

tenu en place et assuré au moyen d'un tube en T. C'est le drainage qui assure la guérison et prévient la formation des fistules. Vincent, dans sa large pratique de la colpotomie, n'a jamais eu de guérisons durables.

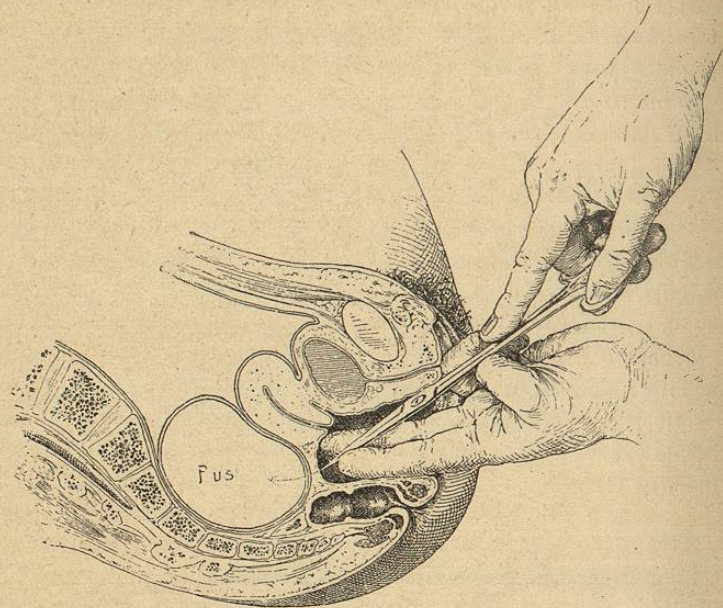


Fig. 210. — Ponction d'une collection rétro-utérine au moyen des ciseaux de Kelly (d'après HOWARD A. KELLY).

Les dangers de l'opération sont : l'hémorragie, la blessure de l'intestin et la péritonite septique. La vessie et l'uretère sont hors d'atteinte si l'on se guide sur la paroi postérieure de l'utérus. Ces accidents sont évitables si l'on a fait une exploration préalable suffisante et si l'on procède couche par couche en se guidant avec le doigt. Ses avantages principaux sont la bénignité, la facilité d'exécution, l'absence de choc, la guérison rapide et la convalescence tranquille, le drainage plus parfait, et, par suite, les chances moindres d'infection, l'absence de cicatrice abdominale, la possibilité souvent constatée de grossesses ultérieures (Goullioud, Doléris, Isaac, Fraipont, Jacobs, etc.). Enfin, elle est maintes fois définitivement curative; les observations de guérison complète ne se comptent plus.

INDICATIONS. — L'incision vaginale est l'opération de choix dans les suppurations aiguës de la trompe ou de l'ovaire s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la friabilité de l'utérus et surtout la grande virulence du pus contre-indiquent l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie d'emblée (Bouilly, Richelot, Le Dentu, Mangin, etc.). Henrotin voudrait même qu'on la pratiquât dès que le diagnostic d'inflammation annexielle est posé. Elle rend l'hystérectomie vaginale plus bénigne si l'on se trouve obligé de la prati-

quer quand même ultérieurement. Dans les lésions chroniques, elle est indiquée surtout chez les femmes jeunes dans les cas d'hydrosalpinx, de pyosalpinx ou d'ovarite suppurée, lorsque la lésion est unilatérale, à condition que la poche soit adhérente à la muqueuse, et encore dans le cas de salpingite suppurée double, à condition que les deux poches suppurées soient accolées et peu élevées dans le bassin.

