

on rabat fortement l'utérus sur le pubis pour rendre accessible le cul-de-sac de Douglas.

Un aide pousse dans le vagin une longue pince courbe qui refoule le cul-de-sac postérieur, et sur cette pince on ouvre le cul-de-sac de Douglas, dans le sens longitudinal.

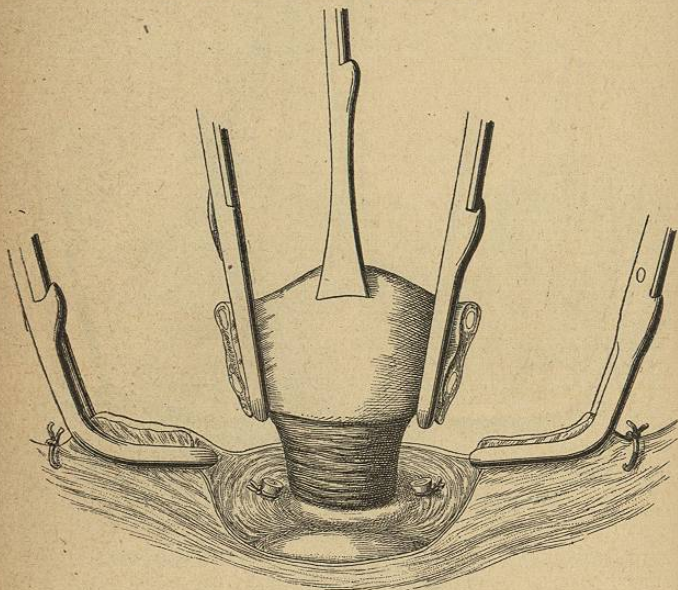


Fig. 1009.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Delagenière. Incision du péritoine utérin et ligature des artères utérines.

Par l'incision vaginale agrandie, le col est saisi avec des pinces à griffes, ou à l'aide d'une érigne spéciale. On attire le col saisi en haut et en arrière, par l'ouverture vaginale (fig. 1012).

Avec les ciseaux on libère à droite et à gauche le col utérin de ses attaches latérales, et le col est attiré davantage, laissant voir le cul-de-sac antérieur par sa face vaginale. On coupe le cul-de-sac vaginal antérieur contre le col, et il suffit ensuite de

tirer sur le col avec les pinces, en aidant le décollement avec l'index droit, pour séparer l'utérus de la vessie.

Pour détacher l'utérus on n'a plus qu'à perforer le péritoine vésico-utérin décollé, pour achever le décollement du ligament

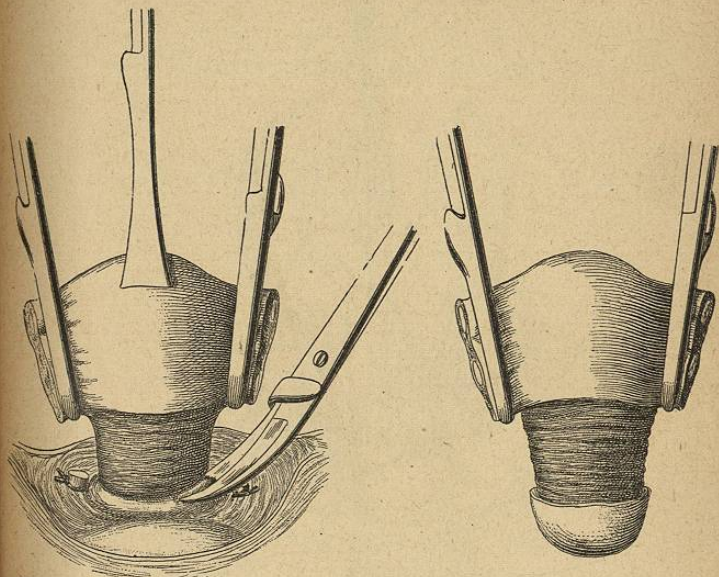


Fig. 1010.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Delagenière. Section du vagin.

Fig. 1011.

Hystérectomie abdominale totale Procédé de Delagenière. Utérus enlevé.

large droit que saisissent les doigts de l'aide; on coupe ce ligament entre l'utérus et les annexes (fig. 1014).

On bascule l'utérus et libère de même le ligament large gauche. L'utérus est dégagé après section du ligament large gauche.

On fait alors l'hémostase des utérines « qui ont été souvent pincées aussitôt après l'extirpation de l'utérus »; et, liant les

pédicules utéro-ovariens à droite et à gauche, on enlève les annexes.

