

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.

des trois trous sacrés (Bardenhauer, Roux, de Lausanne) (fig. 297, n° 3); ou bien elle est *temporaire* (Heincke, W. Levy, Jeannel, Hegar, Wiedow, Roux, dans ses premières opérations, Terrier, Kni, V. Beck, etc.).

Nous décrivons seulement la technique conseillée par Terrier (1):

**TECHNIQUE DE TERRIER.** — La malade est dans le décubitus latéral droit. Par une longue incision qui suit le contour du sacrum, depuis l'épine iliaque postéro-inférieure gauche jusqu'au delà du coccyx, on sectionne successivement la peau, le grand fessier et le plan fibreux constitué par la juxtaposition des ligaments sacro-sciatiques, grand et petit, absolument confondus à ce niveau.

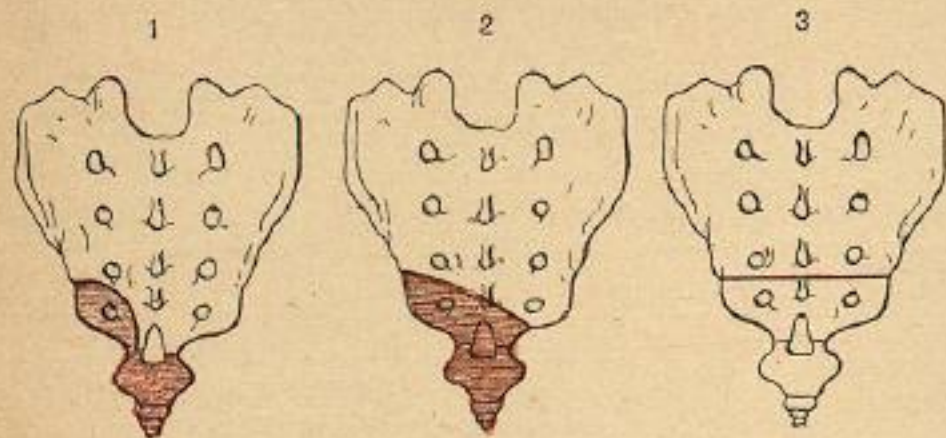


Fig. 297. — Laparotomie par la voie sacrée: tracé des différentes résections osseuses.

On peut alors facilement se rendre compte que le bord du sacrum ainsi mis à nu n'a pas une direction régulièrement oblique en haut et en dehors; mais que, d'abord très oblique en dehors, au voisinage du coccyx, il prend, un peu plus haut, une direction se rapprochant beaucoup de la verticale. Le coude à sommet externe qui résulte de ce changement de direction, facilement reconnaissable au fond de la plaie, est situé un peu au-dessous du quatrième trou sacré.

Plaçant alors un ciseau de Mac Ewen en ce point et perpendiculairement au bord du sacrum, on sectionne l'os entre le troisième et le quatrième trou sacré, puis on rabat le fragment vers la fesse droite.

#### B. Hystérectomie.

**TECHNIQUE DE TERRIER.** — Un aide, avec un doigt introduit dans le rectum, indique la situation de cet organe et contribue à le ré-

(1) *Loc. cit.*, p. 493.

cliner à gauche; avec un autre doigt dans le vagin, il permet de reconnaître le cul-de-sac vaginal postérieur et de l'ouvrir. Ceci fait, on saisit le fond de l'utérus avec des pinces et on l'attire dans la plaie extérieure. Des ligatures en faisceaux sont placées, avec l'aiguille de Deschamps, sur les ligaments larges, et l'utérus est libéré jusqu'à leur base. Puis on le détache circulairement du vagin, en saisissant celui-ci, au fur et à mesure de sa section, avec des pinces à forcipressure, et l'on referme le vagin et le péritoine par une série de points séparés à la soie.

On réapplique ensuite le volet ostéo-cutané et on suture, par des sortes de capitons à la soie, le grand fessier et les plans fibreux. Un très gros drain est placé dans la plaie et on termine par la réunion de la peau, au crin de Florence.

**Tamponnement iodoformé du vagin.**

**TECHNIQUE DE HERZFELD.** — Herzfeld (de Vienne) (1), après avoir réséqué le coccyx et une partie de la dernière vertèbre sacrée, ouvre le péritoine au niveau du cul-de-sac recto-vaginal, puis au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, fait sortir l'utérus du péritoine, réunit les deux incisions péritonéales par des points de suture, et ce n'est qu'après avoir ainsi réalisé l'occlusion de la cavité péritonéale qu'il procède à l'extirpation de l'organe.

