

ragiques, il faut apporter une attention très particulière soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît, de la sorte, mieux assurée que par des ligatures au cagut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils.

#### PROCÉDÉ DE DOYEN

Nous ne décrivons que le dernier procédé de Doyen que cet auteur a communiqué au Congrès de Genève et qu'il emploie actuellement d'une manière exclusive.

L'originalité principale de cet ingénieux procédé est la suppression de toute espèce d'hémostase préventive. Cette particularité, jointe à la réduction au maximum des différents temps opératoires, permet d'agir avec une très grande célérité.

Nous donnons ici un extrait de la communication de Doyen.

L'auteur emploie la position déclive de Trendelenburg. La tumeur extraite de l'abdomen grâce à un crochet spécial ou à l'aide de la pince et de l'élévateur de Reverdin, on perfore le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une pince courte. La boutonnière agrandie, le col est saisi à l'aide d'une pince-érigne. On libère de deux coups de ciseaux les attaches latérales du col qui s'élève de quelques centimètres. La lèvre antérieure est saisie à son tour, la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin sectionnée, et le col, attiré en haut, se détache en un instant de la vessie, de bas en haut, et sans danger de lésion des uretères. L'index gauche est introduit de l'abdomen vers

le pubis, sous le ligament large du côté droit, isole de l'utérus l'arcade artérielle utéro-ovarienne, et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur rapidement attirée vers la gauche, du côté de l'opérateur, s'isole en se déroulant en quelque sorte de son enveloppe séreuse et le ligament large de gauche est à son tour sectionné.

Nélaton, Reclus, préfèrent pratiquer l'hémostase préventive des ligaments larges. L'auteur trouve cette modification inutile. C'est à peine s'il est nécessaire, au moment de la section des ligaments larges, tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts.

On fait l'hémostase à ciel ouvert comme dans une simple amputation du sein. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubo-ovariens; elles sont attirées dans le vagin après résection des annexes.

La tranche péritonéo-vaginale, qui parfois saigne un peu, est réduite à une simple lèvre par une suture en surjet et le péritoine fermé par une double suture en bourse.

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-péritonéaux ou ligamentaires, rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, il procède rapidement à leur énucléation après avoir incisé le péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce qu'il puisse perforer le cul-de-sac de Douglas.

#### PROCÉDÉ DE RICHELLOT

C'est le nouveau procédé, très simple et expéditif, de cet auteur, qu'il a décrit dans la *Revue de Gynécologie* en 1897 (n° 2, mars-avril), que nous allons exposer.

Richelot l'a ainsi résumé dans sa communication à la Société de chirurgie.

La malade est sur le plan incliné, le chirurgien à sa gauche.

L'incision faite, la masse fibreuse est sortie de l'abdomen; une valve large, placée vers le pubis, ouvre la plaie et donne du jour. Un lambeau péritonéal antérieur est taillé pour refouler la vessie dans le petit bassin. Le doigt, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétrique,

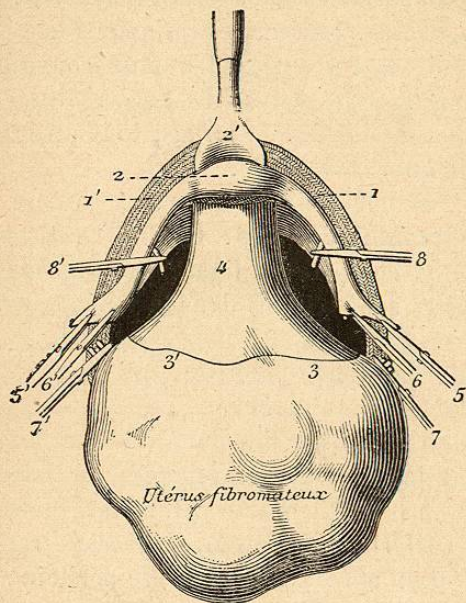


Fig. 48. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins d'après le procédé de Richelot.