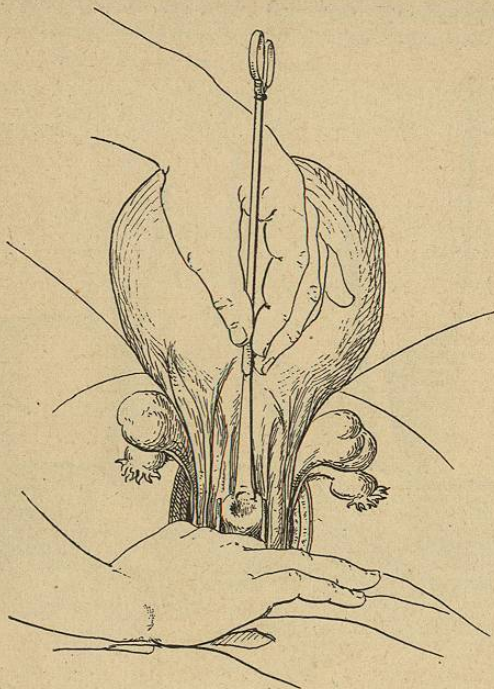


Fig. 1012.

Hystérectomie abdominale totale (pour fibrome). Procédé de Doyen.

Procédé de J.-L. Faure. — C'est l'hémisection utérine totale, comme pour l'hystérectomie subtotale. Ici, après avoir saisi le fond de l'utérus, avant de le couper en deux moitiés, on incise le péritoine au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin pour isoler la vessie.

C'est alors qu'on coupe l'utérus sur la ligne médiane, du fond vers le col (fig. 1013).

En suivant la cavité utérine, on ouvre le vagin sur la ligne

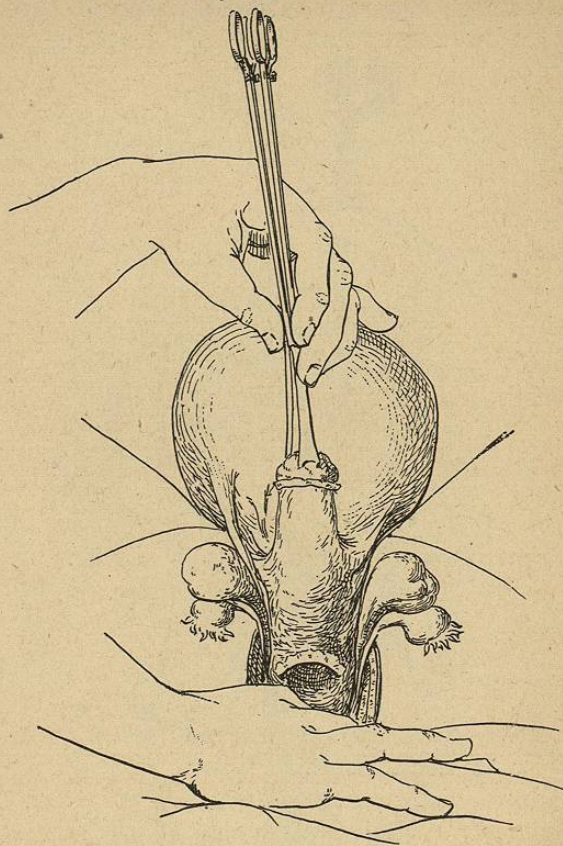


Fig. 1013.

Hystérectomie abdominale totale (pour fibrome). Procédé de Doyen.

médiane (fig. 1016), et on place des pinces sur les parois de ce canal.

Une moitié du col est prise dans une pince à griffes solides, et

attirée en haut et en dedans. On coupe l'insertion vaginale ainsi tendue (fig. 1017), et on arrive sur l'artère utérine qui est pincée,

