

joindre une ou plusieurs mèches de gaze aux drains, pour arrêter par tamponnement un suintement sanguin ennuyeux.

Il est exceptionnel que, pour une salpingectomie unilatérale, on ait à placer un drain vaginal. Il faudrait alors perforer sur une pince vaginale placée par un aide, le cul-de-sac vaginal pos-

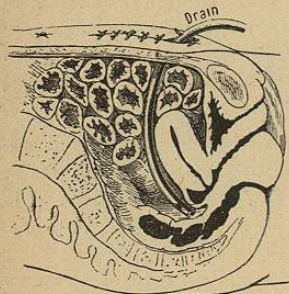


Fig. 995.

Drainage abdominal (J.-L. FAURE).

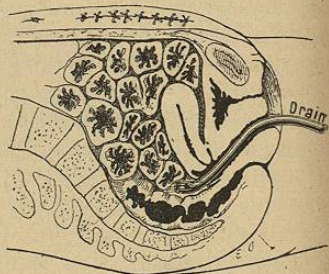


Fig. 996.

Drainage vaginal (J.-L. FAURE).

térieur, et passer le drain de l'abdomen vers le vagin où l'aide le place convenablement (fig. 996).

Le drain abdominal sera laissé quarante-huit heures, puis supprimé si tout va bien ; enlevé et remplacé pendant quelques jours si la température reste élevée, ou si le suintement local est abondant. En tous cas, il est utile, avant d'enlever le drain, d'aspirer le liquide sécrété accumulé au fond du bassin. Dans ce but on glisse dans la lumière du drain une sonde urétrale molle stérilisée à laquelle on adapte le tube d'un appareil aspirateur quelconque. Lorsque tout le liquide est aspiré, on enlève le drain.

**Pour grossesse tubaire rompue.** — La rupture d'une grossesse tubaire pendant les premiers mois produit une hémorragie abdominale abondante désignée sous le nom d'« inondation péritonéale », ou une hématocele enkystée.

Lorsqu'on a décidé d'intervenir, pour une hématocele enkystée,

par la voie abdominale, on opère comme pour l'ablation d'une salpingo-ovarite. Il faut enlever autant que possible toute la poche, sans cependant chercher à séparer de l'intestin des portions de membrane trop adhérente. Le drainage est nécessaire après ces opérations, dans lesquelles on est souvent obligé d'abandonner dans le bassin des parties plus ou moins épaisses de la poche d'enkystement.

L'inondation péritonéale réclame une opération d'urgence et aussi rapidement menée que possible. La malade soutenue par des injections de sérum artificiel<sup>1</sup>, est placée dans la position renversée par les moyens dont on dispose (coussins et oreillers sous le siège), et l'abdomen est rapidement ouvert. Les caillots qui encombrant le bassin sont rejetés au dehors, et la main va tout de suite dans le bassin reconnaître le fond de l'utérus, puis successivement les annexes de l'un et de l'autre côté, toujours libres d'adhérences. On reconnaît quelle est la trompe qui saigne et on place un clamp au niveau de la corne utérine, puis un sur le pédicule utéro-ovarien. On peut alors nettoyer le petit bassin, enlever les annexes du côté malade selon les règles ordinaires, puis replacer la malade dans la position horizontale.

Le sang refoulé vers le diaphragme s'écoule alors au dehors. On suture la paroi abdominale en plaçant un gros drain dans le bassin. Ce drainage est rendu utile par l'évacuation incomplète du sang épanché.

Le sérum est continué ensuite et la malade est réchauffée par tous les moyens.

**Myomectomie abdominale.** — L'extirpation par voie abdominale d'un ou de plusieurs fibromes, sans ablation de l'utérus, peut s'appliquer à des fibromes sous-séreux pédiculés ou des fibromes sous-séreux sessiles, interstitiels, sous-muqueux.

**Fibromes pédiculés.** — L'opération est ici très simple et ne mérite pas de description. Le ventre ouvert et la tumeur reconnue, autour du pédicule gros ou petit, près de l'utérus, on

<sup>1</sup> Voy. p. 12. t. I.

incise le péritoine pour le refouler vers l'utérus. Le pédicule du fibrome est alors rompu ou coupé selon son volume, et les vaisseaux qui saignent sont pincés et liés. On referme la plaie utérine en la recouvrant de la séreuse.

**Fibromes non-pédonculés** (sessiles, interstitiels, sous-muqueux). — L'énucléation se fait, en principe, de la même manière dans tous les cas.

On dilate au préalable le col utérin avec des laminaires, car on ne sait jamais s'il ne sera pas nécessaire de placer un drain dans l'utérus.

