

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^{er} 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^o 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^e Congrès français de chir., 1893.

introduisant l'index et le médius à travers la plaie, va à la recherche de la tumeur en se faisant aider de pressions progressives et soutenues sur la paroi abdominale; il la saisit et la dégage, s'il y a lieu, de ses adhérences, en s'aidant de pinces à cadre non dentées (Segond) de préférence à tout autre instrument, l'attire entre les lèvres de la plaie, la saisit au niveau de son pédicule entre les mors d'une pince languette et courbe et, enfin, l'excise, après ligature en chaîne de son pédicule. Puis il draine le cul-de-sac postérieur et fait la suture partielle de la plaie, s'il y a tendance à la hernie intestinale.

L'hémostase, au cours de l'opération, s'obtient généralement par simple compression avec des éponges montées, ou par des douches chaudes. Si la perte de sang devient inquiétante, si les adhérences sont trop prononcées pour permettre une extirpation complète, si surtout ces difficultés coïncident avec une irruption de pus dans le champ opératoire, le mieux est de recourir, séance tenante, à l'hystérectomie par morcellement.

2° Marsupialisation par la voie vaginale.

Cette opération est applicable aux poches kystiques qui sont adhérentes au pourtour du cul-de-sac de Douglas tout en étant quelque peu distantes du vagin. L'index étant introduit dans l'incision pratiquée à travers la paroi inférieure de la poche, on attire les bords de cette incision au contact de la plaie vaginale et on les fixe en ce point avec des sutures ou, simplement, avec des pinces à pression qui seront maintenues en place pendant quarante-huit heures.

3° Incision en deux temps, de Hégar et Wiedow.

Cette façon de procéder est analogue à l'opération de Volkmann pour les kystes du foie et s'applique dans les mêmes circonstances que la marsupialisation, quand les adhérences ne semblent pas suffisantes. Elle consiste, après incision vaginale: 1° à tamponner à la gaze iodoformée jusqu'au contact du sac; 2° à ouvrir ce sac au bout de quelques jours.

II. — OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS ET SES LIGAMENTS

1° Hystéropexie vaginale intra-péritonéale.

A. Hystéropexie après ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. — Ce procédé, qui a été proposé par Sânger, consiste à inciser transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, puis à suturer le corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent. On termine par une réunion longitudinale du vagin de façon à prévenir la déviation du col en avant.

B. Hystéropexie après ouverture du cul-de-sac de Douglas. — Freund, après ouverture transversale du cul-de-sac postérieur du vagin, libération et réduction de l'utérus, a suturé la face postérieure de la portion sus-vaginale du col à la séreuse pariétale située au-dessus du promontoire, au voisinage de l'insertion des ligaments utéro-sacrés.

Sânger a proposé d'ouvrir, au bistouri ou au thermo-cautère, le cul-de-sac de Douglas et de provoquer la formation d'adhérences postérieures au moyen d'un tamponnement intra-séreux à la gaze iodoformée.

Byford a exécuté, par cette voie, le raccourcissement et la suture des ligaments utéro-sacrés, comme par la voie abdominale.

2° Hystérectomie vaginale totale.

Le grand danger de l'hystérectomie vaginale est l'hémorragie.

Aussi, tous les procédés relatifs à cette opération ont-ils pour but l'hémostase préventive. L'utérus étant abordé par ses gros vaisseaux suivant ses bords et ne renfermant guère, en son milieu, que des capillaires, les procédés en question sont compris, par suite, dans deux méthodes principales:

L'une est basée sur la section des ligaments larges après hémostase préventive; l'autre, d'un emploi plus récent, sur la section médiane ou le morcellement médian de l'utérus, suivi d'hémostase préventive et de section des ligaments larges.

La première se subdivise elle-même en deux et comprend: l'hystérectomie en bloc par section bilatérale et l'hystérectomie par morcellement valvulaire. La seconde ne comprend que des procédés de morcellement: section médiane et totale, de Müller-Quénu; hémisection médiane, de Doyen; hémimorcellement médian, de Doyen, qui se rapproche de l'évidement conoïde pratiqué par Péan sur les grosses tumeurs.

Quels que soient la méthode et le procédé employés, les soins préliminaires, la désinsertion du vagin et l'ouverture des cuts-de-sac péritonéaux se pratiquent de la même façon.

Soins préliminaires.

De même que pour les autres opérations sur les voies inférieures, on pratique, durant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'hystérectomie, des lavages et des pansements antiseptiques de la vulve et du vagin. Immédiatement avant l'opération, on fait un nouveau lavage de ces parties et on aseptise, le mieux possible, l'utérus : s'il existe des végétations cancéreuses du col, on les abrase à la curette et on les cautérise au thermo-cautère. Quant à la cavité utérine, on se contente de la traiter par des badigeonnages caustiques, à la teinture d'iode, au chlorure de zinc au 1/10, etc. (1), ou mieux, on fait précéder leur action du curettage (Segond).

En cas d'étroitesse ou de rigidité trop grandes du conduit vulvo-vaginal, on peut être obligé de faire préalablement la dilatation de la vulve (Péan, Terrier) ou même la dilatation du vagin : Doyen applique systématiquement le ballon de Gariel pendant 48 heures, ce qui facilite énormément, en toute occurrence, la descente de l'utérus et la manœuvre des instruments. On n'aura recours que dans le cas d'absolue nécessité au débridement de la vulve, conseillé par Chaput.

Appareil instrumental.

Bistouris : un bistouri ordinaire, un bistouri à long manche et à lame courte et droite (fig. 279), un bistouri à lame courbe sur le plat.

Ciseaux : une paire de ciseaux ordinaires, une paire de ciseaux longs et courbes sur le plat (fig. 280).

Pinces à traction : au moins deux pincés fortes à mors tridentés [les dents, pour bien assurer la prise sans déchirer les tissus, doivent être coniques, mousses, non tranchantes et implantées perpendiculairement sur les mors (Segond)]; de quatre à six pincés bidentés, de force moyenne (fig. 281); deux pincés à mors fenêtrés, non dentés, dites pincés à cadre (fig. 282), pour saisir les annexes; pincés unidentés et pincés de Segond (un seul mors est muni de dents, tandis que l'autre est en forme de spatule) (fig. 283). Ces

(1) Quénu semble avoir été le premier à systématiser l'asepsie intra-utérine avant l'hystérectomie vaginale : il la pratique par étapes, à mesure qu'il fait la section médiane.

deux dernières sortes de pincés sont destinées à favoriser la pose des pincés à traction *proprement dites* : elles s'insinuent facilement entre les écarteurs et l'utérus quand celui-ci vient à s'échapper dans le petit bassin, s'implantent sans danger dans les tissus sous le



Fig. 279. — Bistouri à long manche et à lame courte et droite.

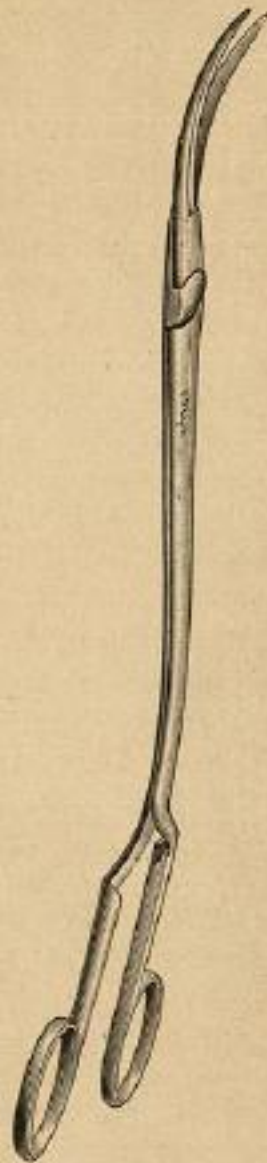


Fig. 280. — Ciseaux longs et courbes sur le plat.

seul contrôle du doigt et ne doivent servir qu'à les abaisser sans déployer beaucoup de force.

Pincés pour la forcipressure directe. — Une douzaine de pincés ordinaires et une douzaine, longues de 16 à 22 centimètres (fig. 284).

Pincés pour la forcipressure en masse. — La plupart des opéra-

teurs se servaient naguère de pinces longues, droites ou courbes, susceptibles d'enserrer en masse toute la hauteur du ligament large : *pinces de Péan*, droites et courbes sur le champ (fig. 285); *pinces de Le Dentu*, courbes sur le plat et avec mors postérieur dépassant l'autre; *pinces de Doyen*, à mors cintrés (fig. 286); *pinces de Doléris*, à branches démon-

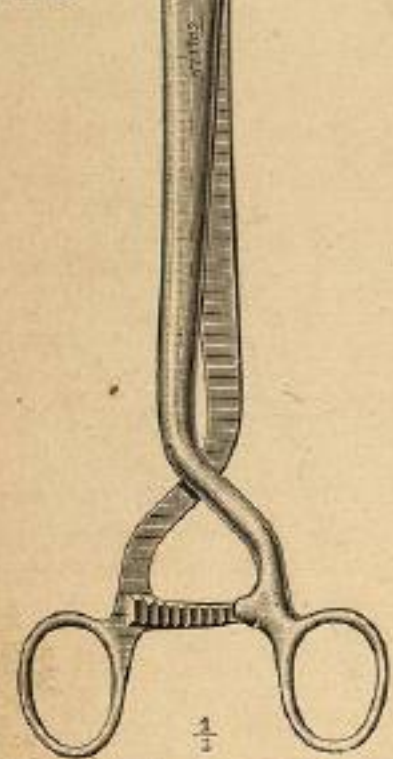
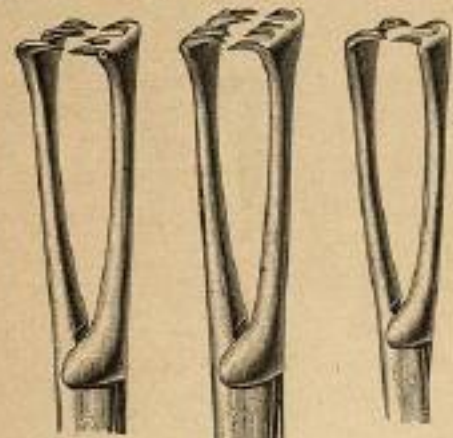


Fig. 281. — Pinces à traction, à mors bi, tri et quadridentés.

