

ne pouvons rappeler ici les longues discussions qui se sont élevées à propos des avantages et des inconvénients respectifs de la laparotomie et de l'hystérectomie. L'une et l'autre ont leurs indications propres, sinon exclusives, et doivent être également familières aux chirurgiens. On peut dire, d'une manière générale, que l'hystérectomie, comportant un choc, une gravité moindres, à égalité de lésions,

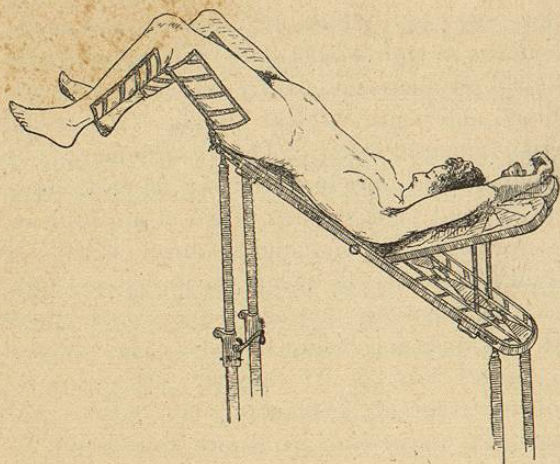


Fig. 213. — Position de Trendelenburg sur la table de Mariaud (d'après S. Bonnet et P. Petit).

est l'opération qui convient aux supurations bilatérales complexes, avec état général grave et en cas de fistules.

c. OVARIO-SALPINGECTOMIE ABDOMINALE. — Hegar semble avoir pratiqué le premier la salpingectomie abdominale; mais L. Tait a mérité de lui donner son nom par l'influence qu'il a eue sur sa vulgarisation. Nous n'en donnerons ni l'historique ni la technique détaillée, qui sont suffisamment connus de tous; nous nous bornerons à souligner quelques détails opératoires plus spécialement appropriés au but à poursuivre.

L'incision médiane doit être assez longue pour ne pas gêner les manœuvres et pour permettre de voir ce qu'on fait. La position déclive tête en bas, conseillée en 1877 par Trendelenburg (fig. 213), adoptée, dès 1890, par Terrier, puis par Delagènière et par tous les chirurgiens, facilite singulièrement l'opération en entraînant vers le diaphragme toute la masse intestinale et en supprimant l'éviscération; mais, pour cela, la déclivité doit être très accentuée, jusqu'au voisinage de 45°. La valve de Doyen ou de Monprofit (fig. 214 à 216) écarte les lèvres de l'incision et éclaire le champ opératoire; des compresses, méthodiquement disposées, protègent l'intestin et la grande séreuse contre l'effusion possible de liquides septiques. L'aire opératoire ainsi disposée, on procède à l'exploration, à la reconnaissance méthodique des organes et de leurs rapports et à leur libération. Les adhérences de l'épiploon, ordinairement lâches, sont simplement détachées avec les doigts ou réséquées entre deux ligatures. Celles de l'intestin doivent toujours être traitées sous le contrôle de la vue; on laissera au besoin un fragment de la poche adhérente après l'avoir stérilisé

au thermocautère. Le suintement sanguin qui résulte du détache-

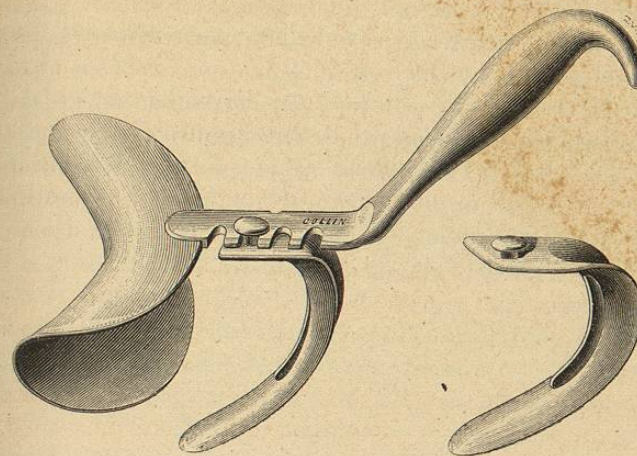


Fig. 214. — Valve de Monprofit.

