

L'hystérectomie est faite, sans résection vaginale, par les procédés ordinaires. Les ligaments larges sont liés de chaque côté avec de gros fils dont les chefs sont gardés longs, au nombre de trois de chaque côté.

Chaque fil du côté droit du ligament large est lié au fil correspondant du côté gauche, réunissant les deux ligaments larges en une sorte de sangle transversale.

Le péritoine est ensuite suturé en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle, laissant extra-péritonéale la surface des pédicules.

Le vagin est entièrement suturé au catgut, une des sutures au moins traversant à la fois les bords de l'incision vaginale et le pédicule, pour suspendre le vagin à ce pédicule.

Ce procédé n'exclue nullement les colporraphie et périnéorraphie.

*Procédé de Pierre Delbet*¹. — On fait une incision verticale médiane qui commence un peu en arrière du méat urinaire et se termine à la jonction du vagin et du col. Sur cette première incision tombe perpendiculairement une seconde qui traverse la face antérieure du col, d'un cul-de-sac vaginal à l'autre.

On dissèque de chaque côté de l'incision verticale les deux lambeaux triangulaires, chacun d'eux devant avoir au niveau du col 3 centimètres de large au moins.

Les lambeaux disséqués et relevés, on soulève le col et on termine autour de lui l'incision circulaire vaginale, ouvrant le cul-de-sac de Douglas.

L'hystérectomie est continuée par les procédés ordinaires, et terminée par des ligatures sur les ligaments larges. On prend soin seulement d'isoler les deux ligaments ronds, sans les comprendre dans les moignons pédiculaires. On les repère avec des pinces.

L'utérus enlevé, on amène les deux ligaments ronds entre les lambeaux vaginaux jusqu'à la partie antérieure de la première incision longitudinale. Ils forment une sorte de sangle qui passe

¹ Pierre DELBET. Colpocystopexie. *Gazette des Hôpitaux*, 1897, n° 7, p. 63.

sous la vessie. On les fixe là par quelques points de suture en U, qui comprennent en même temps les deux lambeaux vaginaux à leur base, et les accolent par toute leur surface cruentée. On exécute donc du même coup une colporraphie antérieure sans résection vaginale, l'adossement des deux lambeaux vaginaux formant une colonne épaisse et résistante.

Il faut y joindre en outre une périnéorraphie.

B) VOIE ABDOMINALE

I. — OPÉRATIONS EXTRA-PÉRITONÉALES

Raccourcissement des ligaments ronds. — Opération d'Alquié-Alexander. — On pratique habituellement une inci-

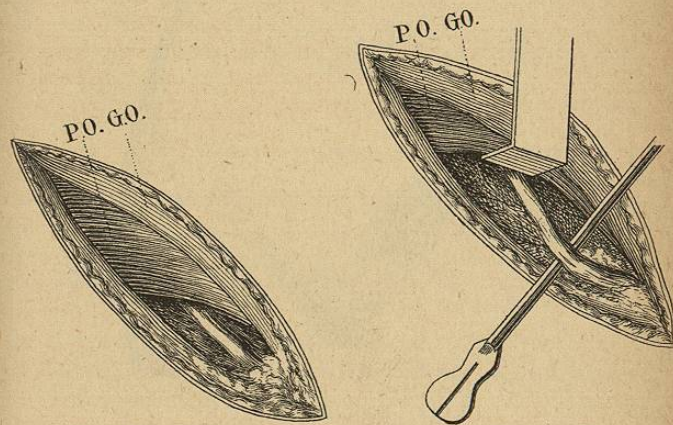


Fig. 976.

Découverte du ligament rond dans le canal inguinal après incision de l'aponévrose du grand oblique (d'après EDEBOHLS).

G.O., grand oblique. — P.O., petit oblique.

Fig. 977.

Dégagement du ligament rond dans le canal inguinal (d'après EDEBOHLS).

G.O., grand oblique. — P.O., petit oblique.

sion sur chaque canal inguinal, découvrant indépendamment les deux ligaments ronds.

L'incision cutanée est la même que celle de la hernie inguinale. De même on découvre l'anneau inguinal extérieur, on incise l'aponévrose du grand oblique et, dans le canal inguinal ouvert, on cherche le ligament rond, plus facile à découvrir là qu'au dehors de l'anneau (fig. 976).

Le cordon rond, résistant, est saisi et dégagé du tissu cellulaire jusqu'à l'orifice inguinal profond. Là on sépare le ligament du petit cône péritonéal qu'attirent les tractions et on sent le ligament se libérer et venir dans la plaie (fig. 977).

On dégage de même celui du côté opposé.

