

Les fils fixateurs doivent donc rester éloignés du fond utérin qu'on ne doit pas voir dans la plaie (RICHELOT).

DÜHRSEN place trois fils dans le sens de l'axe utérin (fig. 935). Chaque fil pénètre à la face profonde du lambeau vaginal supérieur éversé, tout près de l'incision, chemine vers en haut, sort

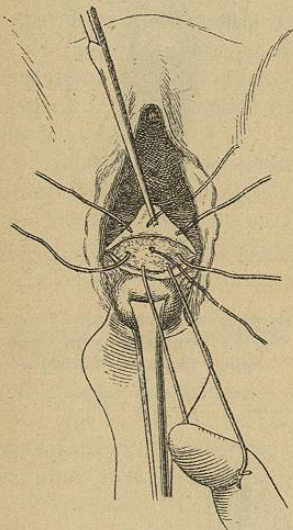


Fig. 935.

Hystéropelexie vaginale. Procédé de Dührsen. Placement des fils.

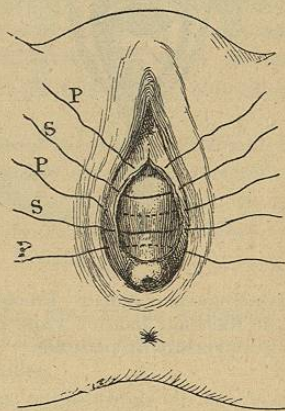


Fig. 936.

Hystéropelexie vaginale. Procédé de Le Dentu-Pichevin. Placement des fils.

P, fils profonds utérins, laissant libre le fond de l'utérus que l'on ne voit pas.
— S, fils superficiels vaginaux.

de la paroi vaginale un peu plus haut et traverse, de haut en bas, la paroi utérine. Les fils noués se trouvent enfouis sous le cul-de-sac vaginal.

LE DENTU et PICHEVIN placent 4 ou 5 fils transversaux traversant (avec une incision longitudinale du vagin) les deux lèvres de l'incision vaginale et la paroi antérieure de l'utérus maintenu en bonne position (fig. 936).

RICHELOT, avec une incision vaginale transversale, place trois fils transversaux échelonnés au-dessus de l'isthme, mais lais-

sant le fond complètement libre. Les fils traversant les lèvres de l'incision vaginale et l'utérus, rendent longitudinale, après leur striction, la ligne de réunion vaginale (fig. 937).

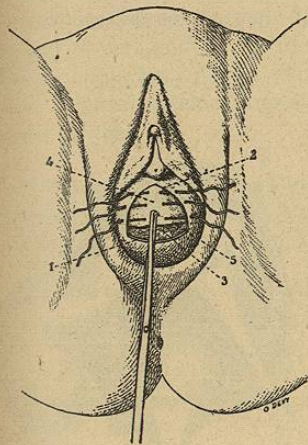


Fig. 937.

Hystéropelexie vaginale. Procédé de Richelot. Placement des fils sur l'utérus.

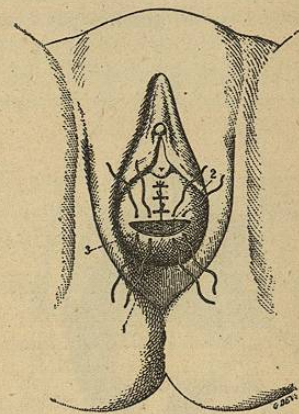


Fig. 938.

Hystéropelexie vaginale. Procédé de Richelot. Suture du vagin.

L'utérus fixé, on achève par quelques points superficiels disposés suivant les besoins, la fermeture du cul-de-sac vaginal (fig. 938).

Les soins consécutifs sont les mêmes qu'après les opérations sur le col.

Salpingectomie vaginale. — L'extirpation des annexes, trompe et ovaire, *unilatérale* (car l'extirpation bilatérale en laissant l'utérus serait irrationnelle), peut être faite par une incision du cul-de-sac vaginal postérieure ou de l'antérieur.

La colpotomie postérieure conduit généralement mieux que l'antérieure sur les lésions.

La colpotomie est exécutée comme nous l'avons indiqué

déjà⁴. Par l'incision péritonéale on explore l'utérus et les annexes, une valve large et courte abaissant la paroi vaginale postérieure.