L'abdomen ouvert, une incision parallèle à l'axe utérin, placée sur la saillie de la tumeur, coupe péritoine et muscle jusqu'au

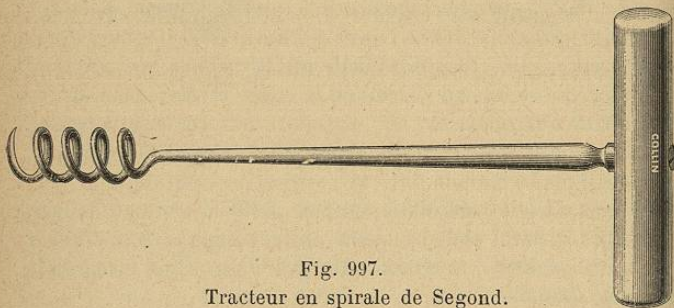


Fig. 997.

Tracteur en spirale de Segond.

tissu fibromateux facile à reconnaître. Il est inutile de placer sur le col utérin une ligature élastique pour faire l'hémostase préalable.

Le fibrome abordé est sorti facilement, ou après une décortication plus ou moins pénible ; puis la loge est traitée de façon différente selon que la muqueuse utérine a été ou non ouverte.

On répète autant de fois l'opération et l'incision qu'il y a de tumeurs à enlever.

TUFFIER conseille d'inciser autant que possible sur la ligne médiane pour inciser sans hémorragie.

L'extraction est plus facile, lorsque le fibrome est découvert, si on fixe la tumeur à l'aide d'un tracteur en spirale (fig. 997).

Si la muqueuse utérine est, de façon certaine, restée intacte, le fibrome reposant sur une couche de tissu utérin, on referme par des sutures perdues totales la cavité du fibrome, puis on suture le péritoine et la couche superficielle de tissu utérin. Le drainage abdominal n'est pas alors nécessaire.

Lorsque la cavité utérine a été ouverte, ou lorsque la muqueuse utérine a dû être disséquée directement, on agrandit l'ouverture ou on la crée, on nettoie la cavité utérine avec des compresses sèches, on place dans l'utérus un drain gros et rigide que l'on fait ressortir par le col dans le vagin.

Par-dessus ce drain on ferme la cavité utérine par des points ne perforant pas la muqueuse, et on suture la séreuse. Il est alors au moins utile de placer un drainage abdominal du péritoine pelvien, drainage qui ne restera que quarante-huit heures si tout va bien.

Les soins post-opératoires sont les mêmes qu'après la salpingectomie.

**Fibrome inclus dans le ligament large.** — La tumeur découverte, il faut d'abord inciser l'enveloppe péritonéale en prenant grand soin de ne pas blesser l'uretère qui peut parcourir un point quelconque du fibrome, sous le péritoine.

Dès qu'une partie de la tumeur est découverte on la saisit avec un tracteur en hélice ou une forte pince à dents et on la dégage peu à peu, en rasant sa surface avec les doigts.

Tantôt le fibrome décortiqué n'a pas de pédicule, et l'ablation est faite ; tantôt il faut lier un pédicule qui l'unit à l'utérus ou au ligament large.

La cavité sous-séreuse qui reste est recouverte par le péritoine décollé dont on referme l'incision. Le suintement sanguin produit par le décollement nécessite généralement un drainage de courte durée, qu'il suffit de faire par la partie inférieure de la plaie abdominale, sans perforer la paroi vaginale pour placer un drain inférieur.

**Hystérectomie abdominale.** — Nous étudierons d'abord les procédés-types d'hystérectomie abdominale, sans tenir compte

des affections qui la nécessitent ; puis nous verrons les particularités fournies par les lésions elles-mêmes : fibromes, salpingites, cancer, prolapsus.

**Procédés opératoires.** — Les procédés doivent être groupés en deux méthodes principales selon qu'on fait l'hystérectomie basse, sus-vaginale, laissant un bout du col sans ouvrir le vagin, hystérectomie subtotale ; ou qu'on est obligé d'enlever le col en entier, hystérectomie totale.

Nous ne décrivons pas de procédés d'hystérectomie partielle à pédicules interne et externe, qui n'offrent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

**a. Hystérectomie subtotale.** — Après laparotomie sur plan incliné faite comme d'habitude, les soins de nettoyage du vagin et de l'abdomen étant toujours les mêmes, l'opération comprend l'extirpation de l'utérus et des annexes, lorsque ces annexes doivent être enlevées, puis la restauration du péritoine pelvien (péritonisation), enfin le drainage et la fermeture du ventre.

Les soins post-opératoires sont aussi les mêmes que pour une salpingectomie. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel<sup>1</sup> sont presque toujours utiles pendant un ou plusieurs jours.

