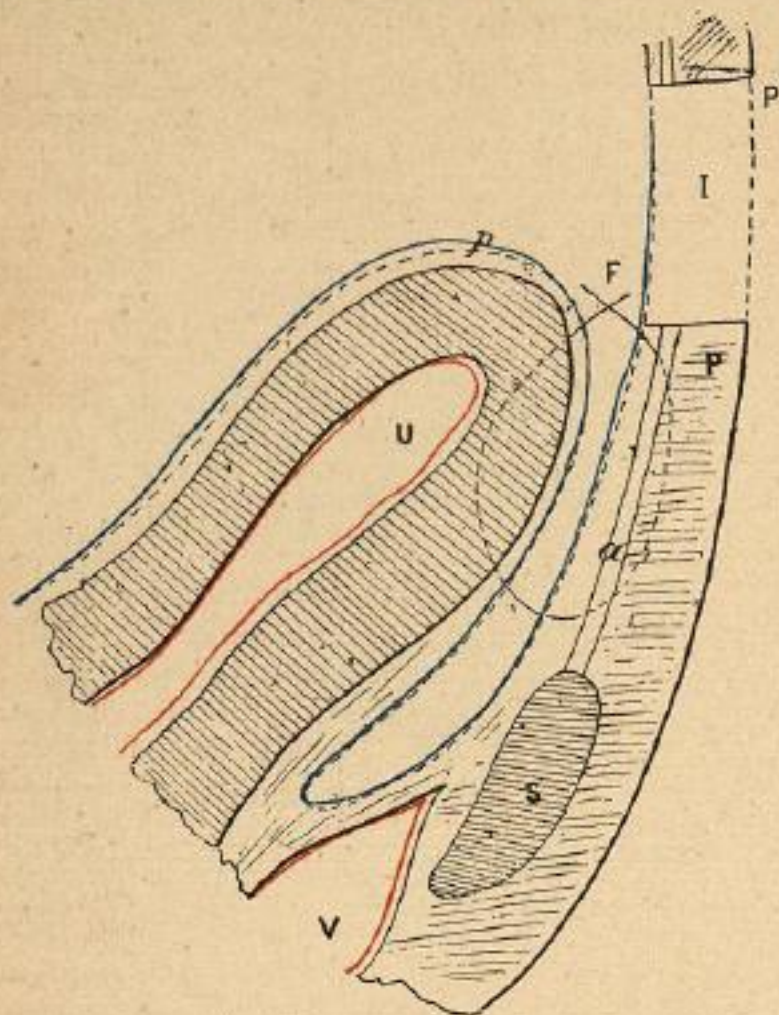


Fig. 263. — Gastro-hystéropexie : procédé de Faucon (schéma représentant le bassin en coupe verticale et médiane) ; P, Coupe de la paroi abdominale ; a, Aponévrose de la paroi abdominale ; P', Paroi abdominale, au-dessus de l'incision abdominale ; I, Incision de la laparotomie ; S, Symphyse pubienne ; V, Vessie ; U, Utérus ; p, Péritoine utérin ; F, Fil fixateur vertical, médian, et son nœud intra-péritonéo-abdominal (Bandoïn).

l'autre lèvre abdominale. Dès que l'utérus est suffisamment fixé à la paroi, le surjet à la soie est arrêté.

Terrillon passe dans l'intervalle des sutures perdues, utéro-pariétales, des sutures temporaires profondes comprenant seulement la paroi abdominale dans toute son épaisseur et destinées, avec des sutures semblables passées au-dessus de l'utérus, à

fermer la plaie abdominale. Il serre d'abord les fils de l'hystéropexie, puis ceux de la suture pariétale.

Piequé laisse libre la face antérieure de l'utérus et fixe l'organe par quatre sutures, deux de chaque côté (sutures symétriques bilatérales), traversant le tissu utérin dans une étendue de 4 centimètre 1/2. Il y ajoute ordinairement un point inférieur médian.

Zinsmeister (de Vienne) se sert de catgut et fait deux sutures verticales, une de chaque côté, à 2 centimètres de la ligne médiane. L'aiguille pénètre d'abord de haut en bas, dans le tissu utérin, puis de bas en haut dans la paroi, à l'exclusion de la peau, et ressort dans la cavité abdominale où les fils sont noués (suture intra-péritonéo-abdominale).

Faucon (de Lille) fixe l'utérus au-dessous de l'angle inférieur de l'incision abdominale qui s'arrête à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Trois longs crins de Florence sont conduits de haut en bas dans le tissu utérin sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, puis de bas en haut dans l'épaisseur de la paroi et noués dans la cavité abdominale, comme dans le procédé de Zinsmeister (fig. 265).

3° Procédés comportant l'avivement de la face antérieure de l'utérus. — Léopold, avant de fixer ses sutures, gratte la séreuse avec le dos du bistouri sur une étendue de 4 centimètres environ.

Thiriar fait un véritable avivement : il dissèque un lambeau séro-utérin rectangulaire de 15 centimètres de hauteur et étendu d'un ligament rond à l'autre.

Il est reconnu que ces avivements préalables ne donnent pas une adhérence plus solide (Demboski, Terrier, Gottschalk).

#### b. Méthode indirecte.

La gastro-hystéropexie indirecte constitue ordinairement le temps complémentaire d'une laparotomie faite pour ablation de tumeur ou d'annexes malades. Nous nous contenterons de citer les procédés suivants :

1° Fixation des pédicules annexiels à la paroi abdominale après ovaro-salpingectomie (Käberlé).

2° Fixation des cornes et des bords de l'utérus (Olshausen-Sänger). — Un premier fil est passé autour du ligament rond d'un côté, en dedans de l'artère épigastrique, sans blesser la trompe, puis à travers la paroi abdominale. Deux autres fils sont passés au-dessous, le long du bord interne du ligament large, et ne comprennent, dans



leur anse, que son feuillet antérieur (fig. 266); on en fait autant de l'autre côté.

Ce procédé, de l'aveu même de ses auteurs, laisse entre l'utérus et la vessie une fente dans laquelle pourrait s'engager et s'étrangler une anse intestinale.

3° **Fixation des ligaments tubo-ovariens** (H. Kelly). — Kelly fixait d'abord les cornes utérines; il y a renoncé et suture au péritoine pariétal, par trois points de chaque côté, le ligament tubo-ovarien. Les sutures sont intra-péritonéales et perdues.

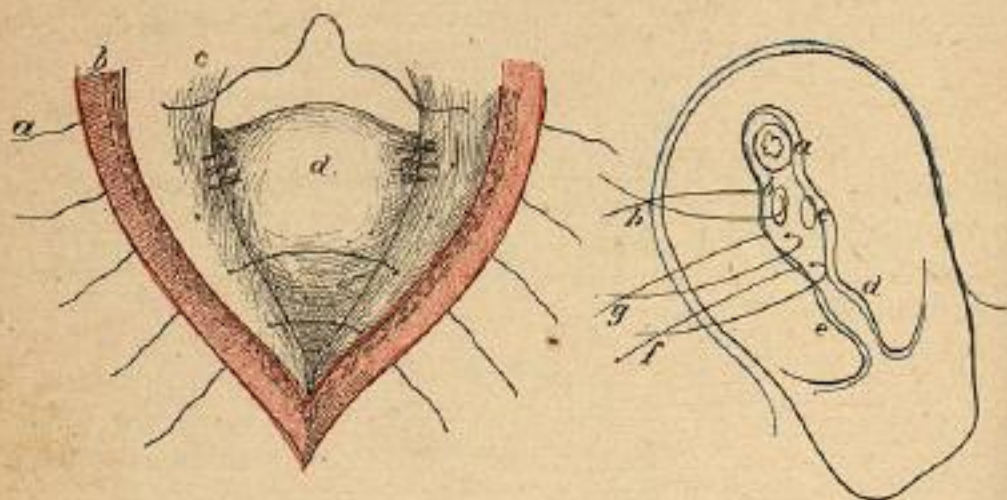


Fig. 266. — Gastro-hystéropexie : Procédé d'Olshausen-Sänger. — 1, Fils fixateurs en place : a, Fils de la suture abdominale; b, Muscles et aponévroses de la paroi; c, Péritoine; d, Utérus. — 2, Schéma de la disposition des fils fixateurs : a, Trompe; b, Ligament rond; c, ligament de l'ovaire; d, feuillet postérieur du ligament large; e, feuillet antérieur du ligament large; f, g, h, fils fixateurs (Sänger).

Les adhérences déterminées par ce procédé sont lâches, lamelleuses et insuffisantes dans la plupart des cas.

4° **Fixation des ligaments larges** (Winicarter). — Le fil fixateur passe à travers le ligament large, au-dessous de l'ouverture de la trompe dans l'utérus, puis est fixé aux bords de la plaie abdominale.

#### c. Méthode mixte.

Elle consiste, sans règles précises, à fixer, non seulement le corps de l'utérus, mais aussi les ligaments ou un pédicule annexe (Hennig, Prochownik, Hofmeier, Prager, Doléris).

Klotz et Roux (de Lausanne), après avoir fixé à la plaie abdominale le pédicule d'une trompe ou d'un ovaire, placent un tube de verre en arrière de l'utérus (*étançonnage utérin*) et le laissent

en place trois ou quatre semaines pour provoquer la formation d'adhérences postérieures. Polk avait déjà pratiqué ce drainage rétro-utérin.

