

largement le cul-de-sac de Douglas. A travers cette incision, l'utérus est attiré, placé en rétroflexion, avec l'aide du doigt ou des pinces de Museux. Un doigt est introduit dans la cavité abdominale; il est recourbé en avant sur lui, l'opérateur incise le cul-de-sac péritonéal antérieur. La matrice est alors libérée en avant et en arrière de ses attaches; des ligatures sont placées sur les ligaments larges et ces ligaments sont sectionnés près de l'utérus, entre deux ligatures. Tous les gros vaisseaux que l'on sectionne sont ligaturés au fur et à mesure. Les trompes et les ovaires sont enlevés, à moins d'obstacles. L'ouverture vaginale est suturée, ou laissée béante. Dans ce dernier cas on y place un drain.

### III. — Hystérectomie vaginale sans pinces à demeure ni ligatures.

PROCÉDÉ DE TUFFIER. — M. Tuffier, dans une récente séance de la Société de chirurgie, a ainsi décrit son procédé :

« Je pratique l'ablation de l'organe suivant les règles ordinaires; mais lorsque l'utérus a basculé, au lieu de saisir les ligaments larges dans des pinces à demeure, je les serre fortement entre les mors de mon *angiotribe*, qui est ensuite immédiatement retiré. Si l'hystérectomie présente des difficultés et qu'il faille pratiquer l'extirpation de l'utérus par morcellement, j'assure d'abord l'hémostase à l'aide des pinces ordinaires; mais quand l'opération est terminée, j'enlève une à une celles-ci, en broyant chaque fois entre les mors de l'angiotribe la portion de ligament large ainsi libérée. Pour pratiquer l'hémostase à l'aide de l'angiotribe, deux précautions seulement à prendre : la première consiste à serrer à fond l'instrument; la deuxième à serrer sur place, c'est-à-dire à ne

point dévier de l'axe du vagin pendant l'effort, afin d'éviter la déchirure des ligaments larges par traction. »

CHOIX D'UN PROCÉDÉ. — Les auteurs dont nous venons de parler préconisent, naturellement, leurs procédés. Dans le cas où l'utérus s'abaisse facilement jusqu'à la vulve, il est évident que tous ces procédés sont également applicables; l'opérateur peut donc choisir l'un d'eux indifféremment. Quant à nous, nous employons dans ce cas-là celui de Doyen, le plus simple et le plus expéditif.

Mais quand l'utérus est volumineux, s'abaisse difficilement, et surtout quand il est complètement immobilisé par les adhérences, il faut savoir être éclectique. L'opérateur pourra encore tenter d'appliquer le procédé qui lui est le plus familier; mais les difficultés croissant, il ne doit pas hésiter à lui en substituer un autre qui se prête mieux aux exigences du moment. Ainsi on combinera l'hémisection antérieure de Doyen avec la résection transversale du col de Péan; le procédé de morcellement de ce dernier avec l'évidement conoïde de Segond, et ainsi de suite.

Nous n'ajouterons que quelques considérations spéciales sur cette opération appliquée à un corps fibreux.

Dans une toute récente séance de la Société de chirurgie (25 mai 1898), M. Segond l'a excellemment définie en ces termes :

« Je m'attache, a-t-il dit, lorsque je pratique cette intervention, à suivre la méthode de Péan, j'entends par là le principe même de cette méthode dont le mérite de la paternité revient incontestablement à cet auteur. Je m'attaque d'abord au col, que j'enlève après l'hémostase préalable des utérines. Je me trouve alors en présence du corps utérin dégénéré en gros fibrome unique ou bourré de fibromes multiples. Je morcelle ce corps utérin et je taille dans son épaisseur en n'importe quel sens et de

n'importe quelle façon, jusqu'à ce que je sois parvenu à en faire basculer le fond. Il ne reste alors qu'à placer des pinces languettes de haut en bas sur les ligaments larges et à détacher l'utérus. »

Péan ne résèque pas ordinairement les fragments sans

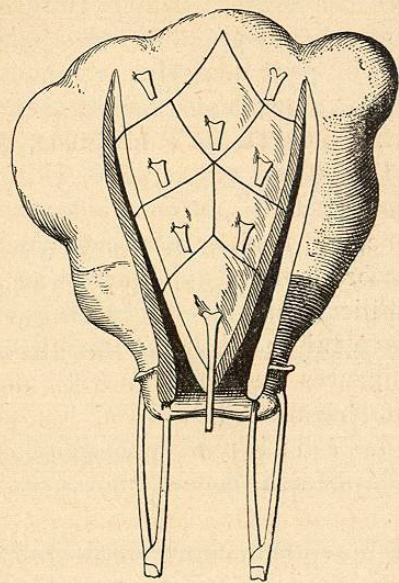


Fig. 68. — Hystérectomie vaginale; procédé de Doyen.  
Incision longitudinale en V de la face antérieure de l'utérus.

avoir au préalable saisi leur base dans une nouvelle pince. (Voir *Myomotomie vaginale par morcellement*, p. 240.)

Doyen fait une double incision longitudinale en V de la face antérieure de l'utérus, en ménageant les parties latérales de l'organe. Le V de la paroi antérieure est réséqué par fragments cunéiformes (fig. 68).

## XVII

### HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE

INDICATIONS. — L'opération de Kraske a suggéré à quelques chirurgiens l'idée de se servir de la voie sacrée pour extirper l'utérus atteint de cancer. Hegar paraît avoir été le premier à s'en servir, mais c'est Hochenegg qui, le premier, a publié en 1889 deux observations d'hystérectomie par cette voie. Depuis cette époque elle fut pratiquée par un grand nombre de chirurgiens, aussi bien en Europe qu'en Amérique.

Malgré cela, elle ne nous semble indiquée que dans des cas tout à fait exceptionnels, et encore, nous doutons de son utilité même dans ces cas-là. Le volume de l'utérus n'est pas un obstacle sérieux à la voie vaginale. Quant à l'extirpation de quelques ganglions pelviens et du tissu cellulaire péri-utérin, réellement plus facile par la voie sacrée, elle suppose des lésions tellement profondes et étendues, que toute intervention radicale devient inutile, quand elle n'est pas préjudiciable.

Malgré l'opinion contraire de Mikulicz, de Terrier, de Schauta, nous pensons que la cure radicale du cancer de l'utérus ne doit être tentée que dans les cas où les lésions sont exactement limitées à l'utérus, et dans ces conditions l'hystérectomie vaginale est le traitement de choix.

On ne se résoudra donc à infliger une nouvelle mutila-