TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLE

MÉTHODE D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE[1]

Par H. CHAPUT

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

L'hystérectomie abdominale totale, telle que je la pratique actuellement, est, à mon avis, de beaucoup préférable à la subtotale, non seulement pour la cause invoquée par M. Richelot : suppression des chances de dégénérescence épithéliale du col utérin, mais surtout à cause de sa bénignité plus grande.

La subtotale laisse persister un moignon du col utérin, tissu dur, infecté, impropre à la réunion, qui souvent suppure et infecte le péritoine. Ce col est percé d'un canal qui, même fermé par des sutures, n'en constitue pas moins une voie à l'infection ascendante. Ce même canal est, d'autre part, trop étroit pour assurer un drainage efficace.

Les seuls moyens qui permettent de drainer dans la subtotale sont : 1° le drainage par la paroi abdominale, qui présente le double inconvénient de n'être pas déclive et de favoriser l'éventration; 2° le drainage vaginal, par le cul-de-sac postérieur. Ce drainage n'est pas satisfaisant quand le col utérin est conservé, parce que le drain se trouve comprimé et fonctionne mal.

D'autre part, l'incision vaginale donne souvent lieu à une hémorragie difficile à arrêter.

Enfin, je considère qu'il est dangereux de mettre en communication la grande cavité abdominale avec le vagin, à cause des dangers d'infection de la séreuse.

On reproche en général à la totale d'être longue, d'être plus grave que la subtotale, de présenter une hémostase difficile, d'exposer à l'infection du péritoine. Les modifications que j'ai apportées à la technique de cette opération, étant destinées à réduire à néant ces objec-

1. J'ai publié un résumé de ma méthode le 7 Mars 1906 à la Société de chirurgie.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

tions, j'exposerai d'abord ma technique avant d'en faire ressortir les avantages.

Ma méthode est caractérisée par les points suivants :

Mode d'hémostase.

Péritonisation haute.

Mode de drainage.

Les précautions pré-opératoires sont celles admises par tous : purgatif la veille, injections vaginales à l'eau oxygénée.

Immédiatement avant l'opération, la malade est sondée et reçoit une injection à l'eau oxygénée, qui constitue toute la toilette vaginale.

L'abdomen est lavé avant l'anesthésie pour diminuer la longueur de celle-ci. La toilette de la paroi consiste à savonner avec une éponge de gaze ; on enlève le savon avec une compresse stérilisée ; on lave à l'alcool et on sèche.

L'anesthésie générale est réalisée par la scopolamine à la dose de 1/2 milligramme, puis par le chloréthyle général et l'éther (masque de Julliard). Chez les tousseuses l'éther est remplacé par le chloroforme ou même par la stovaïne lombaire.

L'incision de la paroi abdominale se fait un peu à gauche de la ligne médiane, sur la gaine du muscle droit du côté gauche, afin de faciliter ultérieurement la suture en étages.

Section et hémostase des ligaments larges. — Le fond de l'utérus est saisi avec une pince érigne et tiré fortement en haut. Je sectionne alors les ligaments larges de la façon suivante : je préfère l'hémostase en masse de pédicules d'un petit volume plutôt que la ligature isolée des vaisseaux. Cette dernière est plus longue et elle expose aux hématomes, aux hémorragies, lorsqu'un vaisseau s'est rétracté dans la profondeur des tissus, sans qu'on ait pu le pincer.

Pour faciliter la ligature, je me sers d'une pince trocart, modèle Chaput, d'une courbure spéciale, avec laquelle je perfore le ligament large. Je dilate l'orifice produit en écartant les mors de la pince, et je me sers de cet instrument pour ramener un fil de catgut, avec lequel je pratique la ligature.

Je place ainsi une ligature sur le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens et sur le ligament rond des deux côtés, et je coupe ces organes entre deux ligatures, ou mieux entre pince et ligature.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

Les ligaments larges présentent alors, tous deux, une fente angulaire dont le sommet s'arrête un peu au-dessous des ligaments ronds; avec des ciseaux je coupe transversalement le péritoine utérin entre les deux sommets des deux fentes en question. Je pince la lèvre inférieure de l'incision du péritoine utérin, je la décolle de l'utérus et du vagin avec une éponge de gaze, comme s'il s'agissait de décoller un sac herniaire. Je m'arrête lorsque le vagin se trouve dénudé dans la hauteur d'un travers de doigt.

