

il le fixe, à droite et à gauche, à la partie supérieure et externe de ce qui reste des ligaments larges. Si le col était assez malade pour justifier l'hystérectomie totale, il réunit le vagin et le suture directement aux ligaments larges.

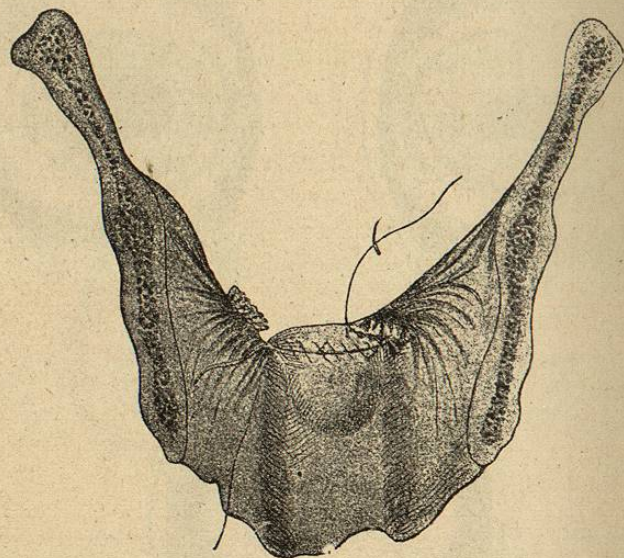


Fig. 113. — Colopexie ligamentaire. — Le corps utérin et les annexes sont enlevés; on fixe le moignon de col, préalablement suturé, à la partie supéro-externe de ce qui reste de ligament large (Jacobs).

b. HYSTÉRECTOMIE TOTALE. — 1° Par la voie *abdominale*, l'hystérectomie totale n'est guère justifiée, à moins de lésions ou de tumeurs utérines ou annexielles qui en fournissent l'indication principale.

Il n'en est pas de même de l'*hystérectomie vaginale* qui, pour n'être applicable qu'à un nombre limité de cas, n'en répond pas moins à des indications bien nettes, surtout associée à un certain degré de colpectomie.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE. — Proposée par Oackley en 1757, elle n'avait guère été pratiquée sur des utérus prolapsés qu'en raison d'une dégénérescence maligne réelle ou supposée : telles sont les opérations pratiquées par Langenbeck en 1813, par Gebhardt (1836), par Jürgensen (1838). Edwards, en 1864, traita ainsi un prolapsus irréductible et Choppin, le premier, en 1867, fit, de parti pris, l'hystérectomie pour un gros prolapsus non compliqué. Les observations se multiplièrent bientôt à l'étranger (1).

En France, quelques opérations isolées de Richelot (1886), Terril-

(1) Voy. le mémoire de QUÉNU, communiqué à la Société de chirurgie le 20 décembre 1893 (*Ann. de gynécol. et d'obst.*, 1894, 1^{er} semestre, p. 28).

lon (1889), Goullioud (de Lyon) (1891), Routier, Doyen, furent, ou non, publiées sans susciter un grand intérêt. C'est à la fin de 1893 que, à l'occasion de deux observations présentées par Lejars, surgit, à la Société de chirurgie, une retentissante discussion ouverte par un remarquable rapport de Quénu. De cette discussion ressortirent non seulement la relation de faits nombreux, mais l'exposé d'indications précises et d'une technique régulière. De nombreux procédés ont été employés, qui se rattachent tous à deux méthodes principales.

1° La première consiste à faire l'hystérectomie vaginale avec ligatures et à la compléter par une colporraphie : les procédés de traitement du péritoine et des ligaments varient dès lors avec les divers opérateurs. Beverly Mac Monage (1) suture l'un à l'autre les ligaments larges afin de fermer le péritoine et de fournir au vagin un point d'appui solide. Martin (de Berlin), drainait d'abord le péritoine. Il le ferme à présent en suturant les ligaments larges, de telle sorte que leur tranche cruentée fasse saillie dans le vagin. Czempin suspend aussi le vagin aux moignons de ligaments larges coupés le plus haut possible. C'est cette méthode que Quénu a perfectionnée.