#### B. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.

1° **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.** — Ruggi (de Bologne) traverse le ligament rond, près du canal inguinal, avec une aiguillée de catgut munie d'un nœud à son extrémité; il le traverse ensuite avec le même fil près de son extrémité utérine;

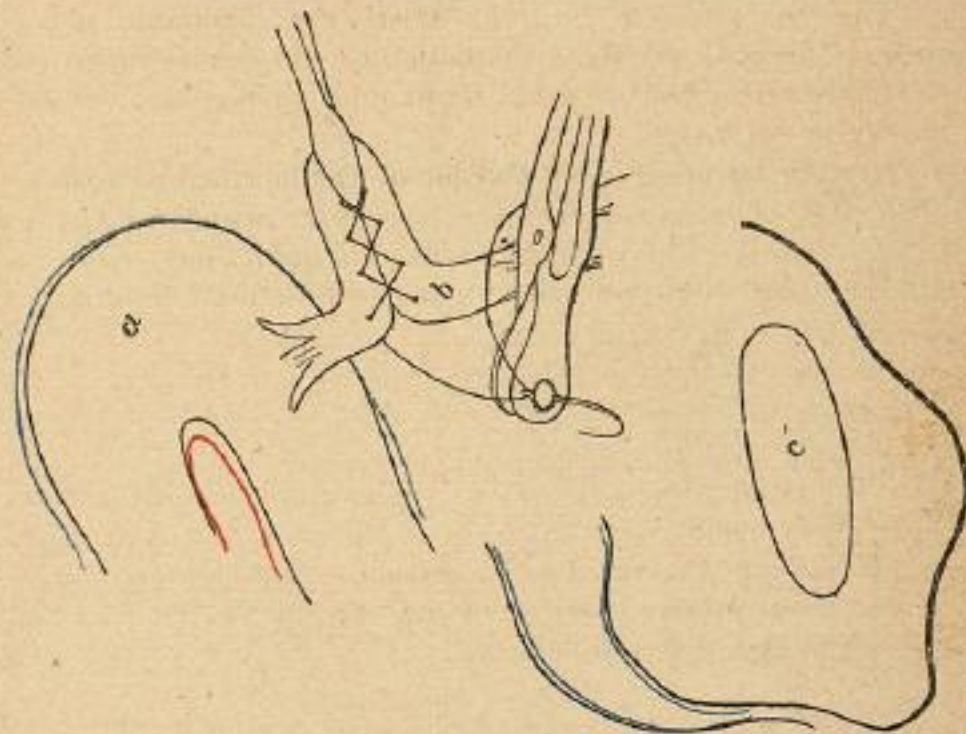


Fig. 267. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : procédé de Ruggi. Repliement terminé. — a, Utérus; c, Pubis; b, Anse repliée.

le ligament est ainsi replié en dehors et ses deux moitiés sont maintenues en contact au moyen d'une double suture en surjet (fig. 267). — Même manœuvre sur l'autre ligament.

Gill Wylie obtient la plicature en saisissant le ligament à sa partie moyenne et en l'attirant fortement en dehors. Il avive par grattage les deux surfaces qui se correspondent et assure leur contact et leur adhérence par trois solides ligatures de soie passées autour de la coudure du ligament.

Bode accroche cette coudure à la corne utérine au moyen d'un fil qui traverse la corne après avoir entouré le ligament.



*Polk* coude, non plus en dehors, comme *Wylie*, mais en dedans, en avant de l'utérus, les deux ligaments ronds qui se trouvent ainsi amenés au contact par leur coude : on avive leur surface de contact et on les anastomose au moyen d'une suture. Ils forment ainsi un X en arrière de la vessie.

*Dudley* coude l'extrémité utérine des ligaments en avant de l'utérus et les suture à la face antérieure de l'utérus.

Nous avons vu *Dolérus* combiner la gastro-hystéropexie par sutures perdues avec la fixation, dans la plaie, des ligaments ronds raccourcis.

2° **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés.** — Proposé par *Kelly*, exécuté une fois par *Frommel*, ce procédé consiste à fixer les replis de Douglas au péritoine des parties latérales du bassin.

3° **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges.** — *L. Taft* plisse la partie supérieure et interne du ligament large, en comprenant dans l'anse du fil l'extrémité utérine du ligament rond : c'est, en réalité, une combinaison du raccourcissement des ligaments larges avec celui des ligaments ronds.

*Imlach*, au contraire, agit sur le ligament infundibulo-pelvien en faisant le plissement sur le bord externe du ligament large, à l'exclusion du ligament rond.

Dans le cas de prolapsus, surtout vaginal, des vieilles femmes, *Picqué*, après avoir ouvert la cavité abdominale de chaque côté, suivant la ligne d'incision de l'opération d'*Alexander*, fixe, d'un côté, la corne utérine correspondante et, de l'autre, l'aïleron moyen ou le ligament utéro-ovarien.

Un bon nombre des procédés d'hystéropexie que nous venons de passer en revue ne sont pas sortis du domaine spéculatif, et la plupart des autres n'ont été exécutés qu'un petit nombre de fois, avec des résultats incertains ou décevants. Les procédés de gastro-hystéropexie directe par sutures perdues sont généralement préférables à tous les autres et, parmi eux, le procédé *Czerny-Terrier*, avec ses variantes, est le plus employé en France.

Il ne semble pas qu'il ait jamais entravé sérieusement le fonctionnement de la vessie ni qu'il ait occasionné des désordres graves au cours de la grossesse ou de l'accouchement (1).

Comme traitement post-opératoire, *Terrier* se borne aux irriga-

(1) Se reporter, pour plus de détails, au travail de *Baudoin* : *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans la rétrodéviations de l'utérus* (Thèse Paris, 1890).

tions vaginales. D'autres opérateurs, *Pozzi*, *Poncet*, *Laroyenne*, maintiennent, pendant toute la durée du séjour au lit, un tamponnement dans le vagin, ce qui paraît préférable, surtout en cas de prolapsus.

D'autres encore, *Sänger*, *Léopold*, *Picqué*, etc., font porter pendant quelque temps un pessaire de *Hodge* ou autre.

Dans tous les cas, la malade doit garder le lit pendant trois à quatre semaines.

## 2° Hystérotomie et hystérectomie abdominales.

Les opérations diverses, rangées sous ce double chef, comportent toutes l'hémostase provisoire de la partie à enlever : elle est actuellement réalisée par la *ligature élastique* ; l'écraseur, les pinces de *Billroth*, les fils métalliques de *Kœberlé* et *Péan*, sont universellement abandonnés.

Utilisée pour la première fois en 1877 par *Kleberg*, d'Odessa, la ligature élastique a été systématisée et vulgarisée par *Martin*, dès 1878. Elle comporte l'emploi de tubes en caoutchouc de 5 à 6 millimètres de diamètre [tubes ordinaires, tubes à drainage, sonde de *Nélaton* n° 14 (*Terrillon*)], préférables aux cordons pleins dont la vulcanisation est souvent incomplète et la résistance moindre, si bien qu'ils peuvent casser spontanément deux ou trois jours après leur application (*Terrillon*). On passe le tube d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, autour du pédicule de la tumeur, on entre-croise ses deux chefs et on les fixe au degré de tension voulue au moyen d'un double nœud (*Olshausen*), d'un ligateur mécanique (modèles *Pozzi*, *Collin*, *Terrillon*, *Segond*, *Walcher*, etc.), ou, plus simplement, avec une pince à pression ordinaire.

### A. Myomectomie.

La *myomectomie* s'adresse aux fibromes pédiculés.

Le pédicule est-il étroit, on l'enserme dans une ligature en chaîne et on le sectionne à quelques millimètres au-dessus.

Est-il trop large pour que cette ligature donne la sécurité désirable, on le résèque à sa base, suivant deux incisions qui se rejoignent à angle aigu dans leur profondeur, et l'on rapproche les bords de l'entonnoir ainsi creusé à l'aide de fils de soie cheminant à 5 ou 6 centimètres les uns des autres, sous toute la surface cruentée. La distance qui doit les séparer des bords de la plaie dépend de la profondeur de celle-ci, et leur striction doit être telle qu'ils puissent assurer la réunion sans déchirer le tissu utérin.

Lorsque la plaie est large et profonde, *Hofmeier*, à l'exemple de



Schröder, espace les fils profonds à la soie, place de bas en haut plusieurs plans de suture continue au catgut et ne serre les fils de soie qu'une fois cette suture terminée.

Si de gros vaisseaux sont ouverts, on fera bien de les lier séparément.

Enfin, la réunion du péritoine sera assurée par une suture semblable à celle de Lembert, à points séparés ou continus.

Si, après l'enlèvement de la ligature élastique, il se produisait un suintement sanguin de quelque importance, on passerait obliquement un nouveau fil au-dessous du point saignant.

Si la cavité utérine n'a pas été ouverte, ce qui est l'ordinaire, on peut abandonner sans crainte l'utérus dans la cavité abdominale. Dans le cas contraire, on le fixerait à la paroi suivant l'un des procédés que nous décrirons plus loin.

### B. Énucléation des fibro-myomes interstitiels.

Pratiquée déjà par Spencer-Wells et par Spiegelberg, cette méthode a été particulièrement préconisée par Martin, depuis 1880. Doléris, Bouilly, Terrier, Pozzi, etc., l'ont employée avec succès. Chevrier (1) en a réuni 125 observations.

La ligature élastique étant mise en place, on incise la capsule du fibrome dans toute son épaisseur et sur son plus grand axe, en suivant, autant que possible, les faisceaux sous-jacents du muscle utérin (fig. 268, 1); puis on saisit la tumeur avec des pinces à griffes et on l'énuclée de la même façon que par la voie vaginale.

La cavité se rétracte aussitôt. Si, en raison du volume de la tumeur, les parois sont trop étoffées, on en résèque ce qui est nécessaire pour obtenir une coaptation exacte, puis l'on procède à la suture comme après la myomectomie (fig. 268, 2).

Il peut arriver que la cavité utérine soit ouverte (10 fois sur 16 cas, Martin). En pareil cas, Martin suture d'abord isolément la muqueuse, puis fait le drainage utéro ou péritonéo-vaginal. Hégar préfère le drainage abdominal. En vue de cette éventualité, il est prudent d'assurer, au préalable, l'asepsie du vagin par des pansements et l'asepsie de l'utérus par le curettage.

### C. Décortication des fibromes intra-ligamentaires.

La tumeur, étant saisie avec de fortes pinces, est attirée autant que possible vers l'extérieur. Si elle fait une forte saillie dans la

(1) Chevrier, *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891, n° d'avril et juillet.

cavité péritonéale, on place, à la base de cette saillie, une ligature élastique. Dans le cas contraire, on enlève tout d'abord, si possible, les annexes du côté où on opère, puis on sectionne, entre deux pinces, la portion encore accessible et non dédoublée du ligament large correspondant, si tant est qu'elle existe.