**1<sup>o</sup> Ablation de l'utérus et des annexes.** — *Procédé de Kelly dit procédé américain.* — L'hystérectomie subtotale, par section du col au ras de l'insertion vaginale, est faite par « incision continue » et bascule de l'utérus sur le côté.

Toute difficulté de libération des annexes étant réservée, on exécute l'opération de la façon suivante. On pince et coupe le pédicule utéro-ovarien d'un côté, au choix de l'opérateur ; on pince et coupe le ligament rond du même côté. Le ligament large libéré à sa partie supérieure est coupé obliquement de haut en bas et en dedans, vers le col, et on découvre à ce moment l'artère utérine près du col utérin, avec les veines correspondantes. On coupe le paquet vasculaire entre deux pinces.

<sup>1</sup> Voy. p. 42, t. I.

Limitant avec le bistouri, d'un bord à l'autre, un lambeau péritonéal sur la face antérieure de l'utérus, on décolle la vessie et libère la face antérieure de l'utérus. Puis on tranche alors, au bistouri, d'un côté à l'autre, le col utérin, en creusant un peu la section dans le bout de col qui reste (fig. 998). L'utérus bas-

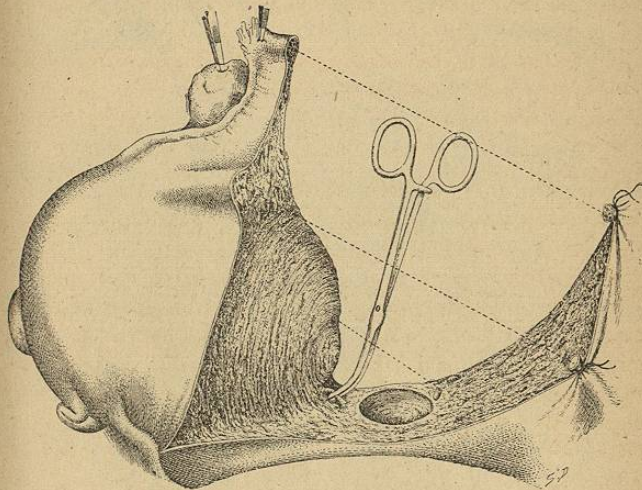


Fig. 998.

Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de Kelly.

cule peu à peu sur le côté non encore libéré, et met à découvert l'artère utérine de ce côté. On la pince et on la coupe près de l'utérus (fig 998).

Le second ligament large est coupé de bas en haut, et on pince et coupe successivement le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien. L'utérus et les annexes sont enlevés.

Saisissant avec une pince à traction la lèvre postérieure du moignon du col dont on protège le voisinage avec des compresses, on brûle avec la lame du thermocautère la cavité cervicale et les bords de ces lèvres. On recouvre ce col d'une compresse.

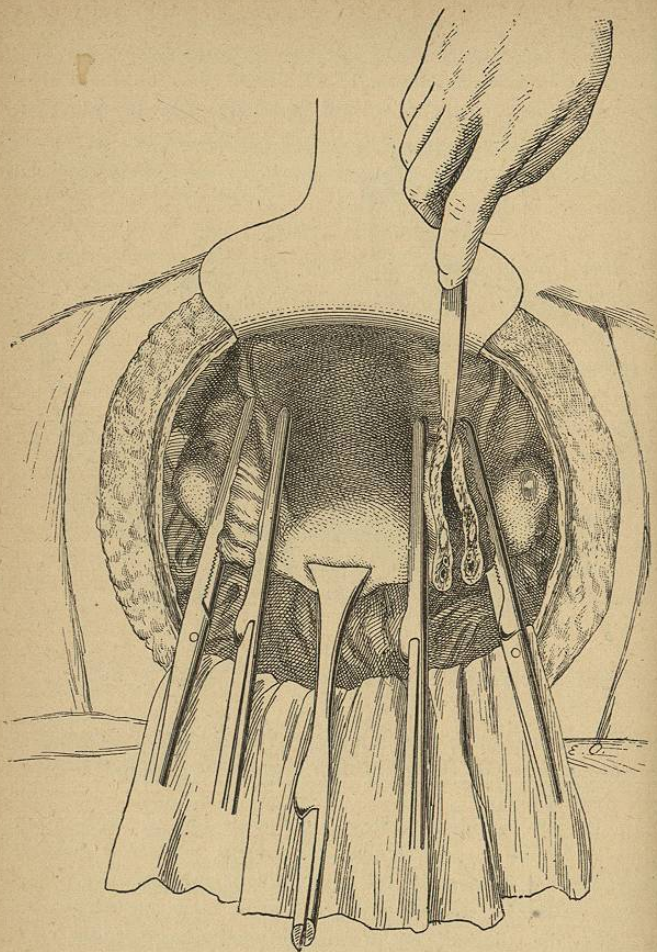


Fig. 999.  
Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de Terrier. Pincement  
et section du ligament large contre l'utérus (Thèse de DELAGE).