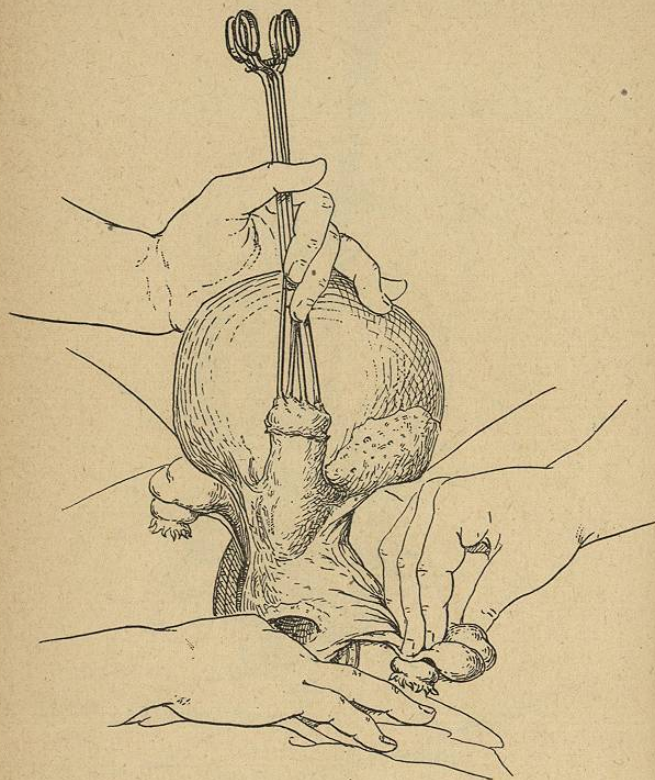


Fig. 1014.

Hystérectomie abdominale totale (pour fibrome). Procédé de Doyen.

liée et coupée. La main aidant de bas en haut, on décolle la moitié utérine et les annexes, et on termine comme pour la sub-totale.

La même manœuvre est exécutée de l'autre côté (fig. 1018), puis on lie les pédicules vasculaires.

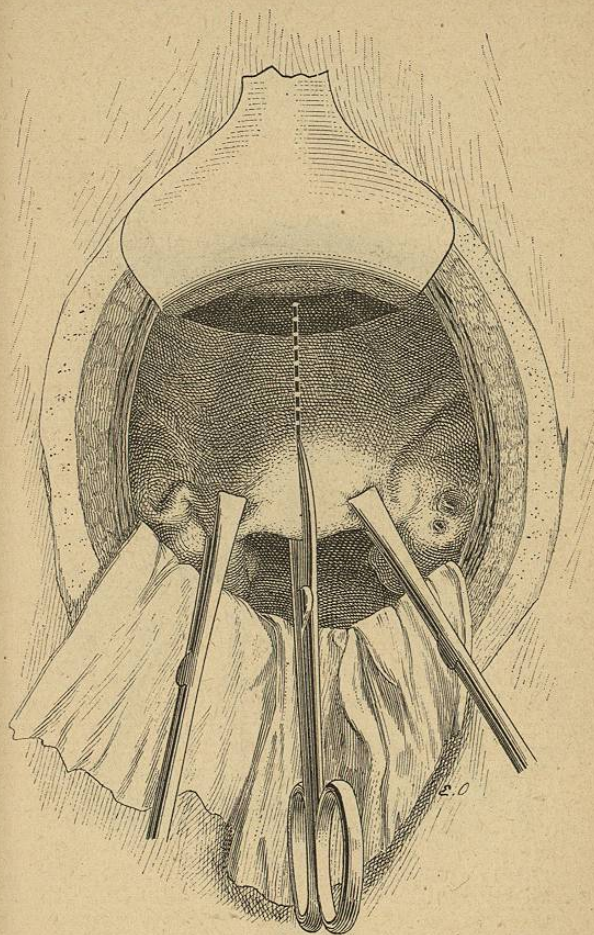


Fig. 1015. — Hystérectomie abdominale totale.
Procédé de J.-L. Faure. Section de l'utérus.