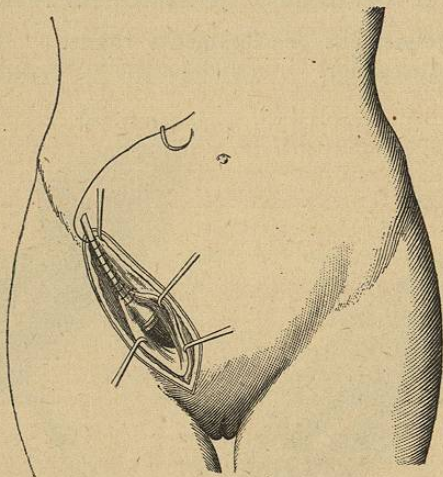


Fig. 978.
Raccourcissement du ligament rond par voie inguinale.
Procédé de Kocher.

Lorsque les deux ligaments ronds sont dégagés et mobilisés, on opère sur les deux ensemble des tractions destinées à attirer le fond de l'utérus vers la paroi abdominale. Un aide suit, avec un doigt dans le vagin, l'évolution de l'utérus.

Lorsqu'on sent les tractions arrêtées par une résistance, que l'aide reconnaît la bascule de l'utérus, qu'au besoin on sent le

fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, on cesse les tractions et on fixe les ligaments.

Si, dans ces manœuvres, le péritoine a été ouvert au fond du canal inguinal, on y place des sutures.

Pour fixer les ligaments, on peut les suturer avec les parois du canal inguinal, soit en même temps que la paroi profonde si on exécute un Bassini comme pour une hernie (EDEBOLHS), soit plus souvent en même temps que la paroi superficielle qui avait été incisée pour la découverte. Les fils de suture sont passés comme d'habitude dans les parois, mais en allant de l'une à l'autre lèvre, ils traversent le ligament rond. On résèque à la fin ce qui dépasse l'anneau inguinal extérieur.

KOCHER fixe le ligament en situation renversée. Lorsqu'il est dégagé, au lieu de le couler dans le canal, il le renverse en dehors et en haut (fig. 978), dans la direction de l'épine iliaque, en le suturant à l'aponévrose du grand oblique. Puis il referme le canal inguinal.

II. — OPÉRATIONS INTRA-PÉRITONÉALES

Laparotomie pour opérations pelviennes. — Nous avons déjà donné les indications générales de la laparotomie, nous devons simplement ici insister sur quelques précautions particulières nécessitées par les opérations sur les organes du petit bassin.

Il est avant tout absolument indispensable d'opérer dans la position de TRENDLENBURG, sur le plan incliné mis au degré le plus élevé possible, la position renversée de la malade se rapprochant plus de la verticale que de l'horizontale (fig. 979).

La paroi abdominale est préparée, savonnée, nettoyée, comme les autres régions, en prenant soin de déplier avec une pince l'ombilic pour le nettoyer également.

Il est toujours aussi nécessaire de préparer et de nettoyer complètement le vagin, comme pour une opération vaginale (injections de sublimé et d'eau oxygénée pendant les jours précédents ; savonnage, brossage, avant l'opération).

Dès que le péritoine est ouvert, il faut refouler les anses intes-

tinales vers le diaphragme et les recouvrir d'une compresse de toile aseptique chaude.

On place alors un ou plusieurs écarteurs (fig. 980 et 981), de façon à largement ouvrir l'abdomen et éclairer le petit bassin.

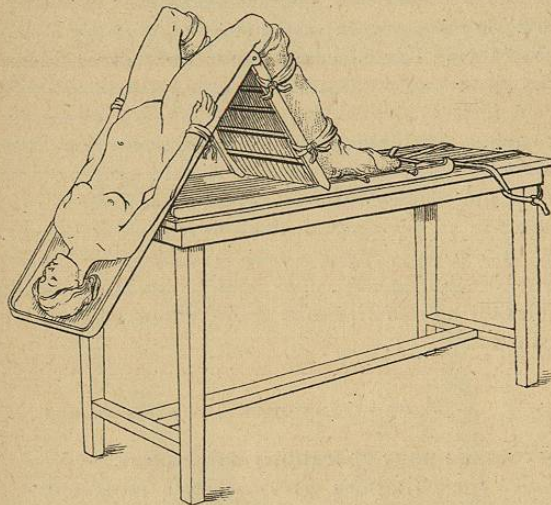


Fig. 979.

Inclinaison pour les opérations abdominales dans le petit bassin.

Si des adhérences retiennent l'épiploon ou les anses intestinales, on commence par libérer ces adhérences, pour refouler l'intestin, avant toute autre recherche.

L'intestin refoulé sous la paroi, on le recouvre de larges compresses aseptiques médianes et latérales, fermant complètement, en plusieurs épaisseurs si l'on veut, la grande cavité péritonéale, non seulement sur la ligne médiane, mais au niveau des deux fosses iliaques. Aucune anse d'intestin autre que le colon pelvien ne doit apparaître.

On s'assure enfin que la vessie est maintenue sous la valve sus-pubienne.

