

seaux au catgut à la surface du moignon. Il ferme ensuite la cavité utérine par un point de suture pour empêcher la pénétration des germes septiques.

Après une toilette minutieuse du péritoine, on referme le ventre.

Martin ajoute le drainage de la cavité péritonéale. Avant de suturer la plaie abdominale, il introduit, à cet effet, dans le cul-de-sac postérieur du vagin une longue pince, et, pendant qu'il déprime le cul-de-sac de Douglas avec l'autre main introduite dans le ventre, il pousse cette pince de bas en haut et perfore la voûte vaginale et le péritoine.

Par cette ouverture, il attire avec la pince dans le Douglas le bout du drain terminé par une croix. Il la laisse en place trois ou quatre jours.

#### PROCÉDÉ DE ZWEIFEL

##### *Ligatures perdues à la soie, partielles juxtaposées.*

Les premiers temps de la technique de Zweifel ne diffèrent guère de ceux du procédé de Schröder. Mais, quand la tumeur est excisée, il procède à l'application des ligatures partielles juxtaposées. Elles se font au-dessus de la ligature élastique provisoire et comprennent toute l'épaisseur du moignon. Zweifel se sert, pour les faire, de soie désinfectée et d'une forte aiguille à coulisse, mousse, du genre de celle de Reverdin.

Les ligatures, en nombre variable suivant la grosseur du moignon, comprennent une portion de tissu utérin d'un centimètre d'épaisseur environ, et divisent ce moignon en un certain nombre de segments; ceci permet d'obtenir une constriction suffisante pour empêcher toute hémorragie. Chaput isole, autour des artères,

des petits prismes de tissu utérin qu'il lie ensuite séparément.

Lorsque les ligatures partielles sont placées, on rabat les deux lambeaux musculo-péritonéaux qu'on a eu soin de tailler, avant de couper la tumeur, sur la surface de section, et on réunit leurs bords par des sutures superficielles au catgut à points séparés. Réunion de la plaie abdominale.

Zweifel ne fait de drainage que lorsqu'il y a un suintement persistant du moignon.

#### PROCÉDÉ D'OLSHAUSEN

##### *Ligature élastique perdue.*

Kleberg, d'Odessa, l'inventeur de la ligature élastique, commença le premier par réduire un moignon autour duquel il avait placé des liens élastiques; mais c'est Olshausen qui, dans son mémoire de 1881, eut le mérite de décrire la méthode qui porte encore son nom et d'en vulgariser l'emploi.

La méthode d'Olshausen, dont Terrillon est un des plus chauds partisans en France, est certainement le plus simple des traitements intra-péritonéaux du moignon dans l'amputation supra-vaginale. Malheureusement elle peut donner lieu à des hémorragies foudroyantes, si le fil de soie coupe les extrémités du cordon élastique. Elle présente encore l'inconvénient suivant: la ligature perdue, au lieu de s'enkyster, s'infecte souvent et s'élimine tantôt par le vagin, tantôt par la paroi abdominale.

La technique en est très simple: Après avoir extrait la tumeur de l'abdomen et placé un lien élastique sur son pédicule, on sectionne nettement le fibrome au-dessus de ce lien. Treub de Leyden emploie, comme ligature, une sonde de Nélaton, n° 11 à 13 de la filière Charrière.



La muqueuse cervicale est détruite au thermocautère ; on rôtit aussi la surface de section et on la désinfecte au sublimé. Le moignon, entouré de son tube élastique, est réduit dans l'abdomen et les lèvres de la plaie sont réunies.

Pozzi, dans son mémoire présenté à la Société de Chirurgie en 1883, conseille de maintenir l'extrémité du cordon élastique dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, ou dans un cul-de-sac vaginal ; on peut ainsi l'ôter au moment opportun.

Kleberg agissait ainsi déjà en 1877 ; il laissait l'extrémité du lien dans la plaie de l'abdomen.

#### PROCÉDÉ DE BYFORD DE CHICAGO

##### *Procédé de version vaginale du pédicule.*

Byford, dans le but de remédier aux inconvénients causés par la présence du moignon dans la cavité péritonéale, emploie la technique suivante :

Après l'ablation de la tumeur, il sépare la vessie du vagin, il déchire la paroi vaginale antérieure et retourne le moignon en avant dans le vagin à l'aide d'un téna-culum. Il unit le bord péritonéal antérieur venant de la vessie avec le péritoine de la face postérieure du pédicule. Un clamp est alors appliqué dans le vagin et laissé jusqu'à ce que l'eschare se détache, ce qui a lieu du dixième au quatorzième jour. De plus, la blessure du tissu cellulaire de la partie supérieure du vagin est bourrée de gaze iodoformée.