Si les annexes sont mobiles ou très peu adhérentes, il est possible de les amener par l'incision, doucement et lentement,

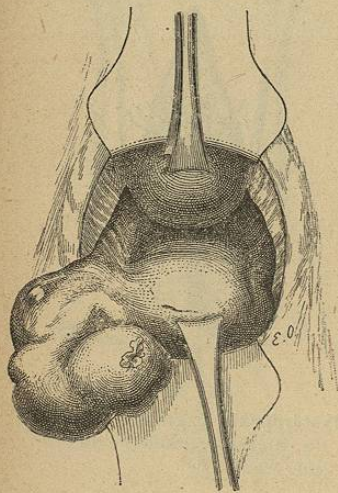


Fig. 939.

Salpingectomie par voie vaginale postérieure. L'utérus est basculé en arrière (J.-L. FAURE).

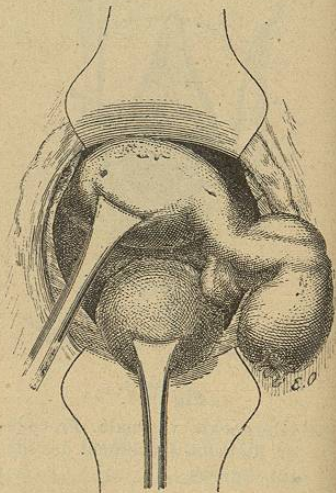


Fig. 940.

Salpingectomie par voie vaginale antérieure. Utérus en avant (J.-L.-FAURE).

jusqu'à ce que leur pédicule soit suffisamment exposé pour qu'on puisse y placer une ou plusieurs pinces.

Si les adhérences sont plus solides, on peut aider à leur abaissement en saisissant le fond de l'utérus pour le faire basculer en arrière (fig. 939), ou en avant (fig. 940).

Si les adhérences sont un peu solides et les annexes volumi-

⁴ Voy. p. 420, t. II.

neuses, l'extirpation par cette voie est impossible avec sécurité.

Myomectomie vaginale. — L'extraction d'un ou de plusieurs corps fibreux par voie vaginale, sans extirpation de l'utérus, s'adresse soit à des fibromes sortis de l'utérus dans le vagin, des *polypes fibreux*, soit à des fibromes encore compris dans la paroi utérine, sous la muqueuse du corps ou dans la paroi du col.

a. Polypes fibreux. — Tantôt le polype, de petit ou moyen volume, sort du col utérin, mobile dans le vagin; tantôt, volumineux, il remplit le vagin, et est alors plus ou moins infecté.

Polypes mobiles. — L'extirpation en est facile. Le vagin ouvert par des valves, on saisit la partie large du polype avec une pince à traction, et on reconnaît du doigt l'insertion du pédicule.

S'il s'insère sur le col, il suffit de le couper d'un coup de ciseau.

S'il s'insère au fond de l'utérus, sur le trajet de ce pédicule, à une certaine distance de son insertion utérine, on incise circulairement la muqueuse utérine, et, avec des pinces à griffes, on refoule cette muqueuse jusqu'à la paroi. Puis, tordant doucement le polype, on le détache facilement, ou on aide la torsion de quelques coups de ciseaux.

Polypes enclavés. — Les polypes qui remplissent la cavité du vagin ne peuvent être extraits avant qu'on en ait diminué le volume pour atteindre le pédicule. Il faut toujours diminuer le volume du polype, plutôt que de s'adresser à un débridement vulvaire.

La diminution de volume est obtenue par *morcellement* de la tumeur : on évide, à l'aide de sections au bistouri, le centre de la masse visible, en découpant et extirpant des cônes successifs. On attire, au fur et à mesure, la tumeur en plaçant des pinces à traction sur la partie périphérique, rendue abordable par l'évidement.

Lorsque le volume est suffisamment réduit, le polype sorti de la vulve, on place des valves vaginales, et on continue comme dans l'opération précédente.

b. Fibromes intra-utérins. Ce sont des fibromes du col ou des fibromes sous-muqueux du corps.

Fibromes du col. — Les fibromes de la portion vaginale sont enlevés très simplement par incision de la muqueuse sur la tumeur, puis énucléation.

Les fibromes de la portion sus-vaginale, lorsqu'ils font saillie dans le vagin, sont abordés par une incision du cul-de-sac vaginal placée sur la saillie de la tumeur, puis énucléation avec ou sans morcellement selon le volume du fibrome. Il peut arriver qu'on ouvre le cul-de-sac péritonéal, il faut le refermer par des sutures.

