III

ANNEXES DE L'UTÉRUS

I. - OVARO-SALPINGECTOMIE

L'ablation des annexes, avec ou sans extirpation simultanée de l'utérus, s'exécute par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

§ 1. — VOIE ABDOMINALE

Deux cas principaux peuvent se présenter : les annexes sont libres ou très faiblement adhérentes ; ou bien intimement fusionnées avec l'utérus, le pelvis et les organes avoisinants.

A. - Annexes libres.

Soins préliminaires. — Ceux de toute laparotomie.

a. Incision de la paroi. — Sur plan incliné. Incision médiane, verticale, assez courte si les annexes sont petites et mobiles, plus longue si cela est nécessaire. Dans les cas où l'extirpation s'annonce très facile, on peut user de l'incision cruciale de Segond-Dartigues (voy. p. 827).

La peau est coupée transversalement juste au-dessus du pubis, afin de cacher la cicatrice dans la ligne des poils; la couche musculo-aponévrotique et le péritoine sont ouverts longitudinalement.

b. Extirpation des annexes. — Le ventre ouvert, l'intestin récliné sous une compresse, on cherche d'abord le fond de l'utérus, puis les cornes utérines qui conduisent aux annexes. On libère légèrement la masse annexielle, en rompant les petits tractus et adhérences qui peuvent la retenir. On la saisit, on l'attire et on la soulève pour la pédiculiser au niveau de la corne utérine.

On peut alors: 1° ou bien transfixer le pédicule avec une aiguille munie d'un fil solide, lier soigneusement ce pédicule et le couper en dehors de la ligature soit aux ciseaux, soit au thermo-cautère; — 2° ou bien placer un clamp sur ce pédicule, l'exciser et remplacer ensuite le clamp par une ligature; — 3° ou bien écraser le pédicule avec un angiotribe, placer un fil dans le sillon et couper en dehors; — 4° ou bien enfin sectionner franchement le ligament large au-dessous des annexes, sans ligature ni hémostase préalables. Sur la tranche, on pince et on lie isolément les vaisseaux qui saignent Ce dernier mode, conseillé par Delbet, s'il est plus élégant, expose en revanche à des hématomes ou des hémorragies qui peuvent être graves (Rebreyend). On doit donc apporter les plus grands soins à son exécution.

Quelle que soit la technique adoptée, il faudra vérifier minutieusement

l'hémostase du pédicule et s'assurer que la ligature n'a pas de tendance à glisser. C'est pour éviter ce glissement qu'il importe de transfixer le pédicule avec le fil, soit avant de le nouer (nœud du meunier, nœud de l'artificier), soit après avoir fait un premier nœud serrant le pédicule en masse (Doyen).

- c. Péritonisation du pédicule. Un surjet au catgut enfouit la ligature et le pédicule sous les deux feuillets du ligament targe qu'il ramène au-dessus d'eux.
 - d. Fermeture de l'abdomen. A un ou plusieurs plans.

B. - Annexes adherentes.

Nous rangeons sous ce titre les cas d'annexites presque toujours suppurées, où l'ovaire et la trompe, transformés en poches séreuses ou purulentes, perdus au milieu d'adhérences inextricables, souvent prolabés dans le Douglas, adhèrent étroitement à l'utérus, au pelvis, à l'intestin, à la vessie ou à l'épiploon, si bien qu'il est très malaisé de les découvrir d'abord, de les extirper ensuite.

Comme ces lésions sont presque toujours bilatérales, la tendance actuelle est de leur opposer non pas la salpingectomie simple mais la castration abdominale avec hystérectomie totale ou subtotale préliminaire ou simultanée.