**ACCIDENTS ET COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.** — Pour Terrier et Hartmann « l'hystérectomie par la voie sacrée est indiquée dans les cas de cancer volumineux et adhérents, surtout lorsque le vagin est rétréci et scléreux ». Mais c'est une opération délicate, souvent longue et difficile et qui a donné lieu à de nombreux accidents que nous ne ferons qu'énoncer: hémorragies des artères præsacrées (Hegar, Müller) et utérines; déchirure, perforation du rectum (Hochenegg, Zinsmeister), de l'intestin grêle (Kni), de la vessie (Hochenegg, Müller, Kni), de l'uretère (Hochenegg, Czerny, Küfferath, Terrier); cellulite pelvienne (Hegar, Kni); pelvi-péritonite suppurée (Terrier); fistules urinaires et stercorales; phlegmatia; eschares; nécrose d'un fragment de sacrum.

## II. — LAPAROTOMIE PÉRINÉALE

### A. Périnéotomie verticale.

La périnéotomie verticale, de Hegar et Säger (fig. 298), consiste: 1° à faire une incision, commençant au niveau du tiers postérieur

(1) Herzfeld, *Soc. imp. roy. des médecins de Vienne*, 13 janvier 1893.

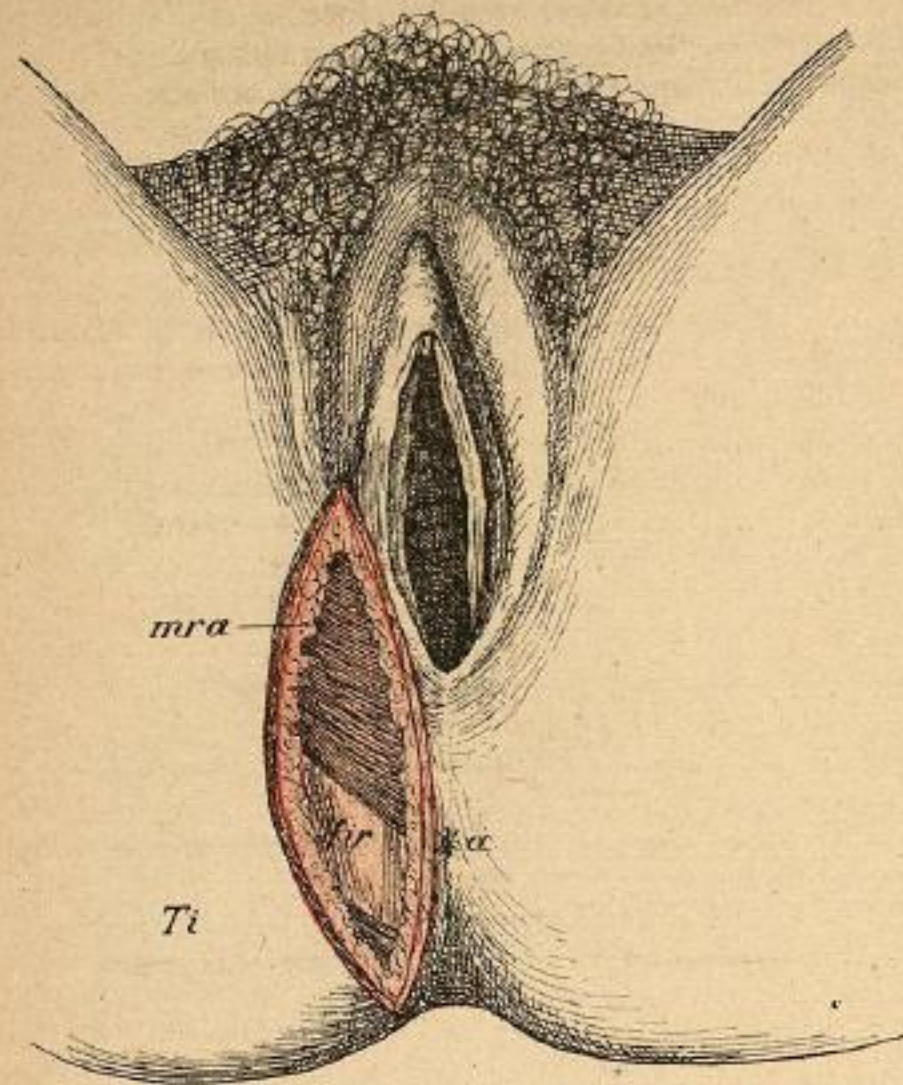