Les vaisseaux liés avec soin, on passe au temps suivant, la  
péritonisation.

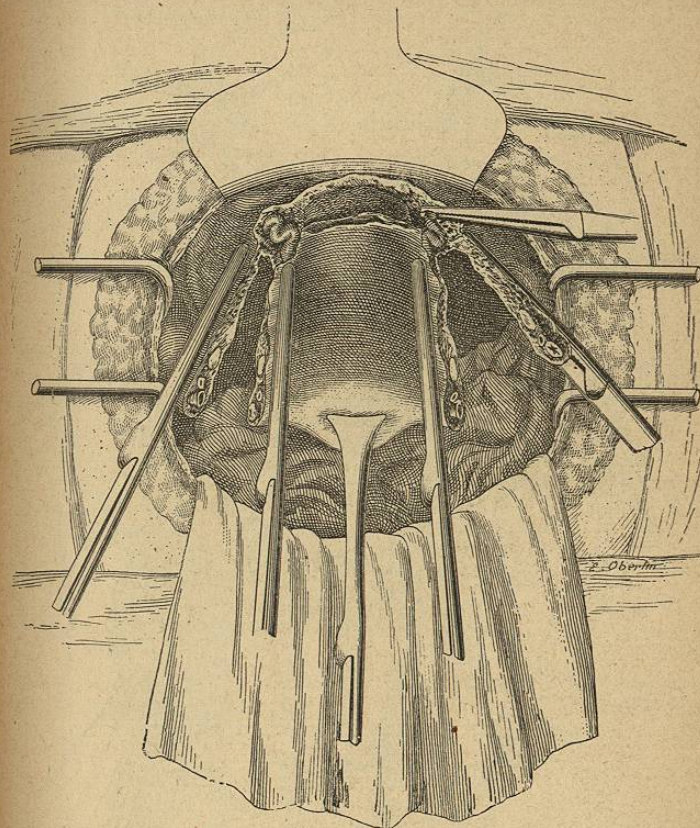


Fig. 1000.  
Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de Terrier. Incision  
du péritoine utérin et ligature des utérines (Thèse de DELAGE).

*Procédé de Terrier.* — Les adhérences étant supposées libérées  
si elles existaient, notamment sur la face postérieure de l'utérus,

on saisit ou on a déjà saisi le fond de l'utérus entre les mors

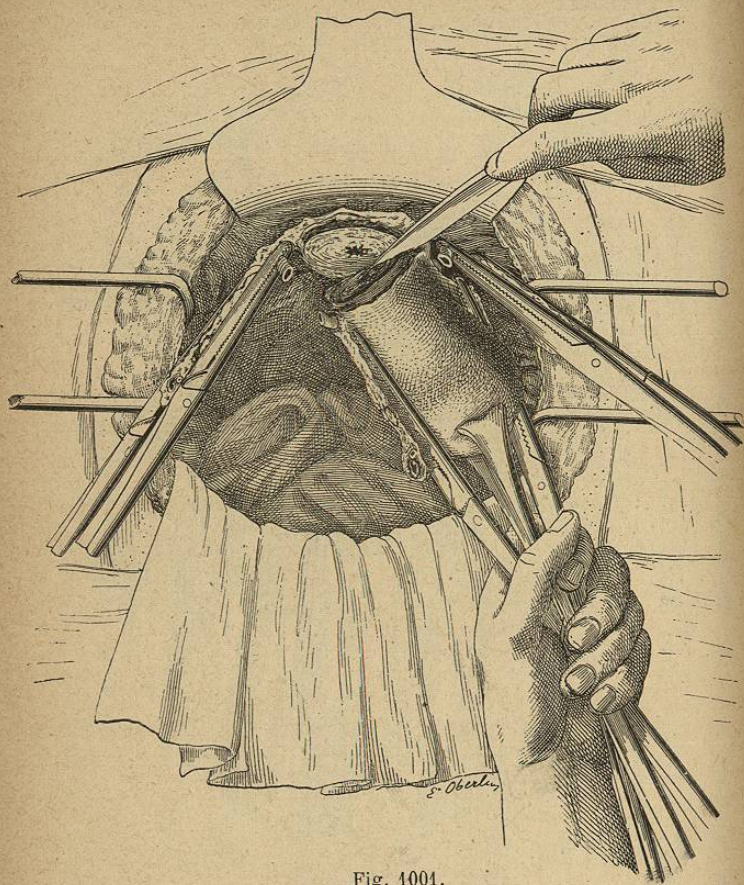


Fig. 1001.

Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de Terrier. Section du col utérin (Thèse de DELAGE).

d'une pince à griffes, et on l'attire vers l'ombilic. On place sur l'étage supérieur du ligament large droit, contre le bord de

l'utérus, une longue pince de Kocher qui le tient dans toute sa

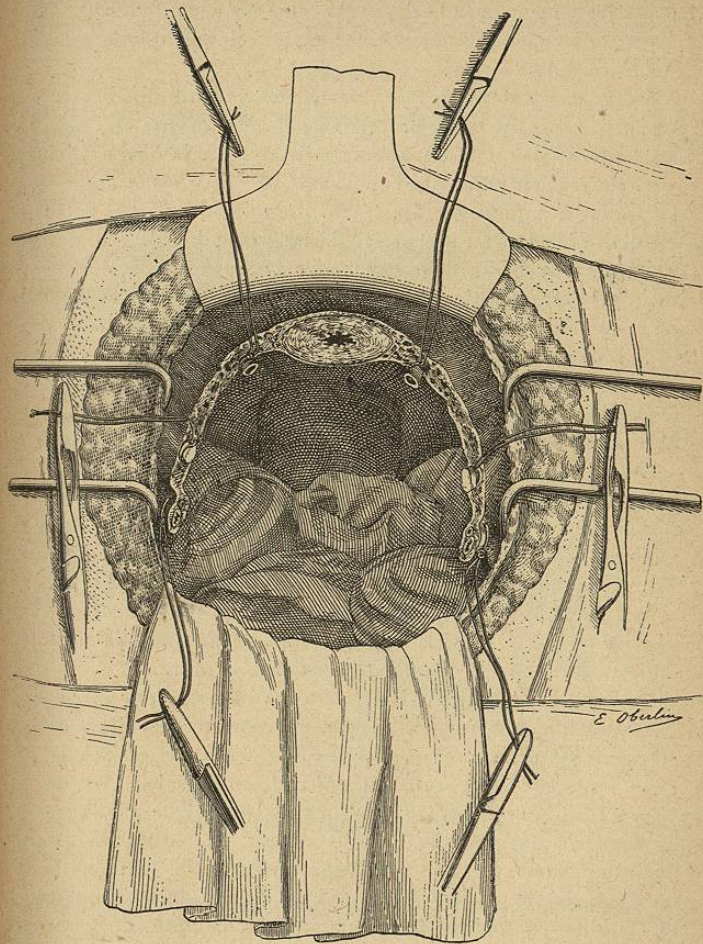


Fig. 1002.

Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de Terrier. Ligatures des vaisseaux (Thèse de DELAGE).

longueur. On place une seconde pince semblable en dehors de la première pour couper le ligament entre les deux (fig. 999).

On coupe de même entre deux pinces le ligament large gauche sur le bord de l'utérus.

Sur la face antérieure de l'utérus, en partant du point où se trouve l'extrémité de la pince fixée au bord gauche de l'utérus, on taille au bistouri, de gauche à droite, un lambeau péritonéal convexe en haut, que l'on décolle vers en bas avec les doigts ou les ciseaux mousses (fig. 1000). On voit alors dans le tissu cellulaire les artères utérines de chaque côté du col.

On pince à droite et à gauche les artères utérines contre le col (fig. 1000), et, attirant l'utérus avec les pinces placées sur lui, on coupe le col utérin au-dessus du vagin, de gauche à droite (fig. 1001).

La cavité cervicale est brûlée au thermocautère comme dans le procédé précédent, et le moignon recouvert d'une compresse en attendant la restauration du plancher pelvien.

C'est à ce moment que, dans ce procédé, on enlève les annexes s'il y a lieu de les enlever (voir hystérectomie pour salpingite) (fig. 1022). Les annexes libérées et décollées de bas en haut, grâce à la place donnée par l'extraction de l'utérus, on lie et coupe les ligaments ronds et les ligaments infundibulo-pelviens (fig. 1002).

Les ligatures sont placées sur tous les pédicules, en passant le fil avec une aiguille dans le tissu cellulaire péri-vasculaire, afin d'éviter sûrement le glissement d'un fil à ligature.

*Procédé de J.-L. Faure-Kelly.* — On commence ici par pratiquer l'hémisection médiane de l'utérus, pour enlever ensuite successivement ses deux moitiés avec les annexes correspondantes.

Le fond de l'utérus mis à découvert, on le saisit avec deux pinces à traction placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire, le plus possible, l'utérus en haut. Avec de forts ciseaux droits on coupe l'utérus sur la ligne médiane, de haut en bas, du fond vers le col. Arrivé au-dessus du col utérin, au niveau de l'isthme, ce dont on se rend facilement compte, on tranche chaque moitié utérine d'un coup de ciseaux donné transversalement de la cavité vers le bord (fig. 1003).