La cavité utérine laissée par l'énucléation est comblée par des sutures musculaires, et la paroi vaginale est refermée, avec ou sans drainage selon les cas.

Fibromes du corps. — L'extirpation d'un fibrome complètement enfermé dans la cavité utérine, sans dilatation du col ni tendance à la sortie, est aujourd'hui bien peu indiquée par voie vaginale, la voie abdominale est bien préférable, à notre avis, pour ces cas¹.

On peut cependant enlever par le vagin des fibromes même volumineux, englobés dans la cavité du corps. Il est nécessaire d'abord d'agrandir l'ouverture vaginale de l'utérus par une *hystérotomie cervicale*. On peut faire cette ouverture sur la ligne médiane, comme pour les premiers temps d'une hystérectomie par hémisection antérieure, à l'aide d'une seule incision médiane ou d'une double incision en V ou en Y (SCHWARTZ, DOYEN) (fig. 941 et 942). On peut aussi employer une double incision transversale ouvrant profondément le col en deux valves (AMUSSAT, SEGOND) (fig. 943).

¹ Voy. *Thérapeutique chirurgicale*, RICARD et LAUNAY, 1903, p. 738.

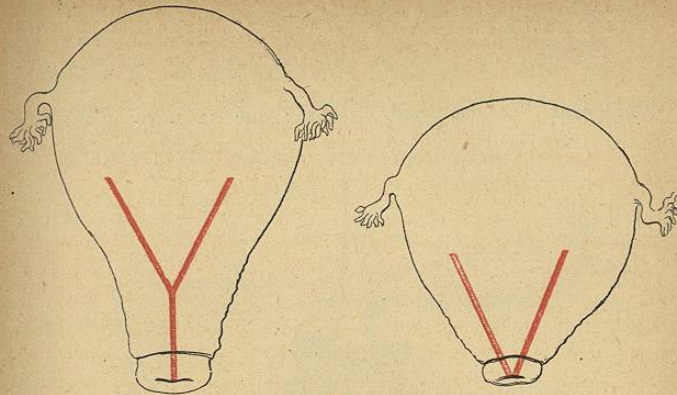


Fig. 941.
Hystérotomie en Y et en V (DOYEN).

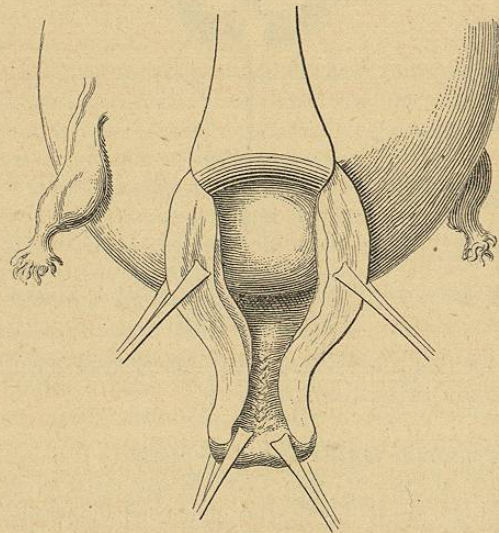


Fig. 942.
Hystérotomie pour énucléation d'un fibrome sous-muqueux. Mise en place d'un écarteur sur l'incision utérine (DOYEN).

La muqueuse incisée sur la tumeur, on extrait ensuite celle-ci comme on peut, par morcellement ou par énucléation.

Explorant l'utérus pour s'assurer que sa paroi n'est pas ouverte dans la loge du fibrome et qu'il n'existe pas d'autre

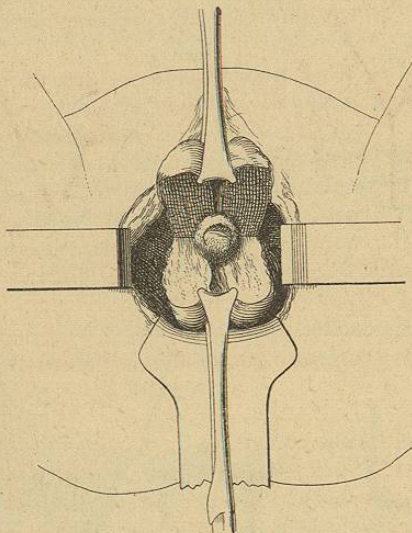


Fig. 943.

Hystérotomie cervico-vaginale. Procédé de Segond
(Thèse de Dartigues).

tumeur, on tamponne la cavité avec de la gaze stérile, et on referme les incisions du col.