Nous renvoyons donc au chapitre de l'hystérectomie abdominale pour annexites suppurées (p. 4194), nous bornant à rappeler :

1º Que l'incision abdominale doit être large pour bien voir ce qu'on fait et manœuvrer à l'aise;

2º Qu'il faut, avec le plus grand soin, limiter le champ opératoire à l'aide de compresses épaisses pour protéger la grande séreuse;

3º Que la première manœuvre doit être la découverte du fond de l'utérus, guide indispensable, qu'il faut tout d'abord libérer de ses adhérences épiploïques ou intestinales;

4º Que les annexes se décollent beaucoup plus facilement de bas en haut et de dedans en dehors qu'en sens inverse, et que, suivant la remarque de Faure, il faut toujours essayer de les aborder par en dessous, par leur pôle inférieur, où se trouve le plan de clivage;

5º Que, suivant les circonstances particulières, il faudra recourir à l'hystérectomie préalable ou simultanée, par décollation, par hémisection médiane, par la méthode américaine, etc.;

6º Que le drainage abdominal ou vaginal est presque toujours nécessaire.

§ 2. — VOIE VAGINALE

La voie vaginale comporte les mêmes considérations.

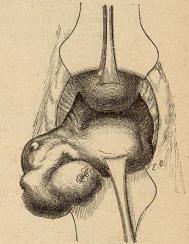


Fig. 1332. — Ablation des annexes par colpotomie postérieure (J.-L. Faure).

Si les annexes sont libres, on pourra les enlever par une simple colpotomie (voy. page 4130).

1216 OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Si les annexes sont adhérentes et suppurées, la colpotomie permettra encore de crever les collections tubaires ou péritubaires, et de les drainer au point déclive.

Si les lésions sont bilatérales, la castration vaginale avec hystérectomie sera souvent nécessaire (voy. p. 1168).

II. - OPÉRATIONS CONSERVATRICES SUR LES ANNEXES

Nous les signalerons simplement en quelques mots.

§ 1. — OPÉRATIONS CONSERVATRICES SUR L'OVAIRE

- 1º Ignipuncture de l'ovaire. L'ovaire malade est saisi, amené hors du ventre et les kystes perceptibles (ovarite scléro-kystique) sont ouverts avec la pointe du thermocautère portée au rouge sombre.
- 2º Incision exploratrice. Au bistouri, l'ovaire saisi entre deux doigts est fendu sur son bord libre et dans toute sa longueur jusqu'au hile. On ouvre ou on cautérise les kystes profonds. On referme la brèche à l'aide d'un sujet superficiel au catgut, auquel on ajoute s'il est besoin quelques points profonds.
- 3º Résection partielle. La partie à réséquer est cernée par une double incision elliptique, circonscrivant une tranche en forme de coin à sommet profond, qui est prestement enlevée. Les points saignants sont touchés au thermo. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par un surjet, renforcé, s'il le faut, de quelques points profonds.

§ 2. — OPÉRATIONS CONSERVATRICES SUR LA TROMPE

- 1º Salpingorraphie. Le pavillon tubaire est libéré, ses franges écartées. L'ovaire est engagé partiellement dans l'entonnoir tubaire que l'on fixe par quelques points unissant les franges à la périphérie de l'ovaire.
- 2º Salpingostomie. Si le pavillon est oblitéré, on peut en libérer les franges ou bien réséquer l'extrémité externe de la trompe, la fendre latéralement et unir par quelques points la muqueuse à la séreuse; on termine ensuite par la salpingorraphie.
- 3º Salpingoplastie. Le rétrécissement tubaire, repéré par un fin stylet introduit par le pavillon, est incisé longitudinalement. Une fine bougie de baleine, armée d'une soie plate double et longue, est introduite par le pavillon jusque dans l'utérus curetté et dilaté préalablement; un aide saisit dans la cavité utérine la bougie et attire l'anse de soie jusque dans le vagin. L'opérateur suture alors transversalement l'incision longitudinale qu'il avait fait à

la trompe, puis enfouit cette suture sous un pli séreux emprunté à l'aileron moyen du ligament large. L'anse de soie est enlevée au quatrième jour, par traction lente.

III. -- OVARIOTOMIE

La cure radicale des kystes de l'ovaire, aussi bien chez les jeunes enfants que chez les personnes âgées, s'obtient par l'extirpation des kystes pédiculés, l'énucléation des kystes sessiles, ou si ces deux manœuvres sont impossibles, par la marsupialisation ou par l'ovario-hystérectomie. Ces diverses opérations s'exécutent par la voie abdominale.