ment d'une bride intestinale s'arrête spontanément ou après une compression de quelques instants. Ce

sont ordinairement les adhérences pariétales du cul-de-sac de Douglas qui sont les plus résistantes et qui exigent le plus de soin et de patience. On parvient parfois plus facilement sur un plan de clivage en commençant l'énucléation par en bas et en arrière. Il est bon, pendant ces manœuvres, d'embrasser dans une compresse aseptique toute la masse à énucléer afin de préserver, en cas de rupture, la séreuse et ses mains. Si

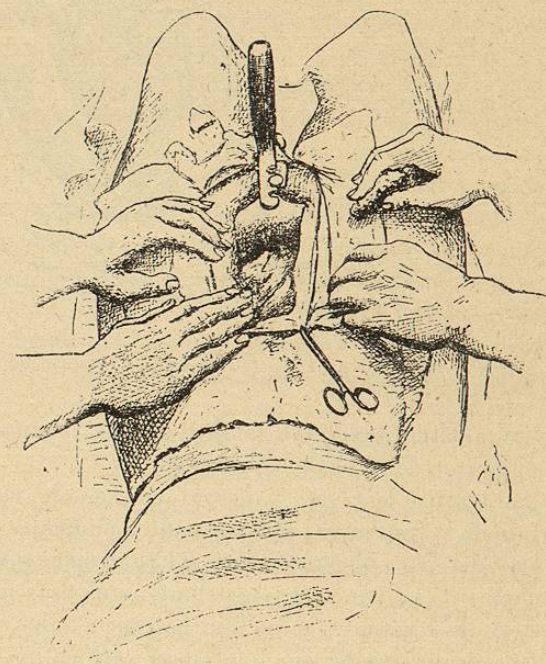


Fig. 215. — La valve abdominale de Monprofit en place. On voit l'espace opératoire que crée l'emploi de cet instrument (d'après Monprofit).

l'énucléation ne doit pas entraîner de trop grands délabrements, on

doit la poursuivre avec patience et douceur et la réaliser aussi complète que possible.

Dans le cas contraire, après avoir libéré partiellement la poche, on la *fixera* avant de l'ouvrir, au *pourtour de l'incision abdominale* (*marsupialisation*) afin de la drainer, au moyen de simples lanières de gaze ou d'un sac de Mickulicz. Ultérieurement on remplacera la gaze par des tubes de caoutchouc. Cette conduite est beaucoup plus sûre et donnera des résultats définitifs au moins aussi satisfaisants qu'une ablation plus complète, mais réalisée au prix de délabrements laborieux et étendus.

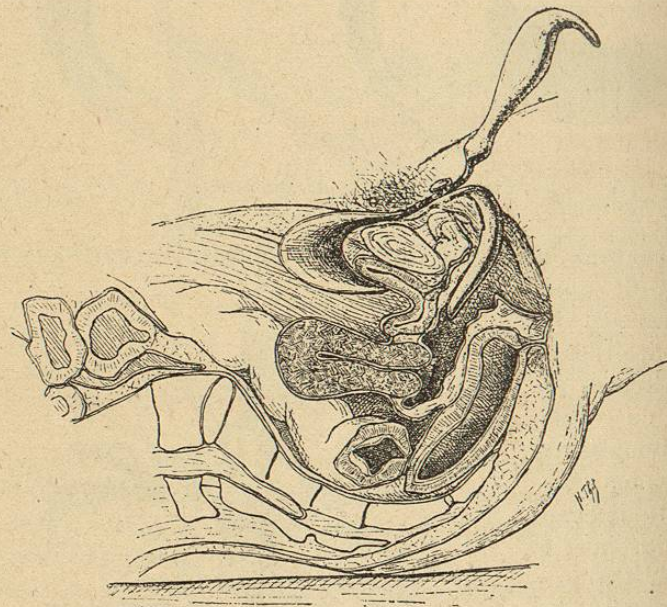


Fig. 216. — Coupe verticale schématique d'une application de la valve de Monprofit.

La ponction préalable facilite parfois beaucoup l'énucléation ou l'adduction de la poche à la paroi.