Les compresses abdominales protectrices doivent rester jusqu'à la fin de l'opération. Si un temps opératoire septique est prévu, on place de nouvelles compresses qu'on enlèvera ensuite.

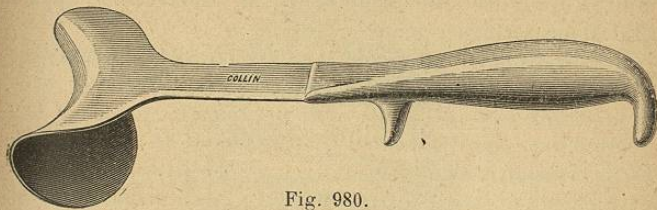


Fig. 980.

Valve sus-pubienne de Doyen.

Si du pus s'écoule et souille une compresse, on change celle-ci si cela est facile, sinon on la recouvre de compresses propres.

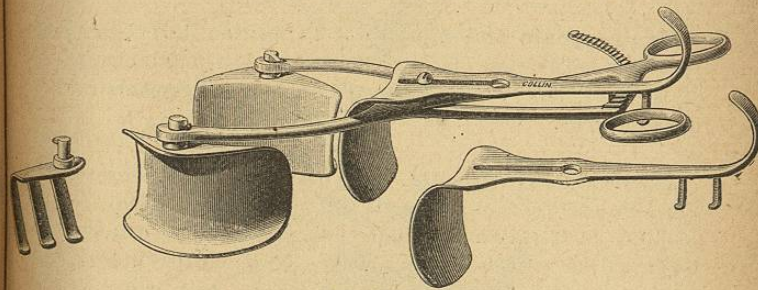


Fig. 981.

Écarteur à trois valves.

L'opération terminée, la toilette faite, le drainage installé s'il est nécessaire, on remet la malade en position horizontale pour faire les sutures de la paroi abdominale¹.

Le drainage, lorsqu'il est nécessaire, est comme nous le verrons, abdominal, vaginal, ou abdominal et vaginal. Le drain vaginal tombe de lui-même après quelques jours. Le drain abdominal est enlevé après quarante-huit heures, puis supprimé

¹ Voy. p. 42, t. II.

ou remplacé par un plus petit, selon qu'il y a ou non de la température ou des signes d'infection. Il est bon d'aspirer, avant d'enlever le drain, le liquide du petit bassin, en introduisant dans le drain une sonde molle stérilisée, adaptée à un appareil aspirateur (seringue, pompe).

Les drains employés seront toujours des tubes de caoutchouc de fort calibre, et à parois rigides perforées de trous.

Les *soins post-opératoires* sont les mêmes que pour toute opération au point de vue du chloroforme et de l'alimentation. Il est nécessaire, dans les opérations sur le petit bassin, d'obtenir rapidement, au début du troisième jour, une évacuation du tube digestif, au moyen d'un purgatif. On doit ensuite veiller à une évacuation régulière. On évitera ainsi les adhérences et les courures intestinales dans le petit bassin.

L'opérée doit garder le lit au moins trois semaines.

Hystéropexie abdominale. — La fixation de l'utérus est directe si les fils sont placés sur l'organe lui-même, indirecte si les fils sont placés sur les ligaments de l'utérus, ligaments ronds généralement.

Hystéropexie directe. — La paroi abdominale ouverte et l'intestin protégé comme il a été dit, on examine l'utérus, on le mobilise en détruisant les adhérences si cela est nécessaire, on traite s'il en est besoin les annexes, et on saisit l'utérus au niveau de sa face antérieure avec une pince à deux griffes ou un fil suspenseur.

Les fils de fixation utérins seront placés transversalement, entre l'isthme et le fond, *en laissant le fond toujours libre*. On passe les fils (catgut) soit en point simple et large (fig. 982), soit en faufil, le fil traversant plusieurs fois et sortant plusieurs fois de la paroi pendant son parcours.

Trois fils sont placés ainsi sur la paroi antérieure de l'utérus, sans perforer celle-ci. Les deux extrémités de chaque fil traversent en outre, aux niveaux correspondants, le péritoine pariétal, les aponévroses et muscles de la paroi abdominale, sous la peau.

Les trois fils sont noués sur la ligne médiane, et l'uté-

rus est fixé (fig. 983). On achève la fermeture du péritoine,

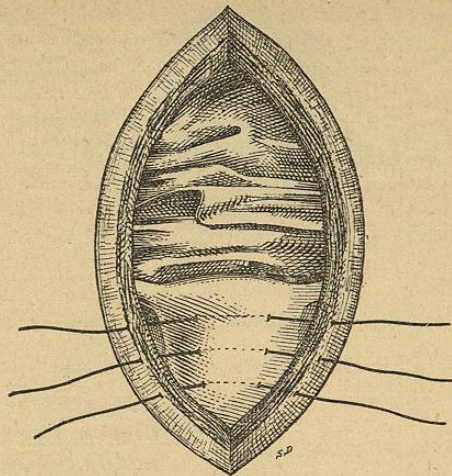


Fig. 982.