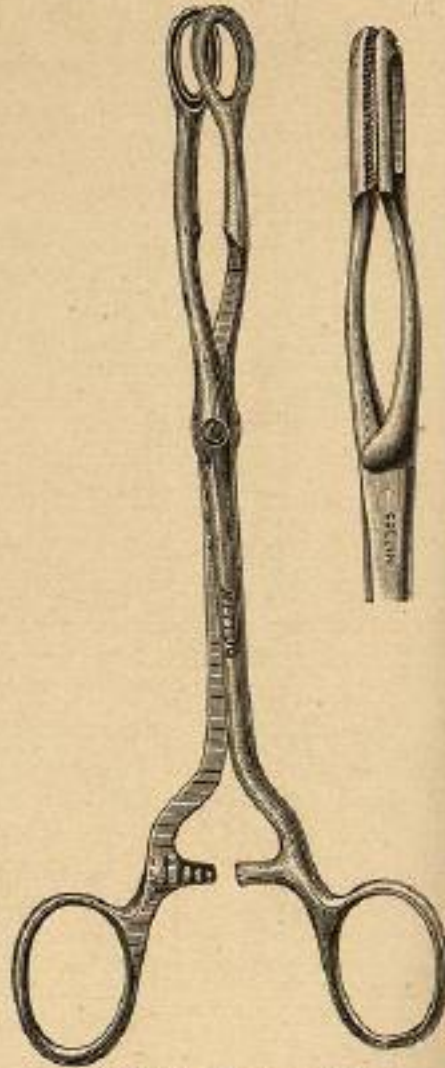


Fig. 282. — Pinces à cadre.

tantes comme un forceps et dont l'une se termine par un petit crochet qui recouvre l'extrémité de l'autre. A l'heure actuelle, on donne généralement la préférence à des pinces à mors droits et solides, ne dépassant pas 6 centimètres de long, et que l'on superpose en nombre voulu. Saisissant les tissus sur une hauteur

peu considérable, ces *longuettes fortes* en assurent très bien l'hémostase, car leurs mors arrivent facilement au contact jusqu'à leur extrémité; on peut du reste leur donner à cet effet la forme *cintrée*, de Doyen. De plus, elles sont plus faciles à retirer

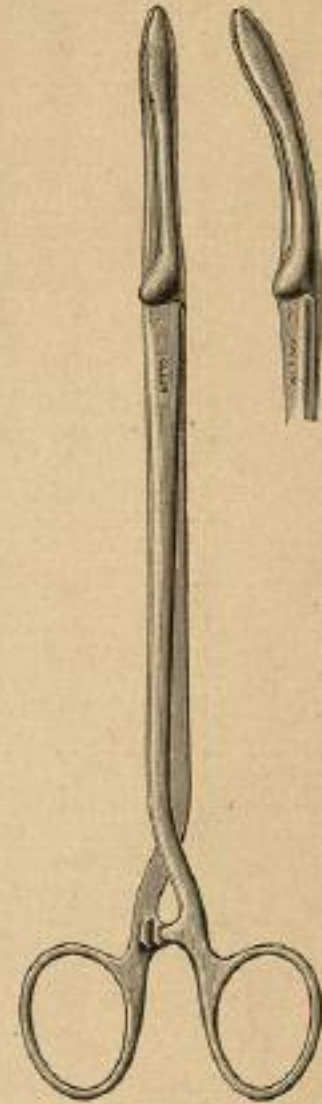


Fig. 283. — Pinces à abaissement, de Segond, Fig. 284. — Pinces hémostatiques de 22 centimètres pour l'hystérectomie vaginale : un seul mors est muni de dents, et l'autre est en forme de spatule.

et mieux supportées par les malades. Chaput se sert de pinces à *dents de crocodile* qui préviendraient encore mieux le dérapage.

Écarteurs. — *Écarteurs de Doyen* : modèles de 0,045 millimètres de largeur et de trois longueurs différentes (0,06 cent., 0,40 cent., 0,42 cent.) (fig. 287); modèles de 0,060 millimètres de largeur et de

trois longueurs différentes (0,06 cent., 0,09 cent., 0,12 cent.). Deux valves plus étroites (2 cent. $\frac{1}{2}$ à 3) et longues de 10 à 12 centimètres (fig. 289). Péan se sert, pour décoller les tissus quand ils sont

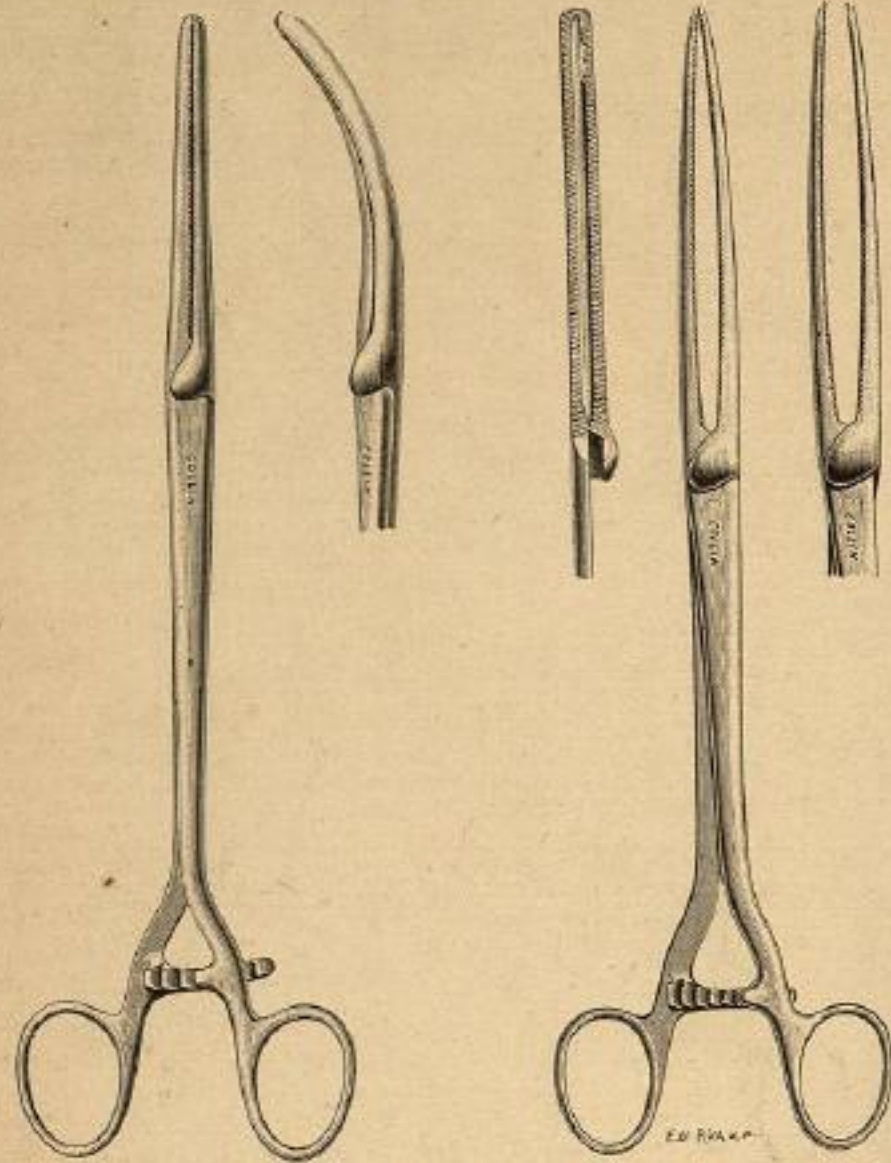


Fig. 285. — Pinces de Péan, droites et courbes sur le champ, pour la forcipressure en masse.

Fig. 286. — Pinces de Doyen, à mors cintrés, pour la forcipressure des ligaments larges.

difficilement accessibles, d'une valve en *truelle* (fig. 288). Segond, de son côté, a imaginé, pour protéger la vessie, un écarteur à *angle mobilisable* par une vis de rappel (fig. 290); le manche de cet instrument peut ainsi être tenu toujours vertical pour la plus grande commodité de l'opérateur, quelle que soit l'obliquité de la branche insinuée entre la tumeur et la vessie.