Procédé de Quénu (2). — « Après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac antérieur du péritoine, nous sectionnons l'utérus sur la ligne médiane, puis, avec la plus grande facilité, nous lions en chaîne de chaque côté les ligaments larges au moyen de trois fils de soie plate : nous coupons un chef sur deux, de manière à ne conserver de chaque côté que trois fils. Alors, chaque moitié utérine étant excisée, nous lions chaque fil du côté droit avec celui du côté gauche; en un mot, nous réunissons l'un à l'autre nos deux moignons de ligaments larges, de manière à faire une sorte d'écharpe, de sangle, qui soutienne les effets abdominaux. Le péritoine est ensuite suturé, en avant et en arrière, aux bords antérieur et postérieur de l'angle; la surface des pédicules est donc extrapéritonéale. Nous la recouvrons de la face cruentée du vagin que nous suturons entièrement avec du catgut, de manière à n'avoir pas à enlever les fils. Une des sutures au moins traverse à la fois les lèvres de l'incision vaginale et le pédicule. Le vagin adhère aussi aux pédicules; l'orifice résultant de l'ablation utérine est fermé en totalité; la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin. Cette sangle et le fond du vagin se trouvent être presque à la vulve au moment de l'opération et sont refoulés et maintenus par des tampons pendant trois semaines. La fixation a toujours été constatée à la sortie des malades, c'est-à-dire de vingt-huit à trente jours après l'opération. » (Quénu.)

(1) BEVERLY MAC MONAGE, *Gynecological Transactions*, 1892. — Voy. H. HARTMANN et DU BOUCHET, *Ann. de gynécol. et d'obst.*, 1894.

(2) QUÉNU, *loc. cit.*

2° La deuxième méthode, dont le prototype est l'opération de Fritsch, comporte, outre l'hystérectomie, une colpectomie étendue. Voici comment la décrit Asch (1).

Procédé de Fritsch (fig. 114). — « La malade étant placée dans la position dorso-sacrée, on place une pince de Museux sur le col qu'on tire fortement en haut et en avant ; on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre de suite le cul-de-sac de Douglas et l'on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes, si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

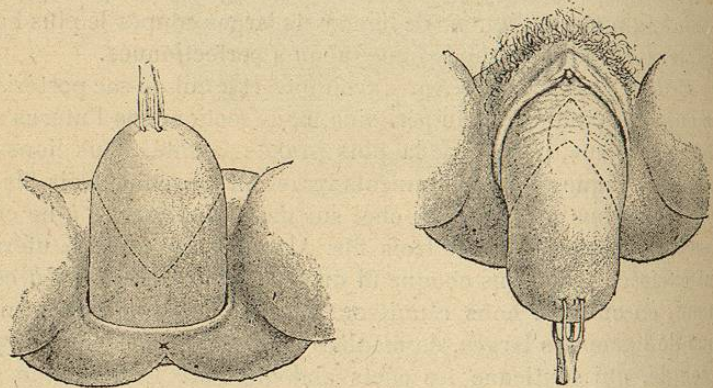


Fig. 114. — Hystérectomie vaginale. Procédé de Fritsch.

« Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urètre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col, ce qui se fait, en partie avec les doigts, en partie avec le bistouri. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement, dans le détachement de la vessie, en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande, on inciserait à travers le muscle utérin. L'utérus enlevé, avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale, antérieure et postérieure, y attenants, on réunit transversalement les deux lèvres résultant de la résection de la paroi vaginale antérieure ; puis, après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale. Puis les moignons des ligaments larges sont

(1) R. ASCH, *Arch. für Gynæk.*, Bd XXXV, 1889, et H. HARTMANN et DU BOUCHET, *loc. cit.*

suturés au vagin, de chaque côté. La cavité péritonéale non oblitérée est fermée par un tampon de gaze iodoformée. » (Hartmann et du Bouchet.)

