

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

L'hystérectomie abdominale est employée actuellement surtout pour les corps fibreux de l'utérus à évolution abdominale. L'opération de Freund (extirpation totale par la voie abdominale de l'utérus atteint de cancer) est rarement pratiquée, malgré la modification que Rydygier, à l'instar de Delpech, a introduite dans sa technique.

A l'exemple des chirurgiens américains Polk, Baldy, Edebohls, Krug, qui préconisent la castration utéro-ovarienne pour les lésions bilatérales des annexes, les chirurgiens français tendent à adopter cette pratique en la limitant aux cas où on rencontre des adhérences étendues des annexes à l'utérus (Ricard, Richelot, Doyen, Monprofit, Delagénère).

Quelques auteurs, Ricard, Poirier, préconisent l'hystérectomie abdominale, même pour les fibromes qui peuvent être morcelés par la voie vaginale (Poirier, séance de la Société de chirurgie, 25 mai 1898). Mais, en règle générale, on ne recourt à la voie abdominale que dans le cas de corps fibreux dépassant le niveau de l'ombilic. On pourrait néanmoins l'appliquer aux fibromes de dimension moyenne, mais qui ont un siège manifestement abdominal et non pelvien.

Les hémorragies incoercibles, les phénomènes de compression des organes, l'accroissement rapide ou les symp-

tômes de gangrène de la tumeur sont autant d'indications opératoires qui hâteront l'intervention.

Les divers procédés préconisés pour l'ablation des fibromes par l'abdomen peuvent être groupés en deux grandes classes : *Hystérectomie supra-vaginale*, quand l'extirpation est limitée à la portion de l'utérus située au-dessus du col, et *Hystérectomie abdominale totale*, quand l'utérus est enlevé tout entier.

Les deux méthodes se disputent encore actuellement la faveur des gynécologues les plus renommés, mais nous croyons que A. Martin était dans le vrai en proclamant au Congrès de Rome que l'avenir est à l'extirpation totale, à la cure radicale.

Nous aurons du reste à revenir sur cette question à propos des indications de chaque méthode.

I. — HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE

L'ablation sus-vaginale de l'utérus fibromateux peut être faite d'après trois méthodes, selon que le pédicule est fixé dehors, ou abandonné dans le péritoine, ou enfin laissé dans une situation intermédiaire, juxta-pariétale.

D'où : *méthode extra-péritonéale*, *méthode intra-péritonéale*, *méthode mixte*.

A). MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE

Préconisée par Kimball (1855), Kæberlé, Péan, et perfectionnée au plus haut degré par Hegar, dont nous allons exposer la technique, cette méthode compte de chauds partisans parmi les chirurgiens de tous les pays. Son grand avantage est d'avoir un manuel opératoire beaucoup plus simple et de pouvoir donner d'assez beaux

résultats, même entre les mains de chirurgiens peu expérimentés. La présence du pédicule hors de la cavité péritonéale rend cette méthode surtout précieuse vis-à-vis de l'hémorragie immédiate. Mais elle n'est pas applicable dans un certain nombre des fibromes à large base d'implantation, à pédicule étalé et très court, et présente l'inconvénient de rendre la guérison lente, d'exposer aux éventrations, aux abcès de la paroi abdominale, aux fistules, et de ne pas mettre toujours la malade à l'abri de la septicémie.

En tout cas, les opérateurs qui préfèrent l'amputation supra-vaginale à l'ablation totale de l'utérus auront recours plus particulièrement à la méthode extra-péritonéale dans les cas d'inflammation suppurative ou gangréneuse de la tumeur, où le traitement intrapéritonéal du pédicule n'est pas de mise. Elle est aussi préférable lorsque le pédicule est saignant, très riche en vaisseaux. En effet, la réduction d'un pareil pédicule exigerait des sutures multiples et on risquerait fort de le mortifier.

PROCÉDÉ DE HEGAR. — En général, nous suivrons, dans notre exposé, la description de Gentilhomme, qui a présenté une habile critique des divers modes de traitement des corps fibreux.