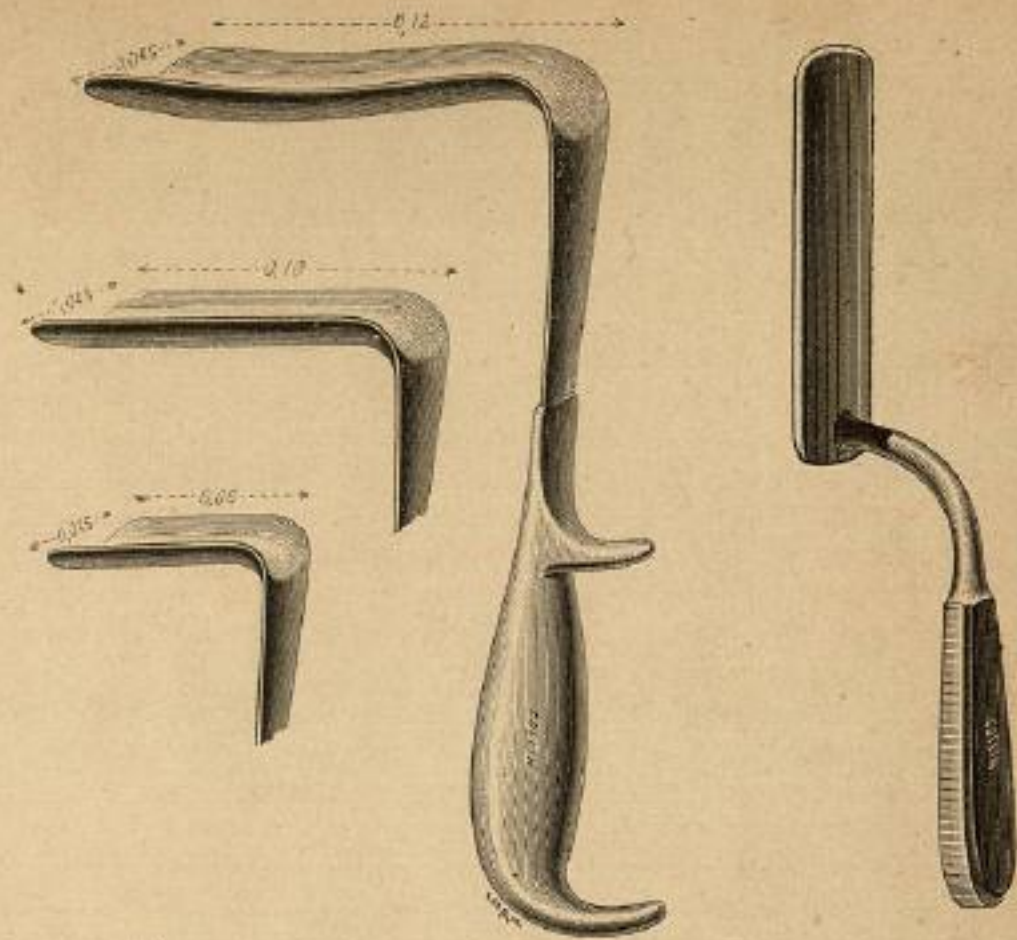
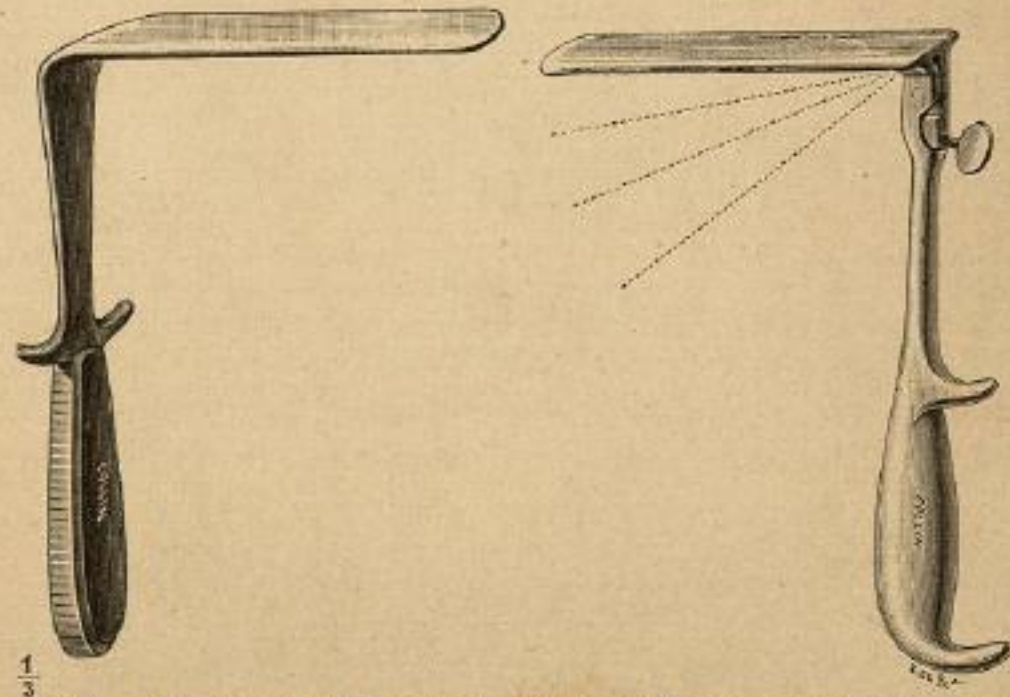


Fig. 287. — Écarteurs de Doyen, pour l'hystérectomie vaginale (modèle de 0,045 millimètres de largeur et de trois longueurs différentes).

Fig. 288. — Valve en *truelle* de Péan, pour l'hystérectomie vaginale.



$\frac{1}{3}$
Fig. 289. — Valve étroite et longue pour l'hystérectomie vaginale.

Fig. 290. — Écarteur de Segond, à angle mobilisable, pour l'hystérectomie vaginale.

Opération.**1^o Désinsertion du vagin, avec ou sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux.**

La malade étant en position dorso-sacrée, une valve courte et large déprime la commissure vulvaire. Puis le col est saisi dans des pinces à traction et abaissé dans la mesure du possible. Si le tissu cervical est friable, on emploie des pinces à surface de préhension assez large, et au lieu d'en placer une seule sur la lèvre postérieure, on en met une ou deux autres sur la lèvre antérieure; on peut encore saisir les deux lèvres à la fois dans une pince à mors tridentés. Au besoin, on facilite l'abaissement par une pression exercée sur le fond de l'organe à travers la paroi abdominale.

Premier temps. — Le col étant fortement relevé, on incise la muqueuse vaginale tout autour de son insertion postérieure, en plein cul-de-sac, ou au contact immédiat du col s'il existe des adhérences périmétriques (fig. 291). On arrive rapidement au cul-de-sac péritonéal après avoir détaché les tissus au ras de l'utérus avec le doigt ou les ciseaux; on ouvre le cul-de-sac et on agrandit l'ouverture avec deux doigts. On introduit alors, jusque dans la cavité péritonéale, une valve longue et large qui remplace la valve courte antérieurement appliquée dans le vagin. On lui superpose une éponge mouillée si l'épiploon ou l'intestin ont tendance à se hernier. Martin conseille de faire l'hémostase de la tranche vaginale par des sutures transversales, à points séparés, à l'aide de l'aiguille de Deschamps. Cette précaution est généralement inutile. Il en est de même de l'emploi du thermo-cautère conseillé par Sânger.

Il est rare qu'on ne puisse atteindre et ouvrir du premier coup le cul-de-sac de Douglas; dans le cas contraire, il faut remettre cette manœuvre à une période ultérieure; mais il est indispensable qu'elle ait eu lieu pour qu'on puisse faire le pincement en masse des ligaments larges, et elle facilite beaucoup l'abaissement de l'utérus, surtout dans l'hystérectomie par *section médiane*.

Deuxième temps. — Le col étant abaissé et porté en arrière, on complète l'incision circulaire du vagin. En avant, on aura soin de passer à quelque distance au-dessous de la vessie, en se guidant, pour plus de sûreté, sur une sonde introduite dans le réservoir, s'il y a décollement des insertions vaginales. Sur les côtés, il est permis d'infléchir un peu l'incision pour éviter l'artère utérine; mais,

en mordant la base du ligament large, on hâtera beaucoup la descente de l'organe (Richelot) (1). En tout cas, il faut creuser l'incision jusqu'au muscle utérin. Second fait précéder l'incision circulaire de deux petites incisions latérales qui la rencontrent à angle droit en partant des ligaments larges; ces incisions sépa-

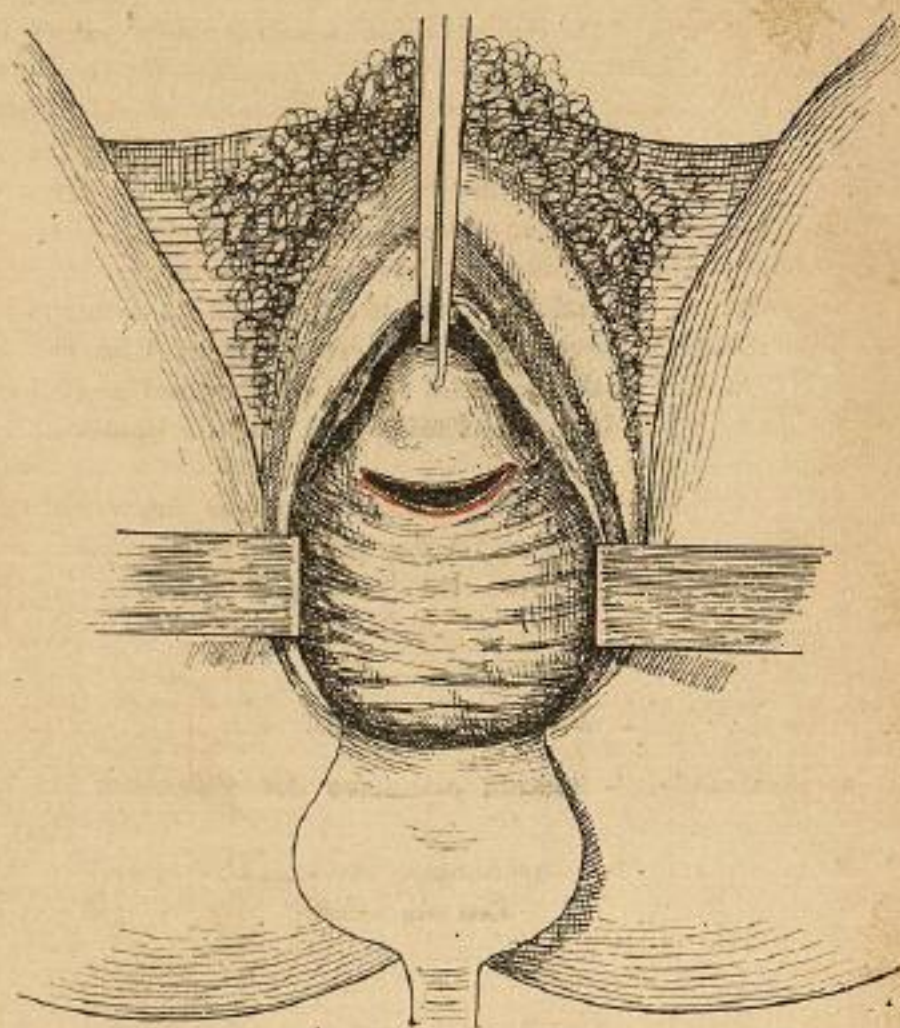


Fig. 291. — 1^{er} temps de l'hystérectomie vaginale: ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur (Martin).

rent la collerette du vagin en deux valves qui se détachent plus facilement.

