

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

nécessiter cette intervention. Elle ne doit être employée qu'en dernière ressource, pour mettre un terme aux souffrances de la malade ou pour parer au danger de métrorragies incoercibles. Quelques chirurgiens s'en sont également servis dans certaines *rétroversions très douloureuses*, après l'échec de tout autre traitement.

Le *prolapsus génital* est aussi quelquefois justiciable de cette opération dans le cas où l'utérus est très hypertrophié, difficile à réduire, surtout chez les femmes ayant passé la ménopause. Elle doit alors être complétée par une large excision du vagin et par une colpo-périnéorrhaphie.

L'*inversion de l'utérus* sera traitée de la même manière, si la réduction est impossible.

Dans le *cancer du col* ou du *corps de la matrice*, dans le sarcome de cet organe, lorsque ni le vagin, ni la vessie, ni le rectum ne sont envahis par le néoplasme, l'hystérectomie vaginale est indiquée dès les premières atteintes du mal.

La *tuberculose de l'utérus* doit encore, à l'exemple de Péan, être traitée par cette opération si l'état des poumons ne s'oppose pas à toute intervention radicale.

Les *fibromes utérins*, les fibromes intra-ligamentaires auxquels on ne peut appliquer les procédés d'énucléation, ou de myomotomie vaginale par morcellement, mais qui néanmoins ne dépassent pas l'ombilic, réclament également l'hystérectomie vaginale.

Elle est encore la méthode de choix préconisée par Péan, dès 1887, pour le traitement des *lésions bilatérales suppurées des annexes*. On lui donnera la préférence sur la laparotomie, surtout lorsque les lésions annexielles inflammatoires ou suppurées sont très anciennes et très adhérentes à l'utérus.

Mais où tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître la supériorité de l'hystérectomie vaginale sur toute

autre intervention, c'est dans le cas de suppurations diffuses transformant les tissus du petit bassin en une véritable éponge purulente. Elles ne peuvent être efficacement traitées que par un large drainage de tout le foyer, drainage que cette opération seule permet.

TECHNIQUE. — Avant d'aborder l'étude des divers procédés de l'hystérectomie vaginale, nous croyons utile d'indiquer ses principes fondamentaux. Il sera facile alors de saisir les modifications apportées par tel ou tel auteur au plan général de l'opération. Ces modifications sont souvent très ingénieuses et très précieuses, mais elles ne visent guère que certains détails du procédé fondamental. Les temps principaux de l'opération sont :

1° Préhension de l'utérus et son abaissement, si possible ;

2° Incision circulaire de la muqueuse vaginale tout autour du col ;

3° Décollement de la vessie et du rectum. Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine ;

4° Hémostase des ligaments larges : pincement des ligaments larges avec des pinces spéciales où placement des ligatures ;

5° Section des ligaments larges entre les pinces et les bords latéraux de l'utérus, ou leur section en dedans des ligatures ;

6° Extirpation de l'utérus et, s'il est possible, ablation des annexes, après avoir placé une pince au delà de l'ovaire et de la trompe ;

7° Tamponnement de la cavité créée par l'ablation de l'utérus si l'hémostase est faite à l'aide de pinces laissées à demeure. Suture de la lèvre antérieure à la lèvre postérieure de la plaie, si les ligaments larges ont été sectionnés après la pose des ligatures.

Nous allons maintenant étudier en détail ces divers

temps et indiquer les soins préliminaires et consécutifs que réclame toute hystérectomie vaginale.

SOINS PRÉLIMINAIRES. — Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, la malade prendra, matin et soir, une injection vaginale chaude, de deux litres, avec une solution de sublimé à 1/2000. La veille de l'opération, elle sera purgée et prendra un bain. Un lavement sera administré trois ou quatre heures avant l'opération.