Les soins préliminaires sont ceux de toute laparotomie (voyez p. 218).

TECHNIQUE. — L'incision abdominale est faite couche par couche, verticalement sur la ligne blanche, en passant à gauche de l'ombilic. Lorsqu'on arrive sur le péritoine, on fait à la partie supérieure de l'incision une boutonnière dans la séreuse et on coupe de haut en bas, soit sur une sonde cannelée, soit entre les deux doigts introduits par l'orifice supérieur. Enfin on applique une pince sur cha-

cun des deux feuillets péritonéaux ainsi formés, afin de pouvoir les trouver dans la suite, leur rétraction se faisant rapidement.

La longueur de l'incision est variable ; elle doit être en rapport avec le volume de la tumeur utérine. Pour éviter les inconvénients des incisions trop grandes, on pourrait, dans certains cas, diminuer le volume de la tumeur par la ponction des cavités kystiques et l'énucléation des noyaux fibreux (Péan, Billroth, Kimball). On n'aura recours au morcellement, qui allonge beaucoup l'opération, que dans les cas où l'adhérence totale de la tumeur ne permet aucune mobilité.

L'incision faite, on tombe sur le fibromyome. Il faut alors introduire la main droite dans le ventre et voir s'il est libre d'adhérences. Elles sont, en général, peu nombreuses. Elles peuvent exister entre la tumeur et l'épiploon, la paroi abdominale et l'intestin. Si elles sont minces, on les rompt avec la main, quitte à placer ensuite une pince si elles saignent. Lorsqu'elles sont volumineuses et vasculaires on les coupe entre deux ligatures ou entre deux pinces à forcipressure. Enfin, lorsqu'une partie de la tumeur est reliée par des brides résistantes à l'intestin, on peut, au besoin, abandonner le fragment adhérent et réunir ses bords par un surjet au catgut. On peut également cautériser sa surface au thermocautère (voir *Laparotomie*).

Libre d'adhérences, la tumeur est amenée au dehors. Pour cette extraction on se servira, de préférence, des mains, exerçant simplement sur la tumeur une pression d'arrière en avant. Dans les cas de fibromes très volumineux et partant très lourds, on pourrait se servir avec grand avantage du forceps à dents de brochet et de l'appareil suspenseur de A. Reverdin. Cet appareil est formé d'une pince dont chaque branche ressemble à une fourchette. On saisit la tumeur entre les deux branches

de cette pince. Dans une des trois dents de chaque fourchette, on enfonce une broche qui fixe la tumeur et l'empêche de déraper. Cette pince est suspendue au pla-

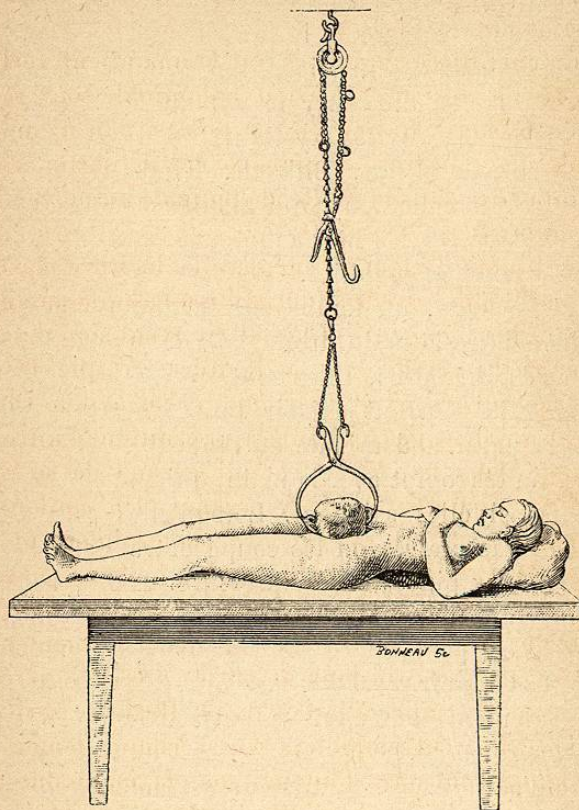


Fig. 42. — Extirpation de l'utérus fibromateux par la voie abdominale à l'aide de l'élevateur de A. Reverdin.

fond par une chaîne qui passe sur une poulie et permet d'élever plus ou moins la tumeur (fig. 42).