B. Opérations transpéritonéales. — Elles comprennent la colpocœliotomie vaginale, postérieure ou antérieure, l'hystérectomie vaginale et l'ovario-salpingectomie abdominale.

a. COELIOTOMIE VAGINALE (1). — Par ce terme ou par colpocœliotomie, on doit entendre l'ouverture du péritoine par le vagin. Il n'y a donc comme limite, entre cette opération et la précédente, que l'épaisseur de la séreuse, barrière bien fragile et que devaient franchir facilement les opérateurs familiers de la colpotomie. L'histoire des deux opérations repose à peu près sur les mêmes noms et, dans les statistiques ou les observations, il n'est pas toujours possible de faire la part de chacune : c'est ainsi que celle de Mignon (1878), portant sur 113 cas, ne comporte que deux cas d'excisions d'organes. Cependant l'incision simple ne prétend qu'à l'évacuation d'un foyer reconnu. La cœliotomie, plus compréhensive, ne préjuge pas toujours de la décision à prendre : elle permet de compléter rapidement le diagnostic, de reconnaître la nature des lésions, d'évacuer, sans contaminer le péritoine, une collection virulente et de se limiter à une ovariectomie, à une simple incision ou au drainage de poches péri-utérines, ou, au contraire, de pratiquer une excision unilatérale et de préparer l'hystérectomie, si celle-ci est jugée nécessaire.

Bien qu'elle ait été exécutée par Atlee en 1856 et par Battey en 1869, c'est Gaillard Thomas qui, après un premier succès en février 1870, posa les règles de l'opération. Les chirurgiens la pratiquèrent jusqu'au moment où la laparotomie antiseptique la remplaça dans leur pratique, puis elle fut reprise par Becker en 1882, Greig Smith, Byford, etc. En France, Péan, Terrillon, Bouilly, Segond en publièrent des observations isolées. Mais sa vraie renaissance, chez nous, date de 1893 et des efforts de l'École de Lyon. En Allemagne, elle compte de nombreux partisans : Chrobak, Martin, Landau, Mackenrodt, Dürhssen Sanger, etc. Le Congrès français de chirurgie de 1895, ceux de Genève et de Moscou ont révélé ses succès et les progrès qu'elle a réalisés au détriment de l'hystérectomie vaginale dans la pratique d'un grand nombre d'opérateurs, surtout en Amérique et en Allemagne.

La colpocœliotomie se fait par le cul-de-sac postérieur ou par le cul-de-sac antérieur.

Colpocœliotomie postérieure. — La voie postérieure est la plus

(1) Voy. pour l'histoire : PICHEVIN, *Sem. gynécol.*, 1897, p. 147 et 153, et thèse de CASTELLO, Paris, 1897.

généralement suivie en France et en Amérique. L'opération consiste, dans un premier temps, à ouvrir le cul-de-sac comme pour l'hystérectomie vaginale, par une incision demi-circulaire ou transversale faite aux ciseaux ou au bistouri. G. Thomas, Byford, Lwoff, etc., font l'incision antéro-postérieure. Dans tous les cas, l'ouverture doit être assez large pour permettre de passer trois ou quatre doigts, dont le rôle est de détruire les adhérences, de reconnaître les annexes et de les amener dans le vagin; on n'usera des pinces que discrètement pour cette manœuvre. Quelquefois il est nécessaire et possible de luxer l'utérus en arrière, ce qui facilite beaucoup l'exploration et le traitement ultérieur des organes malades. Ce traitement, variable avec la lésion constatée, va de la simple ponction d'un microkyste à la castration totale, en passant par l'ovario-salpingectomie et par la série des opérations conservatrices que nous énumérerons plus loin. Il est inutile ordinairement de suturer le péritoine et le vagin: on se contente de tamponner l'ouverture à la gaze iodofornée.

*Colpocœliotomie antérieure.* — D'origine plus récente, la colpocœliotomie antérieure avait été pratiquée par von Rabenau en 1886 pour fixer l'utérus rétrodévié; mais ce n'est qu'en 1894 que Dürhssen l'érigea en méthode plus générale. Elle est pratiquée par la plupart des opérateurs allemands, Mackenrodt, Martin, Sängler, etc. En France, importée par Pichevin, elle a été adoptée par nous (1), par Duplay, Clado, Condamin.