Chaque moignon utérin est renversé en dehors, ce qui permet

de pincer et de couper l'artère utérine correspondante, puis de décortiquer de bas en haut les annexes malades (fig. 1003).

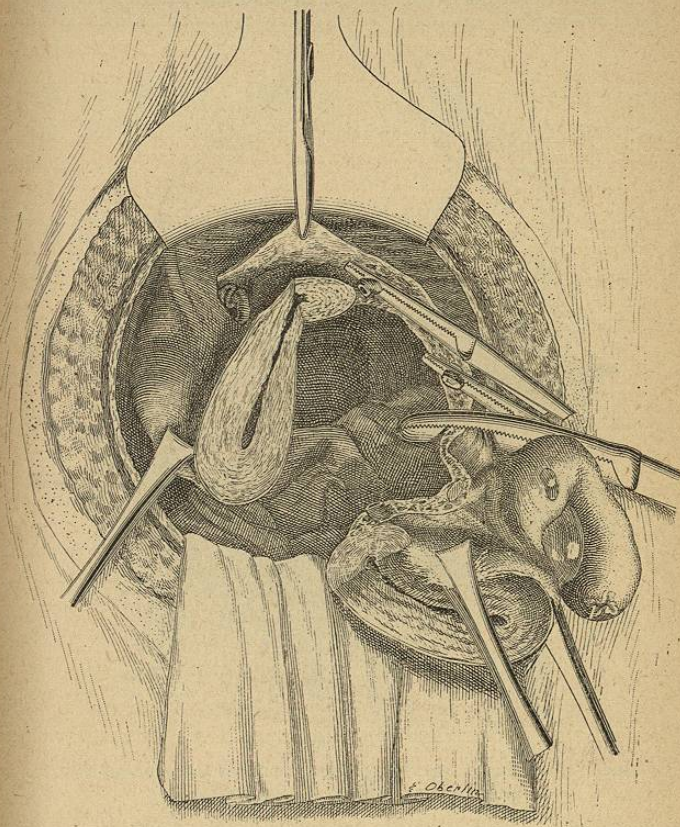


Fig. 1003.

Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de J.-L. Faure-Kelly.

Le reste de l'opération (ligatures, cautérisation du col) se fait comme dans les autres procédés.

2° *Péritonisation du petit bassin.* — L'utérus enlevé par un de ces procédés, avec ou sans les annexes, il reste au fond du bassin le moignon du col utérin cautérisé et la plaie béante

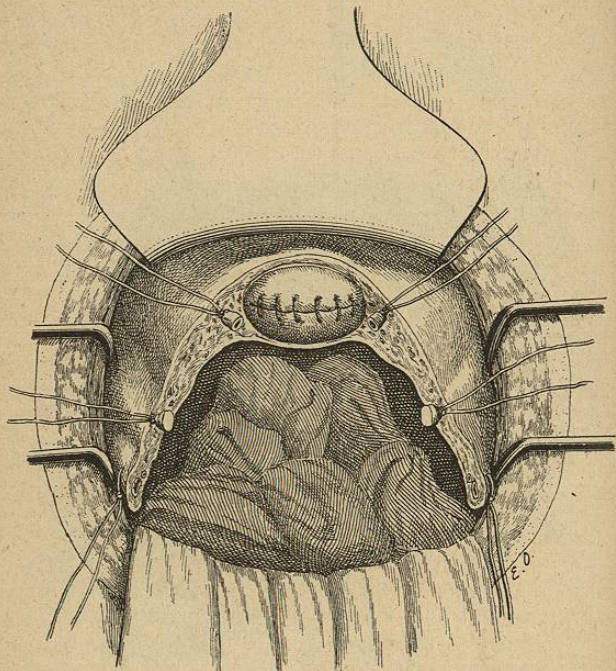


Fig. 4004.

Occlusion du moignon cervical par suture après thermocautérisation. Pédicules vasculaires liés (J.-L. FAURE).

entre les lèvres péritonéales, contenant les pédicules vasculaires liés.

Nous supposons ici le péritoine peu endommagé, comme après l'ablation d'un fibrome non adhérent, et nous indiquerons le minimum nécessaire de péritonisation, réalisable dans ces

cas simples. Nous étudierons avec l'hystérectomie pour salpingites la péritonisation plus complexe.