La traction exercée sur la tumeur allonge peu à peu les ligaments larges et finit souvent par amener la partie supérieure du vagin entre les lèvres de la plaie abdominale.

Dans certains cas d'énormes tumeurs recouvertes par les intestins, il faut souvent, avant d'extraire le fibrome, sortir l'intestin du ventre, procéder à l'éviscération. Dans ce cas, on place les anses intestinales dans de larges serviettes chaudes et stérilisées.

La tumeur attirée au dehors, on la maintient verticalement. Les lèvres de l'incision abdominale sont rapprochées au-dessous, au moyen de pinces, afin d'empêcher la hernie des intestins. S'ils menacent de sortir, un aide les maintiendra dans la cavité abdominale au moyen d'une large compresse

Il s'agit alors de mettre en place la ligature élastique. On la place sur le col de l'utérus aussi bas que possible en déprimant les ligaments larges et en ayant soin de ne pas comprendre la vessie dans la ligature, ce que les plus habiles opérateurs n'ont pas toujours su éviter. On prévient cet accident en prenant la précaution d'introduire une sonde dans la vessie, ce qui permet de se rendre compte des rapports des deux organes. Un cordon élastique plein de 5 millimètres est saisi solidement entre l'index et le pouce de la main gauche. Celle-ci repose par son bord interne sur le mont de Vénus, tandis que la main droite entoure le col avec le tube fortement tendu. On croise alors les cordons et on les presse l'un contre l'autre avec une pince à larges mors. Hegar se sert d'une pince spéciale. On emploiera aussi commodément une pince clamp, dont on a toujours sous la main une abondante provision. La ligature de Pozzi pourra rendre des services dans les cas, où l'on devra appliquer une ligature sur un col situé très profondément.

Au point d'entre-croisement des deux chefs du cordon, entre la pince et la tumeur, on applique une ligature à la soie bien serrée; pour plus de sûreté, on en fait une seconde à quelques millimètres en avant de la première (fig. 43). Lorsque le pédicule est gros on fait faire deux

tours au cordon élastique. Ce procédé suffit dans tous les cas et est préférable à la ligature du pédicule en deux parties que Kaltenbach emploie lorsque le pédicule est gros. Cet auteur, après avoir appliqué une ligature simple, transperce, dans ces cas, le pédicule d'avant en arrière avec une aiguille en forme de lardoire, de son invention, qui

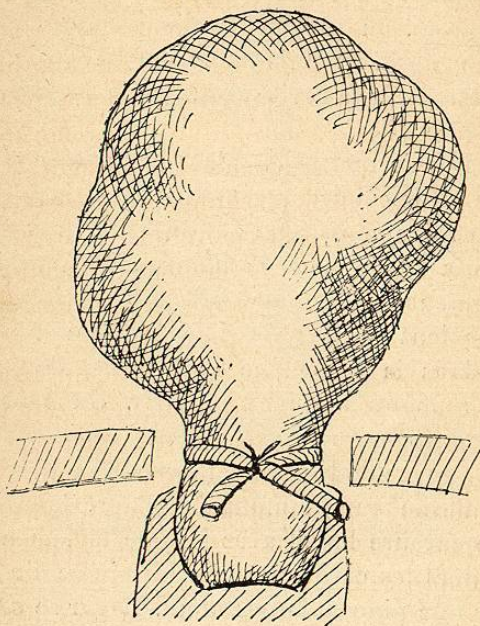


Fig. 43. — Ligature élastique arrêtée par un fil de soie.

entraîne à sa suite un double lien élastique. Avec chacun des deux cordons, on lie ensuite séparément chacune des deux moitiés du pédicule.