Dürhssen faisait d'abord une incision transversale, analogue à celle de l'hystérectomie; il l'a modifiée depuis lors et lui a ajouté une incision longitudinale. Mackenrodt fait l'incision longitudinale antérieure. C'est celle que nous avons adoptée, et voici comment nous procédons. L'incision commence à 2 centimètres en arrière du méat, descend sur la ligne médiane, jusqu'à un centimètre et demi environ de l'orifice externe du col et ne comprend que la paroi vaginale. On sépare, à droite et à gauche, le vagin de la vessie et on crée ainsi deux volets vaginaux. Ceci fait, on passe sous la vessie et on la sépare avec précaution de la face antérieure de l'utérus; on ouvre le plus tôt possible le cul-de-sac péritonéal et on abaisse l'utérus, soit en accrochant sa face antérieure avec des pinces, soit au moyen de fils passés à travers sa paroi. Quand il n'y a pas d'adhérences sérieuses, quand les annexes ne sont pas trop volumineuses, on les amène facilement à l'extérieur, grâce à la bascule de l'utérus, et on peut alors aisément pratiquer sur elles soit une opération conservatrice, soit l'exérèse. Il est parfois utile, pour faciliter la descente et la luxation de l'utérus, de pratiquer la section médiane antérieure au moins sur la hauteur du col, sauf à suturer ensuite (Pichevin).

(1) LE DENTU, *Sem. gynécol.*, 1896, n° 3, et *Congrès de Bordeaux*, 1895. — PICHEVIN, *Sem. gynécol.*, 1896, p. 145 et 153, et *Congrès de Moscou*, 1897.

On a reproché à la cœliotomie en général d'exposer aux lésions de voisinage et à l'hémorragie, de donner peu de jour et de rendre ainsi difficile la ligature des pédicules. Goullioud, Picqué, Bouilly se sont trouvés aux prises avec ces difficultés. Goullioud et Condamin ont même proposé l'*ovario-salpingotripsie* pour les cas où les annexes, trop friables ou trop adhérentes, ne pouvaient être régulièrement saisies et liées. On peut, cependant, par la conduite méthodique de l'opération et le choix judicieux des cas, éluder ces inconvénients. La cœliotomie antérieure, en particulier, qui rend plus facile la luxation de l'utérus, permet aisément l'exploration des cornes utérines, des annexes et même de tout le bassin. Le choix de la direction à suivre, antérieure ou postérieure, est d'ailleurs commandé avant tout par le siège des lésions.

C'est une opération conservatrice par excellence et, à ce titre, on peut l'opposer à la laparotomie, comme moins grave, plus volontiers acceptée par les malades, dans les cas de prolapsus ou de petites lésions ou tumeurs des ovaires, dans les annexites uni ou bilatérales peu volumineuses, peu adhérentes, assez bas situées, et chez les femmes jeunes. On aura d'ailleurs toujours la ressource, dans les cas plus complexes, de terminer par l'hystérectomie. Martin, sur 471 opérées, n'a eu que 4 morts.

*b. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.* — De même que l'incision avait engendré la cœliotomie, celle-ci devait donner naissance à l'hystérectomie vaginale et c'est Péan qui en fut le parrain. L'*opération de Péan* (1), pratiquée pour la première fois, et de propos délibéré, le 12 décembre 1887, a trouvé dans Segond un éloquent apôtre. On sait avec quelle conviction et quel succès il l'a propagée et défendue. Lors de sa première communication, en février 1891, Terrier, Pozzi et d'autres montrèrent de la résistance et ne firent, plus tard, que peu de concessions; mais la cause gagnait cependant du terrain, non seulement en France, où Quénu et Doyen perfectionnaient singulièrement la technique et où tous les chirurgiens lui accordaient sinon une confiance absolue, au moins la concession d'un essai temporaire, mais en Belgique, avec Jacobs, Rouffart, Rochet, Debaisieux; en Italie, avec Bastianelli, Acconci, Ruggi; Landau, en Allemagne; Treub en Hollande, Iversen à Copenhague, etc. Le Congrès de Bruxelles, avec le remarquable rapport de Segond et les discussions suivantes, en marquaient l'apogée. La thèse de Lafourcade en 1893, puis celle de Baudron, en 1894, donnaient le niveau exact et la portée de l'opération. Mais bientôt le Congrès de Genève atténua quelque peu son éclat en révélant, d'une part, que bon nombre d'opérateurs avaient obtenu des guérisons et comptaient des grossesses après la simple incision ou la cœliotomie et, d'autre part, que l'hystérectomie abdominale, encore à