On commence par fermer par un surjet de catgut les lèvres de section du col utérin, que l'on applique étroitement l'une

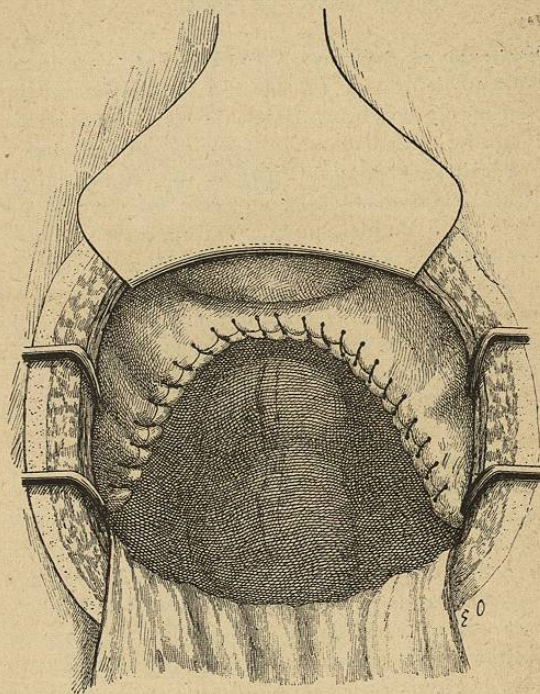


Fig. 4005.

Surjet péritonéal terminé (J.-L. FAURE).

contre l'autre, pour obturer la cavité cervicale brûlée tout à l'heure au thermocautère (fig. 4004). Si le moignon du col trop épais ne se laisse pas replier, il faut en évider les deux lèvres avec le bistouri.

Pour recouvrir de péritoine toute la plaie du plancher pelvien,

on rabat sur le moignon du col le lambeau péritonéal décollé de la face antérieure de l'utérus, et, commençant à une extrémité de la plaie un long surjet, on affronte les deux lèvres péritonéales, jusqu'à l'autre extrémité, enfouissant ainsi les pédicules liés et le moignon utérin (fig. 1005).

**3° Drainage et fermeture de la paroi.** — Lorsque l'on juge nécessaire de drainer, on peut le faire par voie abdominale, en plaçant un ou deux gros drains de caoutchouc au fond du bassin, dans les diverticules mal recouverts du péritoine.

Si, à ce drainage abdominal intra-péritonéal, on veut ajouter, dans l'hystérectomie subtotale, un drain inférieur sous-péritonéal, par le vagin, on place un gros drain à travers le col fendu dans le sens antéro-postérieur, ou complètement évidé. Puis on ne ferme pas le col, mais on reconstitue par-dessus ce drain le plancher séreux. Le drain vaginal draine ainsi le tissu cellulaire sous-séreux, séparé du drain abdominal par le plancher péritonéal reconstitué.

La fermeture de la paroi se fait comme après toute laparotomie.

**b. Hystérectomie totale.** — Les soins pré-opératoires et le début de l'opération sont les mêmes que pour l'hystérectomie subtotale. Les procédés opératoires doivent ici enlever l'utérus en entier, avec son col, et par suite ouvrir le canal vaginal.

Nous considérerons encore successivement : 1° l'ablation de l'utérus et des annexes, 2° la réfection du plancher pelvien (péritonisation), 3° le drainage et la fermeture de la paroi.

Nous ne décrirons que les procédés qui n'emploient que la seule voie abdominale, les procédés mixtes abdomino-vaginal ou vagino-abdominal étant abandonnés aujourd'hui.

**1° Ablation de l'utérus et des annexes.** — *Procédé de Kelly-Segond.* — C'est le même procédé d'incision continue que pour l'hystérectomie subtotale, mais avec ablation du col, au ras du col utérin.

Après ligature et section du ligament large d'un côté comme

nous l'avons vu, après pincement et section de l'artère utérine (fig. 1006), on ouvre le vagin du même côté.

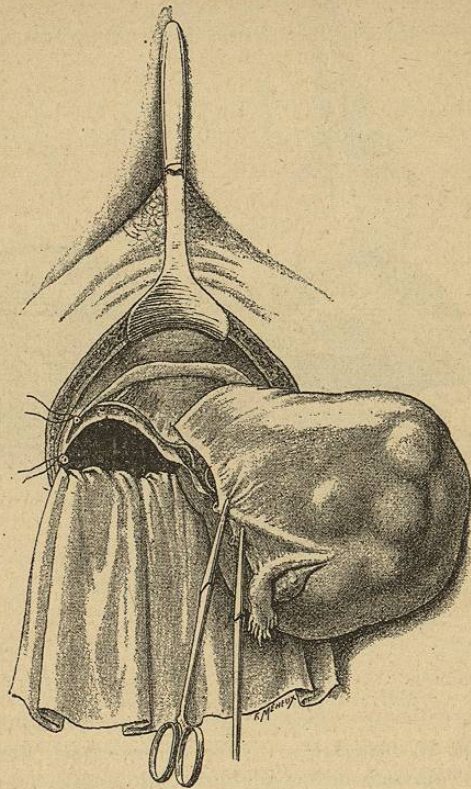


Fig. 1006.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Kelly-Segond. Section du ligament large gauche. Découverte de l'artère utérine (SEGOND).