Hystéropexie abdominale directe.

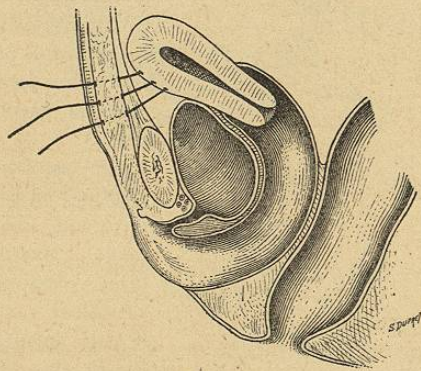


Fig. 983.

Hystéropexie abdominale directe.

puis de la paroi abdominale comme d'habitude, sans drainage.

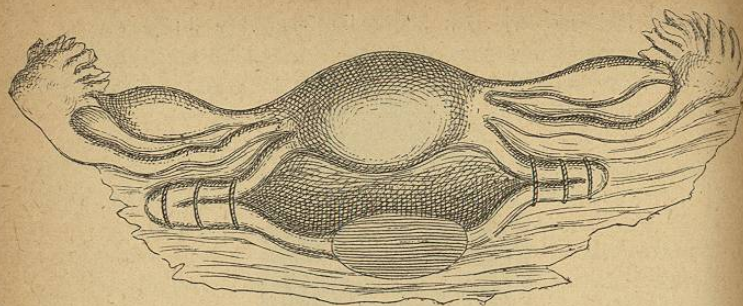


Fig. 984.

Raccourcissement des ligaments ronds par voie abdominale.
Procédé de G. Wylie.

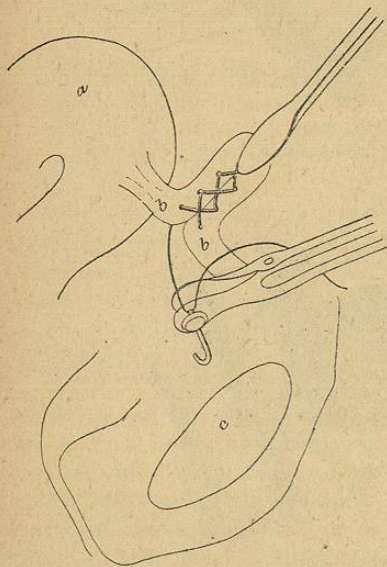


Fig. 985.

Raccourcissement du ligament rond par voie abdominale. Procédé de Ruggi.

Hystéropexie indirecte par les ligaments ronds. — L'abdomen ouvert et l'utérus libéré, amené dans la plaie, on agit sur la portion péritonéale des ligaments ronds pour la raccourcir ou pour l'inclure dans la paroi abdominale.

Le raccourcissement s'obtient en repliant sur lui-même chaque ligament, avivant les surfaces péritonéales qui s'accolent, et suturant le pli formé (WYLIE, RUGGI) (fig. 984 et 985).

L'inclusion dans la paroi s'obtient en isolant une anse du ligament

près de l'utérus et formant une boucle que l'on fait sortir par l'incision abdominale; la paroi est suturée en laissant la boucle hors du péritoine, dans l'épaisseur de la paroi (CH. BECK).

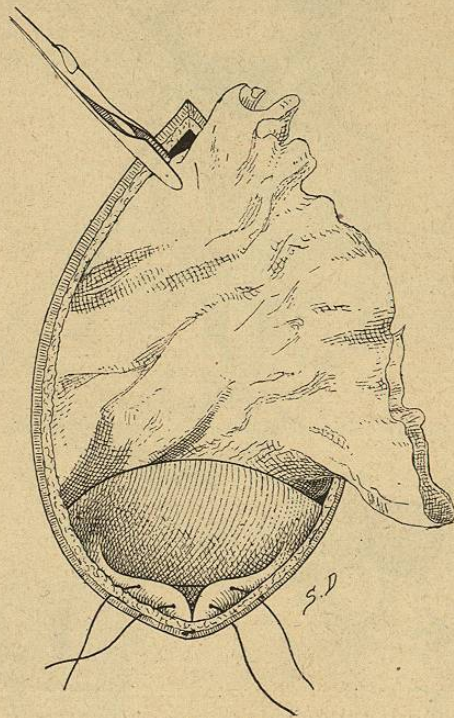


Fig. 986.

Hystéropexie abdominale. Traction des ligaments ronds. Procédé de Doléris-Richelot.