Pozzi a modifié légèrement cette technique. Il lie à la soie les ligaments larges, mais sans suturer leurs moignons au vagin ; puis il réunit la plaie vaginale antérieure par une suture continue au catgut, sur trois plans, et la plaie postérieure à points séparés. Une mèche de gaze est introduite dans l'ouverture péritonéale et il termine par une périnoéplastie de Tait modifiée (fig. 115).

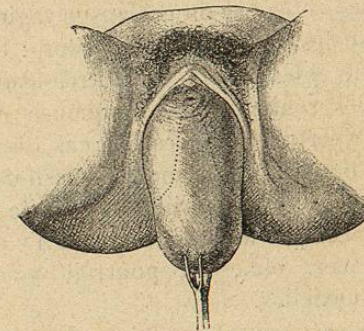


Fig. 115. — Hystérectomie vaginale. Procédé de Pozzi.

Chaput (1) se contente de l'extirpation supravaginale élevée du col, avec résection étendue et suture du vagin suivie d'une large colpopérinéorrhaphie. Chaque opérateur modifie plus ou moins tel ou tel détail de technique ; les uns emploient les pinces, les autres les ligatures ; on ferme ou on ne ferme pas le péritoine, etc. ; mais tous les procédés peuvent se rattacher aux deux méthodes que nous venons de décrire : *Hystérectomie avec colpopexie* ou *hystérectomie avec colpectomie*.

DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES ET GRAVITÉ. — L'hémorragie et la blessure de la vessie sont les deux accidents le plus souvent signalés : Lucas-Championnière, Pozzi, Zolonitsky, Lebidoff, etc., ont eu à compter avec le premier qui s'explique par la varicosité et l'artério-sclérose si développées dans les vieux prolapsus.

Le Dentu a signalé l'ouverture de la vessie et la plupart des opérateurs, Quénu, Lejars, Hartmann, etc., ont observé l'excès d'adhérence de la vessie et la difficulté de son décollement. Zolonitsky, en 1894, a, dans un relevé de 130 opérations, trouvé 9 morts par complications diverses. C'est donc une opération d'une gravité supérieure à celle que comportent les diverses opérations plastiques.

Ajoutons que la plupart des opérateurs s'accordent à admettre que l'hystérectomie ne peut guérir le prolapsus, efficacement et d'une manière durable, même avec les procédés de fixation vaginale aux ligaments larges, qu'à la condition d'être complétée par une opération portant sur le vagin ou le périnée : colpectomie, colpopérinéorrhaphie.

INDICATIONS. — D'une manière générale, les indications sont restreintes : l'hystérectomie totale ne doit être pratiquée qu'après la

(1) CHAPUT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 31 janv. 1894.

ménopause ou à son voisinage. Quénu ajoute : « principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du vagin et du périnée ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ». Pozzi la réserve aux cas où les parties prolabées ont, par leur volume, perdu droit de domicile. Bouilly ajoute les cas où l'utérus petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Léopold (de Dresde) reconnaît les indications suivantes : 1° lorsque les souffrances sont considérables et que les autres traitements ont échoué ; 2° dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale ou, au contraire, dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent ; 3° dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux ; 4° dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes ; 5° quand il y a une complication de fibromes, de cancer, etc., on pourrait y ajouter la bilatéralité de lésions annexielles.

CONTRE-INDICATIONS. — La première est le jeune âge ; puis la déchéance sénile ou pathologique, les lésions organiques du cœur, des reins et des poumons — tous états s'opposant à une longue anesthésie et à une intervention chirurgicale sérieuse. Cependant Pichevin a pu faire, à la cocaïne, chez une vieille femme emphysémateuse et cardiaque, l'hystérectomie vaginale suivie de deux larges colporraphies. Malgré l'étendue donnée à celles-ci, la colpocèle antérieure s'étant reproduite, il l'opéra de nouveau, de la même manière et avec plein succès définitif.