Je lie ensuite l'étage inférieur du ligament large droit en deux ou trois segments, toujours avec l'aide de la pince trocart. Celle-ci doit raser le bord de l'utérus pour éviter l'uretère. La portion liée est sectionnée immédiatement, assez loin de la ligature. Quand on arrive au voisinage du vagin, on apprécie beaucoup la courbure spéciale de la pince trocart, qui seule permet d'évoluer à l'aise dans l'espace étroit limité par les ligaments larges et la vessie soutenue par le pubis.

Figure 1. Pince trocart courbe pour l'hystérectomie abdominale.

Lorsque les ligatures du ligament large droit et sa section sont terminées, j'incise transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin au ras du col utérin. Puis je sectionne au ciseaux courbes la paroi vaginale postérieure. Il ne me reste plus qu'à lier l'étage inférieur du ligament large gauche pour libérer complètement l'utérus.

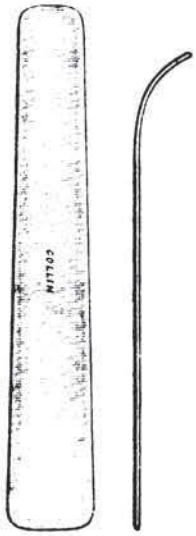

Figure 2. Écarteur malléable, face et profil.

Avant d'alier plus loin il faut vérifier l'hémostase, car la tranche vaginale postérieure saigne souvent avec abondance. C'est alors qu'on apprécie mon écarteur abdominal malléable, qui, s'appliquant par son poids sur les anses intestinales obstruant le champ opératoire, permet d'agir à ciel ouvert (fig. 2). L'hémostase de la tranche vaginale postérieure s'exécute facilement au moyen d'un surjet de catgut, conduit avec une aiguille très courbe.

Drainage. — Je place dans le vagin un drain très gros, de 2 centimètres de diamètre, à parois épaisses, débouchant hors de la vulve et s'arrêtant en haut au ras du vagin. Le tube est suturé à la tranche

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

vaginale postérieure avec une grosse soie (qui tient plus longtemps que la soie fine ou le catgut). Le drain est introduit dans le vagin par l'abdomen; pour faciliter son introduction, on fixe au préalable les deux lèvres du vagin avec deux pinces de Kocher longues.

Péritonisation haute. — L'historique de la péritonisation haute, appelée encore cloisonnement du bassin, mérite d'être repris et mis au jour une bonne fois. Il a été traité à fond à la Société de chirurgie en 1903, par M. Quénu à la page 798, et par M. Hartmann et moi aux pages 810 et 812.

Il ressort de ces travaux que, dans une première période qui va de 1891 à 1894, on s'est contenté, à la suite de Chrobak, de recouvrir de péritoine les petites surfaces cruentées des pédicules d'hystérectomie partielle ou de salpingectomie. Chrobak a été suivi par Condamin et Delbet.

En 1894 (Étude sur le cloisonnement du bassin, Société anatomique, Novembre 1894), j'ai le premier décrit un procédé de cloisonnement élevé du bassin, destiné à séparer le champ opératoire du bassin de la grande séreuse péritonéale. Ce mémoire a passé inaperçu et n'a été cité par aucun des auteurs qui, dans la suite, se sont occupés de la question.

Bardenheuer, que M. Quénu disait avoir été le premier à pratiquer la péritonisation haute, n'a pas publié son procédé en 1894 comme l'a écrit M. Quénu, mais en 1896 comme l'a rectifié M. Hartmann. C'est Bliesener, assistant de Bardenheuer, qui a publié un mémoire exposant la pratique de son maître dans le *Monatschrift für Geburtshülfe*, 1896. Vinrent ensuite les travaux de Amann (Congrès international de 1900), Quénu et Judet (*Revue de chirurgie* 1901), la thèse de Judet (1902).

La question de priorité étant donc définitivement tranchée, je passe à la description de ma technique.

L'utérus et les annexes étant enlevés, le drain vaginal étant en place, il s'agit de ramener le lambeau de péritoine vésico-utérin jusqu'au détroit supérieur du bassin, de façon à établir une immense cloison séparant à tout jamais le petit bassin de la grande cavité péritonéale. Théoriquement il semble qu'il soit impossible d'arriver, avec un lambeau aussi court, à couvrir une surface aussi étendue. En fait, ce lambeau est véritablement élastique; il se laisse distendre à l'infini et rien n'est plus simple que de le suturer au détroit supérieur.

Le lambeau est fixé en principe au péritoine du détroit supérieur;

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

mais, aux endroits où celui-ci est occupé par l'anse sigmoïde, on prend celle-ci dans les sutures.