(1) PÉAN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890; *Congrès de Berlin*, 1890.

son aurore, ralliait déjà un bon nombre de laparotomistes un moment entraînés vers la voie vaginale. Depuis lors, les déflections se sont multipliées, ou plutôt, on s'est efforcé de devenir plus électorique et plus conservateur. Telle est la double note qui domine aujourd'hui dans le concert chirurgical, et tel est le principe qui nous a toujours guidés dans le choix de la méthode à suivre.

*Manuel opératoire.* — Au milieu d'un nombre infini de variantes de détail, trois procédés types dominent la technique de l'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes : ce sont ceux de Péan-Segond, de Müller-Quénu et de Doyen.

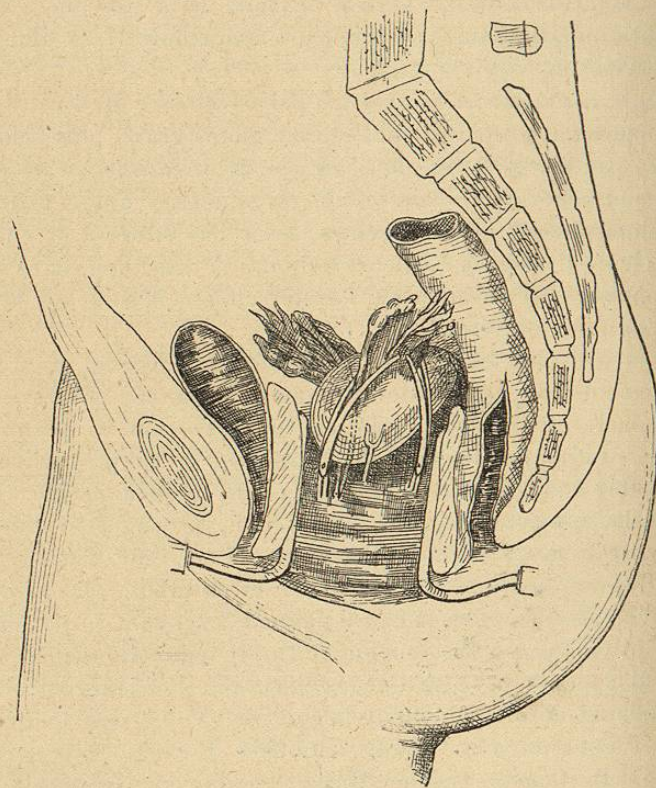


Fig. 211. — Forcippresure, en deux temps, des ligaments larges avec renversement de l'utérus (Péan).

a. *Procédé de Péan* (fig. 211). — Les premiers temps sont les mêmes que dans l'hystérectomie pour fibromes : incision circulaire du col, puis dénudation, avec les doigts ou le bord mousse d'un écarteur, des faces antérieure et postérieure dont il ne faut pas perdre le contact afin de ne pas intéresser la vessie ou le rectum. On ouvre alors soit les culs-de-sac du péritoine, soit une poche purulente ; quelquefois même, on peut énucléer tout l'organe des fausses membranes qui l'en-

tourent sans ouvrir la séreuse. Mais, le plus souvent, on doit procéder au morcellement après hémotase préventive des ligaments larges, de la manière suivante : morcellement par incisions transversales, précédé de l'hémotase préventive, tel est le principe de l'opération qui procède par étapes successives comprenant quatre temps : 1° libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° pincement, puis section, au ras de l'utérus, de la portion correspondante des ligaments larges ; 3° section bilatérale de l'organe, de manière à diviser en deux valves, antérieure et postérieure, la fraction d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° excision transver-