Troisième temps. — On décolle la vessie de bas en haut, avec l'ongle du pouce gauche ou de l'index droit, en sectionnant à mesure les brides résistantes avec des ciseaux manœuvrés à petits

(1) Richelot, *Man. opér. de l'hystérect. vagin* (*Archiv. gén. de méd.*, juin, juillet 1893).

coups et à la rencontre du tissu utérin. A un moment donné, le bourrelet des tissus décollés venant à masquer la ligne de clivage, on le relève avec une valve appuyée obliquement sur la face antérieure de l'utérus. Quand cet organe est mobile et de volume normal, on arrive assez vite sur le cul-de-sac péritonéal que l'on reconnaît à son reflet bleuâtre et à ses rapports; en ce cas, on l'ouvre avec les ciseaux et les doigts. Mais si l'utérus est adhérent ou notablement augmenté de volume, il se peut que le cul-de-sac ne soit pas encore atteint alors que le tissu cellulaire est déjà suffisamment décollé pour que la ligne de clivage échappe à la vue: en ce cas, on laissera le décollement de la vessie s'achever de lui-même au contact de l'écarteur et le péritoine s'ouvrira, à un moment donné, presque à l'insu de l'opérateur. Ou bien, celui-ci, passant le doigt en crochet à travers le cul-de-sac de Douglas et au-dessus de l'utérus, fera bomber la séreuse de haut en bas et l'amènera au-devant de l'instrument tranchant. Second ne recherche même pas le cul-de-sac péritonéal; il l'ouvre quand il se présente.

Il est indispensable, avant de s'attaquer au corps même de l'utérus ou aux ligaments larges, de dégager avec soin la base de ceux-ci, de chaque côté, avec les index glissés derrière leur feuillet péritonéal antérieur.

2° Excision de l'utérus.

Première méthode. — Section primitive des ligaments larges après hémostase.

PREMIER PROCÉDÉ. — HYSTÉRECTOMIE EN BLOC PAR SECTION BILATÉRALE.

A. Hémostase par les fils. — Les fils métalliques (Coudereau) et le catgut (Démouss) sont abandonnés pour la soie plate.

a. Hémostase après renversement. — L'utérus étant bien libéré en avant et en arrière, ce dont on s'assure en explorant ses deux faces avec le doigt, on le fait basculer en *arrière* (Martin, Schröder) ou en *avant* (Czerny, Demons, Fritsch, etc.), ce qui est beaucoup plus difficile sans *morcellement médian*. Pour cela, on saisit le fond de l'organe avec les doigts, avec un crochet, ou mieux, avec une pince de Museux courbe. Les obstacles à cette manœuvre tiennent surtout à des adhérences ou à des brides vaginales: on doit les rompre tout d'abord, de son mieux, quand elles existent; puis on place une ligature serrée sur la base des ligaments larges, à 1 centimètre au plus de l'utérus, on sectionne le pédicule ainsi formé, en dedans du fil, et on renouvelle la tenta-

tive de bascule. Quand celle-ci est opérée, les ligaments se trouvent eux-mêmes tordus et renversés, de telle sorte que leur bord supérieur, avec ses ailerons, apparaît dans l'ouverture vaginale. On fait alors la ligature à la soie du ligament du côté gauche, en deux ou trois faisceaux, en procédant du bord supérieur vers la base, puis

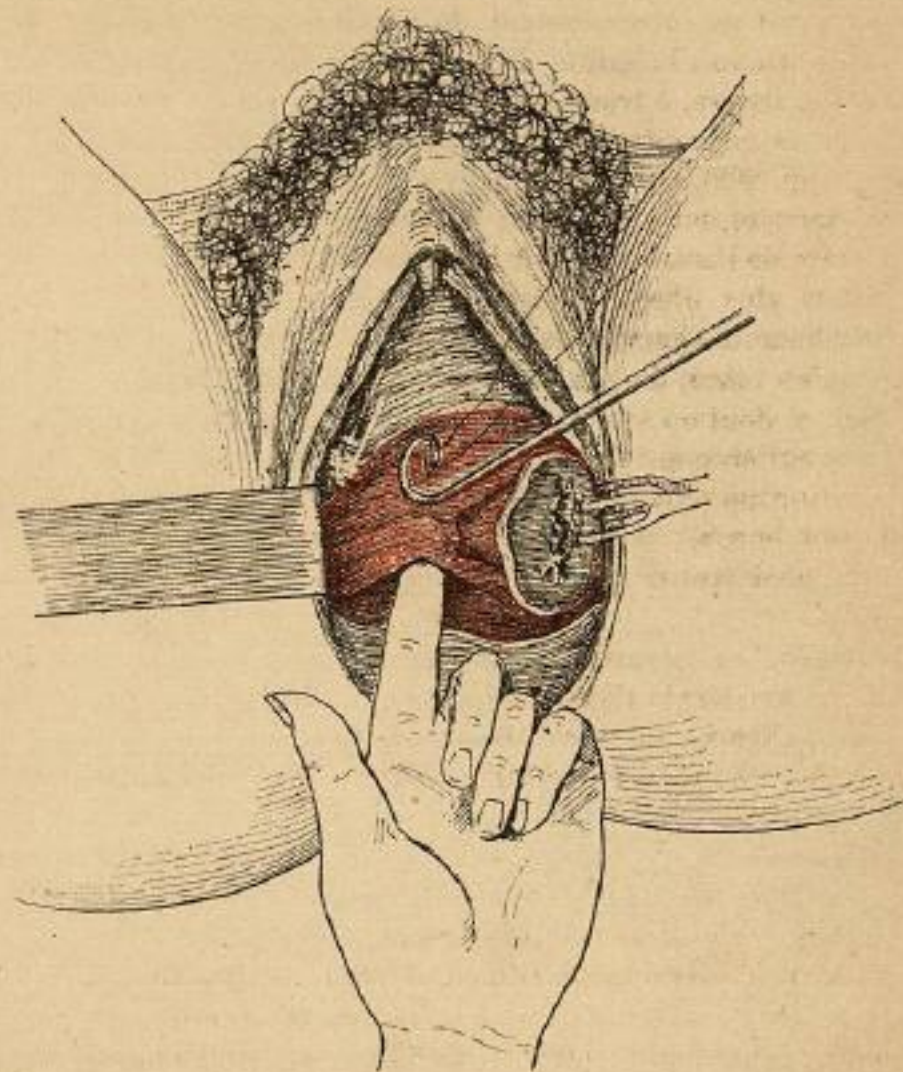


Fig. 292. — Hystérectomie vaginale: placement d'un fil à la base du ligament large droit.

on sectionne au ras de l'utérus. Quand la section est achevée, l'utérus s'échappe de lui-même hors de la vulve. La ligature et la section du ligament droit se font, par suite, très aisément.

Cette manœuvre de la bascule est d'exécution facile lorsque l'utérus est peu volumineux, suffisamment mobile et que la vulve et le vagin sont assez larges. Dans les conditions opposées, il en est

tout autrement, et le renversement est parfois impossible. En ce cas, on peut procéder à la ligature *in situ* des ligaments, que pratiquent du reste systématiquement bon nombre d'opérateurs (Billroth, Léopold, Olshausen, Schröder, Hofmeier, etc.).

b. *Hémostase in situ*. — On attire fortement le col du côté opposé au ligament qu'on veut lier et on refoule, au contraire, les parois vaginales du côté correspondant, au moyen d'un écarteur.

Puis on conduit l'aiguille de Deschamps armée d'un fil double, d'avant en arrière, à travers le ligament et à peu de distance de sa base, à la rencontre de l'index gauche qui accroche celle-ci par derrière (fig. 292). On dégage le fil avec le doigt, une pince ou un crochet mousse, on le lie et on le sectionne au ras du col.

On place de l'autre côté une ligature symétrique.

L'utérus, plus libre, s'abaisse alors davantage et l'on saisit le reste du ligament gauche dans une série de trois ou quatre anses de fils qu'on place, de bas en haut, sous le contrôle de la vue ou du doigt, et dont on sectionne à mesure les chefs. Lorsque l'utérus se trouve entièrement détaché d'un côté, il bascule latéralement et on lie beaucoup plus facilement le ligament du côté droit.

On peut encore, si l'on veut, opérer alternativement des deux côtés, en abaissant de plus en plus la matrice, à mesure qu'on la libère.

Signalons, en terminant, quelques modifications de détail : Olshausen emploie la ligature élastique, à titre définitif, pour l'hémostase des ligaments larges ; Hégar et Kalténbach l'emploient à titre provisoire. Jennings fait aussi une ligature provisoire en masse, à la soie, et parfait l'hémostase avec des ligatures ou des pinces à demeure.

B. *Hémostase par la forcipressure à demeure*. — Ce procédé relève de la méthode générale de pincement hémostatique. Péan l'employait à titre provisoire dans tous les cas et, à titre définitif, lorsque la ligature présentait de trop grandes difficultés. L'idée de l'appliquer systématiquement, à tous les cas, semble appartenir à Spencer Wells (1882) ; mais on doit en attribuer la paternité effective à Richelot qui l'a mise en pratique dès 1885, et l'a consacrée depuis lors par un nombre considérable de succès (1).

a. *Hémostase in situ*. — Lorsque les deux culs-de-sac, antérieur et postérieur, sont ouverts et l'utérus bien libéré en avant et en arrière, on abaisse l'organe aussi fortement que possible en le por-

(1) Voir pour cette question de priorité, *Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 383. Secheyron, *loc. cit.*, p. 328. *Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 449.

tant à droite, de manière à tendre et à faire descendre davantage le ligament large du côté gauche. On accroche alors le bord supérieur du ligament, en avant ou en arrière, avec un ou deux doigts dont on se sert, comme *guide-protecteur*, pour fixer la pince à 1 centimètre environ de l'utérus. Si l'on veut saisir, avec cette