#### PROCÉDÉS RETROPÉRITONÉAUX

Dans les procédés de Schröder, de Zweifel, d'Olshausen, si l'hémostase est assurée, la séreuse n'est pas suffi-

samment à l'abri de l'infection. Les procédés rétropéritonéaux, mettant complètement le moignon en dehors de la cavité péritonéale, nous donnent, à cet égard, une sécurité incomparablement plus grande. En outre, ils évitent les adhérences viscérales, car la suppression de toute surface cruentée dans l'abdomen permet à l'intestin de glisser aisément sur le pédicule recouvert de la séreuse. Le procédé de Richelot que nous allons décrire a valu à son auteur dix-neuf succès sur vingt cas et ces heureux résultats doivent, à notre avis, être en partie attribués à ce que cet auteur arrive par son lambeau unique à éloigner considérablement la ligne de suture de la cavité cervicale, source d'infection des fils.

PROCÉDÉ DE RICHELOT. — L'hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges est faite à la soie. La tumeur est ensuite libérée sur ses faces latérales supérieures par section entre les ligatures. Le péritoine sur la face antérieure de la tumeur est sectionné transversalement d'un ligament large à l'ancre à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, les limites vésicales étant, si besoin est, indiquées par une sonde. La lèvre inférieure de l'incision péritonéale est disséquée sur une hauteur de 6 à 7 centimètres, mais variant avec l'épaisseur du pédicule qu'il faut recouvrir. La ligature élastique est ensuite placée sur le col de l'utérus, aussi bas que possible. Goffe et Chrobach appliquent également un lien élastique, mais ce dernier auteur taille deux lambeaux, l'antérieur plus grand que le postérieur.

Notre ami le docteur Milton, au lieu de mettre un lien élastique, procède immédiatement à l'hémostase définitive en liant séparément l'artère utéro-ovarienne et l'artère utérine. Auparavant il confectionne deux lambeaux péritonéaux en faisant une incision en croissant qui passe en avant, à un demi-pouce au-dessus de la vessie. Le



lambeau antérieur étant très court se trouve ainsi formé par la face postérieure de la vessie.

Richelot, après avoir serré le lien élastique, ampute la tumeur à quelques centimètres au-dessus de ce lien. On doit énucléer après, s'il y a lieu, ce qui reste de fibrome dans le pédicule. Chrobach fait l'ablation de la tumeur aussi bas que possible, afin de ne laisser qu'une rondelle du col insignifiante.

Pour assurer l'hémostase définitive et directe du pédicule, un nœud de soie plate tressée suffit ordinairement dans les pédicules maigres; une ligature en chaîne est réservée aux pédicules massifs, en plaçant par dessus un fil qui étreint tout le moignon. Le lien élastique est ensuite supprimé. Reste à fermer le péritoine.

Après avoir régularisé le moignon, puis cautérisé au thermocautère la cavité cervicale, on suture, par-dessus le pédicule, le lambeau péritonéal antérieur au bord libre postérieur du moignon par surjet allant d'un ligament large à l'autre. Ainsi la rangée de sutures se trouve éloignée du canal cervical septique.

### C). MÉTHODE MIXTE

Une méthode mixte, combinaison plus ou moins heureuse des deux précédentes, naquit pendant qu'on travaillait à les perfectionner. Mais si elle réunit les avantages des deux autres, elle n'est pas entièrement à l'abri des mêmes inconvénients.

Freund paraît être le premier chirurgien qui ait décrit une véritable opération mixte, mais c'est le procédé de Wölfler et Hacker, de Vienne, élèves de Billroth, qui est encore employé actuellement.