Ces manœuvres préalables sont parfois impossibles à réaliser; mais, dans tous les cas, on devra se rendre compte très exactement

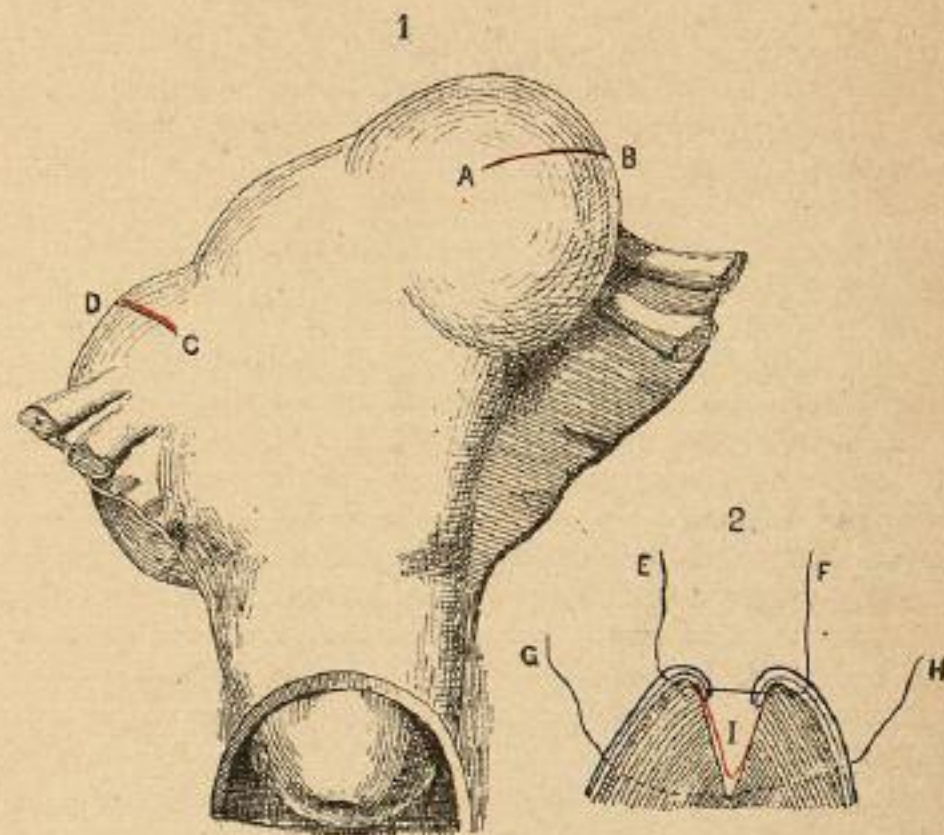


Fig. 268. — Énucléation des fibro-myomes interstitiels et sous-péritonéaux. — 1, AB, CD, lignes d'incision. — 2, Disposition des sutures: EF, Suture superficielle séro-séreuse; GH, Suture profonde; I, Cavité résultant de l'énucléation (Doléris).

de la situation et des limites de la vessie qui, très souvent, dans les cas envisagés, est allongée et aplatie au-devant de l'utérus et de la tumeur.

Une incision longitudinale, ou circulaire si la tumeur est volumineuse, ouvre la loge intra-ligamentaire; puis on saisit les lèvres de l'incision avec des pinces en T, la tumeur elle-même avec de fortes pinces à griffes, et on la décortique peu à peu avec les doigts en pratiquant, chemin faisant, la ligature ou le pincement des vaisseaux. A un moment donné, on arrive sur un pédicule que l'on traite



comme il a été dit plus haut, ou bien sur le corps même de l'utérus en continuité directe avec le fibrome. Dans ce dernier cas, la *décortication* se terminera par une *hystérectomie*.

Pour les détails complémentaires de l'opération et le traitement de la poche anfractueuse qui en résulte, se reporter au paragraphe 1<sup>er</sup> du présent chapitre.

#### D. Hystérectomie supra-vaginale.

S'il s'agit d'une tumeur fibro-kystique à larges cavités, on en réduit le volume par la ponction; mais il vaut mieux prolonger l'incision abdominale jusqu'à l'appendice xiphoïde que de perdre son temps à pratiquer le morcellement ou l'énucléation de noyaux fibreux isolés, à la façon de Péan et Kimball.

Pour dégager la tumeur, il suffit ordinairement de fortes pinces fixées dans son tissu et d'une main glissée sur sa face postérieure. Si elle est enclavée, on peut la faire soulever de bas en haut par le vagin. A. Reverdin a imaginé dernièrement un procédé qui facilite beaucoup ce temps de l'opération. Il fixe sur la tumeur une grande et forte pince à plusieurs dents, une sorte de forceps, dont on accroche les anneaux à une corde qui passe sur une poulie fixée au plafond. La corde de traction est manœuvrée par un aide, à une certaine distance de la table opératoire qu'on mobilise en tel ou tel sens, de façon à donner à la tumeur la direction voulue.

Delagénière, s'inspirant de ce procédé, se sert pour attirer, soutenir et mouvoir la tumeur, d'une sorte de tire-bouchon à hélice qu'il fait saisir par un aide ou que l'on peut adapter au besoin à une paire de moufles.

Dès que la masse fibromateuse est attirée au dehors, un aide doit rapprocher derrière elle les lèvres de l'incision abdominale.

Avant d'appliquer la ligature élastique, on se rendra compte des connexions de la vessie et on la détachera, s'il y a lieu, de la face antérieure de l'utérus, après avoir ouvert le cul-de-sac vésico-utérin. Il faut également veiller à ne point saisir dans l'anse du tube l'intestin, l'épiploon ou le péritoine pariétal. On tâche, au contraire, d'y comprendre les trompes et les ovaires, à moins que cette manœuvre ne soit contre-indiquée par une tension trop grande des tissus: en ce cas, on sectionne obliquement le ligament large, de chaque côté, entre deux pinces, jusqu'au futur pédicule, et on applique le lien élastique de telle sorte qu'il enserre l'angle inférieur de chaque section.

(1) *Novae. Archiv. d'obst. et de gyn.*, octobre 1892.

On garnit alors la tumeur, à sa base, de compresses absorbantes et on la résèque circulairement, à deux travers de doigt au-dessus de la ligature, après l'avoir ou non fendue par le milieu pour faciliter son ablation.

Si les ligaments larges ont été sectionnés au préalable, après forcepsure, on remplace la pince hémostatique externe par une ligature en chaîne, en ayant soin de placer l'anse de fil la plus interne au voisinage immédiat du caoutchouc et de faire passer les deux chefs correspondants en dedans de celui-ci, avant de les serrer. La pince interne et les annexes sont enlevées en même temps que la tumeur.

Suivant le procédé choisi, on fixe alors d'une façon définitive le lien constricteur, soie ou caoutchouc, ou bien on le supprime après avoir passé des sutures qui ferment la plaie utérine. Si l'hémostase définitive doit être confiée au lien de caoutchouc, on le fait glisser à la place qu'il doit occuper, c'est-à-dire le plus bas possible, s'il n'y est déjà du fait de la ligature primitive ou de son glissement automatique au cours de l'évidement du moignon. Puis, on étire fortement ses deux chefs entre-croisés, on les enserre, au ras du tissu utérin, dans une ligature solide à la soie, on les étire de nouveau et on place, pour plus de sûreté, une deuxième ligature au-dessus de la première. Quand les ligaments larges n'ont pas été traités à part, il est prudent, pour peu que la tension des tissus soit prononcée, de lier séparément les annexes avant de les supprimer et de fixer le bord supérieur des ligaments larges au caoutchouc avec un fil de soie passé en écharpe.

Si l'on doit extérioriser le pédicule, on aura eu soin, avant de pratiquer la section circulaire, de passer, au-dessus de la ligature élastique et au travers de la tumeur, deux broches nickelées qui se superposent à angle aigu et prennent appui, de chaque côté, sur la paroi abdominale. Une fois qu'elles sont en place, on supprime leurs pointes à l'aide d'un double mouvement de traction et de torsion combinées si elles sont *amovibles*, à l'aide d'une pince coupante, si elles sont *fixes*.

**Traitement du pédicule.** — 1<sup>o</sup> MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE. — Cette méthode consiste à extérioriser la face cruentée du pédicule de manière à la séparer le mieux possible du péritoine.

Dans le procédé usuel, on la *fixe en dehors de la plaie abdominale*. On a également tenté de la *renverser dans le vagin*.

a. *Fixation de la face cruentée du pédicule en dehors de la plaie abdominale.* — Ce procédé, mis d'abord en pratique par Kœberlé et Péan, a été réglé et perfectionné par Hégar.



La ligature élastique et les broches étant en place et la tumeur enlevée, on maintient le moignon dans l'angle inférieur de la plaie avec des pinces à griffes et on commence par lui faire subir un traitement destiné à favoriser son aseptie et son élimination. Les uns se contentent de diminuer le plus possible son volume et de thermo-cautériser sa surface et la cavité utérine jusqu'à la ligature. D'autres y ajoutent l'emploi de substances caustiques (chlorure de zinc (Hégar et Kaltenbach), à peu près abandonné), ou de poudres dessiccantes [ $\frac{4}{5}$  de tannin, pour  $\frac{1}{5}$  d'iodoforme (Pozzi)].