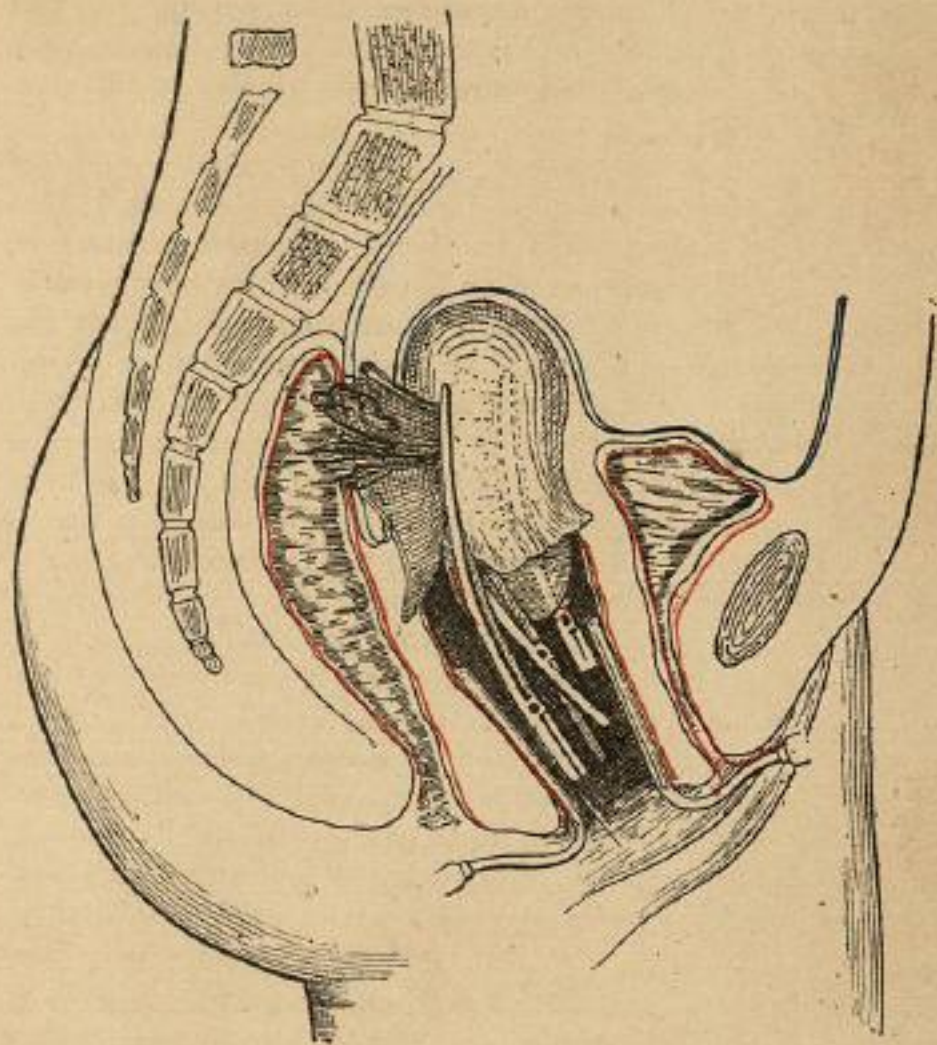


Fig. 293. — Forcippressure, *in situ*, des ligaments larges (Péan).

seule pince, toute la hauteur du ligament, on s'assure qu'elle en dépasse bien le sommet et on la serre, en évitant soigneusement de comprendre entre ses mors l'épiploon ou une anse intestinale (fig. 293). Puis on coupe entre la pince et l'utérus et au ras de l'organe. Celui-ci est alors entraîné en bas, extériorisant le ligament du côté droit dont il est alors facile d'opérer le pincement et la section. Si l'hémostase n'est pas parfaite, on peut saisir

directement le vaisseau qui donne dans une pince hémostatique ou glisser jusqu'à son niveau une pince languette, en dehors de la pince longue.

Mais il est préférable de faire l'hémostase en deux étages, à l'aide des languettes fortes de 6 centimètres. On saisit le ligament large de bas en haut dans une de ces pinces et on le coupe dans sa hauteur, sans atteindre tout à fait son extrémité. Puis on place une seconde pince, en dedans de la première, en y comprenant le bord supérieur du ligament qu'on accroche avec le doigt, et l'on complète la section.

b. *Hémostase après renversement.* — Richelot applique ce procédé de la façon suivante : « Mettant l'index et le médus de la main gauche, face dorsale en bas, à la place de la valve postérieure, il les insinue dans le cul-de-sac de Douglas, le plus haut possible, et s'assure qu'une anse d'intestin grêle ne vient pas gêner la manœuvre. Tranquille de ce côté, il va saisir, avec une pince-érigne, la face postérieure de l'utérus et l'attire, tandis que ses deux doigts dépassent le fond, l'accrochent, le poussent de haut en bas. Une seconde érigne, au besoin, reprend la même face un peu plus haut, et bientôt le corps utérin sort par la brèche. Pendant ce temps, le segment inférieur est toujours maintenu par la pince à traction, si bien que l'utérus se plie en deux, col et corps, dans le vagin, et que les souillures du museau de tanche ne vont pas toucher le péritoine.

« Cette manœuvre de la bascule a ramassé chaque ligament large et diminué sa hauteur. L'index, toujours dans la brèche postérieure, glisse à droite et prend dans sa concavité le bord supérieur du ligament renversé; l'extrémité de ce doigt se montre dans le cul-de-sac utéro-vésical, qu'on ouvre à ce moment si ce n'était déjà fait. Puis, prenant une pince languette, on la fixe sur le ligament large de haut en bas, c'est-à-dire de sa base à son bord supérieur. Avec des mors de 6 centimètres, on dépasse facilement ce bord, que la face palmaire du doigt pousse au-devant de l'instrument. On éloigne un peu vers la droite le talon de la pince, pour n'être pas au ras de l'utérus, on coupe, avec les ciseaux, tout près de lui et on le fait sortir en entier. Enfin, le saisissant à pleine main, on place de même et plus facilement la pince du côté gauche. Un dernier coup de ciseaux termine l'opération. Si la pince est un peu trop courte pour dépasser le bord supérieur, il est aisé de mettre au niveau de la corne utérine une languette supplémentaire avant d'achever la section (1). »

(1) Richelot, *loc. cit.*

Péan place d'abord des pinces longues et droites sur la base des ligaments larges et sectionne; puis il fait basculer l'utérus et pince alors, en une ou plusieurs fois, la partie supérieure des ligaments (fig. 294).

DEUXIÈME PROCÉDÉ. — HYSTERECTOMIE PAR MORCELLEMENT VALVULAIRE.

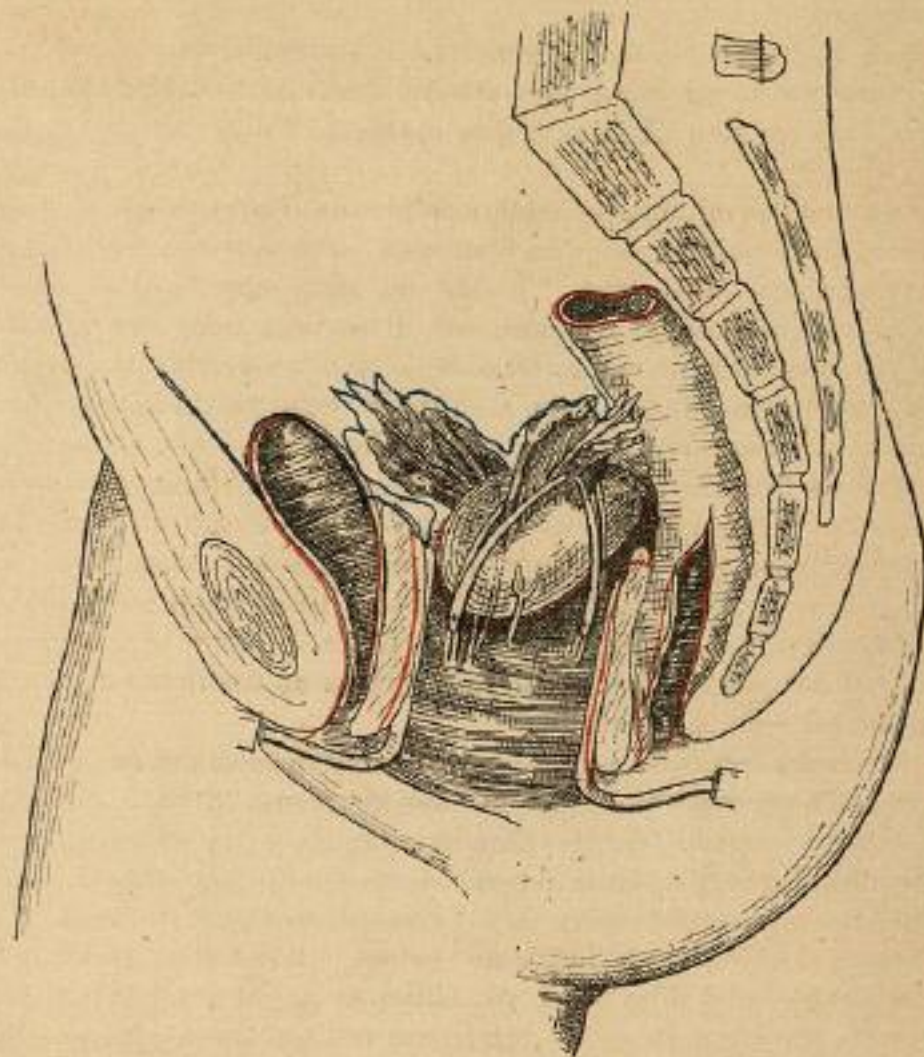


Fig. 294. — Forcepsure, en deux temps, des ligaments larges, avec renversement de l'utérus (Péan).

Ce procédé, créé par Péan (1), dès 1886, sous le nom de *castration utérine vaginale par morcellement*, a été dernièrement vulgarisé par Segond (2).

(1) Péan, *Cliniques, Gaz. des hôpitaux*, 1889, p. 42, et 1894, n° 75; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1^{er} juillet 1890; *X^e Congrès international de Berlin*, août 1890, etc.

(2) Segond, *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 février 1891.

Il consiste essentiellement dans un morcellement par étapes successives qui comprennent chacune quatre manœuvres principales : « 1° La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section partielle des ligaments larges après pincement ; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

« La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine.