DOLÉRIS et RICHELOT saisissent chaque ligament près des cornes utérines, les amènent, en les coudant, à l'angle inférieur de la plaie abdominale, où on les fixe par deux ou trois sutures (fig. 986). Dans un procédé plus récent DOLÉRIS, conservant la partie inférieure de la ligne blanche, fait de chaque côté de la

ligne médiane, à travers muscles, aponévroses et péritoine, une

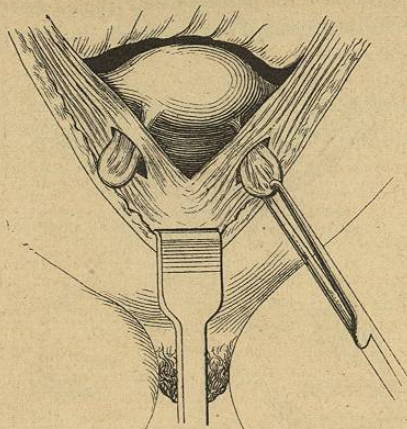


Fig. 987.

Hystéropexie indirecte abdominale. Procédé de Doléris.

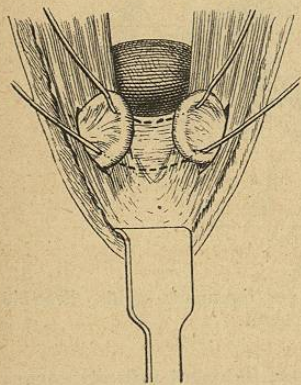


Fig. 988.

Procédé de Doléris.

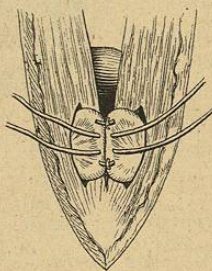


Fig. 989.

Procédé de Doléris.

petite boutonnière par laquelle il fait passer une boucle du liga-

ment rond correspondant (fig. 987). Les deux ligaments ronds sont suturés l'un à l'autre (fig. 988 et 989), et l'abdomen est refermé.

Ovariectomie. — Kyste non adhérent. — L'extirpation d'un kyste ovarien non adhérent ressemble absolument à celle d'un hydrosalpinx volumineux¹ lorsque le kyste est de *petit*

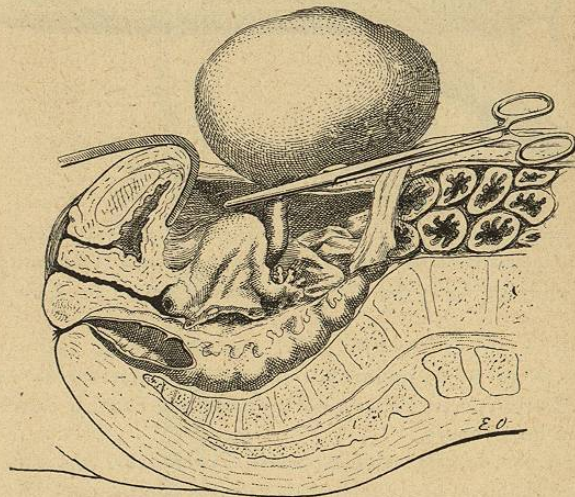


Fig. 990.

Extirpation en bloc d'un kyste de l'ovaire. Pincement du pédicule (J.-L. FAURE).

volume. Le kyste, non ouvert ni ponctionné, est sorti de la cavité péritonéale, pédiculé et pincé (fig. 990). Puis on coupe le pédicule et on place une ou deux ligatures sous la pince, selon le volume du pédicule. Chaque ligature doit toujours prendre un paquet peu épais.

Si le kyste est *volumineux*, il faut d'abord le vider pour l'extraire. On peut l'ouvrir d'un coup de bistouri, attirant hors

¹ Voy. p. 493.

du ventre les lèvres de l'incision, mais on répand ainsi partout le contenu du kyste, sur la malade, les aides, l'opérateur, le matériel. Il est préférable de ponctionner la poche avec un gros trocart (fig. 991) adapté à un tube de caoutchouc, qui conduit le liquide dans un récipient.

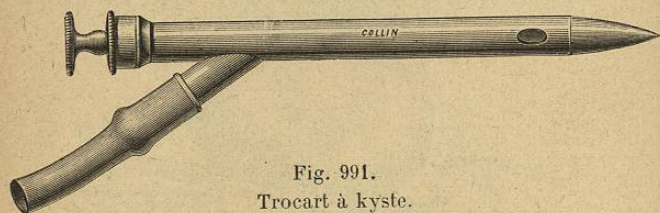


Fig. 991.
Trocart à kyste.

A mesure que le kyste se vide, que la paroi se relâche, on ferme l'ouverture autour du trocart avec une pince, et prenant une large pince à kyste (fig. 992), on saisit et attire au dehors la paroi.

Si le kyste est multiloculaire, on ponctionne les autres poches à travers la première, ou lorsqu'elles arrivent à l'extérieur. Lorsqu'on retire le trocart, on oblitère l'orifice avec une pince à larges mors.

Peu à peu, le kyste vidé est attiré à l'extérieur, son pédicule devient visible et abordable, et on termine comme nous l'avons dit plus haut.