PROCÉDÉ DE WÖFLER ET HACKER. — On ampute la tumeur et on fait les ligatures suivant le procédé de

Schröder; mais au lieu de plonger le moignon ainsi formé au fond de la cavité abdominale, on le suspend, dans une position intermédiaire, entre les parois abdominales. On réalise cette suspension au moyen d'un fil comprenant dans son anse l'épaisseur des deux lèvres de la plaie abdominale et la surface supérieure du moignon. En attirant les extrémités du fil que l'on fixe sur de petits tampons de gaze, on amène le sommet du pédicule entre les lèvres de la plaie. On réunit la plaie abdominale par des sutures faites sur toute sa longueur, sauf au niveau du pédicule. De plus, on suture le péritoine pariétal au pourtour du péritoine du moignon et on place une mèche de gaze iodoformée et un drain dans la plaie béante. Säger suture le péritoine pariétal le long de la face postérieure du moignon. De cette façon, le pédicule se trouve compris dans une loge séparée du reste de la cavité péritonéale.

Par le procédé de Wölfler le moignon est intrapéritonéal mais juxta-pariétal. La partie qui contient les sutures et qui est susceptible de saigner ou de suppurer reste en dehors de la grande cavité péritonéale. On n'a donc ni infection, ni hémorragie à redouter.

### II. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Nous avons déjà exprimé ailleurs notre sentiment sur la valeur de cette opération que nous pratiquons systématiquement à l'exclusion de l'amputation supra-vaginale. L'hystérectomie abdominale totale a, sur les méthodes à conservation du pédicule, la grande supériorité de supprimer d'un coup tous les inconvénients dus au pédicule. Pour ne parler que des accidents les plus graves, l'hémorragie et la septicémie, l'ablation totale de la tumeur les évite entièrement et nous croyons qu'il est



superflu de chercher d'autres arguments en sa faveur. Aug. Reverdin a émis cet avis déjà en 1893 dans sa communication au septième Congrès de chirurgie. « Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus, a-t-il dit, est au moins inutile, souvent nuisible. »

L'hystérectomie abdominale totale est, du reste, le procédé de nécessité dans le cas de fibromes à large implantation, à pédicule très gros et très court; elle est, nous avons tout lieu de le penser, le procédé de choix pour tous les fibromes sus-ombilicaux nécessitant l'intervention chirurgicale.

Ces contre-indications sont celles de toute opération abdominale et se rapportent au mauvais état général de la malade. La dégénérescence sarcomateuse d'un énorme corps fibreux adhérent de tous côtés à l'épiploon, à l'intestin, au péritoine pariétal, peut également constituer une contre-indication à l'intervention, mais cette contre-indication vise, au même titre, toutes les méthodes. L'ablation totale de l'utérus fibromateux peut être faite uniquement par la voie abdominale — *hystérectomie abdominale totale proprement dite*, ou par les deux voies, abdominale et vaginale combinées — *hystérectomie abdomino-vaginale*.

#### **Hystérectomie abdominale totale proprement dite.**

La voie abdominale étant réservée, la plupart du temps, aux fibromyomes dépassant le niveau de l'ombilic, on peut parfois se trouver en présence de tumeurs qui, par leur énorme volume, obstruent tout le champ opératoire. Quelques chirurgiens procèdent, dans ces cas, à l'exérèse de la tumeur en deux fragments, réservant l'ablation en un seul bloc aux fibromes de moindre dimension.

Martin, entre autres, agit ainsi. Nous allons décrire ses deux procédés, de même que ceux de Ricard, de Doyen, de Richelot, et celui de Kelly modifié par Segond, tous

se recommandant par la promptitude d'exécution, facteur le plus important dans toute intervention abdominale. Du reste, les procédés de Péan, de Chrobach, de Lennander, de Polk, de Guermontprez, de Baldy, d'Edebohls, de Lanphear ont plus d'un point de ressemblance avec ceux de Martin, et les procédés de Jonnesco, de Jacobs, de Poirier, etc., dérivent de celui de Ricard.

Nous remarquerons une fois pour toutes que l'hystérectomie abdominale totale proprement dite aussi bien que l'hystérectomie abdomino-vaginale réclament, en dehors des soins préliminaires de toute laparotomie, l'antisepsie parfaite du vagin. C'est qu'en effet dans tous les procédés, le vagin est ouvert : instruments ou doigts de l'opérateur, après avoir été en contact avec le canal vaginal, risquent d'infecter la grande séreuse. Le vagin sera donc rigoureusement désinfecté comme pour l'hystérectomie vaginale (voir p. 161).