Fig. 298. — Périnéotomie verticale (Hégar et Singer): *a*, anus; *mra*, muscle releveur de l'anus; *Ti*, tubérosité ischiatique; *fr*, fosse ischio-rectale.

entre cet orifice et la tubérosité ischiatique; 2° à pénétrer au-dessus du releveur anal, en l'incisant.

#### B. Périnéotomie transversale.

Proposé par Otto Zuckerkandl et exécuté par Frommel, ce procédé consiste à inciser les téguments, d'une tubérosité ischiatique à l'autre, à dédoubler la cloison recto-vaginale (fig. 299) et à atteindre le cul-de-sac de Douglas par cette voie. L'incision peut, au

besoin, être agrandie par deux prolongements obliques en dehors et en arrière. D'après Willems, de Gand (1), l'hémostase n'aurait

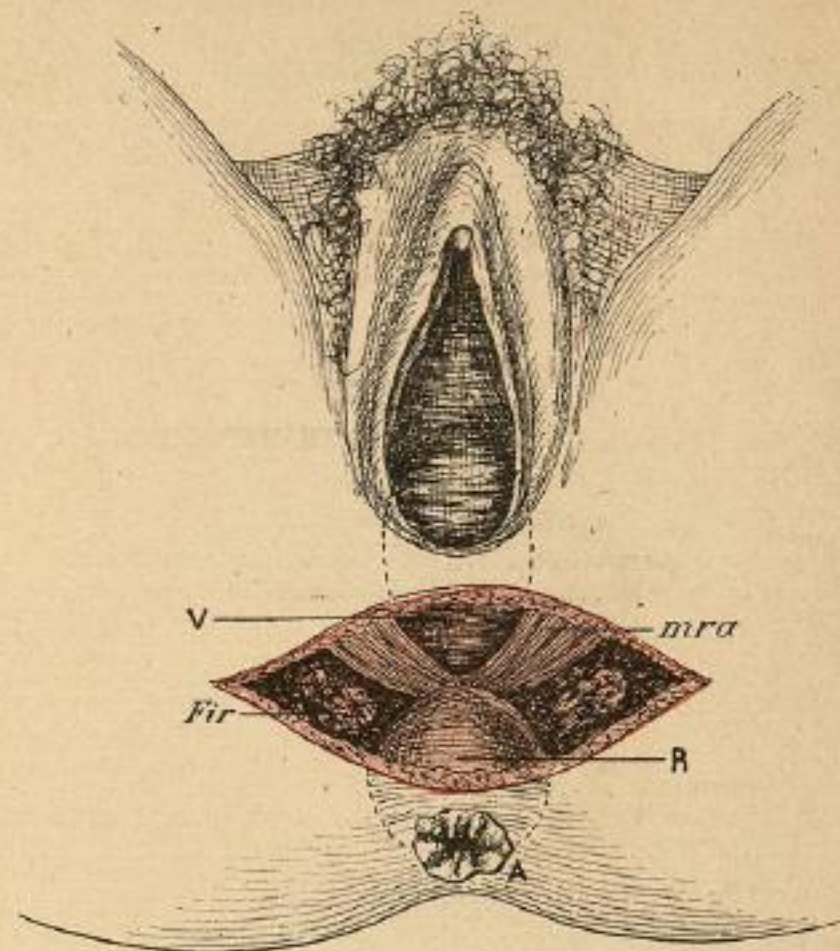


Fig. 299. — Périnéotomie transversale (O. Zuckerkandl): V, vagin; A, anus; R, rectum; *mra*, muscle releveur de l'anus; *fir*, fosse ischio-rectale.

offre aucune difficulté dans plusieurs cas d'utérus carcinomateux et dans un cas de tumeur de la vessie chez l'homme.

(1) Premier Congr. internat. d'obst. et gyn., Bruxelles 1892.

FIN.