On a pu, dans certains cas, extirper des kystes de petit volume par la voie vaginale. Après colpotomie antérieure ou postérieure, le kyste est saisi, évacué par ponction, attiré dans le vagin et son pédicule sectionné après hémostase préalable par ligature ou pince à demeure. Mais cette manière de faire reste exceptionnelle et l'ovariotomie abdominale reste la méthode de choix. Elle s'exécute dans deux conditions différentes : les kystes de l'ovaire proprement dits, et les kystes inclus dans le ligament large.

§ 1. — EXTIRPATION (KYSTES PÉDICULÉS)

Soins préliminaires. — Ceux de toute laparotomie (vo.j. p. 817).

a. Incision de la paroi. — La malade est mise de préférence sur une table à inclinaison; le chirurgien se place à gauche, l'aide à droite.

Incision verticale, médiane, sous-ombilicale, de 5 à 6 centimètres seulement; on l'agrandira plus tard s'il est nécessaire.

On sectionne la peau, la graisse sous-cutanée; on reconnaît la ligne blanche, on la divise ou bien on passe latéralement dans la gaine de l'un des droits, et, traversant avec précaution la graisse sous-péritonéale, on arrive au péritoine.

Si le kyste n'adhère pas à la paroi, on soulève un pli de la séreuse avec une ou deux pinces, on l'incise légèrement après s'être assuré que ce pli ne renferme rien autre que le péritoine et, sur l'index gauche comme guide, on agrandit l'ouverture aux ciseaux dans l'étendue nécessaire. Cette boutonnière sera faite haute pour éviter plus sûrement la vessie parfois très remontée.

Si le kyste adhère à la paroi abdominale antérieure, ce qui est fréquent, il faut redoubler de prudence et d'attention pour ne pas ouvrir le kyste d'emblée. On cherche à cliver le péritoine d'avec la paroi kystique. Celui-là se reconnaîtra ordinairement à sa minceur, et celle-ci à son aspect bleuâtre. Mais on peut parfois s'égarer, lorsque le péritoine pariétal, épais, scléreux est pris pour la paroi du kyste puis décollé et ponctionné, ou bien surtout lorsqu'il y a fusion intime entre les deux sans plan de clivage possible. Si d'emblée on a, dépassant le péritoine, ouvert la cavité du kyste, on cherche

Mais, lorsqu'on éprouve quelque difficulté à s'orienter, mieux vaut de beaucoup agrandir l'incision vers le nombril et même au-dessus, jusqu'à ce qu'on arrive dans un point où la séreuse est libre et l'on y arrive toujours au-dessus de l'ombilic. Alors on opère le décollement de haut en bas et dans le sens latéral.

Si l'on fait la laparotomie médiane pour la seconde fois, chez un malade déja opéré antérieurement, comme il existe souvent des adhérences épiploïques ou intestinales, il faudra ouvrir la séreuse soit au-dessus, soit sur les côtés de l'ancienne cicatrice.

b. Évacuation du kyste. — Le kyste est reconnu. Les doigts s'insinuent sous les lèvres de l'incision pariétale et explorent la face antérieure du kyste. S'il n'y a pas d'adhérences, on procède immédiatement à l'évacuation. S'il y a des adhérences, on les libère au moins partiellement. La main se glisse à plat entre le kyste et la paroi et rompt les adhérences souvent assez lâches qui peuvent exister entre eux.

On procède alors à l'évacuation du kyste. Lorsque celui-ci n'est pas très gros, on peut l'extraire sans évacuation, en agrandissant l'incision abdominale au-dessus de l'ombilic. Cette conduite s'impose lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste malin, où toute ouverture ou ponction pourrait amener une greffe néoplasique du péritoine. Quelques auteurs veulent la généraliser à tous les cas et, renonçant à la ponction, n'hésitent pas à fendre le ventre du pubis à l'appendice xyphoïde pour extérioriser le kyste sans le ponctionner ni l'ouvrir. Mais l'évacuation ordinairement est très utile pour réduire le volume du kyste et les dimensions de l'incision.