Hystérectomie vaginale. — Nous décrirons d'abord les procédés types d'hystérectomie vaginale sans nous occuper des lésions qui fournissent l'indication, puis nous donnerons les particularités qui se rattachent aux hystérectomies pour fibromes, pour salpingites et suppurations pelviennes, pour cancer, pour prolapsus.

a. **Procédés opératoires.** — **Procédé de Doyen.** — Les soins préliminaires de purgation, de lavages vaginaux, etc., sont pris comme d'habitude; la malade endormie est placée en position gynécologique.

Le vagin ouvert par une valve postérieure large et courte

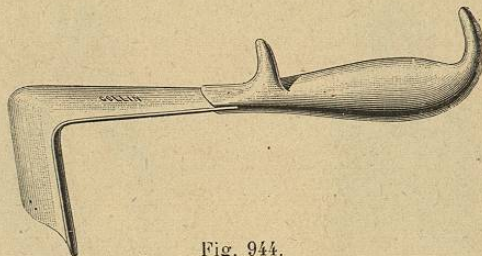


Fig. 944.

Valve de Richelot.

(fig. 944), on saisit le col au niveau des deux commissures droite et gauche avec deux fortes pinces à traction (fig. 945).

On commence par *désinsérer la paroi vaginale* du col utérin. On incise circulairement cette muqueuse sur le col utérin, coupant toute l'épaisseur de la paroi vaginale sans entamer le tissu utérin. L'incision est commencée en arrière, dans le cul-de-sac postérieur (fig. 946), et continuée en avant.



Fig. 945.

Pince à traction.

En arrière, on ouvre immédiatement le péritoine du cul-de-sac de Douglas, et on envoie l'index explorer l'utérus et les annexes. L'indication opératoire ainsi confirmée, on achève l'incision antérieure (fig. 947), et on commence à *séparer la vessie du col utérin*.

Avec des ciseaux courbes mousses tenus fermés, dont l'extrémité racle la face utérine, ou avec un doigt (index ou pouce), on cherche le plan de clivage, évitant de pénétrer dans le tissu utérin, et on remonte peu à peu le long de la face antérieure de l'utérus maintenu par les pinces à traction (fig. 948).

Sans s'inquiéter du cul-de-sac péritonéal antérieur, lorsqu'on

a dénudé une partie de la face antérieure de l'utérus, on place sur la paroi vaginale antérieure une valve étroite et longue et on commence l'hémisection antérieure.

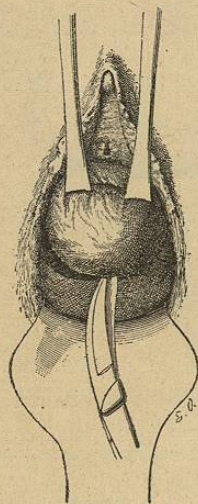


Fig. 946.

Hystérectomie vaginale. Incision vaginale postérieure. Ciseaux (J.-L.-FAURE).

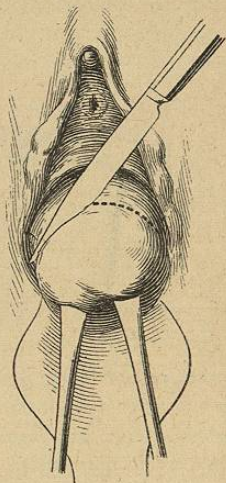


Fig. 947.

Hystérectomie vaginale. Incision circulaire de la muqueuse vaginale sur le col. Bistouri.

Avec de forts ciseaux droits et mousses, dont une branche est introduite dans la cavité utérine, on coupe la paroi antérieure juste sur la ligne médiane, à égale distance des deux pinces de traction, et dans toute son épaisseur (fig. 949). On coupe jusqu'un peu au-dessous de la limite de dénudation, puis on saisit chaque lèvre de l'incision avec une nouvelle pince à traction, en haut de l'incision. La prise doit être large et solide.

Décollant à nouveau, poussant l'écarteur antérieur, et abaissant l'utérus par traction sur les pinces, on continue l'incision médiane; et au 2^e ou 3^e coup de ciseau selon la facilité de

l'abaissement, on ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur (fig. 950). La valve étroite est poussée dans le péritoine et applique la vessie contre la symphyse.

A mesure que progresse l'hémisection, on place de plus en plus haut les pinces à traction sur les lèvres de l'incision, pour



Fig. 948.