Après l'application de la ligature élastique, on coupe la tumeur à environ deux travers de doigt du lien. Cette section se fera avec un bistouri ordinaire en ayant soin d'entourer auparavant le pédicule de compresses stérilisées afin que le sang noir et abondant de la tumeur ne pénètre

pas dans la cavité abdominale. Les ovaires étant généralement situés à la partie supérieure ou sur les côtés de la tumeur, seront presque toujours compris dans cette section; s'ils ne l'étaient pas, il conviendrait de les enlever séparément, car leur ablation est maintenant de règle.

Pozzi avant d'appliquer la ligature élastique en masse de la tumeur, sectionne les ligaments larges entre deux ligatures en chaîne qu'il fait à l'aide d'une aiguille mousse avec des fils de soie. Il conseille de lier séparément la trompe et le ligament rond. Ce procédé rend l'hémostase plus sûre, mais il a l'inconvénient d'allonger la durée de l'opération. Pour détacher la tumeur, Pozzi fait une première incision antéro-postérieure qui la divise franchement jusqu'à deux travers de doigt de la ligature hémostatique; puis il enlève le fibrome par section et énucléation.

Avant de passer à la fixation du pédicule au dehors, il convient de faire la toilette du péritoine. Cette toilette se fera presque toujours rapidement puisqu'on a pris soin d'empêcher la pénétration des liquides à l'intérieur de la cavité abdominale. On emploiera de préférence des compresses de tarlatane stérilisées à la chaleur humide et encore chaudes.

Il faudra être sobre de grands lavages péritonéaux. S'ils étaient nécessaires, on se servirait seulement d'eau tiède parfaitement stérilisée.

La fixation du pédicule à la partie inférieure de l'incision abdominale est la caractéristique du procédé que nous décrivons.

On suture le péritoine des bords de l'incision abdominale au péritoine du pédicule au-dessous de la ligature élastique, de manière à constituer le fond d'une gouttière péripédiculaire. Cette gouttière est laissée béante par la non-réunion au voisinage immédiat du pédicule des plans

aponévrotiques, adipeux et tégumentaires. Ce fossé empêche le pédicule destiné à se mortifier d'être étroitement emprisonné dans l'épaisseur des parties molles et de les infecter. Il demeure ainsi isolé et l'on peut autour de lui accumuler des topiques destinés à le maintenir aseptique et à le momifier.

Pour fixer le péritoine pariétal au péritoine du moignon, Hegar conseille seulement de faire deux points de suture à la soie, l'un allant de la partie inférieure de l'incision péritonéale à la face antérieure du pédicule, l'autre entre la face postérieure du pédicule et les feuillettes péritonéales pariétales que l'on continue d'adosser l'un à l'autre jusqu'à la partie supérieure de l'incision.

Le contact de la séreuse du pédicule avec celle qui forme la boutonnière traversée par le moignon se trouve ainsi suffisamment assuré. Pozzi conseille de faire un surjet au catgut tout autour du pédicule pour obtenir un affrontement plus exact des séreuses (fig. 44). Terrillon, au contraire, ayant observé que l'étroitesse de la boutonnière péritonéale à travers laquelle passe le pédicule suffit pour affronter exactement les surfaces séreuses, supprime complètement la suture du péritoine pariétal au péritoine du moignon.

La partie supérieure de l'incision est ensuite fermée, soit par des sutures en étage au catgut, soit par une suture à points séparés faite au fil de soie ou d'argent. Dans ce dernier cas, les points de suture comprennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

On fixe alors le pédicule au-dessus de l'incision au moyen de deux fortes aiguilles d'acier. Ces broches sont passées à l'aide de poignées spéciales à travers le tissu pédiculaire de façon à former un X par leur entre-croisement. On coupe leurs extrémités pointues avec des pinces coupantes et on place sous les extrémités qui reposent sur la paroi abdominale des tampons de gaze iodoformée. On

régularise ensuite la surface de section à coups de ciseaux, en énucléant même les petits noyaux fibreux qu'on peut y rencontrer, et on la cautérise au thermocautère de