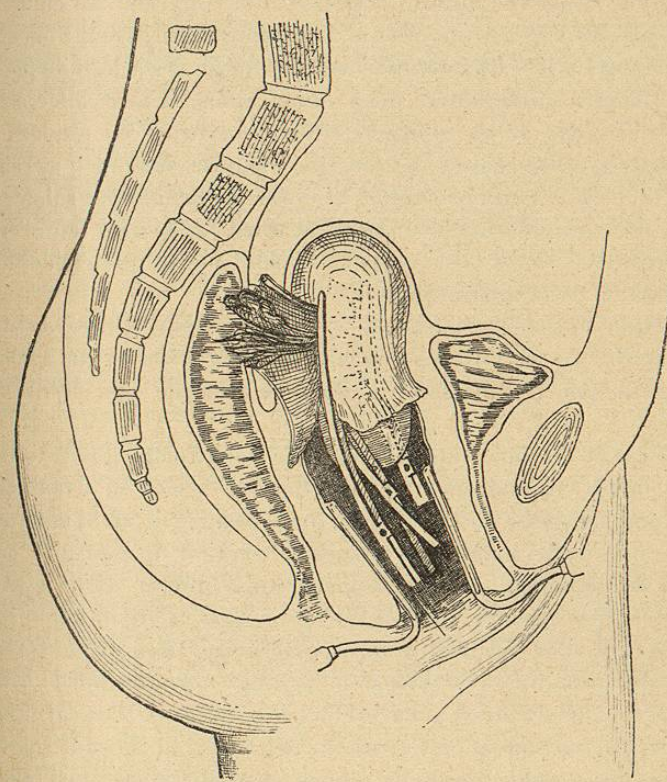


Fig. 212. — Forcippresure, *in situ*, des ligaments larges (Péan).

sale de ces deux valves après avoir saisi les tissus, au moyen de deux pinces à traction, au-dessus de la ligne de section. On arrive ainsi à réaliser peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce qu'on fait (fig. 212).

Segond (1) ajoute à l'incision circulaire du vagin deux petites incisions verticales qui donnent plus de jour ; puis, dans les cas diffi-

(1) Paul SEGOND, *Soc. de chirurgie*, 1891 ; thèse de BAUDRON, Paris, 1894, etc.

ciles, après avoir excisé les deux valves du col, il tente l'incision médiane à la manière de Doyen, ou pratique l'évidement central conoïde sans hémostase préventive autre que celle de la base des ligaments larges déjà réalisée. Cet évidement consiste dans la résection successive de petits cônes à base inférieure taillés de part et d'autre de l'incision médiane. L'utérus ainsi diminué s'abaisse sous l'effort de la traction des pinces et vient se renverser dans le vagin, attirant avec lui le bord supérieur des ligaments larges qu'il est facile alors de pincer et de sectionner.

L'ablation de l'utérus constitue toute l'opération dans les cas de suppuration complexe où les poches se sont ouvertes au cours des manœuvres et où il est impossible d'en enlever les parois : on cherchera toujours à les ouvrir toutes avec le doigt. S'il s'agit de poches plus ou moins adhérentes mais énucléables, il faut aller à leur recherche, tâcher de les énucléer et de les extirper en s'aidant des doigts et de pinces; mais il ne faut rien déchirer sans bien se rendre compte de ce que l'on fait. Enfin, dans les cas simples de salpingites mobiles, les trompes suivent l'utérus et il est facile d'en faire l'extirpation régulière : mais ces cas spéciaux sont plutôt justiciables de la coeliotomie ou de la laparotomie.

b. *Procédé Müller (1)-Quénu (2)*. — Proposé par Müller dès 1887 pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, ce procédé a été appliqué et vulgarisé par Quénu sous le nom de procédé par *hémisection complète*.