Si l'ovaire est sain, surtout en cas de lésions bilatérales des trompes, il vaut mieux le laisser afin d'éviter les conséquences futures de la *cachexie ophoriprivo*. On est également revenu de l'opinion trop radicale de L. Tait, qui conseillait, dans tous les cas, l'excision bilatérale des organes. On ne doit enlever que les organes malades sans préjuger du sort de ceux que, après vérification, on a reconnus sains, et ce n'est pas le moindre avantage de la laparotomie que de permettre la limitation des sacrifices ainsi que l'emploi plus étendu des méthodes conservatrices.

Pour pratiquer l'excision, on tend aujourd'hui, à l'exemple des chirurgiens américains, à substituer la ligature isolée des vaisseaux

et la suture de la séreuse par-dessus les ligatures, à l'ancienne ligature en masse ou en chaîne du ligament large. On sectionne d'abord celui-ci en dehors des annexes et on lie l'utéro-ovarienne, qui saigne peu ordinairement, puis la section se prolonge au-dessous de l'ovaire et remonte vers la corne utérine. Chaque vaisseau est saisi par un aide et lié à part, puis on suture au catgut, au-dessus des ligatures, les deux feuillets de la séreuse, en les affrontant. On doit dans tous les cas, même les plus compliqués, s'efforcer de fermer exactement le péritoine.

Avant de clore l'incision abdominale, on fera l'inspection de la cavité pelvienne afin de parfaire l'hémostase, de vérifier l'intégrité du rectum et de la vessie, d'étancher les liquides et d'enlever tous les caillots. On a généralement renoncé aux lavages : on se sert, pour la *toilette du péritoine*, de compresses-éponges et, s'il reste quelques doutes sur la perfection de l'hémostase ou l'immunité de la séreuse, on pratique le *drainage*. Celui-ci se fait, soit par le vagin (Sims, etc.), soit, mieux, par l'angle inférieur de l'incision abdominale, au moyen de deux gros tubes en caoutchouc portés jusqu'au fond du Douglas et entourés de gaze. Un fil d'attente, laissé libre à leur niveau, au moment de la suture, permettra d'occlure la plaie, au bout de quarante-huit heures, lorsqu'on les aura retirés.

Les *résultats immédiats* de la salpingectomie abdominale sont actuellement comparables à ceux de l'hystérectomie. Les statistiques personnelles de Pozzi, Terrier, Hartmann, P. Delbet donnent une mortalité de 2,66 à 3 p. 100. Les *résultats éloignés*, très diversement interprétés, dépendent de la malade, de l'opération, de l'étendue de la lésion, souvent de l'état de l'utérus qui participe plus ou moins au processus inflammatoire. Richelot a été obligé de faire 56 fois l'hystérectomie secondaire, après 300 laparotomies. L'utérus, en effet, est souvent responsable des insuccès définitifs, et cette considération n'a pas peu contribué à l'avènement de l'hystérectomie abdominale totale.

D'une manière générale, nous estimons que la laparotomie est indiquée toutes les fois qu'il y a doute sur la gravité ou la bilatéralité des lésions et, par suite, espoir de conservation des organes, lorsque ces lésions sont haut placées et surtout qu'il s'agit d'une femme jeune. C'est encore la laparotomie à laquelle on doit recourir d'urgence en cas de péritonite consécutive à la rupture d'une collection purulente.

Hystérectomie abdominale totale (1). — D'origine américaine, l'hystérectomie abdominale pour lésions des annexes a été pratiquée d'abord par Polk, en janvier 1892, puis par Baldy, Krugg, Brown,

(1) Voy. pour l'historique et la description des procédés de l'hystérectomie abdominale totale, en général : PICHEVIN et S. BONNET, *Sem. gynéc.*, 1898, et MOULOUGUET, *Arch. prov. de chirurgie*, 1898.

Pryor, Kelly, etc. En France, Delagénère (du Mans) faisait sa première opération le 20 janvier 1894 et en communiquait au Congrès de Lyon quatre cas avec quatre succès. Terrier et Hartmann, puis Richelot, Reclus, Chaput, Segond, Routier, etc., adoptaient la méthode qui, au Congrès de Genève, trouvait sa consécration et, aux Congrès suivants, s'affirmait par un nombre sans cesse croissant

d'adeptes et par des statistiques déjà imposantes.