Au moment de l'intervention, la malade sera revêtue d'un grand peignoir de flanelle fendu jusqu'à mi-dos, ce qui permettra d'en relever les pans. Les jambes seront garnies d'ouate jusqu'à mi-cuisse. La malade sera placée sur une table étroite, dans la position dorso-sacrée, le bassin fortement relevé et débordant la table. Des supports pour les cuisses seront très utiles afin d'éviter aux aides la fatigue de maintenir les jambes de l'opérée fléchies sur ses cuisses. La vulve et le pubis seront rasés, soigneusement savonnés, brossés et lavés à l'alcool et au sublimé à 1/1000. Le vagin sera également savonné et irrigué avec le même liquide. La malade sera sondée avant de terminer sa toilette. Les parties supérieures des cuisses et l'hypogastre seront recouvertes de compresses antiseptiques.

Les aides auront un rôle déterminé à l'avance. Deux d'entre eux seront placés de chaque côté de la malade, celui de droite préposé à la valve supérieure, celui de gauche à la valve inférieure. Un troisième assistera plus directement l'opérateur et aura surtout à s'occuper des tampons. Un quatrième sera utile pour passer les instruments. Un cinquième donnera le chloroforme. Les jambes étant soutenues par les supports, on peut, à la rigueur, dans certaines hystérectomies faciles, supprimer un aide et confier à un seul les deux écarteurs, supérieur et inférieur. On pourrait, au besoin, en supprimer un autre en prenant soi-même les instruments.

Doyen applique pendant quarante-huit heures un pessaire Gariel à air comprimé, afin de dilater le vagin. Chaput fait un débridement uni ou bilatéral de la vulve.

Premier temps : PRÉHENSION ET ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS. — La vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et courts. Le col est saisi par chacune de ses lèvres avec une pince de Museux, et abaissé autant que possible par une traction lente, sans secousses. A l'étranger, on remplace souvent les pinces par une anse de fil fort traversant le col. Avant de passer au second temps on doit, s'il s'agit d'un cancer du col, détruire les végétations cancéreuses. Second fait toujours précéder ce deuxième temps d'un curettage suivi d'une cautérisation de la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Deuxième temps : INCISION CIRCULAIRE DE LA MUQUEUSE VAGINALE. — Le col étant abaissé, on incise tout autour la muqueuse vaginale au bistouri, qu'on emploiera de préférence aux ciseaux (Doyen) ou au thermocautère (Sänger, Jacobs) (fig. 50). L'incision doit passer très bas, au-dessous du point de réflexion du cul-de-sac antérieur sur le col, le plus près possible de l'orifice utérin. C'est le seul moyen d'éviter d'ouvrir la vessie ou de blesser les uretères, et on aura encore la précaution de tenir le bistouri constamment dirigé vers le col. En arrière, au contraire, l'incision doit remonter plus haut sur le col d'au moins 1 centimètre, au niveau du cul-de-sac de Douglas, qu'on ouvre ainsi plus facilement.

Quand le diagnostic est incertain, comme cela peut se rencontrer dans le cas de bilatéralité des lésions, on commence par l'incision postérieure, par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, ce qui permettra d'explorer directement les annexes et de mieux apprécier si l'hystérectomie est justifiée.

La muqueuse vaginale saigne rarement assez pour qu'il soit nécessaire d'en saisir les vaisseaux avec des pinces hémostatiques.

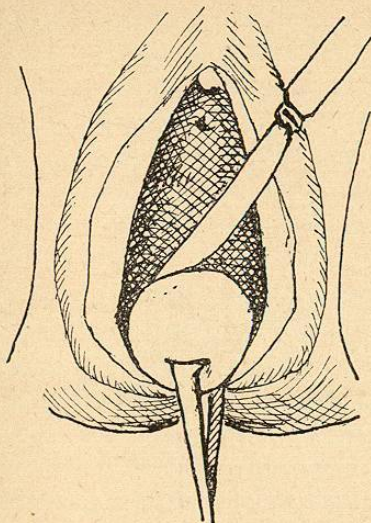


Fig. 50. — Hystérectomie vaginale. Libération du vagin.
Incision circulaire classique.