Afin d'éviter l'infection pouvant provenir de la cavité utérine

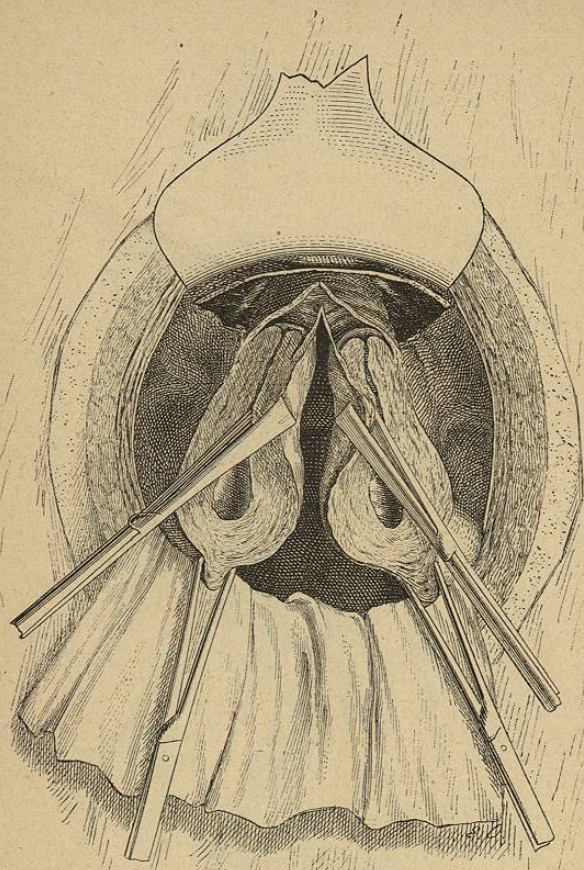


Fig. 1016.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de J.-L. Faure.
Section médiane de l'utérus.

ouverte, J. L. FAURE, dès le début de l'hémisection, dès le pre-

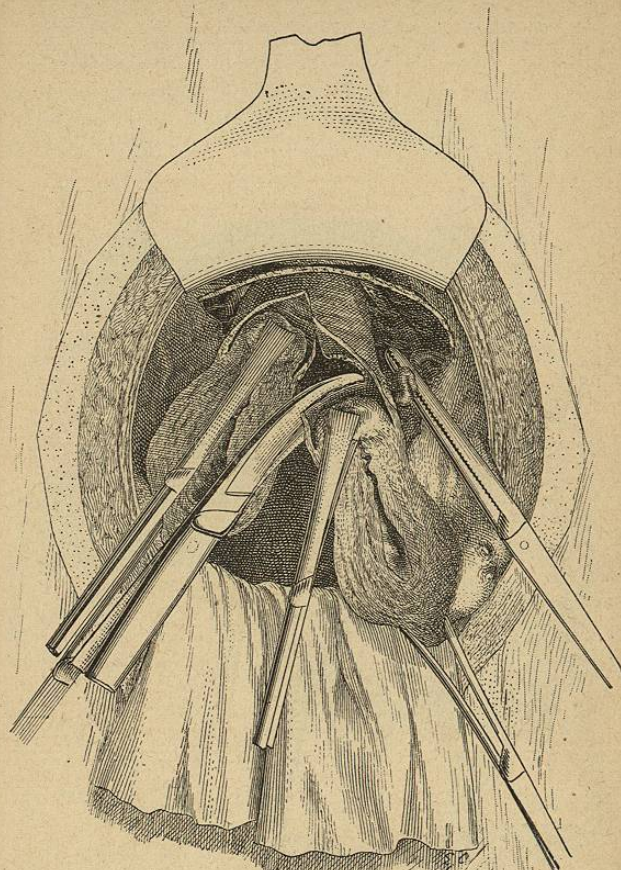


Fig. 1017.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de J.-L. Faure. Section
de la paroi vaginale droite et pincement de l'artère utérine.