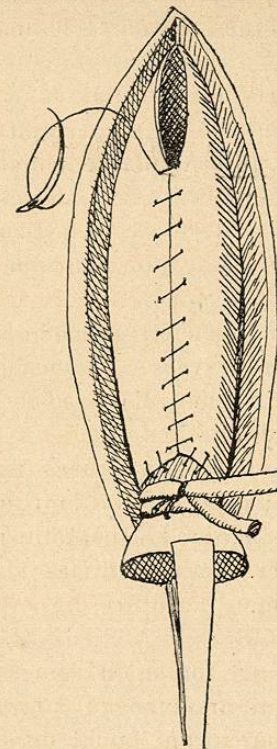


Fig. 44. — Sutures des parois abdominales après l'hystérectomie. Premier étage de la suture continue (péritoine).

Paquelin, principalement au niveau de l'orifice du col, afin de détruire les germes qu'il peut contenir.

Krassowski, de Saint-Pétersbourg, place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et fait passer ce drain par le vagin. Cette pratique n'est pas suivie par d'autres chirurgiens.

Reste maintenant à faire le pansement. Il a une grande importance et de lui dépend le succès de l'opération.

PANSEMENT. — Il doit avoir pour but de favoriser la momification du moignon en empêchant l'infection. Hegar se sert de chlorure de zinc qu'il emploie à 5 p. 100 pour badigeonner la surface de section et à 10 p. 100 pour imprégner une épaisse mèche de coton hydrophile qu'il place dans la gouttière péripédiculaire; il applique ensuite un pansement ordinaire à l'iodoforme. Au bout de cinq à sept jours il enlève ce premier pansement et remplace l'ouate par de la gaze iodoformée; le pansement est renouvelé tous les jours.

Kaltenbach se contente du pansement à la gaze iodoformée, mais ayant eu des accidents d'intoxication, il emploie un mélange de trois parties de tanin et une partie d'acide salicylique.

On peut se servir aussi bien de ce mélange que de celui imaginé par Pozzi; il est formé d'une partie d'iodoforme pour cinq parties de tanin. Le point important est de bien remplir la gouttière péripédiculaire et d'en recouvrir la surface du moignon.

Au bout de huit jours, le pédicule est tanné, momifié.

La ligature élastique tombe du quinzième au vingtième jour, laissant un entonnoir béant et profond. Cet entonnoir granuleux et suppurant bourgeonne petit à petit. Il faut continuer à faire des pansements à la gaze iodoformée jusqu'à ce qu'il soit complètement comblé, ce qui n'a jamais lieu avant six semaines au minimum.

Duret, de Lille, propose d'abrégier la guérison sans attendre la mortification et la séparation spontanée du moignon qui se fait généralement du vingtième au trentième et même au quarantième jour. Dès la deuxième semaine, il le sectionne avec des ciseaux courbes, à petits coups, au-dessous de la ligature élastique.

La surface de section est blanche, sèche, dure et exsangue, aucune particule ne se mortifie secondairement.

On arrive ainsi, non seulement à abrégier la guérison, mais encore à tarir la suppuration et empêcher la peau et les tissus voisins de s'ulcérer.

B). MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE

Le traitement intra-péritonéal du pédicule, permettant l'occlusion immédiate de la plaie abdominale, supprime, de ce fait, les nombreux inconvénients de la méthode extra-péritonéale: longue durée de la guérison, éventration, abcès des parois, etc. Ce sont ces avantages qui font encore très souvent employer cette méthode aujourd'hui. Elle présente pourtant le grave inconvénient de ne pas mettre la séreuse suffisamment à l'abri de l'infection, et de ne pas toujours offrir la sécurité vis-à-vis de l'hémorragie. La méthode intra-péritonéale n'est pas, du reste applicable à tous les cas. Nous avons déjà indiqué les raisons pour lesquelles elle est dangereuse quand le pédicule est très saignant; elle ne l'est pas moins dans les cas de fibromes à large implantation, où l'on est obligé d'abandonner dans l'abdomen un pédicule que son volume rend dangereux.