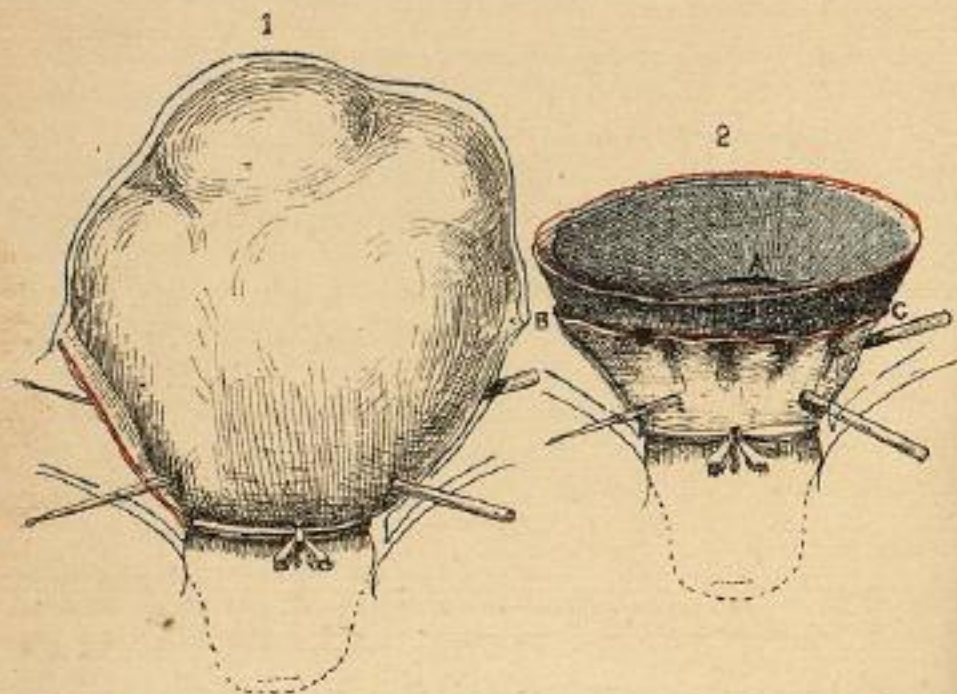


Fig. 269. — Hystérectomie supra-vaginale, méthode extra-péritonéale : procédé de Doléris. — 1, Placement des broches et de la ligature élastique. — 2, Évidement du moignon : A, Cavité résultant de l'évidement ; BC, Collerette séreuse rétractée (Doléris).

Voici la façon de faire de Doléris (1), qui nous paraît être la meilleure : Au moyen des ciseaux ou du bistouri, on évide profondément le moignon, en énucléant les noyaux fibreux qui peuvent y être inclus et en ménageant, à la périphérie, une collerette séro-musculaire. On cautérise fortement toute la surface évidée jusqu'à ce qu'elle soit parcheminée et sonore à la percussion et on la saupoudre d'une couche d'iodoforme. Enfin, pour que les broches ne déchirent pas la mince couche de tissus qui les sépare de l'extérieur, on ferme sur elle-même la surface cruentée avec des points

(1) Doléris, *Bull. de la Société obst. et gyn.*, 1891, p. 66.

séparés à la soie, de façon à donner au moignon à peu près le volume et la forme d'un bouchon de champagne (fig. 270).

Le pédicule étant ainsi façonné, on l'isole du péritoine au moyen d'une suture continue (Pozzi) ou entrecoupée (Hégar), passée circulairement, avec une aiguille fine et courbe, au-dessous de la ligature élastique (fig. 271). Les points supérieur et inférieur doivent être particulièrement soignés et suffisent souvent à eux seuls.

Il résulte de cette suture une *gouttière péri-pédiculaire* (Hégar) qu'on remplit d'une poudre antiseptique, iodoforme, ou mieux, iodoforme mélangé de  $\frac{4}{5}$  de tannin étuvé (Pozzi), ou encore, salol, pour éviter l'intoxication.

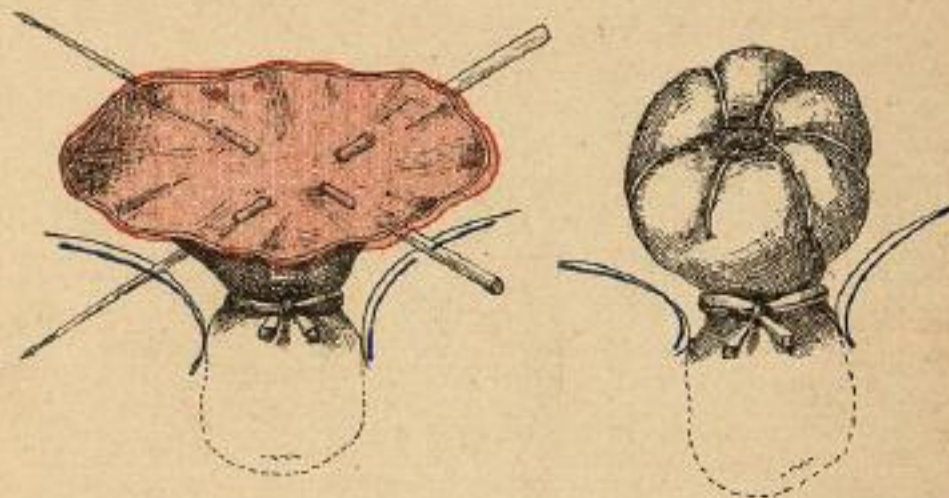


Fig. 270. — Hystérectomie supra-vaginale, méthode extra-péritonéale : procédé de Doléris. — 1, L'évidement est poussé jusqu'au voisinage des broches. — 2, Suture du pédicule en bouchon de champagne (Doléris).

*Terrillon* ne suture pas le péritoine pariétal au péritoine du pédicule. Il se contente de réaliser l'obturation cherchée en serrant suffisamment la boutonnière abdominale autour du pédicule, ayant ainsi pour but de ménager le péritoine et d'éviter des suintements de sang qu'il est impossible de surveiller.

Après avoir achevé la suture de la plaie abdominale au-dessus et au-dessous du pédicule, on garnira les extrémités des broches de petits rouleaux de gaze iodoformée pour amortir la pression qu'elles exercent.

Le pansement peut n'être changé qu'au bout d'une semaine. Pour hâter l'élimination du pédicule, Pichevin (1) en pratique, tous les deux jours, la *volatilisation*, en le cautérisant profondément

(1) Pichevin, *Médecine moderne*, 2 avril 1891.



au thermo-cautère, jusqu'au-dessous de la ligature. Après la chute du pédicule (vers le 12<sup>e</sup> jour), il panse antiseptiquement, pendant quelques jours, l'entonnoir bourgeonnant qui en résulte, puis il pratique, après curettage, comme l'a conseillé Fehling, la réunion immédiate secondaire.

La plupart des opérateurs se contentent, à chaque pansement, de réséquer les fragments sphacelés et de maintenir le pédicule dans

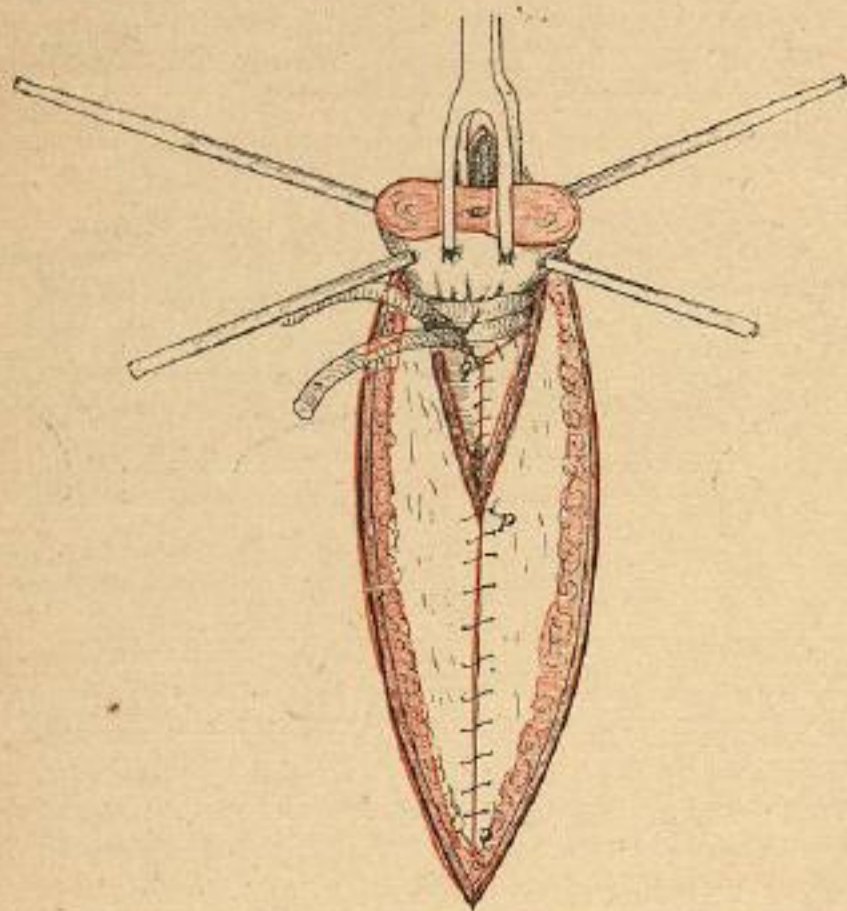


Fig. 271. — Hystérectomie supra-vaginale, méthode extra-péritonéale : suture continue, au catgut, du péritoine et du plan musculo-aponévrotique (Pozzi).

une atmosphère sèche de poudre antiseptique. Dans ces conditions, il se détache du dixième au vingtième jour (vers le douzième avec le procédé de Doléris), et l'on hâte sa chute par des tractions modérées.

Quand cet événement tarde à se produire, Fehling, du quatorzième au vingtième jour, sectionne les tissus immédiatement au-dessous du lien élastique. Puis il aseptise l'entonnoir et fait la réunion immédiate secondaire en plaçant un drain dans le canal cervical. On

peut se contenter de panser à plat avec la gaze iodoformée.

b. *Renversement du pédicule dans le vagin.* — Meinert (1885) a fait, une fois et sans succès, la tentative de renverser le pédicule dans le vagin par le cul-de-sac de Douglas.

Plus récemment (1890), et plus heureusement, Byford l'a renversé en avant, dans le cul-de-sac antérieur, après décollement de la vessie.

2<sup>o</sup> MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE. — Dans cette méthode, on se contente d'aseptiser la plaie utérine sans la suturer et l'on abandonne le moignon dans le petit bassin, au contact des anses intestinales, après l'avoir ligaturé avec un lien de caoutchouc ou de soie.