Cette évacuation se fait par ponction ou incision, après isolement soigneux du champ opératoire à l'aide de compresses.

La ponction s'exécute avec un trocart de gros calibre, muni d'un long tuyau de caoutchouc. D'un coup sec, on enfonce le trocart dans la paroi, en évitant les grosses veines qui rampent à sa surface, tandis que l'aide applique avec ses mains la paroi abdominale sur le kyste. Lorsque le liquide s'est en partie échappé et que la poche s'est un peu affaissée, on saisit celle-ci à l'aide de pinces à plateau, de chaque côté du trocart, on soulève le kyste et on l'attire hors du ventre.

Si le kyste est uniloculaire, un coup de trocart suffit à le vider, s'il est multiloculaire, on doit, la première loge évacuée, crever les autres avec l'extrémité du trocart resté en place, ou bien retirer le trocart pour le replanter au bon endroit, ou bien inciser le kyste et éventrer avec le doigt les poches secondaires. En tous cas, lorsqu'on retire le trocart, il faut veiller à fermer aussitôt l'orifice de ponction avec une ou plusieurs pinces à cadre afin d'éviter l'issue du contenu kystique.

L'incision s'impose lorsque le contenu trop visqueux refuse de sortir par le trocart ou lorsque la paroi kystique, friable, se rompt ou se déchire trop

facilement. On devra préalablement garnir très soigneusement la plaie de compresses isolantes destinées à protéger le péritoine.

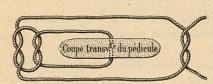
Mieux vaut cependant essayer d'éviter l'incision du kyste en extériorisant celui-ci à l'aide d'une fente suffisante de la paroi abdominale.

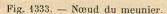
c. Libération du kyste. — Le kyste est évacué. A l'aide de pinces à plateaux, on l'attire doucement au dehors pendant que l'aide retient les intestins avec une large compresse et facilite l'issue du kyste, en agissant sur les lèvres de l'incision abdominale.

Si le kyste est libre d'adhérences, il suffit de lier et couper son pédicule. Dans le cas contraire, il faut d'abord le libérer. Les adhérences épiploïques sont détachées avec une compresse, ou sectionnées après soigneuse hémostase préalable, par écrasement ou ligature; ces ligatures devront être passées à l'aiguille pour ne pas glisser. Les adhérences intestinales sont parfois récentes et molles; on peut alors les décoller en pressant doucement avec l'index coiffé d'une compresse et agissant non pas sur la paroi de l'intestin à ménager, mais sur la paroi du kyste. Si ces adhérences sont anciennes, intimes et ne cèdent pas au décollement, il faudra couper au bistouri, sur la zone adhérente, une pièce de la paroi du kyste aussi mince que possible qu'on laissera fixée à l'intestin, on touchera légèrement la face cruentée de cette paroi au thermo, au chlorure de zinc ou à l'alcool phéniqué et on abandonnera l'intestin; ainsi traité après l'avoir bien asséché.

Si l'intestin a été déchiré pendant les manœuvres de décollement, on ferme aussitôt la déchirure par une double suture appropriée.

d. Ligature et section du pédicule. — Le kyste est libéré, attiré au dehors du ventre, retenu seulement par son pédicule. On peut lorsque celui-ci est long et mince, le lier directement, puis le couper. Il est plus commode de le pincer solidement avec un bon clamp, de le couper pour se débarrasser du kyste et de procéder ensuite à sa ligature.





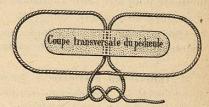


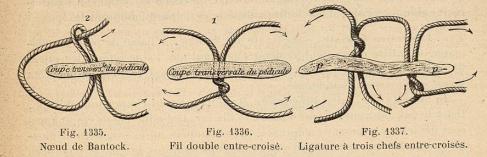
Fig. 1334. — Nœud de Lawson Tait.

Lorsque le pédicule est mince, on peut le transfixer avec une aiguille armée d'un fil solide puis le lier avec le nœud du meunier ou de l'artificier (fig. 1333), de Lawson Tait (fig. 1334) ou celui de Bantock (fig. 1335).