Schröder, le premier, a donné une technique opératoire pour la conservation intra-péritonéale du pédicule. C'est son procédé que nous allons décrire en signalant les modifications que lui ont fait subir Martin, Léopold, Baldy, von Antal.... Nous indiquerons ensuite brièvement le procédé de la ligature élastique, celui des ligatures partielles juxtaposées, celui de la version vaginale du pédicule et les procédés rétro-péritonéaux qui tous se rapportent au traitement intra-péritonéal du pédicule.

PROCÉDÉ DE SCHROEDER. — Les premiers temps de l'amputation supra-vaginale de l'utérus fibromateux sont les mêmes que si l'on emploie les méthodes intra ou extra-péritonéale. Nous ne reviendrons pas sur l'incision de la paroi, sur la

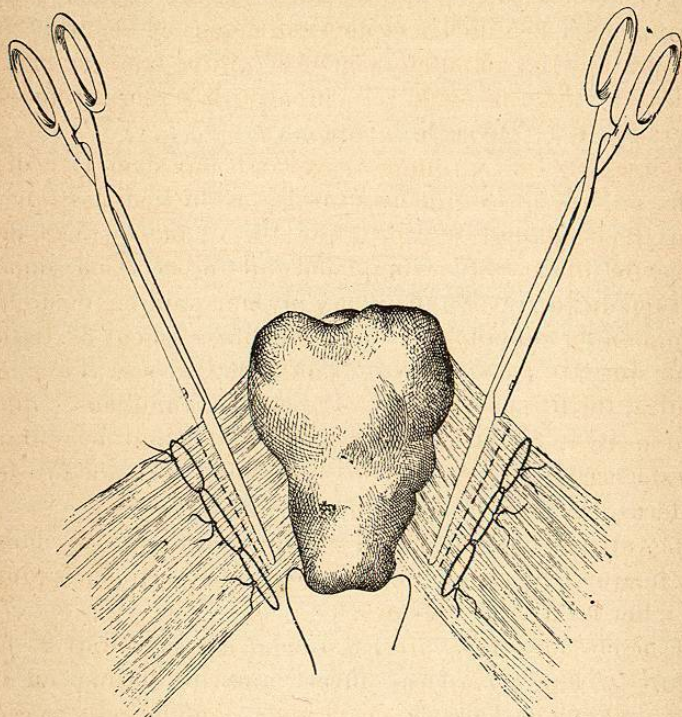


Fig. 45. — Pincement et ligature en plusieurs étages des ligaments larges (Auvard).

mobilisation et l'extraction de la tumeur, et sur l'application de la ligature élastique. Nous ferons cependant remarquer qu'avant d'appliquer cette ligature provisoire, il est nécessaire de détacher les ligaments larges de la tumeur.

Cette section se fera après avoir placé, en dehors des trompes et des ovaires, une ligature en chaîne s'étendant aussi bas que possible vers le col utérin (fig. 45).

On procède alors à l'ablation de la tumeur. Comme on se propose, après l'amputation, de réunir par des sutures les surfaces cruentées, on arrive à ce résultat de deux façons : en taillant deux lambeaux ou en évitant le moignon en cône. Auparavant, on fait la section circulaire du péritoine à 1 centimètre et demi au-dessus de l'endroit où l'on pratiquera l'amputation, et on décolle ce lambeau péritonéal. De cette façon, la rétraction de la séreuse n'empêchera pas de recouvrir le moignon.

Lorsqu'on veut façonner deux lambeaux dans le pédicule, on fait, à 3 centimètres au-dessus du lien élastique, deux incisions qui se rencontrent en V, au voisinage de la cavité utérine. Si l'on emploie l'autre procédé, on coupe la tumeur en travers au même niveau, puis on évide le moignon en entonnoir en enlevant suffisamment de tissu pour que les faces opposées puissent s'adosser l'une à l'autre. On lie séparément les artères volumineuses que l'on aperçoit sur la tranche de section et, avant de réunir les surfaces, on lie isolément les artères principales de l'utérus. On évite ainsi les hémorragies.

Les artères utéro-ovariennes se trouvant comprises dans les ligatures en chaîne des ligaments larges, on n'a plus qu'à lier les artères utérines.