La paroi abdominale est fermée avec ou sans drainage, selon l'état d'asepsie du kyste.

Kyste adhérent. — L'opération est beaucoup plus difficile lorsque le kyste adhère aux organes environnants et à la paroi abdominale, mais il est impossible de donner des règles précises pour l'extirpation dans ces cas.

Il faut détruire les adhérences avec prudence, évitant de déchirer l'intestin, laissant au besoin une lamelle de la paroi kystique adhérente, pinçant et coupant l'épiploon, etc.

En général, en insistant, on vient à bout de ces difficultés, et on extirpe le kyste vidé par ponction.

Des adhérences anciennes et solides peuvent cependant arrêter cette dissection, et force est alors de suturer au péritoine et

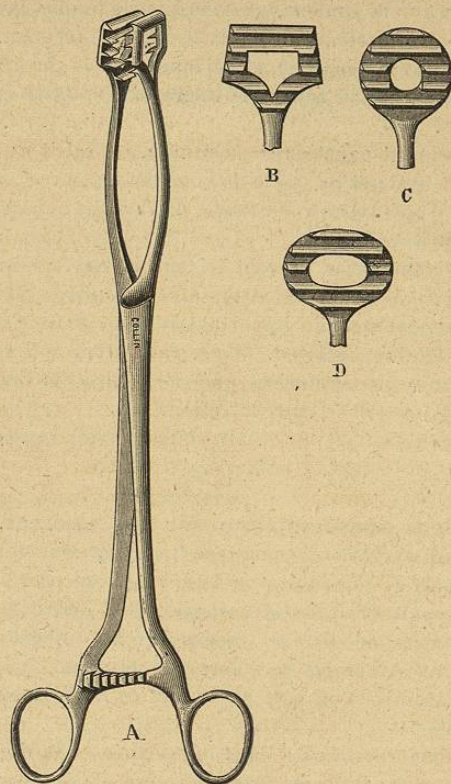


Fig. 992.
Pincés à kyste.

à la peau le pourtour de ce qui reste de la poche, de marsupialiser le kyste après résection de ce qui a été libéré de sa paroi.

Kyste inclus dans le ligament large. — Lorsqu'on recon-

nait un kyste de cette sorte, il faut essayer de l'extirper sans le vider par ponction, la libération en est ainsi facilitée.

On incise sur la tumeur, et dans le sens le plus favorable, le péritoine; et on dissèque les deux lèvres de l'incision. La main introduite sous le péritoine, et suivant la paroi du kyste, continue le décollement et achève la libération du kyste qui n'a pas de pédicule.

Si le kyste est ponctionné ou rompu, on saisit sa paroi avec une pince à kyste et on opère de la même façon.

Lorsque l'opération a été facile, on ferme l'ouverture péritonéale par sutures.

Mais les adhérences peuvent ici encore être solides et abondantes. La dissection peut encore être faite, mais elle est suivie d'un suintement sanguin important et d'une grande dénudation du tissu cellulaire pelvien. Mieux vaut alors achever par une hystérectomie qui permettra une péritonisation régulière¹, et mettra mieux à l'abri d'une infection.

Exceptionnellement on serait obligé d'avoir recours, comme dans le cas précédent, à la marsupialisation.

Opérations conservatrices sur les annexes. — Sur l'**ovaire** ces opérations consistent dans l'*ignipuncture*, la *résection* des parties malades. Sur la **trompe** on peut pratiquer la *salpingorrhaphie* et la *salpingostomie*. Ces opérations peuvent être combinées de diverses façons sur les annexes des deux côtés, oviductes et trompes du même côté, et même être pratiquées pour une trompe d'un côté et un ovaire du côté opposé, seuls conservables.

L'*ignipuncture* consiste dans l'ouverture et la destruction, à l'aide d'une fine lame de thermocautère, de la paroi de petits kystes ovariens. Si la cavité saigne, on la ferme par un point de suture ramassant l'ensemble de ses parois.

La *résection ovarienne* s'adresse aux gros kystes ou aux petits kystes agglomérés. On saisit l'ovaire entre deux doigts, au niveau de son hile; et, le maintenant solidement, on excise,

¹ Voy. p. 510, t. II.

avec le bistouri ou les ciseaux, un segment d'ovaire en coin ou en languette contenant les portions malades. On peut y combiner l'*ignipuncture* sur les tranches de section.

Puis on applique l'une contre l'autre les surfaces coupées, pour faire à la fois l'hémostase et la restauration. Des fils de catgut, profonds et affrontant bien, maintiennent les surfaces en contact.

La *salpingorrhaphie* a pour but de maintenir le pavillon tubaire, au contact de l'ovaire, ou du moignon de l'ovaire. On étale le pavillon sur l'ovaire et on l'y fixe par quelques sutures.