1, 1', lèvres de la plaie abdominale; 2, vessie; 2', spéculum placé derrière la symphyse pubienne; 3, 3', section du péritoine entre la vessie et l'utérus; 4, col et la portion supérieure du vagin mis à nu; 5, 5', pincés-clamps sur la coupe externe des ligaments ronds droit et gauche; 6, 6', pincés sur la coupe externe des vaisseaux utéro-ovariens droits et gauches; 7, 7', pincés sur la coupe intérieure des vaisseaux utéro-ovariens droits et gauches; 8, 8', pincés sur la coupe inférieure des artères utérines droite et gauche (Chalot).

au milieu duquel on voit, par transparence, l'artère utérine. On libère l'utérus à droite et à gauche en échelonnant trois pincés environ sur le ligament large, et en coupant au ras de l'organe. La première pince saisit le bord supérieur du ligament, la dernière saisit l'utérine (fig. 48).

Il suffit alors, pour détacher l'utérus, de couper circulairement l'insertion vaginale avec des ciseaux, au jugé pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste à chaque lèvre de la plaie vaginale (fig. 49). Aussitôt que l'utérus est enlevé, on ferme le vagin

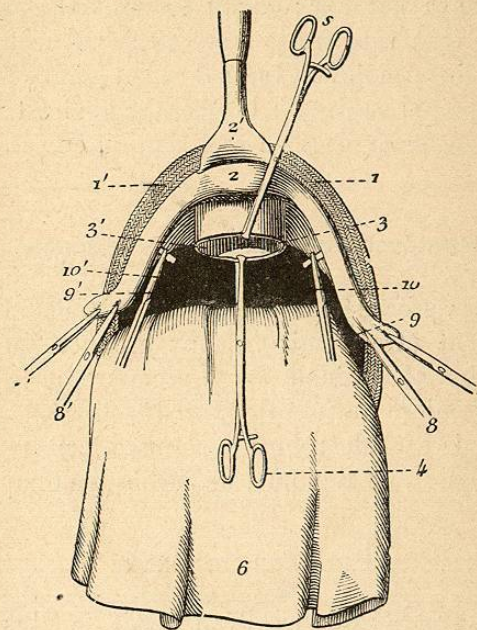


Fig. 49. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins d'après le procédé de Richelot.

1, 1', lèvres de la plaie abdominale; 2, vessie; 2', spéculum derrière la symphyse pubienne; 3, 3', coupe du vagin maintenu ouvert par les pincés-égrignes 4, 5; 6, large compresse de gaz qui protège l'intestin en arrière et au-dessus du vagin; 7, 7', pincés-clamps sur la coupe externe des ligaments ronds; 8, 8', pincés sur la coupe externe des vaisseaux utéro-ovariens droits et gauches; 9, 9', pincés pour la coupe inférieure des artères utérines droite et gauche; 10, 10', espace de Douglas largement découvert derrière la coupe du vagin.

avec trois ou quatre fils de catgut, pour faire l'hémostase de la tranche postérieure qui saigne toujours. Puis on traite les ligaments larges, en substituant aux pincés non des fils de soie forte qui étirent le tissu en un ou deux faisceaux, restent dans le ventre ou sont amenés dans la

plaie vaginale pour s'éliminer tardivement; mais avec des catguts séparés, échelonnés de bas en haut, placés perpendiculairement à l'axe vertical du ligament large dont les premiers saisissent l'utérine et les derniers ferment l'étage supérieur. Le ligament n'est pas tiraillé, reste à sa place et conserve sa hauteur; aucun fil ne peut glisser. Il ne reste plus qu'à rabattre le lambeau péritonéal antérieur pour couvrir le moignon vaginal et la région de l'utérine. Quelques points suffisent; le résultat final est une ligne de sutures séro-séreuses en croissant ou en fer à cheval.

#### Hystérectomie abdomino-vaginale.

Les divers procédés de l'hystérectomie abdomino-vaginale peuvent être réunis en deux groupes suivant que l'intervention abdominale est la première ou la dernière. Dans la première variété rentrent les procédés de Péan, de Martin, de Richelot; dans la seconde, ceux de Bardenheuer, de Boldt, de Rouffart, de Jacobs, de Chaput.

#### PROCÉDÉ DE PÉAN

C'est le procédé auquel Péan avait le plus souvent recours dans les dernières années.

Après avoir basculé la tumeur au dehors et facilité cette extraction par le gros trocart courbe à manche de Péan, on place une ligature élastique provisoire aussi près que possible du col, à la base de la tumeur. S'il y a plusieurs fibromes, on met une ligature à la base de chacun d'eux et une dernière au-dessous de tous embrassant la base entière de la tumeur; les ligatures sont maintenues avec une forte pince.

