

afin d'éviter d'ouvrir la vessie. En arrière, l'incision peut remonter plus haut d'au moins 1 centimètre sans inconvénient.

Les deux incisions sont réunies latéralement de manière à compléter l'incision circulaire. A l'aide de ciseaux

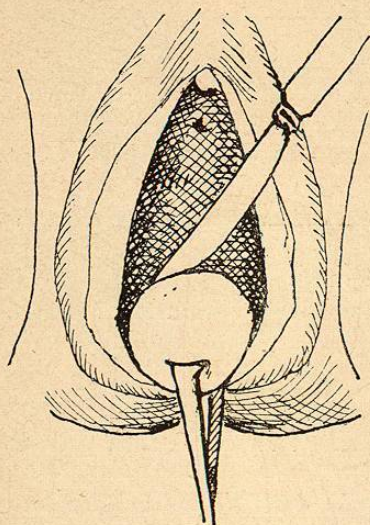


Fig. 20. — Amputation sus-vaginale. Incision circulaire de la muqueuse.

mousses et des doigts introduits dans la partie antérieure de l'incision, on sépare la vessie de la paroi antérieure du col (fig. 21). Même manœuvre pour détacher la face postérieure. Sur les côtés, le dégagement est ordinairement plus laborieux et on est parfois obligé d'appliquer des ligatures sur quelques branches de l'artère utérine avant de les couper.

Le col se trouve ainsi libéré jusqu'à la hauteur voulue.

D'après la technique décrite par Schröder qu'on retrouve dans tous les traités de gynécologie et dans la dernière édition du livre de Pozzi, il est indiqué, qu'une fois le col isolé, on le sectionne perpendiculaire-

ment à son axe et on applique les sutures. « Dès qu'on juge que le col est assez dégagé, écrit Pozzi, on incise la paroi antérieure jusqu'à ce que le bistouri arrive dans le canal cervical. Alors des fils sont passés à travers le cul-de-sac antérieur et le long de la paroi postérieure de la vessie, traversent la paroi utérine antérieure et ressortent fina-

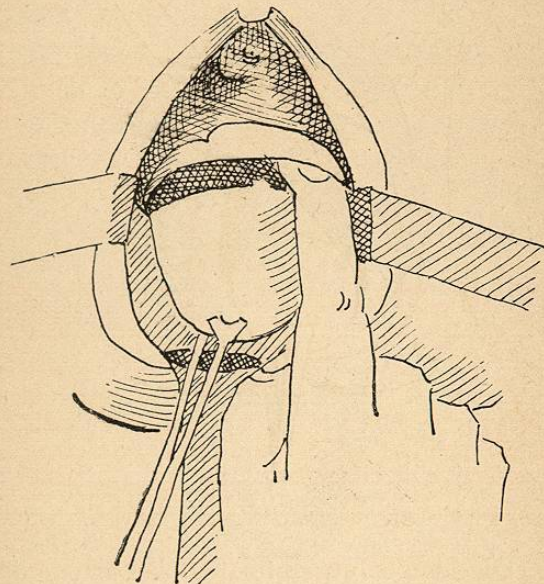


Fig. 21. — Amputation sus-vaginale. Décollement de la vessie.

lement dans le canal cervical. On noue, et la surface de section de la paroi vaginale antérieure s'applique sur la surface de section de la muqueuse cervicale; cette suture qui embrasse profondément les parties, ferme aussi la plaie du tissu conjonctif.

« Si l'on a déjà divisé à ce moment la paroi postérieure de l'utérus, ces sutures empêchent le moignon de remonter. On place de même des sutures postérieures embrassant les parties profondes et unissant la paroi vaginale à

la partie postérieure de l'utérus. On consolide la réunion en plaçant de nouvelles sutures latérales et l'on termine en fermant par des ligatures aussi profondes que possible toutes les surfaces cruentées. »

C'est ainsi que nous procédions également jusqu'à l'année 1895. Depuis cette époque, nous avons modifié ce dernier temps de l'opération, d'après la technique du

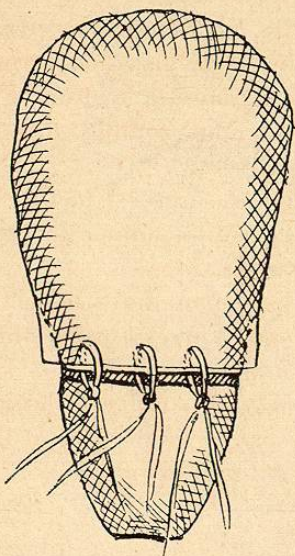


Fig. 22. — Amputation sus-vaginale.

D^r Lejars, que nous avons vu opérer à l'hôpital Beaujon dans le service du professeur Labbé.

Le col dégagé circulairement jusqu'à la hauteur voulue, nous incisons bilatéralement ses commissures avec de forts ciseaux. Il se trouve par conséquent divisé en deux valves, antérieure et postérieure. Avant de sectionner la première, on commence par passer trois ou quatre fils qui traversent la muqueuse vaginale, puis l'épaisseur de la paroi utérine à la hauteur choisie, et enfin

la muqueuse utérine. Ce n'est que lorsque tous les points de suture sont placés, qu'on coupe avec le bistouri la lèvre antérieure. Les fils sont noués immédiatement après (fig. 22). On place de la même manière les sutures postérieures qui unissent la paroi vaginale à la face postérieure de l'utérus. On tranche la lèvre postérieure et on noue les fils. Un ou deux points de suture sont mis aux extrémités du diamètre transversal, au niveau de chaque commissure latérale. Section des fils, irrigation du vagin, placement du tampon de gaze iodoformée.

Cette modification dans la technique de l'amputation sus-vaginale du col nous semble présenter deux avantages.

Le placement des sutures est facilité par l'écartement des lèvres après la section bilatérale des commissures et par l'absence d'hémorragie.

Cette dernière, survenant après la section des lèvres du col, est immédiatement arrêtée par les fils placés d'avance et qu'on n'a qu'à nouer.

Mêmes soins consécutifs qu'après les amputations sous-vaginales.