Troisième temps : DÉCOLEMENT DE LA VESSIE ET DU RECTUM.
— OUVERTURE DES CULS-DE-SAC ANTÉRIEUR ET POSTÉRIEUR. —
L'incision circulaire ayant libéré le vagin, on procède au décollement des faces antérieure et postérieure de l'utérus (fig. 51). Les doigts sont le meilleur instrument pour éviter de blesser la vessie et le rectum. On tiendra constamment leur pulpe tournée contre le tissu utérin. Un cathéter placé dans la vessie et un doigt introduit dans le rectum peuvent, au besoin, servir de guides pendant ce décollement.

La vessie et les uretères étant détachés, on perfore le cul-de-sac péritonéal antérieur avec le doigt ou avec l'extrémité mousse d'un long écarteur. Quelquefois on sera obligé

un écarteur soulevant la vessie décollée, d'inciser le cul-de-sac péritonéal avec un coup de ciseaux et d'agrandir la boutonnière ainsi faite en écartant les branches des ciseaux, agissant comme un instrument mousse.

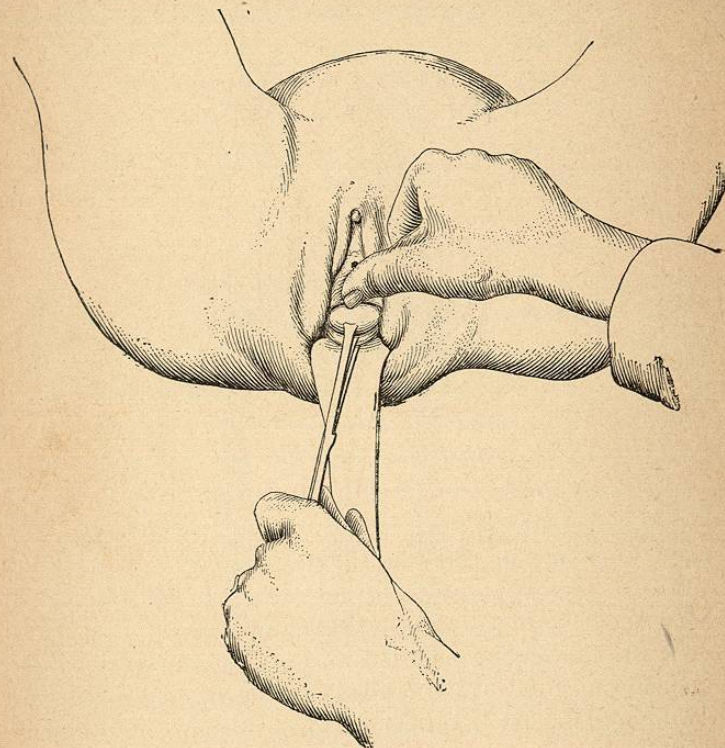


Fig. 51. — Décollement de la vessie (Chalot).

Le décollement du rectum et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur seront faits de même manière.

Du reste, ce cul-de-sac, n'étant séparé que par une distance très courte du cul-de-sac vaginal, est souvent perforé sans qu'on s'en aperçoive. Il est à remarquer, pourtant, que le décollement de la vessie et du rectum se poursuit quelquefois jusqu'au bout sans que l'on arrive à ouvrir ni

le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent.