Hystérectomie vaginale. Décollement de la vessie.

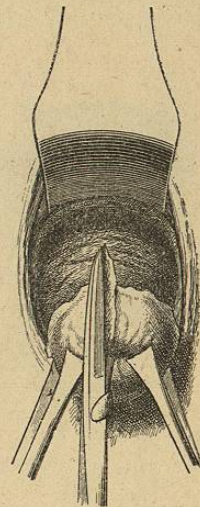


Fig. 949.

Hystérectomie vaginale. Hémisection antérieure.

abaisser l'utérus progressivement (fig. 951). Après un nombre de reprises variable avec la fixité de l'utérus, on sent la traction des pinces amener dans le vagin le fond de l'utérus qui bascule en avant, et on voit ce fond apparaître (fig. 952).

Au besoin, si l'abaissement est difficile, et si un doigt explorateur montre qu'on arrive près du fond, l'index replié en crochet va accrocher ce fond pour le faire basculer.

Alors, ou bien les annexes sont facilement abaissables et peuvent être attirées avec deux ou trois doigts gauches (fig. 953), ou cette manœuvre est impossible.

Dans le premier cas, à moins qu'on ne veuille les laisser, il faut amener les annexes et placer les pinces hémostatiques au delà d'elles, sur le ligament large.

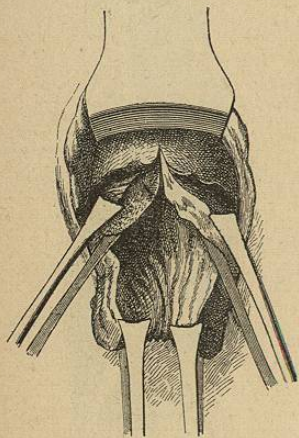


Fig. 950.

Hystérectomie vaginale. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

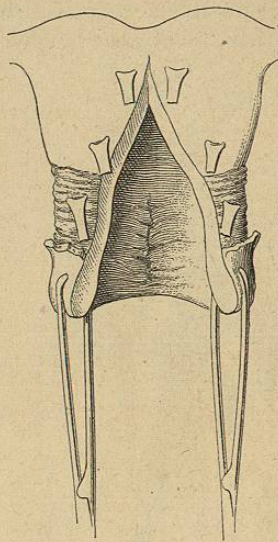


Fig. 951.

Positions successives des pinces à traction sur les lèvres de l'hémisection antérieure (DOYEN).

Dans le second cas on commence par enlever l'utérus, en plaçant les pinces à pression sur le ligament large, près de l'utérus.

Les pinces à pression sont de deux espèces, à mors courts (fig. 953) et à mors longs et élastiques (fig. 954).

Avec les pinces longues on saisit le ligament large *en entier*, de haut en bas (fig. 956), serrant à fond les anneaux, et on place en dehors de cette première une seconde pince de sûreté.

Avec les pinces courtes, on saisit de haut en bas la moitié supérieure du ligament large, et de bas en haut sa moitié infé-

rieure, en ayant soin de faire croiser leurs extrémités sur le ligament large (fig. 957). On peut aussi, du reste, après avoir placé la première pince de haut en bas, couper la partie pincée du ligament large, et placer toujours de haut en bas la seconde pince, en passant en dedans de la première.

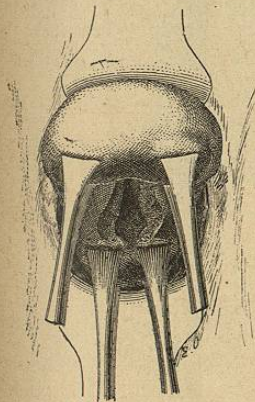


Fig. 952.

Hystérectomie vaginale. Bascule du fond de l'utérus.

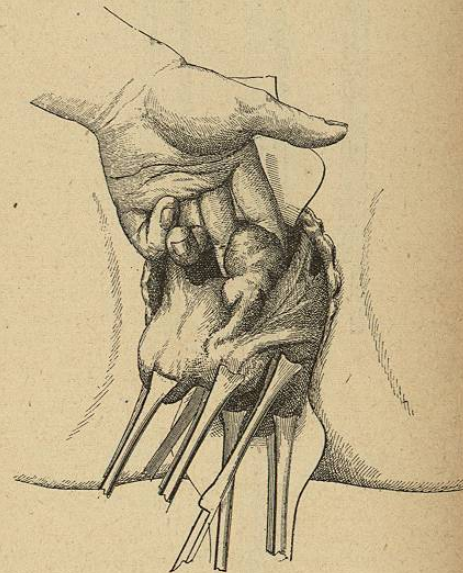


Fig. 953.