Lorsqu'il est large, mieux vaut ou bien l'écraser à l'angiotribe pour le réduire, puis placer une ligature dans le sillon d'écrasement, ou bien l'étreindre à l'aide d'un fil double ou triple entre-croisé (fig. 1336 et 1337) ou bien d'une ligature en chaîne (fig. 1338).

1220 OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

La ligature métallique de Michel donne à la fois rapidité et sécurité parfaites.



Quelques auteurs conseillent de remplacer les ligatures en masse par les ligatures isolées des vaisseaux du pédicule saisis sur la tranche. Cette

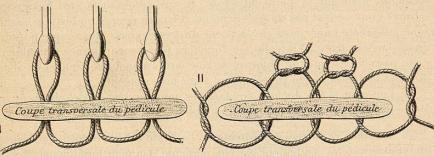


Fig. 1338. - Ligature en chaine (Wallich)

I. Anses du fil retenu par des pinces.

II. Anses coupées, enchaînées et nouées.

méthode pour être sûre, demande une main très exercée. Mieux vaut pour la sécurité les ligatures massives.

Quel que soit le mode adopté, on devra si l'on se sert de catgut, faire trois nœuds solides, puis enfouir le pédicule sous un pli péritonéal.

e. Toilette du péritoine. — Le péritoine sera nettoyé et asséché à l'aide de compresses; l'hémostase vérifiée. S'il reste des surfaces saignantes par rupture ou décollement d'adhérences, on les repéritonisera de son mieux à l'aide de lambeaux péritonéaux voisins, de greffes épiploïques ou bien en suturant à leur niveau le mésocôlon pelvien, tout en évitant la coudure de l'intestin correspondant.

On vérifiera toujours l'état de l'ovaire opposé, afin de l'enlever s'il est trop malade, de le traiter par l'ignipuncture ou la résection partielle, s'il est encore utilisable.

f. Fermeture du ventre. — Si les manœuvres ont été simples, elle se fait

sans drainage par un ou plusieurs plans. Si les manœuvres ont été complexes, s'il y a eu doute sur l'asepsie, s'il existe des surfaces cruentes non péritonisées, il sera bon de drainer à l'aide de tubes et de mèches sortant par l'angle inférieur de la plaie ou exceptionnellement passant par le Douglas préalablement incisé.

§ 2. — ÉNUCLÉATION (KYSTES INCLUS DANS LES LIGAMENTS LARGES)

Les kystes inclus, qu'ils soient parovariques ou ovariques, ne possèdent pas de pédicule. L'énucléation, facile pour les kystes séreux, est difficile pour les autres (kystes mucoïdes, kystes papillaires, kystes dermoïdes).

1º Kystes séreux (kystes parovariques hyalins de Pozzi). — Avec une pince, sur la partie interne du kyste, faire un pli vertical du feuillet séreux antérieur et diviser ce pli d'un coup de ciseaux mousses. Passer une branche des ciseaux sur la lèvre externe de la petite boutonnière et sectionner transversalement le feuillet séreux (y compris, chemin faisant, le ligament rond) sur

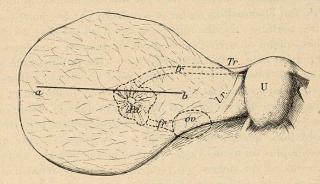


Fig. 4339. — Kyste hyalin du ligament large et droit.

U, utérus. — Tr, tr, trompe. — Pa, pavillon tubaire. — 0v, ovaire. — br, ligament rond. — ab, incision du feuillet antérieur du ligament large.

une longueur de 6 à 10 centimètres environ. Repérer les lèvres supérieure et inférieure de cette section avec des pinces hémostatiques, puis les décoller avec l'index sur une certaine longueur, et ponctionner le kyste dans leur intervalle. Lorsque le liquide, clair comme l'eau de roche, s'est complètement écoulé, saisir la poche avec deux pinces à plateau de Nélaton ou de Péan au-dessus de la piqûre pendant qu'on retire le trocart; se servir avec ménagement de ces pinces comme moyen de traction, reprendre le décollement mousse, et le continuer jusqu'à ce qu'on possède toute la poche, poche qui parfois s'étend très loin à gauche entre le feuillet du mésocôlon iliaque, à droite sous le cœcum, même dans l'épaisseur du mésentère; la perte de sang occasionnée par toutes ces manœuvres est nulle ou insignifiante.