Quatrième temps : HÉMOSTASE DES LIGAMENTS LARGES. — Deux procédés généraux permettent d'obtenir l'hémostase : l'écrasement des vaisseaux par le pincement des ligaments larges, ou les ligatures de ces ligaments. Le premier, l'hémostase par application des pinces à demeure, est surtout employé en France, où Péan l'a pratiqué déjà dans un grand nombre d'opérations, avant d'en faire usage dans l'hystérectomie vaginale. Le second, plus ancien, est très répandu à l'étranger, en Allemagne, en Amérique, en Angleterre. La méthode française d'hémostase par les pinces à demeure, méthode facile, applicable à tous les cas, a permis seule à l'hystérectomie vaginale de se vulgariser. Les modifications, les perfectionnements introduits dans le plan général de cette opération par beaucoup de chirurgiens, portent principalement sur ce temps opératoire, sur le moment, sur la façon d'exécuter cette hémostase. Nous étudierons ces modifications à propos de chaque procédé dont elles constituent, la plupart du temps, le trait caractéristique, et nous indiquerons à cette place le principe général de l'hémostase.

Les faces antérieure et postérieure de l'utérus étant décollées, les culs-de-sac péritonéaux effondrés, un long écarteur soulève la vessie et un autre déprime le rectum. Deux cas peuvent se présenter alors :

L'utérus est abaissable ou il ne l'est pas. Dans le premier, le pincement des ligaments larges se fait de haut en bas ; dans le second, il s'exécute de bas en haut.

Pour appliquer les pinces de haut en bas, on fait basculer l'utérus en avant ou en arrière à l'aide des pinces à griffes saisissant le fond, ou à l'aide des doigts recourbés en crochet. Chaque ligament est saisi avec une longue pince à mors parallèles, plats, légèrement dentés, appli-

quée au ras du tissu utérin. Lorsque l'on s'est assuré que la pince est bien placée, on rapproche les mors et on les maintient serrés au moyen de la crémaillère. S'il est besoin, on place plusieurs pinces, l'une au-dessous de l'autre, au fur et à mesure qu'on libère l'utérus.

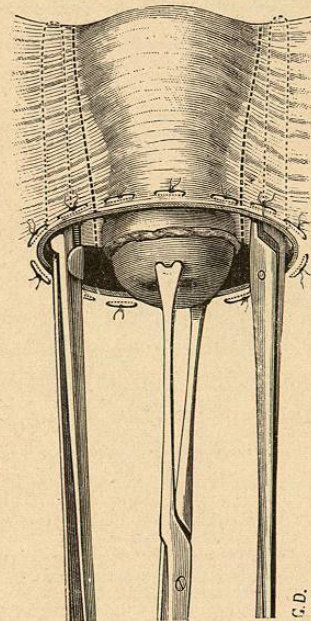


Fig. 52. — Pincement des ligaments larges (Auvard).

Cette figure est destinée uniquement à montrer comment on doit appliquer les pinces. Le lecteur fera abstraction des sutures qu'on voit le long de la tranche vaginale.

Quand l'utérus ne peut pas être basculé, l'hémostase se fait par étapes de bas en haut. Pendant le décollement, à mesure qu'une zone utérine apparaît au fond du vagin entre les écarteurs qui protègent la vessie et le rectum, on pince, guidé toujours par la vue, le segment correspondant des ligaments larges aussi près que possible de l'utérus et on le sectionne au ras de l'instrument (fig. 52). Plusieurs pinces sont ainsi échelonnées l'une au-dessus de l'autre.

Pour enlever les annexes, on les attirera avec les doigts ou avec les pinces plates à cadre, et on placera également, avant de les réséquer, une pince languette au-dessus de l'ovaire et de la trompe.