La tumeur est enlevée ensuite partiellement dans toute la partie supérieure à la ligature élastique provisoire.

De plus, cette portion supérieure, si elle est volumineuse, est enlevée en plusieurs fragments par morcellement.

Le moignon, qui est destiné à être enlevé par le vagin, est traversé par un fil d'argent double ou par plusieurs fils métalliques, si le pédicule est volumineux. Ces fils sont passés, grâce à une forte aiguille courbe qui traverse le pédicule, soit au-dessus, soit au-dessous de la ligature élastique, qu'on supprime ensuite. Une fois passé, le fil métallique est coupé, puis enchaîné, tordu sur les côtés. Asepsie du moignon qu'on lave avec des éponges imbibées de sublimé à 1/1000. Cautérisation de la muqueuse utérine au thermocautère.

Les manœuvres abdominales sont terminées.

La paroi de l'abdomen est refermée incomplètement à la partie inférieure, afin d'agir immédiatement sur le pédicule si la ligature venait à céder et si une hémorragie avait lieu.

On place alors la malade dans la position dorso-sacrée ou dans le décubitus latéral gauche. Les parois vaginales étant écartées et le col abaissé avec une pince de Museux, on fait l'incision circulaire du vagin sur le pourtour du col, exactement comme pour une hystérectomie vaginale. La vessie et le rectum sont décollés avec les doigts ou les ciseaux mousses et l'hémostase de l'étage inférieur des ligaments larges est réalisée par une ou plusieurs pinces échelonnées de chaque côté et placées le plus près possible de l'utérus. Les ligaments sont sectionnés au ras du tissu utérin. Si le moignon est petit, on le bascule ensuite en avant, on pince l'étage supérieur des ligaments larges de haut en bas, on les sectionne avec des ciseaux courbes et on enlève le pédicule. S'il est impossible de le basculer, on pincera les ligaments de bas en haut. Enfin si le pédicule est gros, on l'extirpera par morcellement. Du reste on peut appliquer à ce temps opératoire tous les

procédés d'hystérectomie vaginale que nous indiquons plus loin. Pansement ordinaire (voir p. 171).

Dans le procédé de Martin, les manœuvres abdominales sont les mêmes, mais la tumeur est enlevée d'une pièce, sans morcellement. Les fils métalliques pour lier le pédicule sont remplacés par des fils de soie.

L'ablation du pédicule est faite d'après le procédé d'hystérectomie vaginale de cet auteur, qui se sert de ligatures à la place de pinces pour l'hémostase des ligaments larges (voir p. 186).

#### PROCÉDÉ DE RICHELOT

Nous avons exposé plus haut le dernier procédé de cet auteur qui préconise actuellement l'hystérectomie abdominale totale proprement dite. Celui-ci fut communiqué à la Société de chirurgie le 24 avril 1895.

Richelot ne place pas de ligature élastique. Après avoir évidé l'utérus par énucléation et morcellement des fibromes qui encombrant l'excavation pelvienne, il taille un lambeau péritonéal antérieur et éloigne la vessie et les uretères. Puis il ouvre le cul-de-sac antérieur, et, ayant saisi avec la main gauche les ligaments larges l'un après l'autre, il pratique au-dessus, avec la pointe des ciseaux mousses, un petit orifice au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale. Il est facile alors, avec une pince courbée sur le champ à mors longs de 4 à 10 centimètres, introduite par le vagin, de saisir tout le ligament de bas en haut en passant la branche antérieure à travers l'ouverture du cul-de-sac antérieur, la branche postérieure à travers la petite boutonnière. Les deux ligaments pincés sont incisés au ras de l'utérus et le cul-de-sac postérieur est ouvert ensuite. Deux ou trois pinces languettes sont placées sur la tranche vaginale qui saigne ordinairement.

#### PROCÉDÉ DE BARDENHEUER

Ce procédé pour l'ablation de l'utérus fibromateux est absolument identique à celui de Freund pour le cancer de la matrice, bien entendu, avec la modification apportée à ce dernier par Rydygier.

On commence par l'incision circulaire du col comme pour une hystérectomie vaginale et on passe de suite aux manœuvres abdominales.