Le col ayant été saisi latéralement par deux fortes pinces à traction, on incise circulairement et on dénude le col en avant et en arrière, puis on incise verticalement, aux ciseaux, la paroi antérieure du col. On reporte ensuite les pinces à traction un peu plus haut, toujours latéralement, et l'abaissement, ainsi obtenu, d'une nouvelle portion d'utérus permet au doigt de prolonger la dénudation et de faire une nouvelle section antéro-postérieure. Bientôt le fond de l'utérus apparaît; on l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane. On saisit alors chaque moitié utérine et on l'attire au dehors en lui faisant subir un mouvement de torsion. Les deux pinces à traction étant ainsi rejetées sur les côtés et tenues par un aide, le chirurgien n'a plus à s'occuper que du nettoyage de la cavité péritonéale, de l'ouverture ou de l'ablation des poches. On termine l'opération par l'hémostase au moyen de pinces ou de ligatures, puis on résèque chaque moitié de l'utérus.

*Procédé de Doyen ou de l'hémisection antérieure (3)*. — Le col est

(1) MÜLLER, *Centralbl. für Gynec.*, 1882, n° 6, et *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888, nos 10 et 11.

(2) QUÉNU, *Soc. de chirurgie*, 4 nov. 1891, et *Ann. d'obst. et de gynec.*, mai 1892.

(3) DOYEN, *Congrès de Genève et Arch. prov. de chirurgie*, 1896.

fixé par deux pinces latérales et, avec des ciseaux mousses, on incise les culs-de-sac postérieurs vaginal et péritonéal. L'index droit, pénétrant dans la boutonnière séreuse, explore les annexes, détruit les adhérences aussi haut que possible et ouvre, au besoin, les poches purulentes rétro-utérine ou latérales.

Si la castration utéro-annexielle doit être poursuivie, on complète, aux ciseaux, sur les côtés et en avant du col, la section de la muqueuse vaginale. La vessie est décollée avec l'index aussi largement que possible et l'utérus se trouve isolé de toute connexion avec les organes voisins. Le col est abaissé à la vulve et il est aisé de pratiquer la section médiane antérieure (Voy. p. 717, fig. 181) : le cul-de-sac péritonéal antérieur apparaît alors : on l'ouvre largement et on prolonge la section médiane sur toute la hauteur de la paroi antérieure de l'organe dont le fond s'abaisse peu à peu et apparaît au-dessous de l'écarteur. Au-dessus de lui, l'index introduit dans le péritoine explore les annexes, les décolle de leurs adhérences et commence l'extirpation par les points les plus accessibles. On applique alors une pince à mors élastiques sur chaque ligament large, de haut en bas, en dehors des annexes (Voy. p. 718, fig. 182); on la renforce par une autre, plus courte, assurant l'hémostase de l'utérine, puis on sectionne les ligaments. L'utérus est ainsi enlevé en totalité.

Ce procédé, simple et rapide, est celui qui semble avoir réuni le plus de suffrages. L'utérus enlevé, il vaut mieux s'abstenir de tout lavage; on s'assure de l'exactitude de l'hémostase et de l'ouverture de toutes les poches, puis on glisse entre les écarteurs une longue lanière de gaze iodoformée qu'on pousse assez loin pour protéger l'intestin contre le contact des pinces et qu'on tasse lâchement. Une sonde à demeure est placée dans la vessie pendant quarante-huit heures; une épaisse collerette de coton entoure les pinces pour les préserver de tout tiraillement accidentel et pour protéger la vulve, et un bandage en T maintient le tout. Les pinces sont enlevées avec précaution au bout de quarante-huit heures, mais le pansement profond ne doit pas être changé avant quatre ou cinq jours, à moins d'élévation de la température imputable à un drainage déficient ou d'occlusion mécanique de l'intestin.

Nous ne nous arrêtons pas aux difficultés et aux complications opératoires de ce procédé : elles n'ont rien de spécial à l'hystérectomie pratiquée pour annexites; cependant la *fixité* et la *friabilité* de l'utérus sont telles, parfois, qu'on se trouve en présence d'obstacles insurmontables et qu'on est obligé de faire une opération incomplète ou de la terminer par la laparotomie. Les résultats immédiats sont bons au point de vue de la mortalité qui, d'après la dernière statistique de Bardenheuer, ne dépasse pas 3,5 p. 100.

Les résultats éloignés ne peuvent être appréciés en bloc; ils sont subordonnés à l'ablation plus ou moins complète des lésions. Nous