Lorsque, au lieu de se servir des pinces à demeure, on désire obtenir l'hémostase par le procédé des ligatures, une fois la matrice libérée sur ses deux faces, on applique

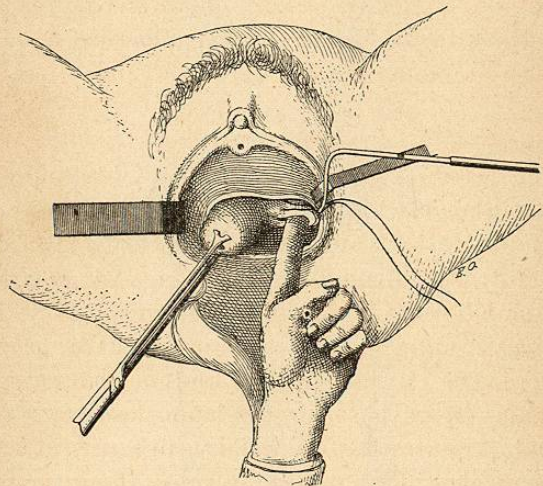


Fig. 53. — Ligature de l'artère utérine gauche (Chalot).

soit une seule ligature sur tout le ligament large, soit plusieurs ligatures étagées, enserrant chacune une certaine étendue du ligament.

La ligature totale se fait avec une aiguille mousse courbe à l'aide de laquelle on porte une anse de fil de soie au-dessus du ligament. Un des chefs de l'anse est attiré du côté opposé à celui du passage de l'aiguille et les deux chefs sont fortement serrés.

Quand on procède par plusieurs ligatures, on étreint les segments successifs des ligaments larges, en les traversant de distance en distance par une anse de fil qu'on lie (fig. 53).

Cinquième temps : SECTION DES LIGAMENTS LARGES. EXTIRPATION DE LA TUMEUR UTÉRINE. — Les ligaments sont coupés en dedans et au ras des pinces, ou en dedans des ligatures. Si on place les pinces de haut en bas, elles retombent en faisant décrire à la portion du ligament large qu'elles hémostasient, une torsion de 180°.

L'utérus est attiré au dehors à l'aide des pinces de Museux. Les annexes, si leur ablation ne présente pas de grandes difficultés par suite d'adhérences, subissent le même traitement.

Sixième temps : PANSEMENT. SUTURES. — Il est inutile d'irriguer la plaie si l'opération a été aseptique, parce que le péritoine est toujours dans ce cas largement ouvert. Si au contraire le champ opératoire est souillé par le pus, il faut faire une faible irrigation avec une solution de sublimé à 1/4000 ou d'acide phénique à 5/1000. L'excès de liquide est enlevé avec des tampons et l'on procède au pansement. Les pinces hémostatiques de chaque ligament sont réunies en un faisceau et, l'hémostase étant vérifiée, on introduit, entre les deux faisceaux ainsi formés, de longues mèches de gaze iodoformée. Leurs extrémités sont portés au delà des mors des pinces, et mises en contact avec l'intestin ou les cavités évacuées. Les branches des pinces sont également entourées de gaze iodoformée pour éviter qu'elles ne pressent directement sur la vulve. Un morceau de coton est placé en avant de la vulve et maintenu par un bandage en T.

La plupart des chirurgiens qui font l'hémostase à l'aide des ligatures cherchent, dans les cas qui s'y prêtent, à obtenir la réunion par première intention.

A cet effet, la tumeur utérine étant enlevée, ou suture le vagin et le péritoine ou le vagin seul. Six ou huit fils sont ordinairement suffisants pour réunir le bord de la plaie du cul-de-sac postérieur à la lèvre antérieure de la

plaie. Les extrémités des fils liés sont couverts de mèches de gaze iodoformée introduites dans le vagin.

SOINS CONSÉCUTIFS. — ACCIDENTS. — Avant l'ablation des pinces la malade sera couchée sur le dos, les genoux demi-fléchis et soutenus par un coussin. Les pinces reposeront sur un drap plié en quatre. Une sonde à demeure sera laissée pendant deux jours. Les pinces seront enlevées quarante-huit heures après l'opération. Si on en a laissé plusieurs, chacune d'elles sera bien dégagée du faisceau, entr'ouverte et retirée lentement, sans secousse.