Une condition essentielle de succès consiste à amincir le moignon le plus possible, par évidement; il faut pourtant éviter de lui donner une forme conique qui favoriserait le glissement de la ligature. Puis on enlève au bistouri la muqueuse utérine et une certaine épaisseur des tissus sous-jacents; on cautérise au fer rouge l'entonnoir ainsi creusé et le reste de la surface cruentée; on les saupoudre d'iodoforme, et on laisse le moignon glisser dans le ventre. On le ramène au bout de quelques minutes à l'extérieur pour s'assurer que les lambeaux du ligament large ne se sont pas dégagés de la ligature. Enfin, on le laisse gagner définitivement les profondeurs du petit bassin, en écartant avec soin, sur son passage, les anses intestinales qui pourraient s'étrangler sous sa pression.

a. *Ligature élastique.* — Ce procédé est aussi dénommé procédé d'Olshausen, bien que cet opérateur ne l'ait employé que 3 fois sur 17 opérations, et encore, par nécessité. C'est le plus expéditif: il consiste simplement à fixer d'une façon définitive, ainsi que nous l'avons décrit, le lien élastique provisoire.

b. *Ligature à la soie.* — Dmitri de Ott, utilisant la ligature à la soie, préconisée par Kocher, passe dans le plan horizontal, à 1 centimètre 1/2 environ de la surface du moignon et à peu de distance de la cavité utérine, quatre fils qui s'entre-croisent à angle droit, deux sur les faces latérales (ce sont les plus nécessaires), un autre en avant, et le dernier en arrière. Après avoir serré ces fils, il passe, à l'aide d'un long stylet aiguillé, une mèche de gaze iodoformée de l'abdomen dans le vagin, par le canal utérin resté libre.

3<sup>o</sup> MÉTHODE RÉTRO-PÉRITONÉALE. — Cette méthode consiste à recouvrir le moignon avec le péritoine qui l'entoure.

a. *Juxtaposition de la suture péritonéale avec la suture utérine.* — Schröder, après avoir lié séparément les artères utéro-ovariennes et utérines, fait la résection cunéiforme de la tumeur, à 3 centimètres



au-dessus de la ligature élastique, en ayant soin d'inciser la séreuse un peu au-dessus du tissu fibromateux ; puis il évide largement le moignon de façon à faciliter l'affrontement de ses bords. On excise alors, aussi profondément que possible, la muqueuse utérine (Olshausen) et on la cautérise au moyen d'un caustique, ou mieux, avec le fer rouge, en respectant les surfaces périphériques. Ces surfaces sont rapprochées à l'aide de la suture déjà indiquée pour la myomectomie : suture à points séparés profonds à la soie, doublée d'une suture continue à étages au catgut et de points séparés superfi-

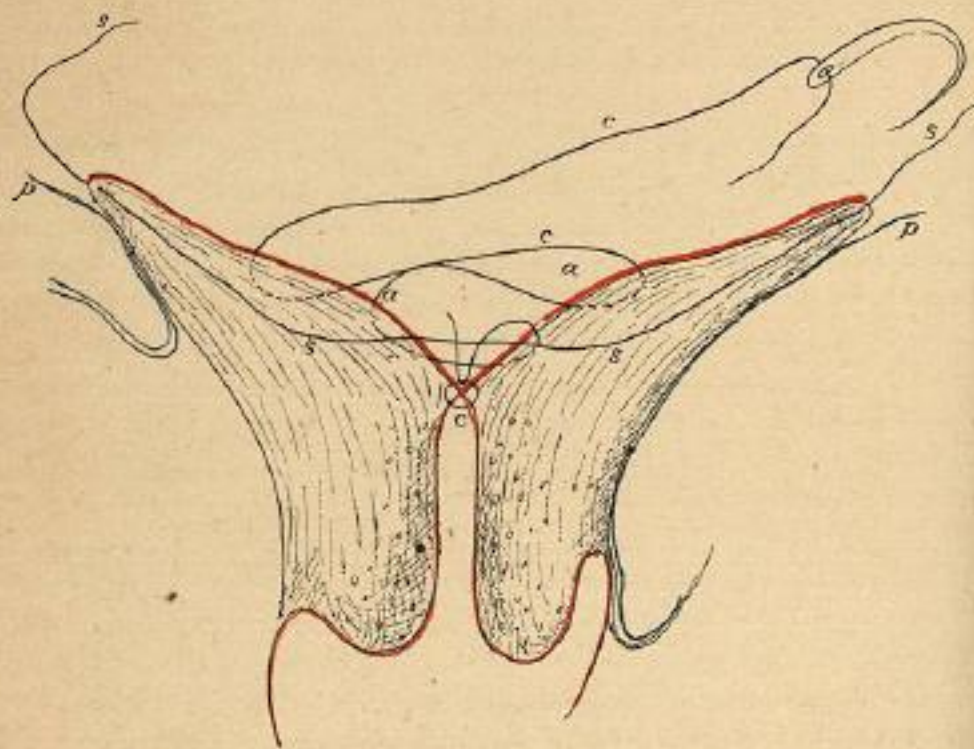


Fig. 272. — Hystérectomie supra-vaginale, méthode rétro-péritonéale : procédé de Schröder. — c, a, a, c, Suture continue ; s, s, s, s, Point séparé profond ; p, p, Péritoine.

ciels à la soie (fig. 272). On aura soin de placer les points profonds : 1° obliquement par rapport à l'axe de l'utérus, afin d'étreindre plus sûrement les vaisseaux, dont les plus gros doivent du reste être liés isolément (Spencer Wells) ; 2° de droite à gauche, c'est-à-dire de telle sorte que le grand axe du moignon suturé soit parallèle à la plaie abdominale (Gersung, Fritsch).

Si l'hémostase semble insuffisante après le retrait du lien élastique, on peut, à l'exemple de Martin et de Léopold, traverser le pédicule par un double fil de soie et le lier en deux moitiés. Le

drainage péritonéo-vaginal, que pratique toujours Martin, est inutile dans les cas simples.

Kocher jette autour de l'utérus un fil de soie très solide, au besoin doublé ou quadruplé. Ce fil est d'abord maintenu serré et n'est noué qu'après ablation de la tumeur suivant le procédé de Schröder. La réunion des surfaces cruentées se fait à l'aide d'une suture en surjet à la soie, profonde et superficielle. La ligature circulaire à la soie aurait, sur la ligature élastique, l'avantage de ne pas glisser et de déterminer l'atrophie progressive du moignon au lieu de le nécroser.

Zweifel ménage deux petits lambeaux séro-musculaires, l'un en avant, l'autre en arrière du moignon ; il les affronte par une série d'anses de soie qui traversent horizontalement le moignon, dans le même plan, et par des sutures superficielles au catgut.

b. Non-juxtaposition de la suture péritonéale avec la suture de l'utérus ou sa surface cruentée. — Le procédé de Chrobak consiste essentiellement dans la dissection de deux lambeaux séreux et la non-juxta position de leur ligne de suture avec la suture du tissu cervical. Celle-ci se fait d'avant en arrière, à l'aide de quelques points séparés à la soie. Le col a été sectionné au préalable à un centimètre environ au-dessus de l'insertion du vagin et cautérisé énergiquement avec le thermo-cautère. Sur les côtés, les moignons des ligaments larges sont recouverts par le péritoine à l'aide d'une suture séro-séreuse.

c. Procédé à lambeau unique, de Richelot. — Richelot incise superficiellement la tumeur sur sa face antérieure, entre les deux ligaments larges ; puis il détache, vers le cul-de-sac vésico-utérin, un lambeau musculo-péritonéal suffisant pour recouvrir le moignon. Il enserre alors les ligaments larges et le pédicule dans une ligature élastique qui n'est que provisoire et sert simplement à préparer la constriction d'une ligature définitive à la soie : celle-ci est faite avec un fil double qui traverse le moignon immédiatement au-dessous du caoutchouc et se noue à droite et à gauche, après entre-croisement ; on lui superpose, pour plus de sûreté, une ligature simple, également à la soie.

Richelot se débarrasse de la tumeur dès que le lien élastique est placé et enlève celui-ci aussitôt que les soies sont serrées. Enfin, il rôtit le moignon au thermo-cautère et le recouvre avec le lambeau péritonéal qu'il fixe à son bord postérieur par un surjet au catgut.



Cette façon de procéder lui a donné, sur vingt et un cas, dix-neuf guérisons et deux morts (1).

4<sup>e</sup> MÉTHODE MIXTE. — a. *Séquestration rétro-pariétale du moignon, avec drainage abdominal.* — Inspiré par Billroth, pratiqué d'abord et décrit par ses élèves, Wölfler et von Hacker, ce procédé a été adopté, avec quelques modifications de détail, dans un certain nombre de cas, par Säger, Fritsch, Doléris, Pozzi, Kelly, etc. Il consiste, d'une manière générale, à isoler le moignon de la cavité péritonéale au moyen de sutures séro-séreuses unissant le péritoine pariétal au péritoine pédiculaire, et à le suspendre ou le

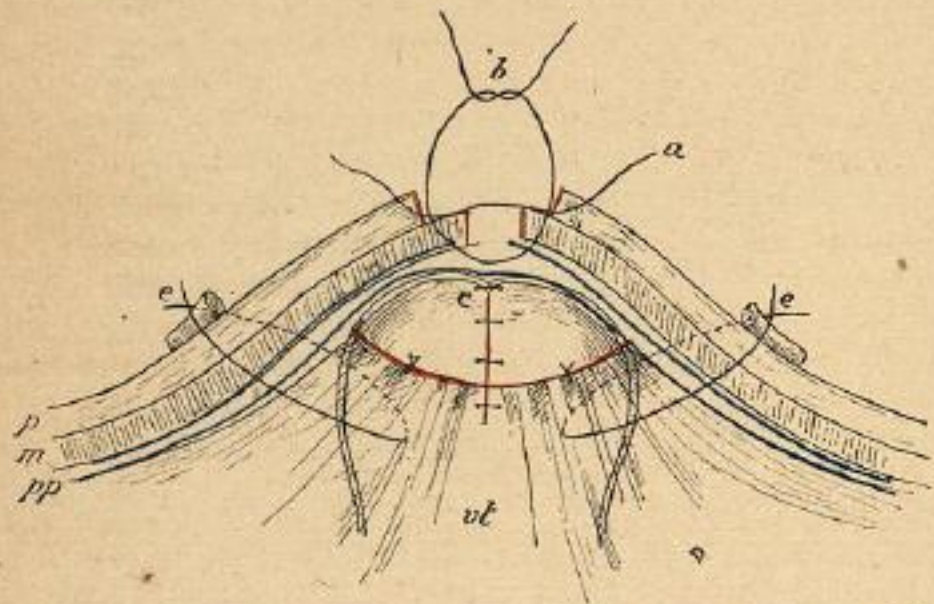


Fig. 273. — Hystérectomie supra-vaginale : procédé de Wölfler-Hacker. — p, Peau ; m, Muscles ; p, p, Péritoine ; vt, Pédicule recouvert du péritoine pariétal ; c, Suture du péritoine viscéral au catgut ; e, e, Suture enchevillée du moignon sur des rouleaux de gaze iodoformée ; a, Suture eutanée ; b, Suture musculo-aponévrotique (Coupe transversale schématique).

fixer dans l'interstice ou au-dessous des deux lèvres de l'incision abdominale.