mier coup de ciseaux qui coupe l'utérus sur une hauteur de 15 à

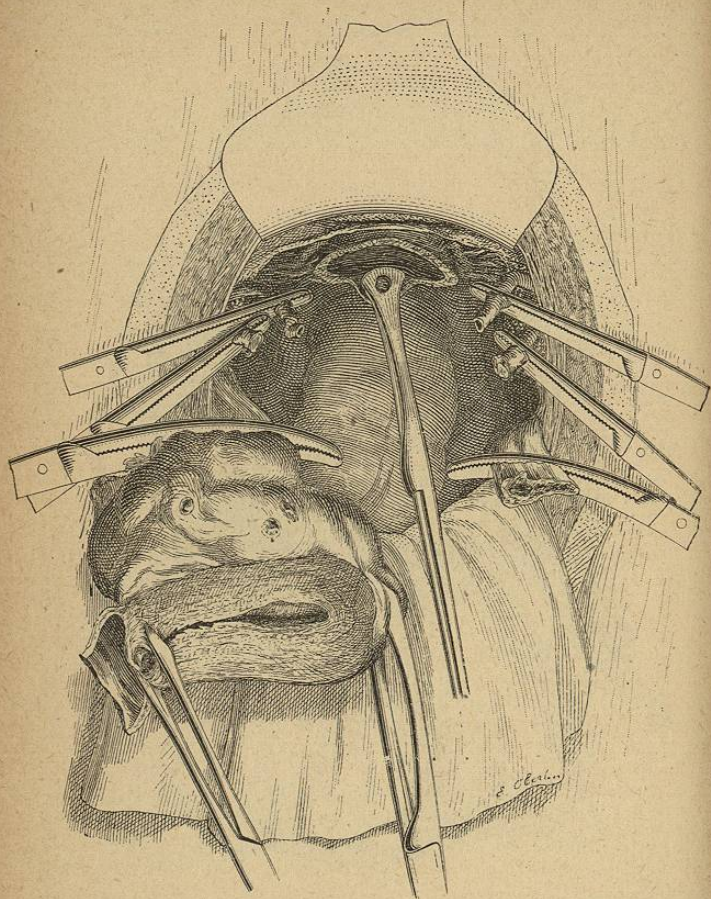


Fig. 1018. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de J.-L. Faure. Extirpation de la moitié gauche.

20 millimètres, introduit une longue lame de thermocautère

dans les cornes utérines et dans la cavité jusqu'au col, en frottant énergiquement.

2° Péritonisation du petit bassin. — Après extraction de l'utérus et des annexes, il reste au fond du bassin l'ouverture

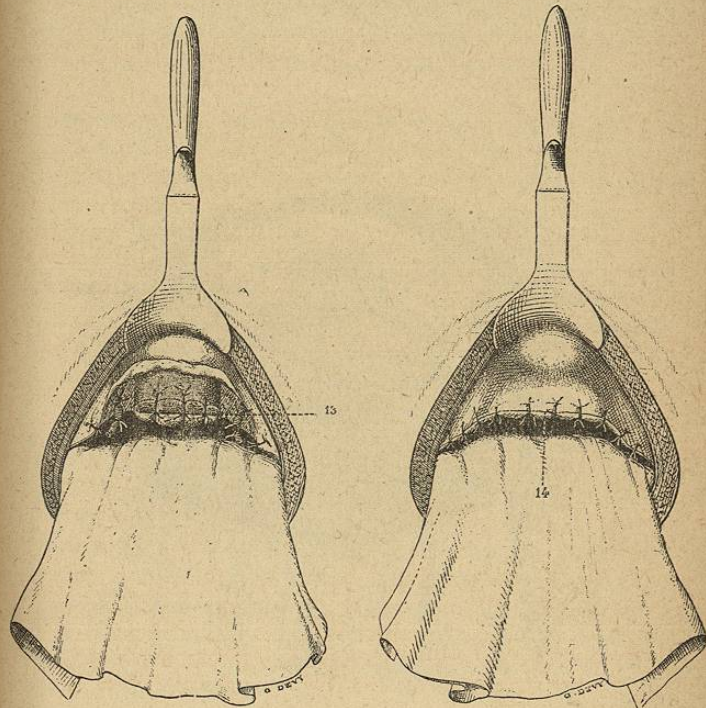


Fig. 1019.

Hystérectomie abdominale totale.
Fermeture du vagin (RICHELOT).

Fig. 1020.

Hystérectomie abdominale totale.
Suture séro-séreuse recouvrant la suture vaginale (RICHELOT).

béante du vagin et les plaies des ligaments larges. Avec ou sans drainage, le plancher pelvien est reconstitué comme après une

subtotale, en refermant par des sutures l'ouverture vaginale au lieu du moignon cervical (fig. 1019). Par-dessus le vagin fermé, on suture par un surjet les lèvres des lambeaux péritonéaux (fig. 1020).

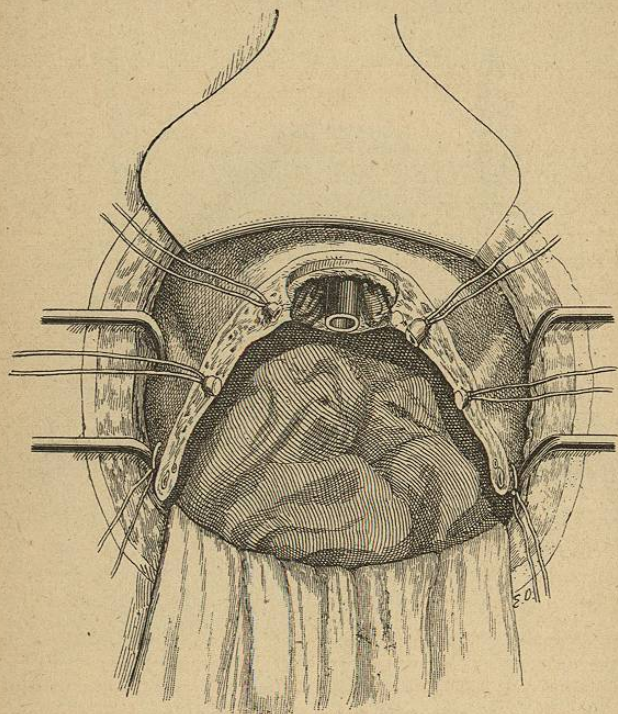


Fig. 1021.

Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal (J.-L. FAURE).

3° Drainage et fermeture de la paroi. — Après l'ablation totale de l'utérus, le drainage vaginal est très simple. Un drain volumineux est glissé de haut en bas dans le vagin (fig. 1021), on ne ferme pas le vagin, et on reconstitue par-dessus le plancher

péritonéal. On peut, si on le désire, placer alors un drain abdominal, constituant un double drainage, abdominal et vaginal, de part et d'autre du plancher séreux reconstitué.

Application des procédés aux cas particuliers. —

Nous avons à passer successivement en revue l'hystérectomie abdominale pour fibromes, pour salpingites et suppurations pelviennes, pour cancer utérin et pour prolapsus utérin.

Hystérectomie abdominale pour fibromes. — L'opération de choix est ici l'hystérectomie subtotale faite par un procédé quelconque, enlevant complètement les annexes ou gardant, comme quelques opérateurs, un seul ou les deux ovaires afin d'éviter les accidents attribués à l'« insuffisance ovarienne ».

Des difficultés considérables peuvent être apportées à l'opération par plusieurs causes.

La présence de *salpingo-ovarites* adhérentes rend l'intervention semblable à celle que nous verrons bientôt, y ajoutant les difficultés fournies par le volume de l'utérus.

L'*enclavement* de la masse fibromateuse, due au développement intra-ligamentaire d'une partie des tumeurs ou à leur implantation sur le segment sus-vaginal du col, rend nécessaire la diminution de volume par énucléation d'un ou plusieurs fibromes, en opérant comme pour une myomectomie.

Les dangers de ces énucléations de fibromes bas placés dans le bassin sont surtout la blessure de la vessie ou de l'uretère. La suture serait immédiatement appliquée à une blessure de la vessie. Une section incomplète de l'uretère pourrait être suturée, une section complète nécessiterait une uretéro-cystostomie, ou un abouchement à la peau si l'uretère était trop court. Une néphrectomie deviendrait nécessaire après cette dernière opération.

L'*infection* d'un fibrome rendrait nécessaire l'hystérectomie totale, suivie d'un drainage abdominal seul ou adjoint au vaginal, avec péritonisation aussi complète que possible.

Hystérectomie abdominale pour salpingo-ovarites et suppurations pelviennes. — L'opération de choix est encore

ici l'hystérectomie subtotale, par un des procédés décrits. Il est utile de les connaître tous, car on ne peut savoir d'avance si une

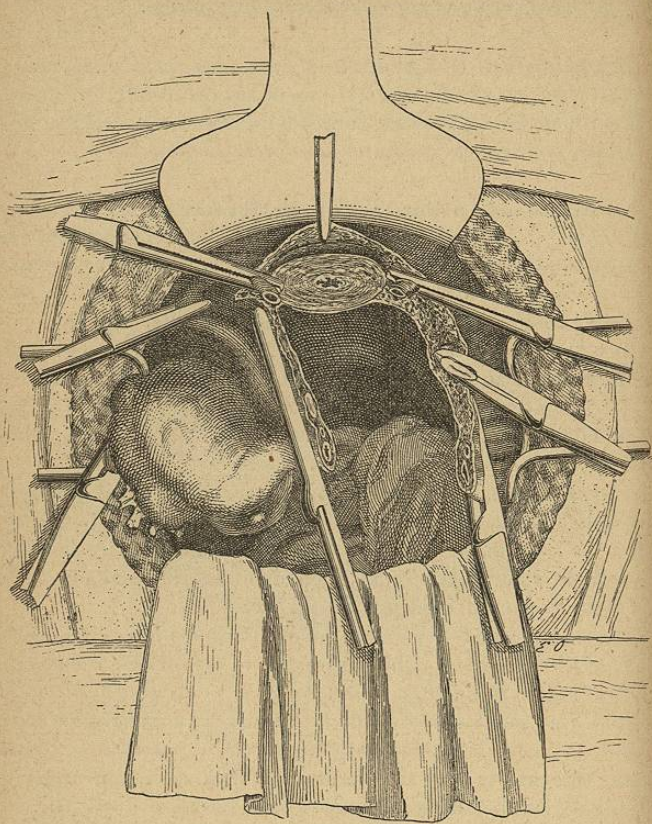


Fig. 1022.