Les procédés opératoires sont nombreux; les uns enlèvent tout l'utérus (Polk, Delagénère, Segond, Jacobs, Bardenhauer, etc.); les autres se contentent de l'hystérectomie sus-vaginale, *sub-totale* et laissent le col (Baldy, Kelly, Penrose, Noble, Bouilly, etc.). Terrier, après expérimentation des deux manières, s'est franchement rallié à cette dernière.

Nous décrirons seulement le manuel opératoire de Delagénère et le procédé dit américain.

Procédé de Delagénère (1) (fig. 217 à 219). Les premiers temps sont ceux de toute salpingectomie. Après libération des annexes, le ligament large est saisi en dehors et en dedans par deux pinces, dont l'externe, coudée, est placée à 2 centimètres environ au-dessus du

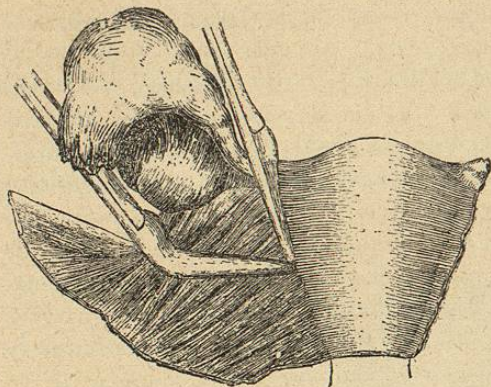


Fig. 217. — Procédé de Delagénère. Les annexes sont isolées; une pince coudée est placée à cheval sur le ligament large; le bec arrive au ras de l'utérus sous le bec d'une pince hémostatique placée de champ sur la corne utérine et longeant le bord utérin.

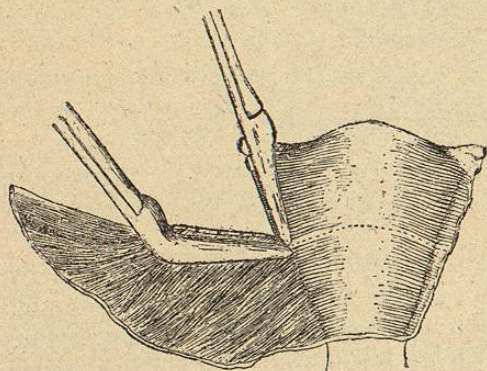


Fig. 218. — Même figure; les annexes ont été excisées entre les pinces. — Ligne ponctuée montrant le tracé de la collerette portant entre les becs des deux pinces.

tracé qu'on va faire de l'incision péritonéale (fig. 217). Les annexes sont alors réséquées entre les deux pinces, et des deux côtés (fig. 218). On trace ensuite, autour de l'utérus, une ligne d'incision qui passe à

(1) DELAGÉNÈRE, *Arch. prov. de chirurgie*, mai 1895.

1 centimètre et demi au-dessus de la vessie et plus ou moins bas en arrière. La collerette péritonéale est lentement et soigneusement disséquée, en empiétant au besoin sur le tissu utérin, de manière à bien écarter la vessie et les uretères. Lorsqu'on arrive sur les utérines, on les pince et on les lie isolément; les utéro-ovariennes sont liées plus tard de la même manière, au moyen d'un nœud à boucle passée (fig. 219). Le cul-de-sac vaginal postérieur est ouvert le premier en se guidant sur la saillie d'une pince vaginale, puis le col est désinséré aux ciseaux sur tout son pourtour. On termine, après toilette du bassin, par la suture en surjet de la collerette péritonéale. Si l'opération a été trop laborieuse, on laisse béante la collerette péritonéale et on draine par le vagin.

Procédé américain (1). — Il comporte les

temps suivants, d'après Kelly, après incision abdominale et libération des annexes, en commençant par le côté le plus accessible, le gauche ordinairement.