Les mèches de gaze iodoformée resteront en place quatre jours. Six ou huit heures après leur ablation on donnera à la malade la première injection vaginale. Celle-ci sera faite avec une solution d'acide phénique à 1/100, lente, à jet faible, le siège étant relevé. La malade recevra ensuite matin et soir une injection jusqu'à la cessation de tout écoulement. Les lèvres de la plaie s'adossent et la cicatrisation se fait régulièrement, en laissant habituellement une simple cicatrice linéaire.

Si, au cours de l'opération, la perte de sang était notable, on ferait à la malade deux ou trois injections hypodermiques de 20 grammes de sérum artificiel. Au besoin on fera une injection massive hypodermique ou intra-veineuse. Second, suivant en cela la pratique de Péan, place le soir de l'opération sur la région sous-ombilicale une vessie de glace qu'on entretient jusqu'au quatrième jour. Jusqu'à l'ablation des pinces la malade ne prendra que du champagne et des grogs. Quelques heures après l'ablation on lui administrera un lavement composé d'une partie de glycérine pour deux parties de vin. Elle commencera à s'asseoir dans le lit vers le huitième jour et se lèvera quelques jours après, plus ou moins tôt suivant les indications tirées de son état général.

Si une hémorragie survenait quelques heures après

l'opération, ou au moment de l'ablation des pinces, ou même plus tard, un tamponnement vaginal bien fait en aura presque toujours raison. Dans les cas exceptionnels, on sera obligé de rechercher le vaisseau qui donne et de le pincer.

L'occlusion intestinale, complication fort rare de l'hystérectomie vaginale, sera combattue, tout d'abord, par les lavements simples et les lavements électriques. Si ce moyen échoue, on pratiquera l'anus iliaque ou on aura recours à la laparotomie pour rechercher le siège de l'obstruction.

Nous venons de poser les règles générales de toute hystérectomie vaginale, dans le but de donner une idée nette de chaque temps opératoire. Il nous reste maintenant à étudier les principaux procédés dont la connaissance peut être d'un secours efficace au cours d'une intervention. Nous suivrons la description que les auteurs eux-mêmes ont donnée de leurs méthodes. Les beaux ouvrages de Baudron et de Secheyron nous ont été particulièrement utiles.

I. — Hystérectomie vaginale par le procédé du pincement des vaisseaux.

PROCÉDÉ DE PÉAN. — *Morcellement par résections transversales.* — Péan plaçait ses malades dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur se place en face du vagin et fait abaisser ou relever la table d'opération de façon à ce que le siège de la malade soit, l'opérateur étant assis, à peu près à la hauteur de la poitrine. L'aide de gauche se tient debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue. L'aide de droite est en dehors de cette dernière. Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure.

Rien de particulier dans les premier et second temps. Mais lorsque l'utérus ne peut pas être enlevé d'une seule pièce, le pincement et la section des ligaments