Fermer alors simplement la cavité sous-séreuse laissée par l'énucléation du kyste, en réunissant par un surjet les lèvres de section qui étaient déjà repérées par des pinces hémostatiques. La séreuse se rétracte et reprend rapidement contact avec le tissu conjonctif et les organes sous-jacents.

Le liquide du kyste est quelquefois sanguinolent, ou brunâtre à la suite d'une hémorragie de la paroi.

2° Kystes non séreux. — L'énucléation commence par une grande incision transversale du feuillet antérieur du ligament large, feuillet blanchâtre ou rougeâtre, ordinairement épais et plus ou moins adhérent à la paroi du kyste. Il s'agit de trouver au plus tôt le bon plan de clivage, et, pour cela, on cherche à pénétrer entre la paroi du kyste et le feuillet précité en s'aidant de l'index, d'une sonde cannelée, de l'extrémité fermée de ciseaux courbes mousses, ou même de la pointe du bistouri. Lorsqu'on a trouvé la ligne de séparation naturelle, on repère avec des pinces les lèvres de l'incision d'attaque, on les décolle sur une certaine largeur, puis on ponctionne le kyste entre elles, si le kyste est trop volumineux pour être énucléé et manipulé directement. Évacué ou non, le kyste est disséqué de tous côtés par diérèse mousse ou diérèse vive, pendant qu'on fait l'hémostase au fur et à mesure par les pinces à pression et les ligatures perdues; aucune règle spéciale n'est possible à cet égard. Il y a seulement, quand on arrive sur le plancher pelvien, un organe à ménager: l'uretère. Pour cela, il faut d'abord penser à lui, puis ne point le prendre et traiter pour une veine, pour une artère, pour une bride adhérentielle; il faut enfin rester toujours au ras de la paroi du kyste qu'on suit et qu'on dissèque. Si l'on a intéressé l'uretère, on l'abouchera dans la vessie ou dans un autre viscère (voy. Greffes de l'uretère) après avoir enlevé le kyste.

Après l'ablation, quelquefois incomplète, du kyste, il reste une cavité sous-péritonéale plus ou moins vaste, plus ou moins inégale, souvent tapissée de lambeaux et de débris, où lymphe et sang peuvent s'accumuler. Il faut en ce cas ou la capitonner à l'aide de points en faux fil, ou la drainer soit par le ventre, soit et beaucoup mieux par le vagin.

§ 3. — MARSUPIALISATION (KYSTES ADHÉRENTS)

Cette opération recommandée d'abord par Péan en France, mais sous un nom différent, et ainsi désignée par les chirurgiens américains, se trouve indiquée lorsque le kyste, ovarien ou parovarien, est impossible à extirper à cause de ses adhérences. Elle consiste, après ou sans excision partielle, à suturer en collerette à la paroi abdominale les lèvres de l'ouverture du kyste, qu'on abandonne à sa rétraction et à son oblitération spontanées.

On tuyaute d'abord l'ouverture du kyste pour la réduire le plus possible, en fixant les plis par des points de catgut; puis on la fixe momentanément avec des pinces érignes. On ferme ensuite la plaie abdominale sur toute sa longueur, sauf en bas ou vers le milieu, suivant les cas. On amène dans la

brèche restante l'ouverture du kyste, et l'on réunit ses bords aux bords de la plaie abdominale par une double couronne de points : les uns, profonds, au catgut, traversant toute l'épaisseur de la poche kystique et de la paroi abdominale; les autres, superficiels, au crin de Florence, n'affrontant la poche qu'à la peau.

La suite du traitement est celle de toute plaie fistuleuse ou cavitaire. La fistule qui reste demande pour son oblitération complète un nombre de mois variable, à moins qu'il ne s'agisse de kystes malins ou d'épithélioma secondaire, auquel cas elle ne se termine qu'avec les jours de la malade.