Von Hacker passe une forte soie à travers l'une des lèvres de la plaie abdominale, puis à travers l'un des bords du moignon, et la fait ressortir en sens inverse, du même côté de la paroi. Il agit de même du côté opposé. Les deux fils sont serrés juste assez pour que le sommet du pédicule, traité préalablement suivant le procédé de Schröder, s'insinue entre les lèvres de l'incision pariétale, et on les noue sur un petit rouleau de gaze iodoformée. On suture la

(1) Richelot, *Ann. de gynec. et d'obstétr.*, mai 1893.

plaie comme d'habitude, en laissant un hiatus suffisant pour le passage d'un drain au niveau du moignon ; de plus, on fixe le péritoine pariétal, en collerette, à la base de celui-ci (fig. 273).

Säger ne pratique pas la suspension au moyen des fils latéraux ; mais il enveloppe le pédicule, de toutes parts, avec le péritoine pariétal décollé sur une certaine étendue (fig. 274).

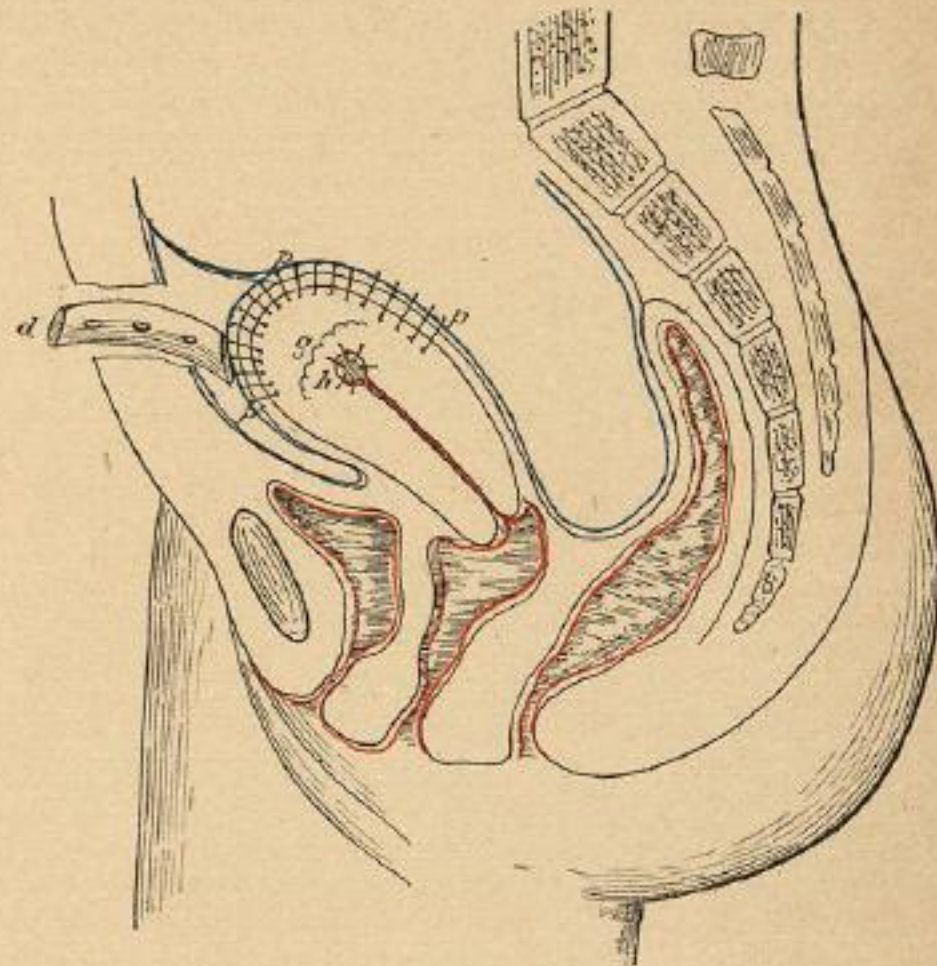


Fig. 274. — Hystérectomie supra-vaginale : procédé de Säger. — p, p, Péritoine pariétal suturé sur la face postérieure du pédicule ; pp', Suture du péritoine viscéral ; g, h, Sutures profondes du moignon ; d, Drain.

b. *Fixation rétro-pariétale avec drainage abdomino-vaginal.* — Chaput (1) fait l'hémostase médiate à la périphérie du moignon, où siègent presque toutes les artères, de la façon suivante : Il place sur cette zone une couronne de pinces hémostatiques en cœur munies de griffes en forme de dents de piège à loup. Puis il fait

(1) Chaput, 7<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie, 1893.



desserrer lentement le lien de caoutchouc par un aide, isole au bistouri, tout autour des points saignants, de petits prismes de tissu utérin qui demeurent adhérents par leur base, les saisit avec ses pinces spéciales et les lie fortement avec une grosse soie, en même temps qu'il enlève ces pinces.

Il désinfecte le moignon en promenant le thermo-cautère à sa surface et en cautérisant sa cavité à la teinture d'iode et au chlorure de zinc au dixième, puis il introduit par le canal utérin, jusque dans le vagin, une mèche de gaze iodoformée qui, du côté du péritoine, reste au ras du pédicule. Il applique celui-ci derrière la paroi abdominale à l'aide d'un fil qui traverse sa partie postérieure et les deux lèvres de la plaie pariétale, place à la partie inférieure de celle-ci une mèche de gaze iodoformée qui va jusqu'à la plaie pédiculaire et achève enfin la suture de la paroi.

H. Kelly s'est contenté, dans un cas, de fixer au dehors, dans une pince, le faisceau des fils qui avaient servi à ligaturer le pédicule, afin de pouvoir parer à une hémorrhagie.

### E. Hystérectomie totale.

#### a. Hystérectomie totale abdominale.

Cette méthode, imaginée par Freund, pour le traitement du cancer utérin, a été dernièrement reprise par Guermontez (de Lille) (1) et Doyen (2) (de Reims).

La façon de faire de Guermontez ne diffère guère de celle de Freund. Son opération comprend : 1° la section des ligaments larges jusqu'à peu de distance des artères utérines ; 2° la section transversale du péritoine vésico-utérin ; 3° la séparation de la vessie, avec les doigts, jusqu'à la lèvre antérieure du museau de tanche ; 4° l'ouverture de la paroi antérieure du vagin, en forme de boutonnière peu étendue, à partir de son insertion au col ; 5° la transfixion de la paroi vaginale postérieure, suivant le plan médian, au moyen d'une forte sonde cannelée passée par la boutonnière antérieure ; 6° le détachement du vagin, à droite et à gauche, après hémostase préventive à l'aide de deux pinces-clamps introduites au lieu et place de la sonde cannelée.

Doyen procède de la façon suivante : « La tumeur étant sortie du ventre et rabattue en avant sur le pubis recouvert de serviettes

(1) Guermontez, *Bull. de l'Acad. de médecine*, 14 septembre 1891. — Camélot, *Novv. Archives Obst. et de gyn.*, août 1892.

(2) Doyen, *Deux procédés inédits d'hystérectomie abdominale et vaginale* (*Archiv. provinc. de chirurg.*, 1<sup>er</sup> décembre 1892).

stérilisées, le péritoine qui la recouvre est incisé d'un seul coup, dans le plan médian, depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur le point le plus saillant. Le vagin est ouvert, en arrière du col, sur une pince introduite par la vulve. Le péritoine est alors vivement sectionné en forme de raquette, et de telle sorte que l'incision partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la

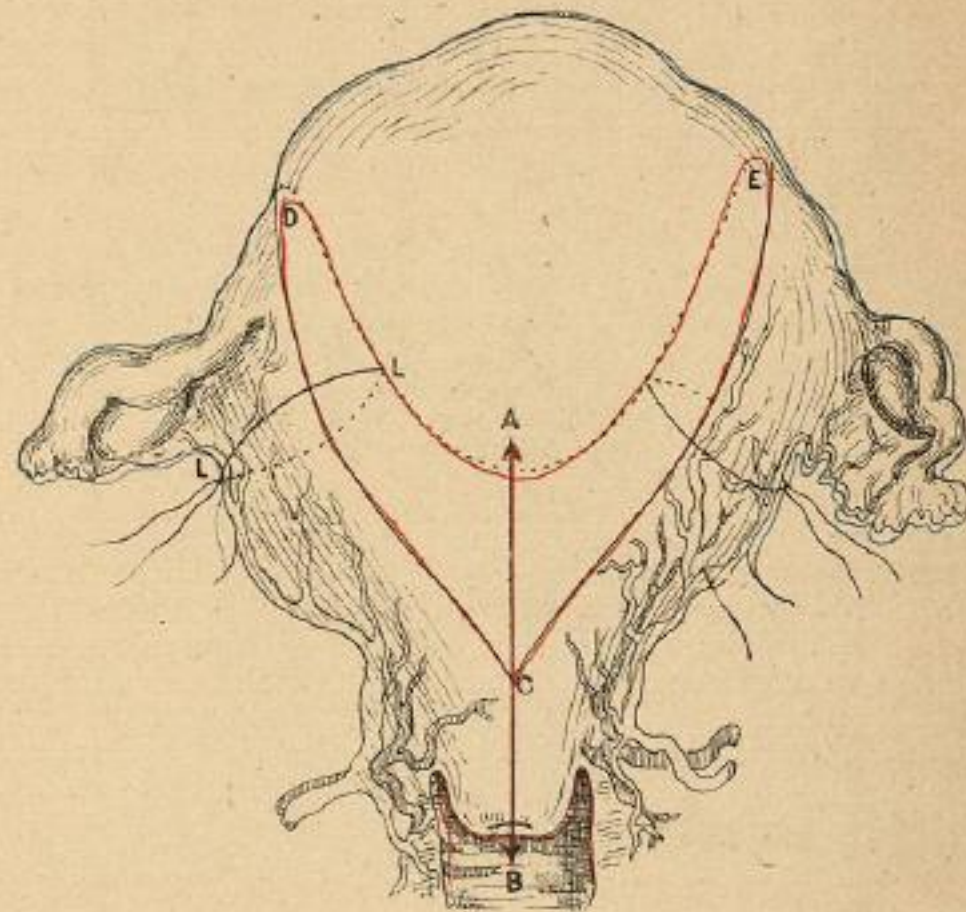


Fig. 275. — Hystérectomie totale, abdominale : procédé de Doyen. — BCADE. Tracé de l'incision en raquette ; LL, Ligatures jetées en dedans des annexes (d'après Doyen).

séreuse, suivie à peu près l'équateur de la tumeur, passe latéralement au-dessus des annexes et, en avant, très loin de la vessie (fig. 275). Faisant alors tenir entre les doigts de l'aide le ligament large gauche, l'opérateur le détache rapidement de l'utérus avec les ciseaux ou le bistouri, en prenant soin d'empiéter légèrement sur le tissu utérin. Une ligature, jetée en dedans des annexes, suffit d'ordinaire pour assurer l'hémostase.