Saisissant le col par une forte pince, on l'attire vers soi, renversant l'utérus, et on coupe le vagin vers l'autre côté jusqu'à ce qu'on arrive à l'artère utérine correspondante (fig. 1007). L'opéra-



tion est alors continuée comme dans l'hystérectomie subtotale.

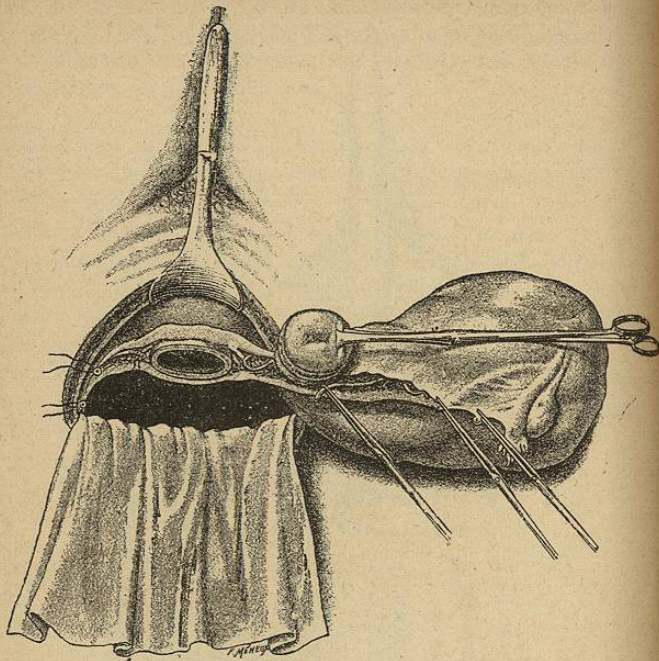


Fig. 1007.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Kelly-Segond.  
Renversement de l'utérus (SEGOND).

*Procédé de H. Delagenière.* — On commence par libérer des deux côtés, comme pour une salpingectomie simple, les annexes malades, et on les isole par des pinces (fig. 1008). Une pince coudée spéciale prend le bord externe du ligament large et passe au-dessous des annexes, au niveau de la future collerette péritonéale que l'on taillera sur l'utérus. Une deuxième pince droite prend le bord utérin du ligament large jusqu'au contact de la première (fig. 1008).

Les annexes sont enlevées grâce à ces pinces (fig. 1008). Puis

on incise, d'une pince coudée à l'autre, le péritoine de la face antérieure de l'utérus suivant une ligne convexe en haut, on continue latéralement, passant entre la pince coudée et la pince droite, et enfin en arrière plus ou moins bas (fig. 1009).

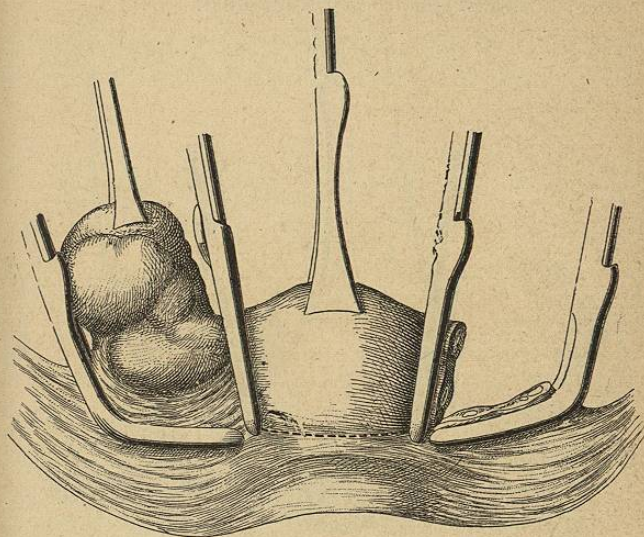


Fig. 1008.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Delagenière.  
Ablation des annexes.

La collerette péritonéale est refoulée, avec le doigt jusqu'aux culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur, et, écartant les pinces coudées, on découvre les artères utérines qu'on lie et coupe (fig. 1009).

Remplaçant les pinces par des ligatures, on soulève l'utérus pour ouvrir le vagin. C'est le cul-de-sac postérieur que l'on ouvre au bistouri, et par cette ouverture on désinsère aux ciseaux tout le pourtour du vagin (fig. 1010). L'utérus est libéré (fig. 1011).

*Procédé de Doyen.* — L'abdomen ouvert comme d'habitude,