Hystérectomie vaginale. Dégagement des annexes.

Quoi qu'il en soit, on place d'habitude, les pinces gauches d'abord (fig. 958), les doigts s'assurant que rien d'autre n'est saisi par les pinces que le ligament large, et que tout le ligament est pincé.

Puis on détache l'utérus de ce côté, en coupant avec des ciseaux au ras de l'utérus et non contre les pinces.

Basculant l'utérus, on répète les mêmes manœuvres sur le

ligament large droit (fig. 959), on coupe et l'utérus est complètement détaché, avec ou sans les annexes.

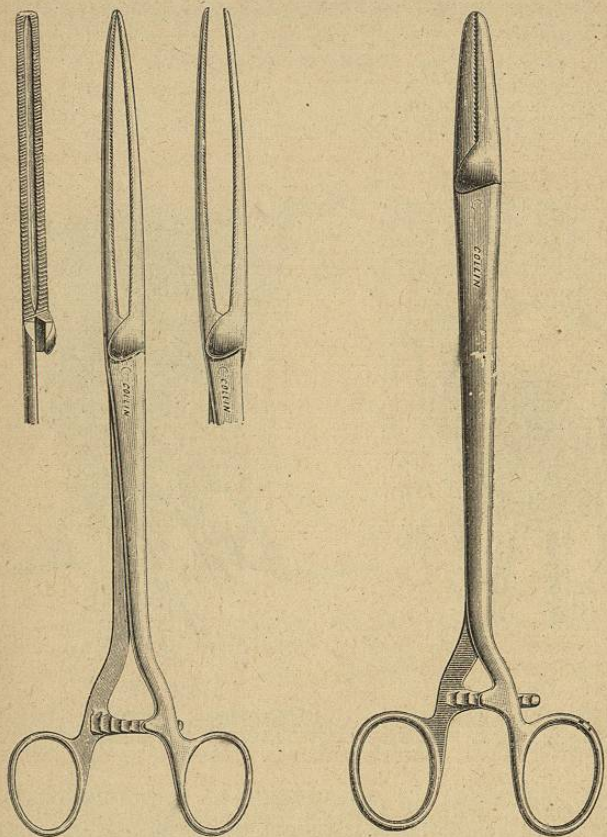


Fig. 954.

Pince de Doyen pour ligaments larges.

Fig. 955.

Pince languette à mors courts, de Segond.

L'hémostase définitive est obtenue soit en laissant à demeure les pinces posées pendant l'opération, soit en posant des

ligatures, soit en écrasant les vaisseaux avec l'angiotribe¹.

Les ligatures seront posées après l'opération, en remplacement des pinces, et en faisant autant que possible des pédicules petits et nombreux. Il faut avoir pour cela des ligaments souples et longs.

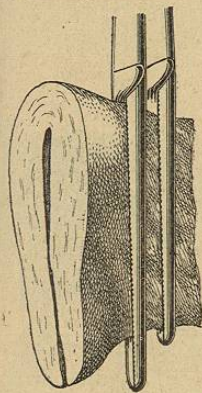


Fig. 956.

Pincement du ligament large avec les pinces longues de Doyen (J.-L. FAURE).

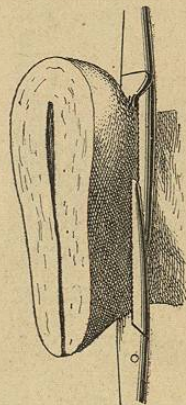


Fig. 957.

Pincement du ligament large avec les pinces courtes (J.-L. FAURE).

L'angiotribe est appliqué sur le ligament large, lorsque l'utérus a été abaissé et amené à la vulve. On applique l'instrument sur la partie supérieure du ligament large, puis on coupe et on fait une seconde application de bas en haut. Ou bien on peut commencer par l'inférieur et finir par en haut (fig. 960 et 961). On coupe en dedans de la zone écrasée. DOYEN ajoute à l'écrasement une ligature de soie fine.

L'opération terminée, on examine les tranches vaginales pour voir si elles saignent, et on y place au besoin des pinces qu'on laisse à demeure, ou qu'on remplace par des ligatures.

Le pansement est fait avec des mèches de gaze disposées dans

¹ Voy. p. 109, t. I.