#### **PROCÉDÉ DE MARTIN**

##### *Exérèse de la tumeur en deux fragments.*

La tumeur amenée au dehors, on place une ligature élastique aussi bas que possible sur le col de l'utérus et on ampute le segment supérieur de la tumeur comme dans le procédé de Hegar. On ouvre ensuite le cul-de-sac vaginal postérieur sur le doigt d'un assistant, en incisant directement sur la face postérieure du col d'un ligament large à l'autre. L'hémostase de l'étage inférieur des ligaments larges devient alors facile. Le doigt étant introduit dans le vagin, la boutonnière ainsi faite sert à diriger l'aiguille pour placer les ligatures. On en fait une ou plusieurs de chaque côté, suivant le besoin. Les parties à lier sont toutes prises aussi petites que possible.

Le moignon est ensuite libéré latéralement et ne tient



plus en place que par ses adhérences avec la vessie. On ouvre le cul-de-sac vésico-utérin de même manière et on décolle la vessie avec les doigts ou avec un instrument mousse. Le segment inférieur se trouve alors complètement détaché et il ne reste qu'à l'enlever.

Les sutures sont faites de la façon suivante : le bord postérieur du vagin est réuni au bord postérieur du péritoine par quatre points de suture au catgut. Quatre autres points unissent la tranche vaginale antérieure à l'incision antérieure du péritoine. Tous les fils réunis en faisceaux sont passés de la cavité abdominale dans le vagin et tirés à la vulve à l'aide d'une pince introduite par cet orifice.

Martin laissait d'abord le péritoine ouvert et faisait le drainage. Actuellement, comme il l'a dit au Congrès de Rome, il supprime le drainage et ferme le péritoine par quelques points de suture au catgut, allant du péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas au péritoine vésical.

#### PROCÉDÉ DE MARTIN

##### *Excérèse de la tumeur en un fragment.*

Lorsque Martin enlève la tumeur en un seul temps, il ne place pas de ligature élastique et procède de suite à la ligature des ligaments larges jusqu'au contact immédiat de la voûte vaginale. Le cul-de-sac vaginal postérieur est alors ouvert, comme nous l'avons indiqué, et la tranche vaginale est suturée au bord postérieur de l'incision péritonéale par quelques points au catgut. Même manœuvre pour le cul-de-sac vésico-utérin antérieur qu'on incise et qu'on borde de sutures après avoir décollé la vessie. La muqueuse vaginale se trouve ainsi suturée à la paroi vésicale et au péritoine. On enlève le moignon. Quelques points de suture ferment le péritoine. Les fils sont ramenés à la vulve.

#### PROCÉDÉ DE A. RICARD

Ce procédé réunit à la sécurité parfaite, une simplicité et une promptitude d'exécution qui le recommandent tout particulièrement.

Voici la description qu'en a donnée son auteur (Congrès de chirurgie, Paris, 1896):

« Le premier temps, une fois la laparotomie faite, consiste dans l'*énucléation* forcée du fibrome hors du ventre. Cette énucléation, facile dans bien des cas, est rendue souvent impossible par des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, coexistence de fibromes dans le ligament large, etc. Quelle que soit la cause de cette fixité du fibrome, il faut lever l'obstacle qui retient la tumeur avant d'essayer de passer au deuxième temps, et, pour cela, on enlèvera les poches salpingiennes, on évidera et enlèvera les fibromes enclavés, on détruira les adhérences, etc.

« Le fibrome devenu mobile et fortement tiré hors du ventre, on a recours à l'hémostase primitive. Tout d'abord, je sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite, puis, par la brèche créée, j'effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal; j'arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine, que l'on voit nettement enroulée de ses veines. Je place une pince et coupe; si l'artère échappe, une pince ordinaire suffit pour la saisir, et l'hémorragie de cette artère dénudée n'est jamais bien considérable. Je pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par un trait transversal antérieur, je rejoins mes deux incisions péritonéales latérales, décolle le péritoine et repousse facilement la vessie vers le pubis. Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer; pour cela, directement ou sur une pince introduite dans la



cavité vaginale, j'incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant aussi le cul-de-sac antérieur, si le Douglas est peu accessible. J'agrandis la boutonnière vaginale, et, saisissant le col, je désinsère à coups de ciseaux l'insertion du vagin, l'utérus vient alors rapidement. Deux ligatures à la soie, placées de chaque côté, se substituent aux pinces. Je tamponne le vagin, préalablement aseptisé, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et je referme le ventre.