L'hémostase étant ainsi assurée, on passerait à la suture si l'on n'avait pas ouvert la cavité utérine, ou si l'on était sûr de l'asepsie de la plaie. Comme cette cavité utérine est presque toujours ouverte, il convient de détruire les germes qu'elle contient et ceux qui ont pu s'étaler sur la surface de section du moignon. De la désinfection dépendra en grande partie la guérison. La meilleure façon d'y arriver sera de cautériser au fer rouge. On détruit la muqueuse utérine en enfonçant la pointe du thermocautère dans sa cavité aussi profondément que possible ; puis on excise les eschares au bistouri et on touche la surface des lambeaux avec une solution de

sublimé à 1/1000 ou d'acide phénique à 1/20. On peut aussi désinfecter la cavité utérine en y introduisant des petits tampons imbibés d'acide phénique à 1/10. Cette désinfection étant obtenue par l'un de ces procédés, il faut suturer les surfaces.

Leur affrontement présente des difficultés, car il n'est pas facile, le tissu du moignon étant rigide, de serrer suffisamment les fils pour que l'hémostase soit absolue et qu'en même temps la nutrition du moignon ne soit pas compromise.

Schröder est arrivé à ce résultat en employant la suture en étages. Il fait ses sutures au catgut, qui est suffisamment solide, n'irrite pas les tissus et se résorbe. Mais ces sutures peuvent céder facilement sous l'influence de la rétraction des tissus du moignon. Pour empêcher cette rupture et l'écartement des lèvres de la plaie qui en serait la conséquence, il applique des sutures à la soie embrassant toute la profondeur de la plaie (fig. 46). Martin les fait également au catgut à l'essence de bois de genévrier. Hégar place ses sutures à la soie les premières, afin de ne pas couper les fils de catgut avec l'aiguille, mais on les noue seulement quand la suture en étage est terminée. On les passe à un centimètre et demi les uns des autres de la façon suivante : sur le bord libre du lambeau antérieur on porte une aiguille courbe chargée du fil de soie. Cette aiguille chemine au-dessous de la face cruentée de ce lambeau jusqu'à sa base, pénètre dans la base du lambeau postérieur, chemine au-dessous de la surface de section de ce dernier et ressort sur son bord libre en un point diamétralement opposé au point d'entrée dans le premier lambeau. Lorsque tous ces fils de soie sont en place, on fait une suture au catgut en étages, de façon à ce que les premiers points ferment l'orifice de la cavité utérine, et on continue le surjet jusqu'à ce que les surfaces soient complètement réunies. On noue alors les fils de soie et il ne

reste plus qu'à unir au-dessus d'eux les deux lambeaux péritonéaux par un surjet au catgut.

Léopold supprime les sutures en étages et se contente de passer d'avant en arrière, à travers le moignon, une aiguille chargée d'un double fil de soie, en ayant soin de ne pas pénétrer dans la cavité cervicale; il lie séparé-

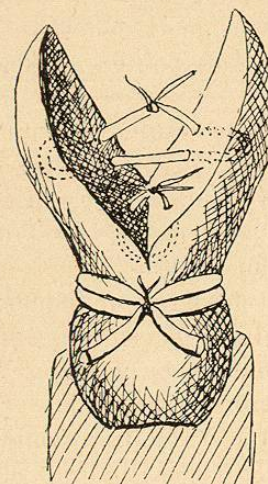


Fig. 46. — Sutures du pédicule dans l'hystérectomie par la méthode intra-péritonéale.

ment chaque moitié du col avec chacun des deux fils qu'il coupe ensuite au ras du moignon.

Les sutures faites, le lien élastique est détaché. Si les ligatures et sutures ont été bien faites, il ne doit pas y avoir d'hémorragie.

Dans le cas où l'écoulement sanguin donnerait quelques craintes, on placerait de nouvelles ligatures. Enfin, dans des cas exceptionnels où le sang suinterait par toutes les piqûres, il ne faudrait pas craindre de mettre, à la base du pédicule, une forte ligature au fil de soie ou un lien élastique perdu. Géza von Antal lie isolément les vais-