La tumeur étant attirée au dehors, on lie les ligaments larges au catgut, le plus bas possible. Le péritoine est alors incisé sur les faces antérieure et postérieure de la tumeur et décollé jusqu'à l'incision vaginale. La vessie et le rectum se trouvent ainsi libérés de leur adhésion à l'utérus. On sectionne ensuite les ligaments larges en dedans des ligatures et seulement sur la hauteur de ces ligatures. Le petit point qui reste et qui correspond à la zone des artères utérines est lié ensuite et la tumeur détachée en une seule pièce.

La circonférence de l'ouverture péritonéale est suturée à la tranche vaginale correspondante et un drain en T est introduit par le vagin jusqu'à la partie la plus élevée de l'excavation.

#### PROCÉDÉS DE ROUFFART, DE JACOBS, DE CHAPUT, DE BOLDT

Rouffart, Jacobs, Chaput, après l'incision du vagin, décollent, aussi haut que possible, la vessie et le rectum et saisissent l'étage inférieur des ligaments larges entre les mors des pinces languettes laissées à demeure. Une incision en dedans des pinces libère le col latéralement. On passe ensuite aux manœuvres abdominales. Chaput ampute avant la zone inférieure de la tumeur par section ou morcellement, suivant son volume.

Après avoir attiré la tumeur au dehors par l'ouverture abdominale, il ne reste qu'à lier la portion supérieure des ligaments larges.

Jacobs remplace les ligatures par de longues pinces hémostatiques qu'il applique jusqu'à la rencontre des pinces vaginales. C'est seulement après l'exérèse de la tumeur, lorsque le champ opératoire est devenu libre, que les deux pinces abdominales sont remplacées, pour l'hémostase définitive, par deux pinces introduites par le vagin. Actuellement, Jacobs se sert des pinces spéciales à manches mobiles. Les mors laissés en place par l'abdomen sont réarticulés sur les manches introduites par le vagin.

Boldt met des ligatures aussi bien sur l'étage inférieur des ligaments larges, que sur la portion supérieure. Les premières sont faites par le vagin, les secondes par l'abdomen. La circonférence péritonéale est fermée par un surjet au catgut.

CHOIX D'UN PROCÉDÉ. — Tous les procédés d'ablation totale de l'utérus que nous avons décrits ont donné d'excellents résultats entre les mains de leurs auteurs et de ceux qui les ont imités. Il nous est donc difficile de nous prononcer plutôt pour l'un que pour l'autre. Le plus souvent c'est une affaire d'habitude de la part de l'opérateur. Nous pensons, néanmoins, que l'hystérectomie abdominale totale proprement dite est supérieure à l'hystérectomie abdomino-vaginale qui exige des manœuvres successives dans la cavité péritonéale et le vagin et nécessite un changement dans la position de la malade.

Malgré toutes les précautions qu'on prend du côté du vagin, on n'est jamais certain d'obtenir une asepsie complète et les chances d'infection demeurent toujours plus grandes lorsqu'on a recours à l'ablation de l'utérus fibromateux par les deux voies combinées.

## XVI

## HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

## CASTRATION UTÉRINE OU UTÉRO-OVARIENNE

L'extirpation de l'utérus exécutée pour la première fois en France par Récamier, en 1828, a été surtout vulgarisée par notre maître Péan qui, le premier, en a donné une technique complète et l'a pour ainsi dire imposée par ses succès retentissants.

L'hystérectomie vaginale pour lésions bilatérales des annexes porte, du reste, son nom (opération de Péan). De nombreuses modifications, souvent très heureuses, ont été introduites depuis dans le manuel opératoire primitif et nous font un devoir de les décrire en même temps que la technique de Péan. La pratique personnelle nous a, du reste, prouvé qu'il est souvent impossible, dans l'exécution de la castration utérine, de se tenir strictement à un seul procédé. Il est absolument indispensable d'avoir présent à l'esprit au moins toutes les méthodes principales et de pouvoir, au besoin, les combiner au cours d'une même intervention.

INDICATIONS. — Un très grand nombre d'affections utérines peuvent réclamer l'hystérectomie vaginale.

Les *métrites hémorragiques* ou *métrites glandulaires hypertrophiques*, rebelles à tout traitement, qui ont résisté à une série de curettages et à l'amputation du col, peuvent