Hystérectomie abdominale subtotale (pour salpingites). Ablation des annexes (Thèse de DELAGE).

manœuvre tirée de l'un d'entre eux ne facilitera pas une opération très difficile jusque-là.

La libération des adhérences, comme dans la salpingectomie,

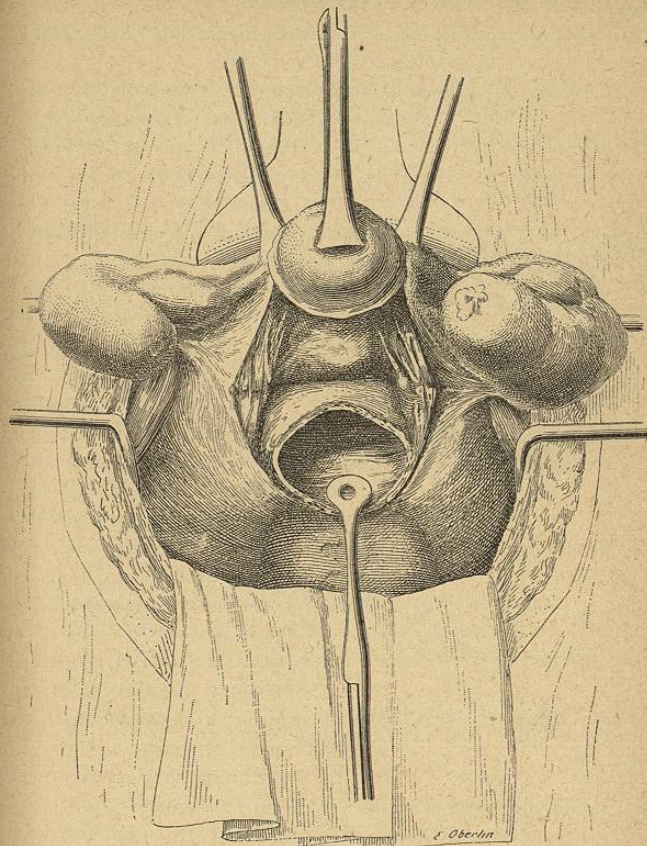


Fig. 1023.

Hystérectomie abdominale totale (pour salpingites).
Procédé de Doyen.

conduit à la section de l'épiploon, au décollement des anses intestinales, de la vessie, des parois pelviennes, du rectum. Il

faut partout chercher un plan de clivage et se tenir autant que possible éloigné de la paroi intestinale.

Les sutures connues répareraient immédiatement les perforations qui peuvent résulter de ces dissections.

L'ablation de l'utérus et des annexes (fig. 1022 et 1023) laisse dans les cas graves, les surfaces dépourvues de séreuse, saignantes et faciles à infecter, que doit autant que possible recouvrir le travail de péritonisation.

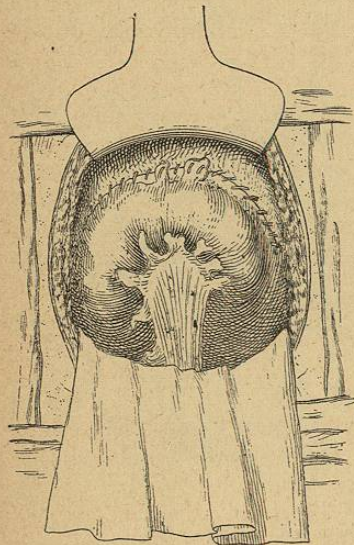


Fig. 1024.

Péritonisation du petit bassin à l'aide du côlon pelvien (Thèse de DELAGE).

On réunit d'abord par un surjet tout ce qu'on peut affronter de péritoine pelvien intact ou utilisable¹. Puis, pour combler le reste, on suture le lambeau péritonéal vésico-utérin, ordinairement en bon état, au péritoine de l'extrémité supérieure du rectum, faisant un cul-de-sac vésico-rectal peu profond.

Si le feuillet antérieur est trop court, on amène au-devant de lui l'anse sigmoïde, lorsque le côlon pelvien peut être suffisamment mobilisé (fig. 1024); on peut aussi utiliser les franges épiploïques de ce même côlon pelvien.