« Quand il s'agit de suppuration pelvienne, il se peut que le décollement se poursuive jusqu'au bout sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Il se peut aussi que l'on soit parfois conduit à laisser au fond de la plaie les parties les plus élevées de l'organe ; mais il n'en résulte, au reste, aucun inconvénient sérieux au point de vue du résultat thérapeutique (1). »

Chaque fois que l'on sectionne un segment des ligaments larges après l'avoir forcipressé, les écarteurs doivent rester en place pour protéger la vessie et le rectum. Avant d'exciser le segment d'utérus préalablement divisé en deux valves, il faut avoir soin de fixer la base de chacune d'elles avec une pince à abaissement. On ne doit jamais pincer ou réséquer une portion de tissu sans avoir une vision nette de la région.

Deuxième méthode. — Section ou résection médiane de l'utérus, suivie d'hémostase et de section des ligaments larges.

PREMIER PROCÉDÉ. — SECTION MÉDIANE ET TOTALE. — Ce procédé, imaginé par Müller (1882) et dernièrement repris par Quénu (1891), se pratique, d'après cet opérateur, de la façon suivante (2) : On place deux pinces à traction sur les côtés de l'orifice externe et on incise verticalement, entre elles deux, au milieu de la portion du col libérée, de telle sorte que la section figure un triangle dont la base s'élargit par l'écartement des deux moitiés du col incisé. Il est capital de ne prendre les ciseaux que lorsque la dénudation est bien nette. On peut, au fur et à mesure de l'ouverture de la cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au dixième.

On reporte ensuite ses pinces à traction un peu plus haut, tou-

(1) Segond, *loc. cit.*

(2) Quénu, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1 nov. 1891 ; *Ann. d'obs. et de gynéc.*, mai 1892.

jours sur les côtés, et l'abaissement d'une nouvelle portion d'utérus permet au doigt d'accomplir une nouvelle dénudation, suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure. Bientôt le fond de l'utérus apparaît, on l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane.

Il faut, à ce moment, saisir près du fond chaque moitié utérine et l'attirer au dehors en lui faisant subir un mouvement de torsion ; les deux pinces à traction étant ainsi rejetées sur les côtés et tenues par un aide, le chirurgien n'a plus à s'occuper que du nettoyage de la cavité péritonéale, de l'ouverture ou de l'ablation des poches, etc. On termine l'opération en assurant l'hémostase définitive, soit au moyen de pinces, soit au moyen de ligatures, et on résèque chaque moitié d'utérus. Dès le début de l'opération, on peut placer une ligature, à l'aide d'une aiguille courbe, sur l'étage inférieur des ligaments larges.

DEUXIÈME PROCÉDÉ : HÉMISECTION MÉDIANE. — Procédé imaginé, dès 1887, par Doyen (de Reims) qui le décrit de la façon suivante (1) : « Le col est saisi latéralement par deux pinces à griffes qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération. Ces pinces étant attirées en bas, et un court écarteur maintenu par l'aide au-dessous du pubis, on sectionne, de bas en haut, la paroi antérieure du col ; le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, généralement apparent au dessous de l'écarteur, est ouvert par le premier ou le second coup de ciseaux. L'ouverture en est agrandie à l'aide de ces derniers, entr'ouverts et agissant comme un instrument mousse, et la lèvre antérieure de la séreuse chargée sur l'écarteur.

« L'utérus est saisi, à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale, par deux nouvelles pinces à griffes, et attiré en bas ; un nouveau coup de ciseaux prolonge la section et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées pour être appliquées plus haut. La section est prolongée jusque sur le fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction (fig. 295). Le plus souvent, si la vulve n'est pas trop étroite et si l'utérus ne se montre que doublé de volume, le renversement progressif se fait sans difficulté et sans qu'il soit nécessaire de prolonger très haut, sur le corps, la section longitudinale.

« Lorsque l'utérus est hors de la vulve, nous n'avons fait encore aucune hémostase.

« Nous détachons avec les doigts, s'il y a lieu, et nous attirons aussi

(1) Doyen, *loc. cit.*

bas que possible, avec des pinces à anneaux, les annexes altérées ou non, et nous appliquons nos pinces à mors élastiques en commençant, à moins d'indication contraire, par le ligament large du côté gauche. Ce ligament étant saisi à l'aide de la main gauche, au delà des annexes, nous introduisons une première pince presque verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière, et nous

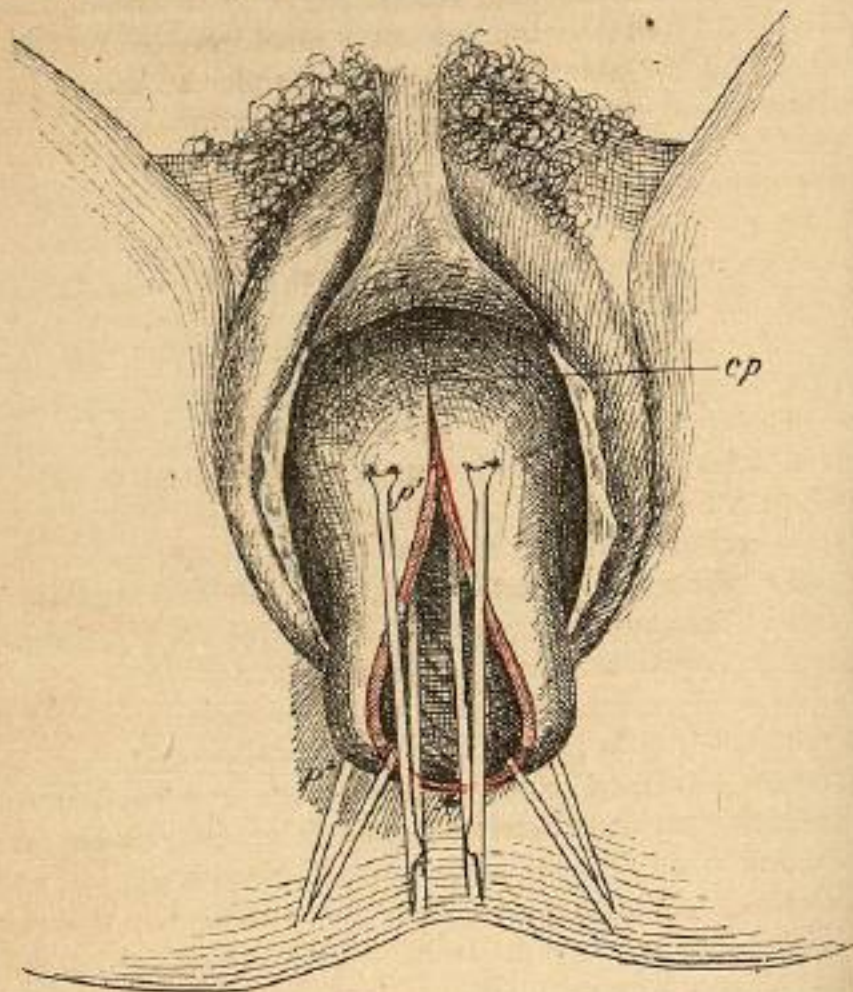


Fig. 295. — Hystérectomie vaginale : procédé de l'hémisection médiane (Doyen).

la fermons modérément, de façon à nous assurer par le contact direct de ses extrémités avec l'index gauche, au niveau du cul-de-sac postérieur, que rien ne lui échappe, et que, par contre, elle ne saisit aucun organe étranger. La pince est alors serrée au maximum ; une seconde, plus grêle, est appliquée au-dessous, pour plus de sécurité, et le ligament large sectionné à quelques millimètres d'elle. L'autre ligament est traité de même. Si la grande pince, ce qui est bien rare, n'a pu d'emblée être appliquée au-dessous des

annexes, on place ensuite, au delà de l'ovaire et de la trompe, une pince plus petite, et on les résèque. »

TROISIÈME PROCÉDÉ : MORCELLEMENT MÉDIAN. — Modification du

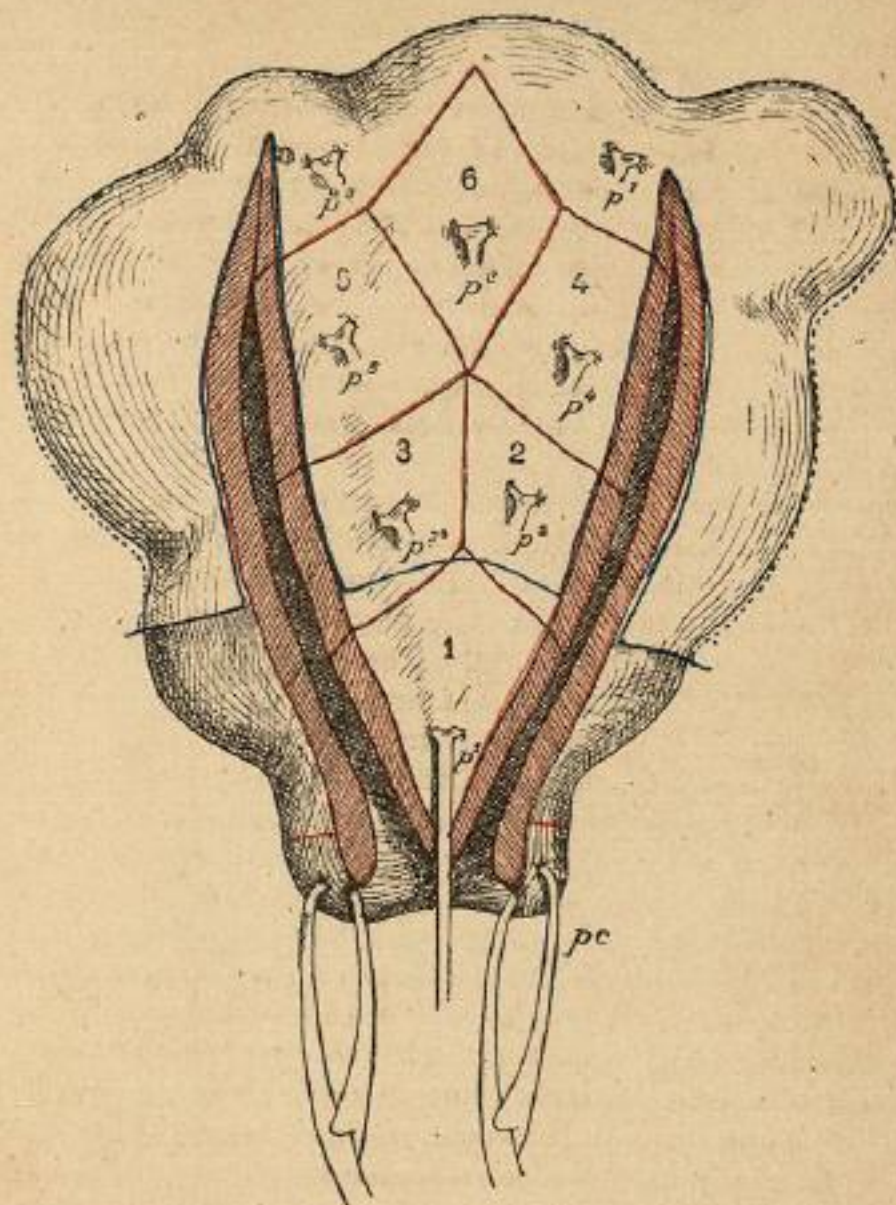


Fig. 296. — Hystérectomie vaginale : morcellement médian de la face antérieure d'un utérus fibromateux (Doyen).