« Après avoir, dans mes premières opérations, fermé avec soin et suturé le péritoine par-dessus le vagin béant, j'ai complètement cessé cette manière de faire, qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et n'ai enregistré aucun inconvénient.

« Jamais je n'ai blessé la vessie ni l'uretère. Quant aux accidents hémorragiques que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, je les crois rares, et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres. On peut, en effet, enlever de volumineux fibromes sans perdre plus de deux cuillères de sang. »

#### PROCÉDÉ AMÉRICAIN DE KELLY (*modifié par Segond*)

L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée d'une manière exclusive par la grande majorité des chirurgiens américains. Le manuel opératoire qu'ils suivent offre quelques variantes, suivant les chirurgiens, mais ses grandes lignes n'en demeurent pas moins constantes. La description qu'en ont donnée Howard, A. Kelly, au Congrès de Washington, le 12 novembre 1895, a été reproduite dernièrement par Segond dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (juillet-août 1897).

La seule modification que propose ce dernier auteur

consiste à supprimer la petite rondelle de col que Kelly respecte, afin d'obtenir une occlusion complète du péritoine et du vagin.

Le procédé américain modifié ainsi assure un large drainage vaginal, ce qui donne à l'intervention beaucoup plus de sécurité. Nous empruntons à Segond la description de ce procédé.

« Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles, et, sans se préoccuper autrement des masses qui encombrant le petit bassin, du volume des tumeurs ou de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament gauche, en dehors des annexes. L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant. Traiter de même l'artère du ligament rond et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine.

Bien reconnaître celle-ci, et, comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a nulle part de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. Si le ligament large est occupé par une tumeur liquide ou solide, il faut s'en débarrasser suivant les règles habituelles, pour procéder ensuite à la recherche précédente. L'artère une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince. Poursuivre ensuite le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant, et



sans autre guide que la perception digitale du col, au travers des parties molles.

A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine; les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus de sang qu'on ne se plaît à le dire, et il va de soi qu'on doit en

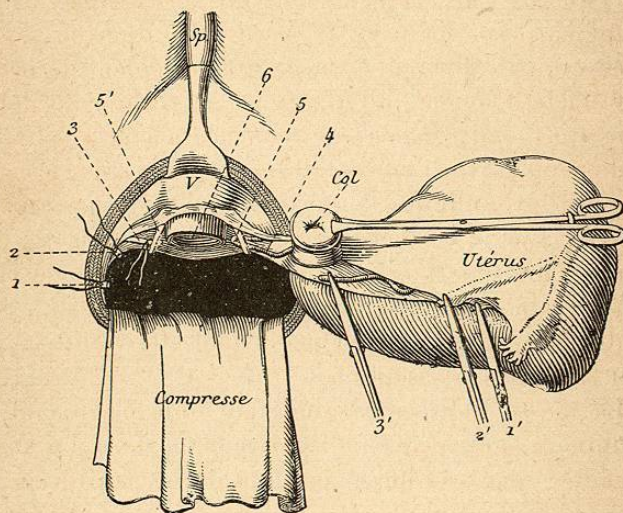


Fig. 47. — Hystérectomie abdominale totale par la méthode américaine (d'après Segond).

1, 2, 3, ligature de l'artère ovarique, de l'artère du ligament rond et de l'artère utérine (bout central); 1', 2', 3', forcipressure de mêmes artères (bout périphérique); 4, artère utérine droite mise à découvert par la reclinaison latérale de l'utérus; 5, 5', uretères; 6, coupe du vagin; V, veine; Sp. spéculum derrière la symphyse (Chalot).

assurer l'occlusion par des ligatures appropriées. Procéder ensuite à la succession des temps suivants: préhension du col au travers de la brèche vaginale; renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince convenable; libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce dernier niveau, et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des

tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante; ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne (fig. 47).

Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par traction, et on voit aussitôt l'artère utérine dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit. Un autre détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément de tout son poids dans le vide ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir pour éviter un arrachement trop brusque et de veiller à ce que le tablier sur lequel elle vient s'appuyer soit parfaitement aseptique.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin. Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres qui sont de pratique courante, mais je souligne d'une manière très particulière la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase, et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même.

Quand on ne laisse pas, à la manière de KELLY, une rondelle de col, il est en effet très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines ou sur la tranche vaginale, et, pour éviter les complications hémor-