La *salpingostomie* est la création d'un nouveau pavillon tubaire. Après avoir réséqué la partie malade de la trompe, lorsqu'elle siège sur son extrémité abdominale, on fend en long sur un ou deux centimètres l'orifice tubaire qui reste, et on éverse les bords de la fente. Sur le pourtour de ce nouvel orifice agrandi, on suture muqueuse à séreuse. Pour maintenir enfin cet orifice près de l'ovaire, on ajoute une salpingorrhaphie à la salpingostomie.

Salpingectomie abdominale. — Nous considérerons successivement l'extirpation des annexes pour une salpingo-ovarite, et pour une grossesse tubaire rompue, enkystée ou non.

Pour salpingo-ovarite. — Les annexes à enlever, en totalité ou en laissant une partie de l'ovaire jugée saine, sont libres ou peu adhérentes, ou bien sont très adhérentes et généralement suppurées.

L'ablation d'*annexes libres ou facilement libérables* par section de quelques adhérences épiploïques lâches et longues, est une opération simple. La malade placée comme pour toute laparotomie pelvienne¹, les intestins refoulés et protégés, on attire les annexes dans la main, et on les enlève de dehors en dedans, sans hémostase préalable, comme une tumeur quelconque.

Le pédicule utéro-ovarien est pincé et coupé; le bord supérieur du ligament large est coupé peu à peu, au-dessous des annexes,

¹ Voy. p. 481, t. II.

vers l'utérus, et les vaisseaux coupés ou vus sont pincés à mesure. On arrive ainsi peu à peu à l'insertion utérine de la trompe que l'on coupe à son tour entre une pince mise sur le bout périphérique tubaire, et une forte ligature de catgut sur la corne utérine, au ras de l'utérus, ligature placée avec une aiguille qui traverse le bord utérin.

La trompe est coupée avec la lame rougie du thermocautère ou avec les ciseaux et brûlée ensuite sur sa tranche avec le fer rouge.

Les annexes enlevées, on lie avec soin tous les vaisseaux pincés, en autant de pédicules séparés, et avec du catgut bien serré. Puis, avec un surjet de catgut, on suture le bord supérieur du ligament large, de la paroi pelvienne à la corne utérine, enfouissant sous la séreuse tous les pédicules et ligatures et le moignon de la trompe.

Il suffit ensuite d'étancher le sang qui peut être tombé dans le Douglas, et de refermer l'abdomen. Si les manœuvres ont été simples et si aucun liquide septique n'est sorti des annexes dans le péritoine, il est inutile de drainer.

Lorsque les annexes sont adhérentes d'une façon plus intime, la trompe ou l'ovaire contenant du pus, l'extirpation est beaucoup plus difficile. Il est alors souvent commode de commencer non plus par l'extrémité externe, mais par l'extrémité interne ou utérine.

Les adhérences superficielles, épiploïques ou intestinales, sont d'abord dégagées lentement et prudemment, de façon à ne pas rompre l'intestin. Les adhérences intestinales sont dégagées au doigt ou à la sonde cannelée, en cherchant un plan de clivage entre les organes. Si une perforation se produisait, il faudrait l'obturer par sutures¹ immédiatement, avant d'aller plus loin.

Lorsqu'enfin apparaît le fond de l'utérus et les masses annexielles, de nouvelles couches de compresses protègent l'intestin qu'on vient de libérer, et on cherche à dégager les annexes à enlever.

¹ Voy. p. 116, t. II.

Cherchant un plan de décollement entre les annexes et la paroi pelvienne, on les dégage quelquefois facilement. Mais si

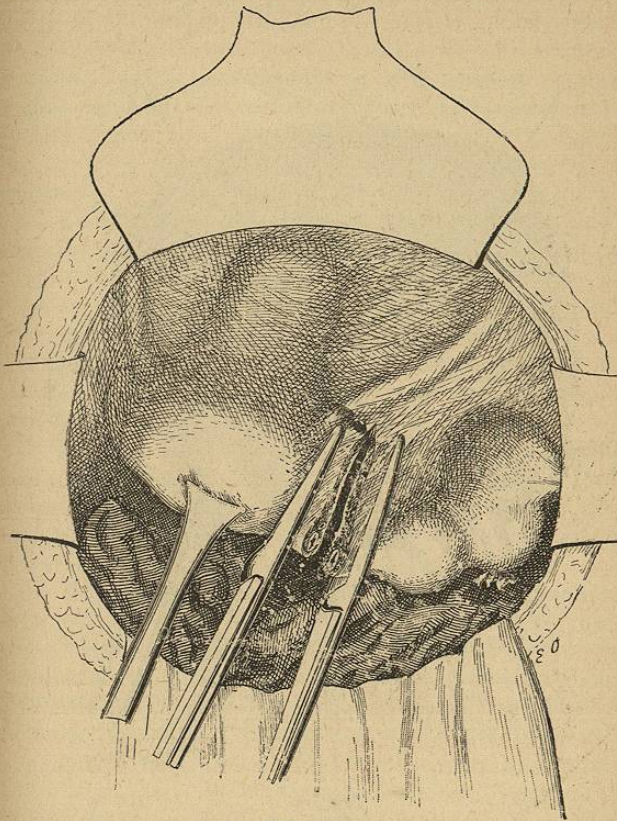


Fig. 993.