« La séreuse est alors décollée, avec les doigts ou des ciseaux



mousses, des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est à son tour détaché et lié.

« Il est alors aisé, en rasant le tissu utérin, de détacher d'un seul coup, en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col, visible par l'incision du cul-de-sac postérieur (fig. 276).

« C'est à peine s'il est nécessaire de lier isolément une ou deux

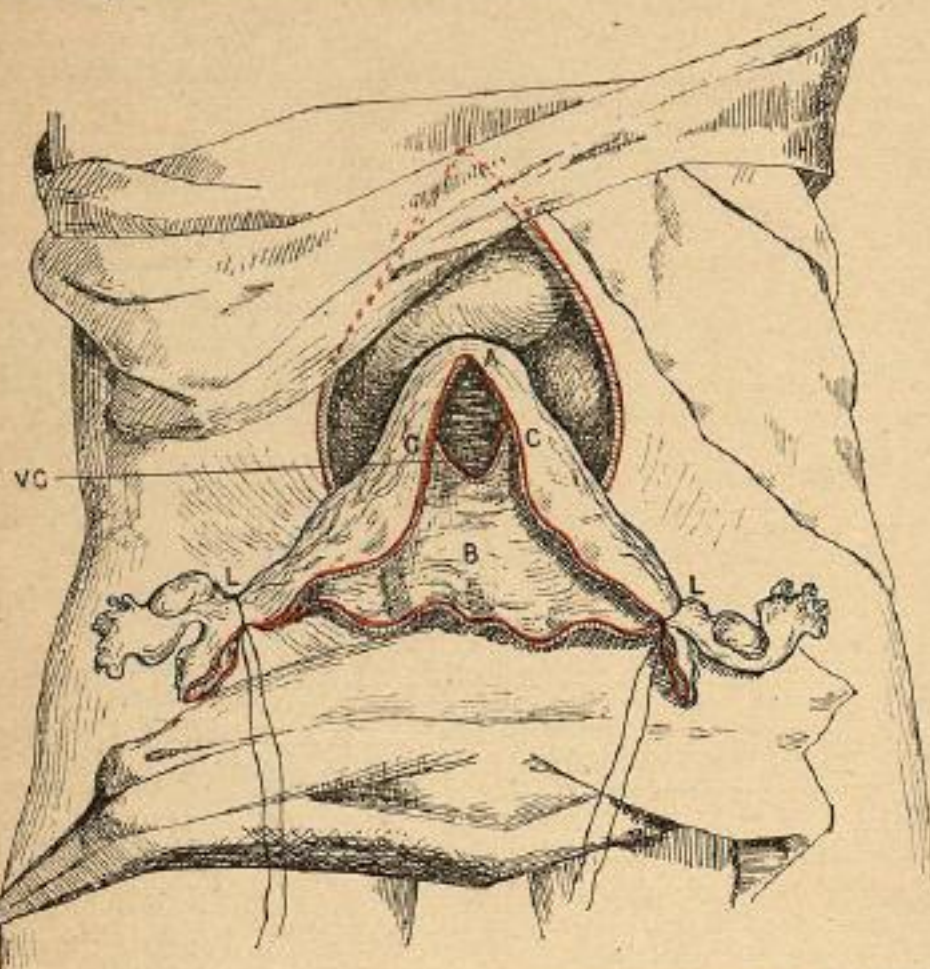


Fig. 276. — Hystérectomie totale, abdominale ; procédé de Doyen. — Collerette péritonéale provenant de la décortication de la tumeur : ACC, Sa surface intra-péritonéale ; B, surface utérine ; VC, Brèche vaginale ; L, L, Ligatures des pédicules annexiels (d'après Doyen).

artérioles, au voisinage du col. Les fils qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux sont passés dans le vagin, ainsi que la vaste collerette péritonéale qui entoure la tumeur. Le ventre est momentanément fermé à l'aide de trois ou quatre pinces à griffes émoussées, et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de deux pinces de Doyen, à mors élastiques, placées à la vulve.

On fait alors la toilette du péritoine, on tamponne le vagin, en plaçant au besoin, au-dessous du tampon de gaze, un double drain, puis l'on ferme en surjet ou en bourse le péritoine pelvien (fig. 277) (1). »

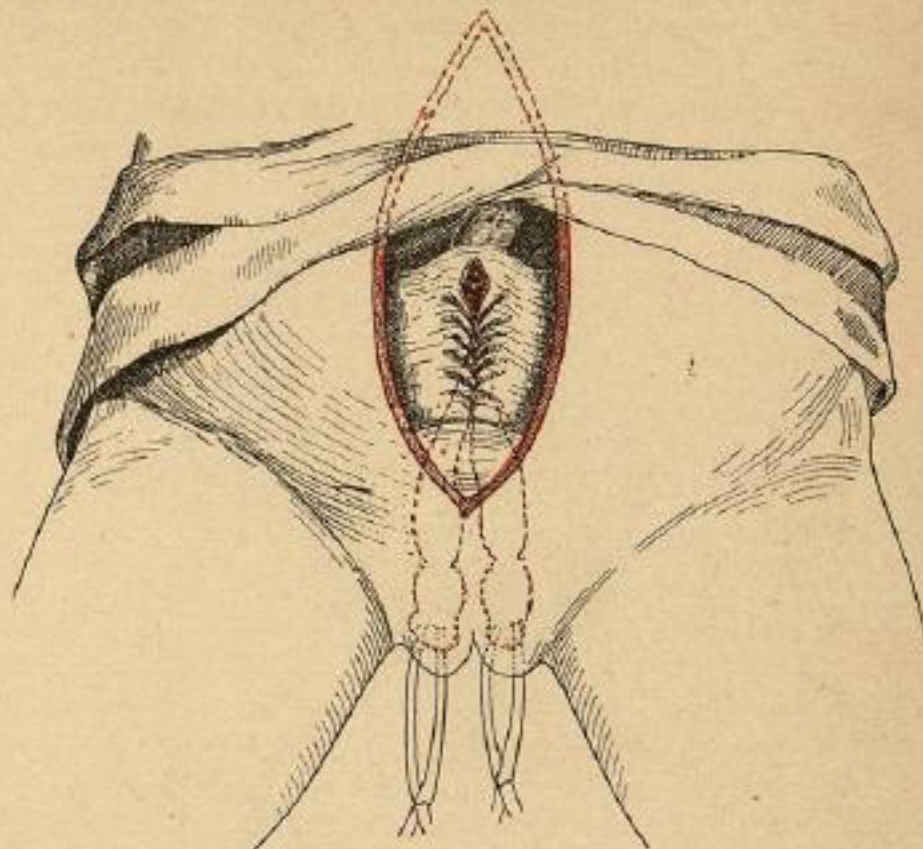


Fig. 277. — Hystérectomie totale, abdominale ; procédé de Doyen. — Renversement dans le vagin des pédicules annexiels et suture du péritoine pelvien (d'après Doyen).

Le procédé d'extériorisation, de Reverdin, est ici particulièrement utile pour amener les culs-de-sac vaginaux sous la main de l'opérateur.

#### b. Hystérectomie totale vagino-abdominale.

Cette opération, conseillée, dès 1830, par Delpech et reprise depuis par Rydygier et Bardenheuer (1880), Kœberlé, Chaput (1893), consiste : 1° à désinsérer ou enlever le col utérin par le vagin, en procédant comme nous l'indiquerons à propos de l'hystérectomie vaginale ; 2° à extirper le corps de l'utérus et la tumeur par l'abdomen, ce qui est considérablement facilité par la suppression des attaches de l'organe au plancher pelvien : on peut arriver en effet

(1) Doyen, *loc. cit.*



à amener entièrement la tumeur au-devant des parois abdominales (fig. 278) et à lier les ligaments larges à ciel ouvert.