procédé précédent, également imaginé par Doyen, et analogue à l'évidement conoïde de Péan : « L'utérus abaissé et les culs-de-sac péritonéaux largement ouverts, le col, tenu latéralement par deux pinces, est incisé en long sur sa face antérieure et saisi plus haut,

sur les lèvres de la section, avec deux nouvelles pinces. Nous avons alors à choisir entre deux méthodes : enlever de chaque côté de la section longitudinale des fragments de tissu aussi gros que possible, ou, ce qui est plus rapide, sectionner le corps de l'utérus en V, sur sa surface antérieure, en ménageant les parties latérales de l'organe (fig. 296).

« Il faut avoir pratiqué cette opération pour en comprendre les avantages. C'est à peine, en effet, dans la plupart des cas, s'il est nécessaire de réséquer deux ou trois fragments de la tumeur et, en abaissant successivement, soit le V médian, soit les lambeaux latéraux de l'utérus, il arrive souvent qu'on enlève en entier et en peu de temps, une tumeur très volumineuse, de 10 à 12 centimètres de diamètre.

« On peut opérer, dans bien des cas, presque sans écarteur, et l'index droit, introduit par le cul-de-sac antérieur dans le péritoine, sert à guider la tumeur pendant qu'on l'abaisse par des tractions méthodiques.

« Quatre ou cinq fois seulement, il est arrivé à l'auteur, par suite d'impossibilité matérielle, d'abandonner le cul-de-sac antérieur, pour attaquer, par le postérieur, un fibrome sous-péritonéal enclavé.

« Dans les cas de ce genre, il ne pratique toujours que la section médiane partielle de l'utérus, et, au moment où le fond apparaît, ce dernier se trouve encore relié au col sur lequel demeurent fixées les deux premières pinces à griffes (1). »

Troisième méthode : Méthode mixte. — PROCÉDÉ DE SEGOND. — Segond commence par faire le morcellement du col à la façon de Péan, en ayant soin de saisir et de sectionner les ligaments utéro-sacrés en même temps que la base des ligaments larges, ce qui facilite l'abaissement.

Il continue en morcelant la face antérieure du corps de l'utérus, et toujours, autant que possible, par tranches horizontales. Le morceau à exciser étant solidement attiré par deux pinces à traction implantées, l'une à droite et l'autre, à gauche, sur son bord inférieur, il amorce l'incision à droite, à la hauteur voulue, en tenant le tranchant un peu oblique de bas en haut par rapport à la surface de l'utérus; il fixe aussitôt, sur la lèvre supérieure de l'incision, une pince à griffes qu'il se contente, pour le moment, de faire rabattre en dehors afin de dégager le champ opératoire; puis il continue l'amorçage sur la gauche et fixe, de la même manière, une seconde pince à traction de ce côté. Il achève l'excision de la tranche ainsi limitée vers le haut, saisit des mains de ses aides les

(1) Doyen, *loc. cit.*

deux pinces d'attente et reprend les mêmes manœuvres de bas en haut, en se tenant toujours à bonne distance des ligaments larges, jusqu'à ce que le fond de l'utérus vienne à basculer sous ses yeux. Il pince alors de haut en bas, à la rencontre des pinces à forcipresure déjà en place, la portion des ligaments larges qui n'est pas encore saisie.

On comprend que, dans les cas complexes, on puisse trouver avantage aux combinaisons les plus variées.

Ainsi Richelot, quand l'utérus est adhérent et « descend mal », conseille-t-il un procédé analogue à celui de Segond : Morcellement de Péan, jusqu'à ce que l'organe refuse de s'abaisser et, à partir de ce moment, morcellement médian par sections verticales ou obliques (1).

De même, pourra-t-il être très commode, pour diminuer la longueur de l'utérus, de commencer par abattre le col, surtout s'il est volumineux, à la façon Péan-Segond; puis de faire la section médiane, surtout si l'on a des fibromes à morceler; et, entre temps, si on y trouve plus de commodité, de libérer complètement l'utérus de ses attaches, sur un côté, comme on le fait dans l'hystérectomie sans morcellement. Nous avons vu M. Bouilly procéder, de cette façon avec beaucoup d'avantage, dans un cas de cancer du col compliqué de fibromes multiples du corps.

Toilette du champ opératoire.

L'extirpation de l'utérus est généralement suivie de l'atrophie des annexes (Brennecke, Péan). Il vaut cependant mieux les enlever dans tous les cas, surtout chez les femmes jeunes, car l'ovulation continue toujours pendant un certain temps (Grammatikati, Glaevecke). Ce complément opératoire s'impose : quand il s'agit d'obvier à des hémorragies incoercibles ou à des troubles nerveux graves; quand les annexes sont envahies par un cancer venu de l'utérus; quand elles sont chroniquement enflammées et adhérentes.

Dans ce dernier cas, leur extirpation est souvent assez aisée, mais parfois elle ne peut être que partielle (poches suppurées de vieille date), ou même est tout à fait impossible (pachy-pelvi-péritonite).

(1) Richelot, *loc. cit.*

On va les chercher avec l'index et le médius, en s'aidant du jeu des écarteurs, de l'abaissement du col, de pressions sur l'abdomen et de tractions modérées sur les pinces longues qui enserrèrent le sommet des ligaments larges (Richelot). On les décolle, on les amène à l'extérieur avec les doigts ou des pinces à cadre, on les pédiculise sur des pinces longuettes et on les excise. Quand il s'agit de poches remplies de liquide, il est quelquefois utile de les ponctionner pour faciliter leur dégagement. Si le liquide est du pus ou supposé tel, on aura soin, s'il vient à faire irruption, d'user largement de l'irrigation, et mieux, de la douche vaginale. On aura, du reste, pris soin de préserver le cul-de-sac de Douglas avec des éponges montées.

Si les poches ne pouvaient être extraites, au moins faudrait-il les ouvrir largement, les unes après les autres et, autant que possible, sous le contrôle de la vue. Celles qui sont au contact de l'utérus sont souvent déjà ouvertes au cours de l'opération, par le travail des écarteurs.

Les annexes étant enlevées, on fait bâiller largement la brèche vagino-péritonéale, en y appliquant de larges écarteurs, en avant et en arrière, et en se servant des pinces fixées sur les ligaments larges comme d'écarteurs latéraux (Richelot). On extrait les caillots avec des tampons, ou mieux, des éponges montées, et on parfait l'hémostase par la forcipressure directe, en particulier sur la tranche vaginale postérieure.

Il est bon de réunir, à ce même niveau, s'il est possible, le péritoine au vagin.

Un certain nombre d'opérateurs se contentent de bourrer de gaze l'ouverture, quelles que soient ses dimensions (Fritsch, Léopold, Kuester, etc.). D'autres suturent le péritoine en laissant ouverte la plaie du tissu cellulaire (Staupe, Schede, Kaltenbach, Tauffer, etc.). La conduite la plus rationnelle consiste à rétrécir l'ouverture au moyen d'un ou deux points de suture latéraux, comprenant le péritoine, la base des ligaments larges et le vagin (Démons, Terrier, Bouilly, Pozzi, etc.), et à drainer ensuite au moyen d'une bande de gaze iodoformée.

Düvelius obtient ce rétrécissement latéral en fixant aux culs-de-sac latéraux du vagin le pédicule des ligaments larges, une fois qu'ils sont ligaturés.

Dans le cas de cancer de l'utérus, Richelot recommande d'exciser une bandelette plus ou moins large du vagin, afin de diminuer les chances de récurrence.

Dans le prolapsus, il est ordinairement nécessaire d'agir de

même, ou mieux, de faire suivre l'hystérectomie de la colpopéri-néorrhaphie.

Pansement.

Le plus simple est le suivant : Une première bande de gaze iodoformée, modérément tassée dans le cul-de-sac de Douglas et le fond du vagin, fait l'office de drain ; une seconde gaze remplit le vagin en séparant les pinces en deux faisceaux ; une troisième, enroulée autour de leurs poignées, préserve la vulve de leur contact immédiat.

On recouvre le tout d'un gros tampon d'ouate qu'on fixe avec un bandage en T, et l'on termine en plaçant, à demeure, une sonde vésicale de Pezzer.

Second emploi, de préférence aux bandes de gaze ordinaires, des bandelettes de la largeur du doigt, formées de deux doubles de gaze et ourlées, simplement stérilisées si le champ opératoire est aseptique, iodoformées dans le cas contraire. Ces bandelettes permettraient de faire un pansement beaucoup plus méthodique et moins douloureux à enlever.

Soins consécutifs.

Il est utile de maintenir, pendant les premiers jours, une vessie de glace sur l'abdomen.

Les pinces à forcipressure sont retirées au bout de quarante-huit heures. On commence par les déclancher, puis on les ouvre largement et on les tire doucement au dehors. On enlève ensuite la sonde à demeure. Le pansement vaginal n'est changé qu'après un minimum de quatre jours (Segond), cinq ou six jours (Richelot), et supprimé, au bout d'un laps de temps égal, pour être remplacé par des lavages vaginaux à faible pression.