Salpingectomie abdominale. Section de l'insertion tubaire et du ligament large (J.-L. FAURE).

cela se montre peu simple, il est commode de couper entre deux pinces l'extrémité utérine de la trompe (fig. 993) et de

commencer en dedans le décollement pour le continuer en bas.

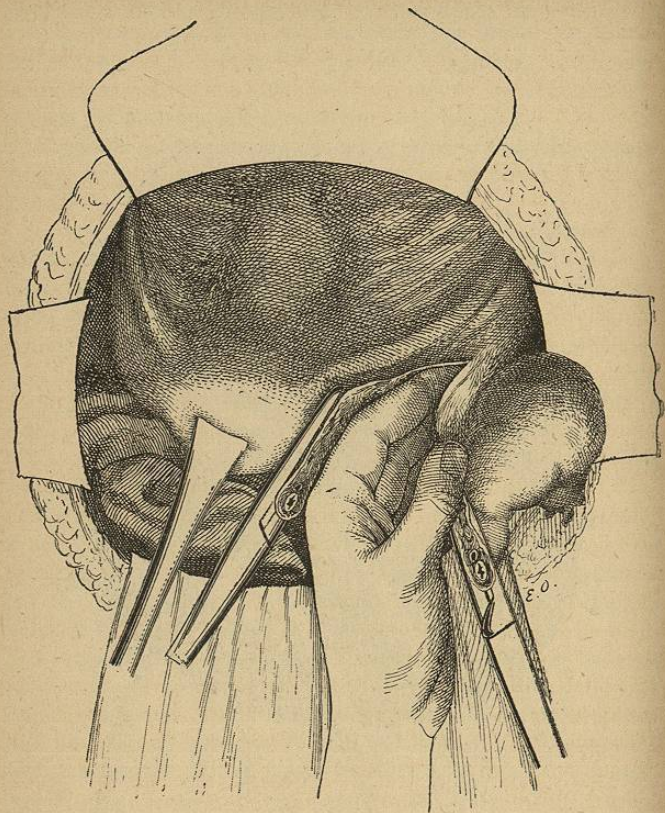


Fig. 994.

Salpingectomie abdominale. Décollement des annexes de bas en haut (J.-L. FAURE).

On dégage ainsi souvent beaucoup mieux de bas en haut des annexes très adhérentes (fig. 994).

On détruit peu à peu les adhérences utérines, pariétales,

rectales. Une perforation rectale peut quelquefois se produire, qu'il faut obturer avec soin par deux rangs de suture invaginate.

Faut-il, avant de décortiquer, et lorsqu'on arrive sur la tumeur annexielle, la ponctionner d'abord pour vider son contenu septique ? Le gros inconvénient de cette ponction est que, le trocart enlevé, la pince mise pour obturer l'orifice peut déchirer le tissu friable, ouvrir largement la cavité septique, et rendre plus inévitable ce qu'on voulait éviter : la dispersion des germes septiques.

Si au contraire les parois sont assez résistantes, on peut décortiquer la tumeur sans la rompre, à condition de ne pas la comprimer dans les doigts. Si du reste le pus s'échappe, on le recueille immédiatement sur des compresses tenues toutes prêtes.

Aussi, à moins que la paroi très friable ne menace de se rompre dès le début, préférons-nous nous abstenir de la ponction.

La tumeur dégagée, les ligatures se font comme dans la première hypothèse, mais la restauration du péritoine pelvien peut être beaucoup plus difficile. Il est alors utile de s'ingénier à faire une bonne *péritonisation*, comme nous le dirons à propos de l'hystérectomie pour salpingites.

En effet, lorsque les annexes sont si adhérentes et si difficiles à enlever, il est bien rare que les lésions soient unilatérales, et leur bilatéralité conduit à une hystérectomie¹, avec laquelle la restauration pelvienne est meilleure et le drainage plus efficace.

En tout cas, lorsque les manœuvres de décortication ont été un peu pénibles, les surfaces de décollement saignant toujours un peu, les lésions enlevées étant septiques, il faut drainer. Le *drainage* se fait ordinairement par l'abdomen (fig. 995), à l'aide de forts drains de caoutchouc plongeant au fond des cavités de décollement. Le drainage par des mèches de gaze, doit, à notre avis, être proscrit comme moyen unique²; tout au plus peut-on

¹ Voy. *Thérapeutique chirurgicale*, RICARD et LAUNAY, 1903, p. 760.

² Voy. p. 43, t. II.