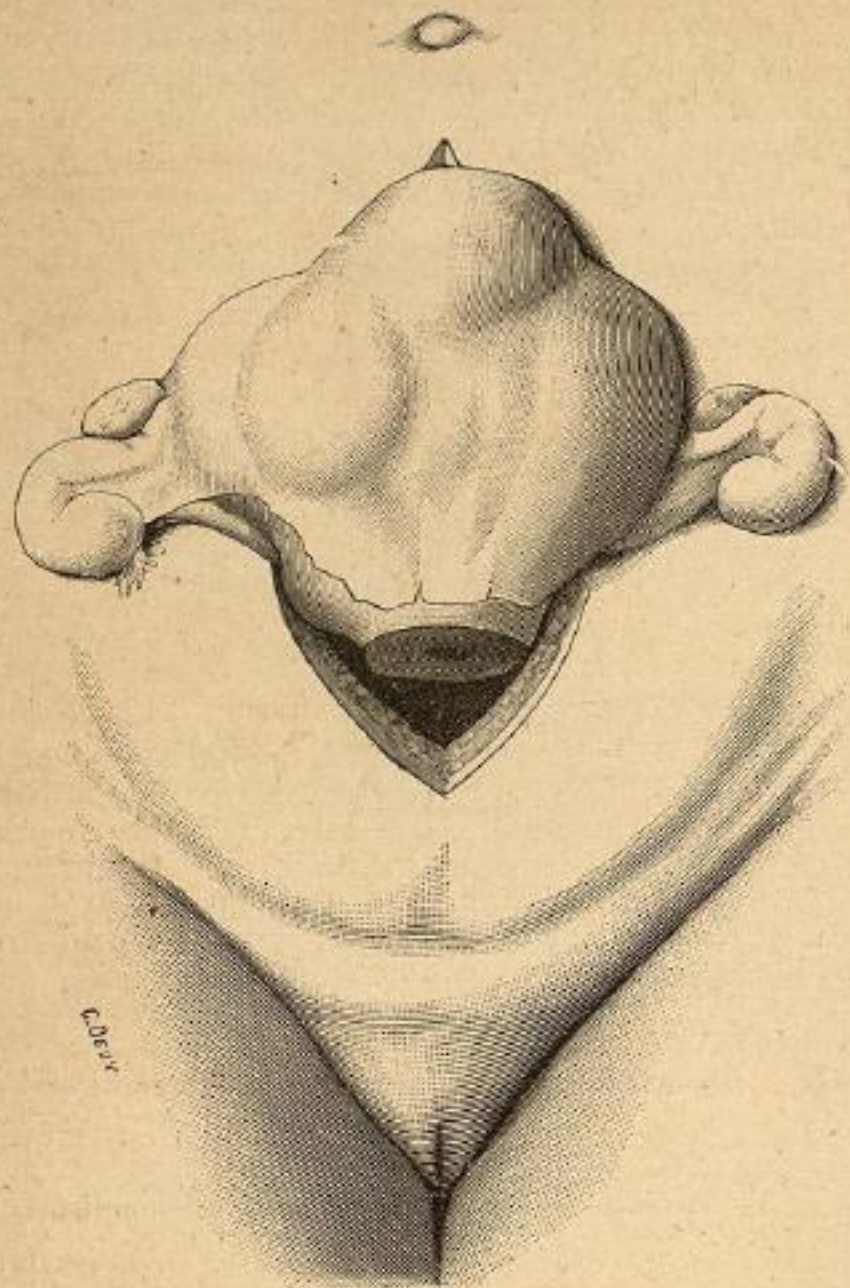


Fig. 278. — Hystérectomie totale, vagino-abdominale. — Le col a été libéré et sectionné par le vagin, et le corps de l'utérus, avec la tumeur et les annexes, est amené au-devant de la paroi abdominale (Chaput).

Cleveland ne se sert de la laparotomie que pour guider, à l'aide d'une main introduite dans le petit bassin, l'application des pinces longues sur les ligaments larges, par le vagin.

### c. Hystérectomie totale abdomino-vaginale.

Employée à l'étranger par Martin, Léopold, Fritsch, Lister, etc., en France, par Bouilly, Goullioud, etc., et surtout par Péan, qui en a récemment formulé les indications et la technique (1), l'hystérectomie abdomino-vaginale comporte les deux mêmes temps que l'opération précédente, mais pratiqués dans l'ordre inverse.

On fait d'abord l'hystérectomie supra-vaginale suivant un des procédés de ligature perdue.

Avant d'appliquer la ligature élastique, il faut avoir soin de lier à part les vaisseaux utéro-ovariens, sinon, quand on voudra détacher le pédicule par le vagin, ces vaisseaux pourront se dégager trop tôt du caoutchouc sous l'influence des tractions ou échapper à l'action des pinces (Le Bec). La tumeur étant détachée, on désinfecte la muqueuse utérine suivant les procédés ordinaires, ou l'on ferme son orifice de section avec une pince de Museux. Enfin, on détache le col par le vagin, comme dans l'hystérectomie totale par cette voie, en s'aidant ou non du toucher intra-abdominal pour pratiquer la forcipressure des ligaments larges (Le Bec).

En remplaçant la ligature élastique, après l'ablation de la tumeur, par un lien métallique (Péan) ou une soie, on facilitera beaucoup les manœuvres vaginales. On peut encore, au lieu de faire la ligature élastique, se contenter d'appliquer des pinces sur la partie supérieure du ligament large et remplacer, dans la suite, ces pinces abdominales, temporaires, par des pinces vaginales à demeure (Jacobs).

### Choix de la méthode et du procédé d'hystérectomie abdominale.

Renvoyant au livre IX, chap. III, de la 1<sup>re</sup> partie pour les indications propres aux méthodes et procédés de l'hystérectomie abdominale, nous n'envisagerons ici que leur valeur intrinsèque.

La fixation du pédicule en dehors de la plaie abdominale est toujours assez péniblement supportée, n'aboutit que lentement à la guérison, expose à l'éventration, à des fistules utérines ou pariétales, à des adhérences avec l'épiploon et l'intestin, à des troubles nerveux ; elle ne met pas complètement à l'abri de la septicémie :

(1) Péan, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 7 juin 1892.



en somme, ce procédé est peut-être le plus *imparfait*. Par contre, si l'on interprète comme il convient les statistiques les plus récentes, c'est encore, à l'heure actuelle, le *moins dangereux*.

Delétréz (1892) (1) n'a eu pourtant que des succès dans dix-huit cas traités par la *ligature élastique intra-péritonéale* et, en réunissant ces cas à ceux de Terrillon, Richelot, Treub et Debézieux, il arrive à un total de 163 opérations par ce procédé, avec une mortalité de 44 p. 100. Cette série est au moins aussi favorable que les séries les plus récentes relatives à la méthode extra-péritonéale. Il faut pourtant reconnaître, en mettant à part les statistiques, toujours sujettes à discussion, que la ligature élastique perdue d'un pédicule utérin ne saurait être assimilée, comme on la dit, à la ligature d'un pédicule ovarien. En effet, si les expériences de Martinetti (1888) tendent bien à démontrer l'innocuité d'un tube élastique abandonné dans le péritoine, il n'en est pas moins vrai, en pratique, que le tube ne reste pas toujours paisiblement enkysté et que souvent, dans un intervalle variant de quelques mois à un an ou plus, il s'élimine par le col (2), le vagin, le rectum ou la vessie. Or ce travail éliminateur a été suivi, dans un certain nombre de cas, de péritonites mortelles (Olshausen, Czerny, Hégar).

La *ligature élastique perdue*, quel que soit par ailleurs le procédé employé, expose de plus : à l'hémorragie, primitive ou secondaire, par glissement du lien ; à l'occlusion intestinale ; à l'infection péritonéale, par gangrène du moignon, par insuffisance d'asepsie de la muqueuse utérine, ou même, de la tranche du muscle qui contient souvent des germes infectieux (Boisleux), les *ligatures perdues à la soie* exposent certainement moins aux trois premiers de ces dangers.

La thrombose, l'embolie, le shock ne sont pas plus fréquents dans la méthode *extra-péritonéale* que dans la méthode *intra-péritonéale*.

Le *procédé de Schröder* a l'inconvénient de faire saigner l'utérus au niveau des points de suture (Chaput) et d'être assez long à appliquer : il a donné, entre les mains de son auteur, 94 guérisons opératoires et 41 morts, sur 135 cas, soit 30 p. 100 de mortalité.

Zweifel (3), en février 1889, publiait une série de 22 succès avec ses *ligatures partielles juxtaposées*.

(1) Delétréz, 1<sup>er</sup> Congrès intern. d'obst. et de gynéc. Bruxelles, 1892.

(2) La pénétration de l'anneau élastique dans la cavité utérine s'explique facilement par son action uniformément concentrique aidée de la poussée qu'exercent derrière lui, en se renfermant à mesure, les tissus sectionnés (Terrillon).

(3) Zweifel, Soc. obst. de Lelpsiek (Centr. f. Gyn., 1889, n° 32, p. 570).

Chrobak (1), avec son procédé à *double lambeau*, a obtenu, en l'espace de neuf mois, 17 guérisons sur 47 cas, sans avoir fait de sélection opératoire. Richelot (2), par son procédé à *lambeau unique*, 18 guérisons sur 24 cas.

L'*extirpation totale en deux temps* a l'inconvénient d'être un peu longue. Elle a dernièrement donné à Routier 3 morts sur 6 cas ; à Rouffaert, 5 guérisons sur 5 cas ; à Goulliond, 1 succès sur 2 cas ; à Schwartz, 1 succès sur 1 cas (3).

L'*hystérectomie totale abdominale*, qui supprime complètement le pédicule, semble être appelée à devenir la méthode de choix ; mais on ne saurait encore la conseiller, avec les procédés en cours, que dans des cas exceptionnels. Guermontprez a publié 3 cas avec 2 succès. Le procédé de Doyen a donné à son auteur 10 succès sur 44 cas ; mais il expose à de grandes pertes de sang et ne résout pas, notamment, les difficultés que présente l'hémostase des artères utérines.

Aussi pensons-nous qu'on peut encore réserver une certaine place aux *procédés mixtes de suspension et de séquestration rétro-pariétale*, dans les cas où il est impossible de fixer le pédicule à la paroi ou trop dangereux de l'abandonner dans le ventre.

Chaput a obtenu par son procédé 6 guérisons opératoires sur 8 cas.

## CHAPITRE II

### LAPAROTOMIE VAGINALE

#### I. — OPÉRATIONS SUR LES ANNEXES

##### 1<sup>o</sup> Extirpation des annexes et des tumeurs annexielles par la voie vaginale.

Il faut, pour que cette opération soit justifiée, que le vagin soit suffisamment souple et largement dilaté ou dilatable (recourir au ballon de Gariel) ; que la tumeur ne dépasse pas le volume d'une orange, et qu'elle fasse saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

L'incision du cul-de-sac postérieur est faite suivant l'un des modes indiqués au livre III, et la cavité péritonéale est ouverte. L'opérateur,

(1) Chrobak, Centr. f. Gyn. 1891, n° 11, p. 169.

(2) Richelot, Ann. d'obst. et de gyn., mai 1893.

(3) 7<sup>e</sup> Congrès français de chir., 1893.