1° Ligature des vaisseaux ovariens au ras du bassin, puis pincement de ces mêmes vaisseaux près de l'utérus: section au ras de la ligature et au ras de la pince; 2° ligature et section du ligament rond près de l'utérus et incision de la voûte du ligament large de la première ligature à la pince; 3° incision du cul-de-sac vésico-utérin d'un ligament rond à l'autre et libération de la vessie jusqu'aux artères utérines; 4° on incline l'utérus à droite afin de voir ou de reconnaître au doigt l'utérine gauche: on la pince contre l'utérus, on la lie en dehors et on la sectionne entre les deux. La ligature des veines est superflue; 5° section du col transversalement au-dessus du vagin; 6° pincement et section de l'utérine droite assez loin en dehors afin d'éviter l'uretère; 7° en déroulant toujours l'utérus en dehors et en haut, on pince et on sectionne successivement le deuxième ligament rond près de l'utérus et les vaisseaux ovariens près du bassin. La masse utéro-annexielle est ainsi libérée et enlevée en bloc. Il ne reste plus qu'à remplacer les pinces par des ligatures, à

(1) HOWARD A. KELLY, *Operative Gynecology*, t. II, et PAUL SEGOND, *Revue de gynéc.*, 1897, n° 4.

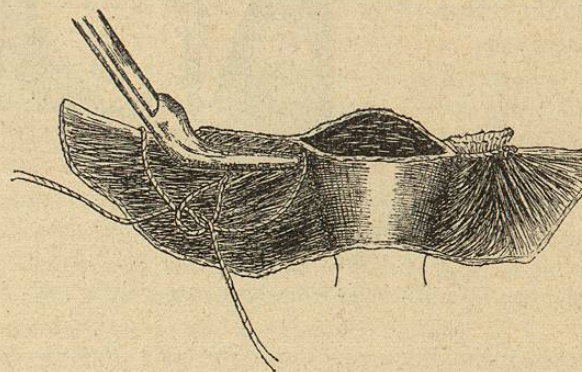


Fig. 219. — La collerette est disséquée, l'utérus enlevé. Un fil à boucle passée est placé sous la pince pour lier en pédicule le ligament large amputé. De l'autre côté, le nœud est terminé et la pince enlevée.

suturer le moignon cervical et le péritoine par-dessus (fig. 220).

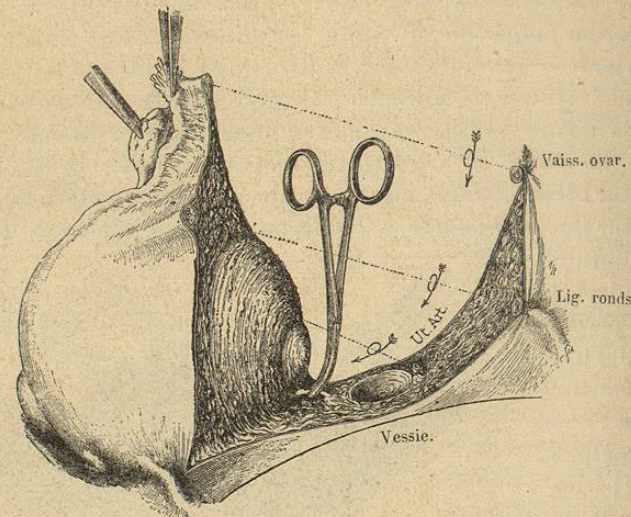


Fig. 220. — Hystérectomie abdominale sub-totale (procédé de Howard A. Kelly).

Segond modifie ainsi ce procédé : après ligature de l'utérine gauche, au lieu de sectionner le col, il effondre latéralement le vagin et libère le col, aux ciseaux, sur tout son pourtour, puis, le saisissant avec des pinces, il le récline en haut et à droite, lie et sectionne l'utérine droite et termine comme ci-dessus. Il fait un surjet sur le péritoine et laisse ordinairement le vagin ouvert (fig. 221).