Choix du traitement chirurgical. — Ce choix dépend du degré de la lésion et de sa modalité : il est aussi subordonné, en pratique, aux habitudes, aux aptitudes opératoires de chacun et à l'interprétation pathogénique de chaque cas particulier. Il doit être envisagé dans le *prolapsus incomplet* et dans la *procidence complète*. Il va sans dire que si le prolapsus est lié à une tumeur voisine, on devra tout d'abord l'enlever : souvent cela suffit.

a. PROLAPSUS INCOMPLET. — 1° *Prolapsus primitif du vagin sans lésion du col, avec statique normale ou très léger abaissement de l'utérus.* — La colporraphie antérieure, associée, à la colpopérinéorrhaphie, sont ici les opérations indiquées. La dimension et la forme à leur donner sont subordonnées à l'étendue des colpocèles. Dans tous les cas, la colporraphie antérieure devra être soutenue par la colpopérinéorrhaphie postérieure d'Hegar, si le décollement vaginal est étendu, par une périnéoplastie de Doléris, plus ou moins large, si le périnée seul est défaillant. Cette double opération, bien et largement exécutée, constitue la base du traitement du prolapsus et répond à la grande majorité des cas, même compliqués d'un certain degré d'abaissement et de déviation de l'utérus.

2° *Prolapsus vaginal primitif avec hypertrophie sous-vaginale ou allongement sus-vaginal du col.* — Les opérations plastiques seront précédées, suivant le cas, de l'amputation sous-vaginale du col, d'après le procédé de Schröder, ou de la résection sus-vaginale plus ou moins haute du col allongé.

3° *Prolapsus du vagin et de l'utérus plus ou moins rétrodévié.* — Les opérations vaginales fondamentales seront suivies de l'application d'un procédé de fixation supérieure. Parmi ceux-ci, le raccourcissement des ligaments ronds et l'hystéropexie se partagent la faveur des chirurgiens. Cette dernière compte peut-être aujourd'hui plus de partisans. Cependant, à défaut de lésions annexielles, surtout chez une femme apte encore à la grossesse, nous donnons la préférence à l'opération d'Alquié qui, *convenablement faite*, équivaut à une véritable hystéropexie et nous semble plus physiologique. Nous réservons pour les cas de lésions annexielles concomitantes l'hystéropexie abdominale ou vaginale. Comme ces prolapsus s'accompagnent toujours d'un certain degré de métrite et souvent d'hypertrophie du col, on peut être appelé à faire en une même séance le curettage, l'amputation du col, une double colporraphie et le raccourcissement des ligaments ronds. Cette série opératoire est un peu longue sans doute, mais, avec un peu d'habitude, on peut l'exécuter en une heure ou une heure et demie et les résultats en sont tellement satisfaisants qu'ils permettent de négliger cette objection.

4° *Abaissement primitif de l'utérus avec intégrité apparente du vagin.* — Ici, et exceptionnellement, l'opération fondamentale sera réalisée par un des procédés de suspension, hystéropexie, ou, mieux, raccourcissement des ligaments ronds et, comme opération accessoire, il sera bon de consolider le plan de soutien par une périnéoplastie.

En effet, nous savons que, dans ces cas, il y a toujours une déchéance, plus ou moins apparente, de tous les moyens de fixité.

b. PROLAPSUS COMPLET. — Si la femme est jeune, le prolapsus réductible et non compliqué, il convient de recourir aux procédés conservateurs de contention et de suspension très largement exécutés. Chez les vieilles femmes, si ce mode de traitement n'est pas applicable ou doit exposer à un insuccès, l'hystérectomie vaginale, avec ses indications et ses restrictions, reste comme suprême ressource.

Dans tous les cas, le choix du traitement exige une analyse consciencieuse et sagace de chaque cas particulier et le succès définitif est subordonné autant à ce choix qu'à l'exécution parfaite des actes opératoires qu'il aura dictés.

Maurice ANDRÉ, Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de LE FORT, thèse de Paris, 1888-1889, n° 201. — BOUILLY, *Congrès de chir.*, 1896. — Pierre