On ne s'étonnera pas de l'odeur méphitique de la gaze extraite : cette odeur est due au voisinage de l'intestin. Les injections vaginales, nécessaires pour l'élimination des débris sphacelés, sont continuées jusqu'à occlusion parfaite de la brèche vagino-péritonéale, c'est-à-dire, pendant douze à dix-huit jours. Mais la plaie qui reste au fond du vagin met environ deux mois à se cicatriser (Richelot). Les malades peuvent se lever du quinzième au vingtième jour.

Accidents et complications opératoires.

a. **PROCIDENCE DE L'INTESTIN ET DE L'ÉPIPLOON.** — Cet accident est rare et présente peu de gravité. On réduit la partie herniée au moyen d'une éponge montée, on diminue les dimensions de l'ouverture et on la bourre de gaze iodoformée.

b. **LÉSIONS DE L'INTESTIN GRÈLE.** — L'intestin grêle est facilement préservé de la forcipressure au cours de l'opération. Dans la suite, il pourrait se sphacéler au contact des pinces ou d'un drain rigide, ou encore, adhérer à la plaie vaginale; mais ces accidents sont prévenus par le drainage à la gaze.

c. **LÉSIONS DU RECTUM.** — Au cours de l'opération, l'ouverture du rectum n'a guère lieu qu'en cas d'adhérence de la paroi postérieure de l'utérus avec le rectum (Marchand), ou d'extension, au rectum, d'un cancer utérin. Dans les jours qui la suivent, la pression des pinces à demeure a pu déterminer une large eschare.

Une ouverture de petites dimensions guérit le plus souvent d'elle-même. Si elle se transforme en fistule recto-vaginale, on la traitera ultérieurement comme il convient. En cas d'ouverture large, on tentera la suture, en se guidant sur une sonde molle introduite par l'anus.

d. **LÉSIONS DE LA VESSIE.** — La vessie peut être ouverte avec le bistouri ou même le doigt (Trélat) et, le plus souvent, au cours du décollement, quand la cloison vésico-vaginale est infiltrée par une dégénérescence ou un exsudat paramétritique, ou que le cul-de-sac vésico-utérin est effacé par la périmérite ou déplacé par un fibrome.

On évitera cet accident en suivant les règles que nous avons déjà tracées : Renoncer à la cure radicale du cancer quand il y a extension du côté de la vessie ; ne jamais procéder au décollement que sous le contrôle de la vue, avec les doigts ou des instruments mousses (écarteurs, valve en *truette*, ciseaux) et en s'aidant au besoin d'une sonde placée dans la vessie ; ne pas chercher à ouvrir le cul-de-sac péritonéal au début de l'opération s'il ne se présente pas de lui-même aux ciseaux.

Si la perforation a lieu, on en fera immédiatement la suture en s'aidant d'une couronne de pinces à forcipressure placée sur ses bords, et on appliquera, pendant plusieurs jours, une sonde à demeure. Si la réunion échoue, on traitera ultérieurement la fistule persistante.

e. **LÉSIONS DES URETÈRES.** — L'uretère peut être sectionné, ou bien

saisi dans une ligature ou les mors d'une pince (Bœckel, Richelot, Statz, Hofmeier) pendant la libération des culs-de-sac antéro-latéraux du vagin ou au cours de l'hémostase des ligaments larges. Le pincement est souvent mortel ou bien il entraîne, comme la section, une fistule urétéro-vaginale. Mais, en soulevant la vessie avec un écarteur, une fois sa libération achevée ou suffisamment avancée, on entraîne en même temps les uretères loin des contacts dangereux.

f. **HÉMORRHAGIE.** — I. *Hémorrhagie primitive.* — On prévient l'hémorrhagie pendant l'opération : 1° Si l'on traite les ligaments larges par le procédé des fils (en faisant les ligatures par petits faisceaux on en fera au moins trois pour chaque ligament large) et en sectionnant ceux-ci, à mesure, après s'être bien assuré de leur constriction. Pour plus de sûreté, on pourra placer, au-dessus et en dehors de chaque ligature, un deuxième et même un troisième fil (Duret).

2° Si l'on a recours à la forcipressure, en donnant la préférence aux pinces languettes fortes sur les pinces longues, et à la forcipressure par étages sur la forcipressure en masse.

Si quelques vaisseaux viennent à échapper à l'hémostase préventive, on s'éclaircit avec de grands écarteurs de Péan, on tâche d'amener sous ses yeux les points qui saignent, et on les saisit dans des pinces à mors ordinaires et à longues branches.

II. *Hémorrhagie secondaire.* — Si elle ne consiste qu'en un suintement sanguin, on s'en rendra maître par le tamponnement vagino-péritonéal. S'il s'agit d'une hémorrhagie alarmante, comme il arrive après le relâchement d'une ligature ou d'une pince, il faudra recourir, comme pendant l'opération, à la forcipressure directe du vaisseau qui donne.

g. **SHOCK.** — Il reconnaît des causes diverses : cachexie de la malade, longueur de l'opération, perte de sang, lésions rénales fréquentes dans le cancer, etc.

h. **SEPTICÉMIE.** — Elle est beaucoup moins à craindre que dans la laparotomie, par suite de la déclivité du champ opératoire qui assure le libre écoulement des liquides pendant l'intervention et ses suites.

Choix de la méthode et du procédé opératoire.

1° **Pinces et fils.** — L'hémostase préventive par les fils, d'un emploi encore courant en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, est à peu près abandonnée en France. Naguère, elle prévenait, mieux que les pinces, l'hémorrhagie secondaire; elle est beaucoup

mieux supportée par les malades, ne provoque pas de sphacèle, n'expose pas à l'attrition de l'intestin.

Mais la forcipressure, telle qu'on la pratique actuellement, par petites masses et avec quatre ou six pinces n'est guère exposée au dérapage et ne donne que des eschares peu étendues. Quelques injections de morphine et un pansement soigneux atténuent les douleurs de compression, et les lésions de l'intestin ne peuvent être imputées qu'à la maladresse de l'opérateur. D'autre part, le pincement est beaucoup plus commode et plus expéditif que la ligature.

Cependant, ce double avantage n'existant plus quand les ligaments larges sont facilement amenés au-dehors après section médiane, rien ne s'oppose à ce qu'on emploie, en ce cas, la ligature en chaîne, comme pour un pédicule membraneux quelconque.

Terrillon déchire en partie les ligaments larges avec les doigts pour diminuer le nombre des pinces à demeure. Mais cette façon de faire paraît assez peu sûre.

2° **Hystérectomie en bloc et morcellement.** — L'hystérectomie en bloc n'est plus guère de mise que pour les utérus mobiles et peu volumineux, et encore est-elle avantageusement remplacée, dans ces circonstances, par la section médiane.

Le morcellement constitue un immense progrès qu'il faut attribuer, en bonne justice, à Péan. Il permet d'enlever facilement des utérus qui, auparavant, passaient pour inextirpables, et ses avantages sont assez bien précisés, par ailleurs, au point de vue de la facilité et de la sécurité opératoires, dans la première des règles qui doivent présider à son exécution: *Ne jamais enlever un fragment que sous le contrôle de la vue et après avoir assuré la prise au-dessus.*

3° **Morcellement de Péan et section ou résection médiane.** — Le morcellement valvulaire convient pour commencer le morcellement des utérus adhérents et peu volumineux, surtout quand le cul-de-sac postérieur n'a pu être ouvert d'emblée.

Mais, pour morceler le corps utérin retenu par des adhérences ou considérablement augmenté de volume par une tumeur, il faut recourir à l'évidement conoïde de Péan ou au morcellement de Doyen, morcellement longitudinal ou par tranches obliques, interligamentaire, antérieur ou postérieur, suivant que la masse à enlever proémine sur l'une ou l'autre face de l'organe. S'il s'agit de fibrome, on énucléera, entre temps, les noyaux isolés et, à un moment donné, le culot formé par le fond de l'utérus et une portion souvent considérable de la tumeur se laisseront amener à la vulve avec les ligaments larges.

L'hémisection médiane de Doyen est un procédé très rapide et très sûr, tant au point de vue de l'hémostase que de l'asepsie, car il permet de plier l'utérus en deux et en avant, sans porter le col dans le cul-de-sac de Douglas et de façon à mettre les ligaments larges dans la main de l'opérateur.

La section médiane et totale de Muller-Quénu facilite encore plus l'hémostase et n'expose pas davantage à l'infection si l'on a soin, comme l'a dit Quénu, de faire tordre chaque fragment sur les pinces correspondantes, de façon à diriger leur face utérine en dehors; elle peut être aussi bien suivie des yeux, si l'on a soin de toujours faire marcher la section antérieure avant la postérieure (Pichevin). Mais elle est d'exécution plus longue que l'hémisection et ne doit servir qu'à lui venir en aide quand, par exemple, l'utérus, trop volumineux pour se plier facilement en avant, ne l'est pas assez pour nécessiter le morcellement; quand il s'agit de faciliter l'extraction du culot d'un fibrome.

Méthode mixte. — D'après ce que nous avons déjà dit, on comprend que la méthode mixte devienne parfois la méthode de choix pour tout opérateur plus soucieux de mener une opération à bien que d'imaginer ou d'employer systématiquement un procédé quelconque.

CHAPITRE III

LAPAROTOMIE POSTÉRIEURE ET LAPAROTOMIE PÉRINÉALE

I. — LAPAROTOMIE POSTÉRIEURE

A. Ouverture de la cavité pelvienne.

Dans la laparotomie postérieure, ou sacro-coccygienne (1), l'ouverture de la cavité pelvienne comporte deux procédés principaux:

1° L'incision para-sacrée simple (E. Zuckerkandl, Wölfler, Küfferath).

2° L'incision avec résection osseuse, émanée de la méthode de Kraske pour le cancer du rectum.

La résection est définitive et, de plus, limitée au coccyx (Czerny), ou porte sur le coccyx et une petite portion latéro-inférieure du sacrum (Müller, Gersuny, Hochenegg) (fig. 297, n° 1 et 2) ou encore, sur le coccyx et, transversalement, sur le sacrum, au-dessous

(1) Voir pour le détail des divers procédés employés jusqu'ici, Terrier et Hartmann: *Ann. de gynécologie*, août et septembre 1891.