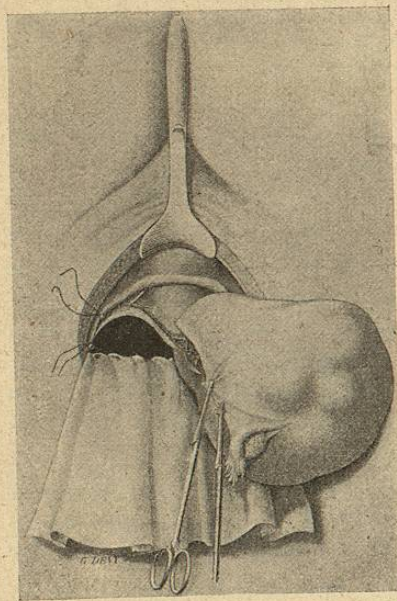


Fig. 221. — Hystérectomie abdominale totale (Procédé de Paul Segond).

De nombreuses variantes de ces procédés ont été appliquées par divers opérateurs : c'est ainsi que *Faure* a préconisé, en 1897, la section médiane complète de l'utérus suivie de l'extirpation des deux moitiés avec leurs annexes adhérentes. Cette technique facilite l'opération dans certains cas compliqués, mais a l'inconvénient d'ouvrir toute la cavité utérine. Il faut donc se mettre en garde contre cette cause d'infection. *Doyen*, sans faire d'hémostase préalable, effondre

directement le cul-de-sac postérieur, saisit le col, le libère de son insertion vaginale et, basculant l'utérus en haut et en arrière, il sectionne les ligaments de bas en haut. *Richelot* commence par libérer la face antérieure de l'utérus, etc. *Jaboulaya* a proposé une hystérectomie totale sus-pubienne et sous-péritonéale. Les uns basculent l'utérus en arrière, d'autres latéralement ou en avant. Mais ce sont là détails opératoires d'importance secondaire et moindre que la totalité ou la sub-totalité de l'extirpation. La valeur relative des deux manières a été brillamment discutée au Congrès de chirurgie de 1899 à propos du traitement des fibromes. La plupart des considérations qu'on a fait valoir relativement à l'une et à l'autre sont applicables au traitement des annexites, et la sub-totale semble rallier le plus de suffrages. *Ricard*, dans son rapport à ce Congrès, indique, en bloc, une mortalité de 9,65 p. 100 pour la totale et de 4,50 seulement pour la sub-totale. *Terrier*, au dernier Congrès de 1900, donne une statistique personnelle intéressante à cet égard : sur 200 hystérectomies, 155 sus-vaginales lui ont donné une mortalité de 7,09 p. 100 et 45 totales, de 20 p. 100. Dans ses 66 dernières opérations, la mortalité s'est réduite à 10 p. 100 pour cette dernière et à 5,35 pour la sus-vaginale. *Hartmann*, par contre, n'a eu qu'une mort pour 60 totales.

La gravité de l'opération n'est donc pas plus considérable que celle de l'hystérectomie vaginale et de la simple salpingectomie, et si cette dernière, pratiquée sur les deux côtés, ne doit pas toujours comporter, à notre avis, l'extirpation de l'utérus comme temps complémentaire, on devra supprimer l'utérus chaque fois qu'il peut compromettre, par son état d'inflammation parenchymateuse, le succès définitif de l'opération (1).

C. Résumé du traitement. — Le choix paraissait difficile, il y a quelques années, entre les méthodes et les procédés opératoires qui viennent d'être exposés; aujourd'hui, il l'est beaucoup moins. Des opérations sous-péritonéales, une seule mérite d'être conservée : c'est l'intervention par le vagin. Tout au plus peut-on admettre que, dans quelques circonstances tout exceptionnelles, il soit permis d'aborder une collection purulente par les voies rectale, périnéale, sacrée et parapéritonéale. L'incision méthodique par le vagin, plutôt sans ponction préalable, que certains chirurgiens ont eu tort de condamner sans appel, doit être considérée, dans des cas encore assez nombreux, comme opportune et suffisante. En tant qu'opération d'attente, elle a aussi ses avantages.

La question est plus complexe, en ce qui concerne les opérations sous-péritonéales. Nous avons eu recours assez fréquemment à la colpocœliotomie antérieure et surtout postérieure, lorsqu'il s'agis-

(1) Voy. pour l'historique et les indications bibliographiques : thèse de *BLAGNY*, Paris, 1899 ; thèse de *DONNET*, Paris, 1895.