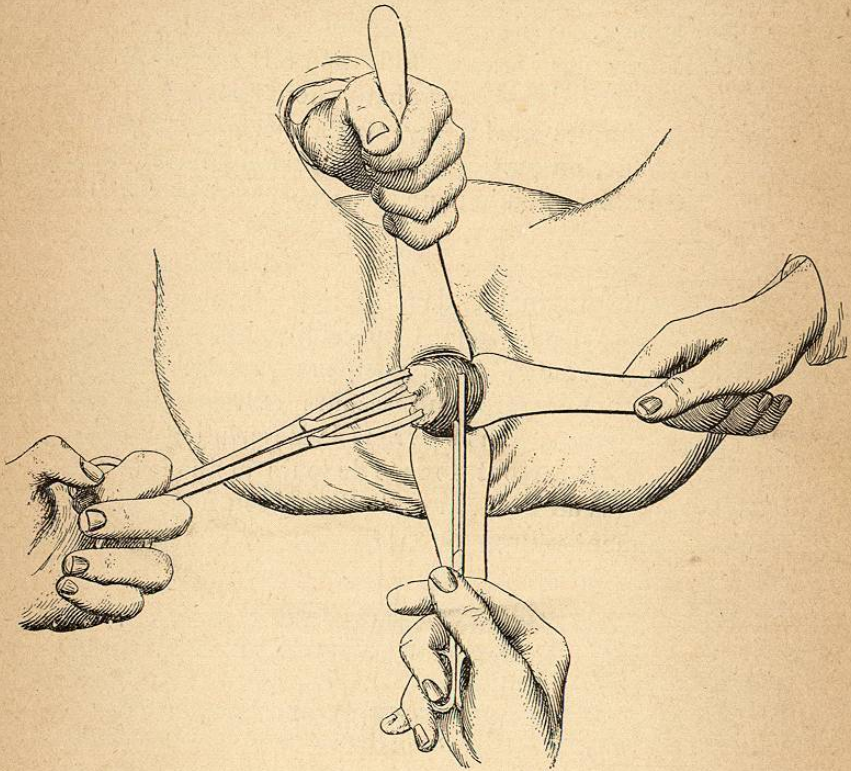


Fig. 54. — Hystérectomie vaginale; procédé de Péan. Mise en place de la première pince à la base du ligament large gauche sur l'artère utérine.

larges se font d'une façon particulière. Après la libération de l'utérus sur une certaine étendue, la portion correspondante des ligaments larges, rendue ainsi visible, est saisie dans une pince à mors parallèles, forts et courts, puis sectionnée au ras de l'utérus (fig. 54). Le segment de l'utérus libéré par cette section est alors divisé

avec de forts ciseaux en deux valves, antérieure et postérieure (fig. 55). Une pince à mors longs est placée à la base de chaque valve et le segment de l'utérus situé au-

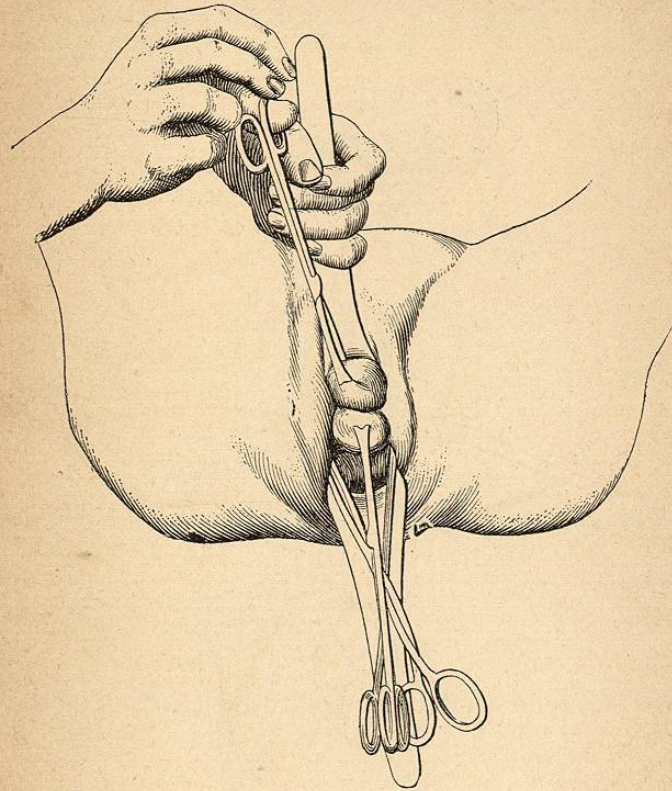


Fig. 55. — Hystérectomie vaginale; procédé de Péan. Les deux artères utérines étant pincées, le col libéré est divisé en deux valves antérieure et postérieure (Baudron-Chalot).

dessous d'elle est excisé (fig. 56). Les mêmes manœuvres sont répétées pour la portion restante du corps utérin. L'on procède par étapes successives, chaque étape comprenant quatre temps principaux : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° la section