Le drainage est indispensable après ces opérations, abdominal

¹ QUÉNU et JUDET. *Revue de chirurgie*, 1901, n° 2, p. 162. TERRIER DELAGE. *Revue de Chirurgie*, 1901, n° 12, p. 680.

toujours, vaginal quelquefois, drainant, comme nous l'avons indiqué, le tissu cellulaire sous le plancher séreux reconstitué.

Hystérectomie abdominale pour cancer. — L'hystérectomie ne peut être ici que totale, avec ablation large du vagin si le cancer occupe le col; et il faut s'efforcer d'enlever l'utérus sans le couper, ni au-dessus du col, ni sur la ligne médiane, sans le perforer avec des pinces à griffes, sans le comprimer entre les mains pour éviter d'en faire sortir le contenu septique.

La préparation du vagin par des lavages à l'eau oxygénée, des tamponnements à la gaze, est soigneusement faite pendant une huitaine de jours. On y joindra le curetage et l'abrasion des bourgeons épithéliaux vaginaux si le cancer est cervical, curetage fait quatre ou cinq jours avant l'opération, et suivi d'une désinfection minutieuse.

Il est certainement d'une bonne pratique de faire fermer par des sutures, posées par un aide spécial avant l'opération, l'orifice vaginal du col, afin d'éviter l'écoulement du contenu utérin pendant l'opération.

L'abdomen ouvert, l'exploration faite et l'extirpation décidée, on enlèvera d'une part l'utérus et les annexes en bloc, d'autre part les ganglions néoplasiques trouvés dans le bassin.

Nous ne croyons pas à l'utilité des dissections étendues du tissu cellulaire pelvien sous des lambeaux péritonéaux relevés, nous ne décrirons pas ces procédés.

Aussi l'opération doit-elle se faire par un des procédés d'exérèse totale, sans section ni morcellement.

On commence par explorer les régions ganglionnaires: ganglions iliaques externes et ganglions hypogastriques, à la bifurcation de l'iliaque.

Puis on détache les ligaments larges des deux côtés et de haut en bas. Si l'un des uretères ou les deux sont envahis, il faut dégager l'uretère en un point libre et le disséquer en le voyant, c'est le meilleur moyen de ne pas le blesser.

L'utérus libéré partout, on ouvre le vagin par le cul-de-sac postérieur ou antérieur, et on coupe la paroi vaginale, près du

col si le cancer est du corps, aussi loin que possible du néoplasme si c'est un cancer cervical.

L'utérus enlevé et les ligatures placées, il faut drainer largement. Le drainage vaginal, puis la réfection du plancher séreux, et enfin le drainage abdominal terminent l'opération.

Hystérectomie abdominale pour prolapsus. — L'ablation de l'utérus n'est qu'un temps accessoire de l'opération qui doit comporter, en outre du temps indispensable de la restauration périnéale, un procédé de suspension du vagin par l'abdomen.

Hystérectomie abdominale avec trachélopexie ou colpo-pexie ligamentaire (Jacobs). — On pratique l'hystérectomie

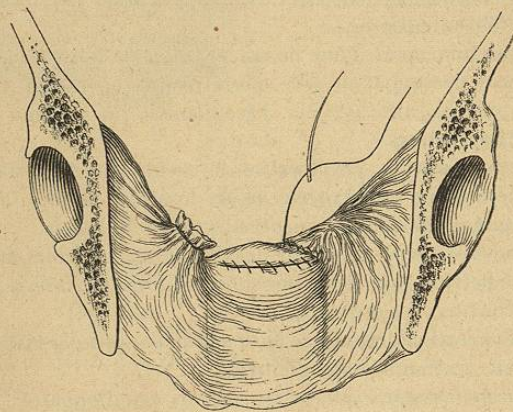


Fig. 1023.

Trachélopexie ligamentaire de Jacobs.

subtotale ordinaire, puis on recouvre le moignon cervical avec les lambeaux péritonéaux classiques. Enfin la *pexie* consiste à rattacher ce moignon de col aux deux ligaments larges par des sutures qui élèvent le col le plus possible (fig. 1023).

Hystérectomie abdominale avec pexie abdominale (LEGUEU). — L'hystérectomie faite et le péritoine des ligaments larges fermé, sauf la portion qui correspond au moignon du col, on suture au péritoine pariétal de l'abdomen la collerette péritonéale péri-cervicale. Le col lui-même est fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale dont on achève la fermeture.