Il est bon de jalonner, avec des grandes pinces de Kocher, le détroit supérieur et l'anse sigmoïde, afin que la suture soit bien étanche. Sans cette précaution, on risque de laisser persister sur les côtés de l'anse sigmoïde des fentes admettant un ou deux doigts, par lesquelles l'infection pourrait se propager. La suture s'exécute avec un fil de soie continu et une aiguille courbe à chas fendu assez forte. La soie est préférable au catgut fin qui se résorbe trop vite et qui, plus gros, risquerait de perforer l'intestin.

En résumé, l'opération s'exécute avec deux instruments spéciaux : la pince trocart très courbe de mon modèle et mon écarteur abdominal malléable.

Elle se compose des temps suivants :

1° Ligature de l'étage supérieur des deux ligaments larges;

2° Taille du lambeau péritonéal vésico-utérin;

3° Ligature de l'étage inférieur du ligament large droit;

4° Ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur et désinsertion complète du vagin;

5° Ligature de l'étage inférieur du ligament large gauche;

6° Hémostase de la tranche vaginale postérieure;

7° Introduction du gros drain dans le vagin. Suture de ce drain à la paroi vaginale;

8° Péritonisation haute.

Je ne draine jamais par la paroi abdominale antérieure.

Je suture la paroi à trois étages : un étage de catgut continu sur le péritoine; un étage semblable sur la lèvre antérieure de la gaine du droit; suture continue au crin de Florence pour la peau. Je draine l'espace sous-cutané par un drain passant par un orifice spécial : j'évite ainsi sûrement les abcès de la paroi. Pansement sur l'abdomen et la vulve.

Le traitement consécutif est des plus simples : il consiste à changer le pansement de la paroi au bout de huit jours; on enlève alors les crins et le drain. Le pansement vulvaire est changé à chaque miction. Aucune injection n'est faite dans le drain vaginal; il tombe spontanément vers le huitième jour. A partir de ce moment, on fait des injections vaginales à l'eau oxygénée, sans précautions spéciales.

Je soigne de la façon suivante le tube digestif : les trois premiers

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

jours, je donne un grog léger, du thé léger, de l'eau bouillie. Le soir du troisième jour, le malade prend un lavement; s'il procure une bonne selle, on commence dès le lendemain l'alimentation (lait, bouillon, potages, aliments solides). Si le lavement ne donne pas de selle, on en donne d'autres tous les jours jusqu'à effet produit. J'administre rarement des purgatifs après les laparotomies.

En 1904, 1905 et commencement de 1906, j'ai fait 57 hystérectomies abdominales totales, avec cloisonnement et drainage vagino-vulvaire, pour des affections non néoplasiques du bassin, c'est-à-dire pour fibromes, salpingites, kystes ovariques et grossesses extra-utérines compliqués, avec une seule mort[1].

Voici quelques détails sur ce cas de mort : il s'agissait d'une femme très grasse, âgée de quarante-neuf ans, atteinte de salpingite aiguë suppurée, grave et inaccessible par colpotomie. Je fis l'hystérectomie comme je l'ai déjà décrite plus haut; mais la malade présenta, aussitôt après l'opération, des hémorragies abondantes provenant des tranches vaginales, qui furent traitées par des injections abondantes et chaudes et par un fort tamponnement aux éponges vraies. Ce tamponnement produisit une rétention des sécrétions et, selon toute probabilité, les injections firent céder la suture du lambeau vésico-utérin. Quoi qu'il en soit, le drainage vagino-vulvaire, que je recommande instamment, n'a pu être fait et la malade est morte d'infection. J'aurais à la rigueur le droit d'éliminer ce cas de ma statistique, la méthode n'ayant pas été appliquée intégralement. J'ai eu le tort, dans l'espèce, de ne pas faire une hémostase assez stricte, et de combattre l'hémorragie par le vagin au lieu d'ouvrir le ventre à nouveau. La faute de l'opérateur n'entame en rien la valeur de la méthode. Lorsque j'ai opéré cette malade, je

---

1. Voici l'indication des dates des opérations :

1904 : *Salpingites* : 19 Mars, 24 Mars, 13 Avril, 27 Octobre, 3 Novembre, 29 Novembre. — *Fibromes* : 3 Mai, 5 Mai, 8 Mai, 5 Novembre. — *Kystes ovariques et grossesse extra-utérine* : 27 Décembre.

1905 : *Salpingites* : 23 Février, 29 Février, 9 Mars, 18 Mars, 11 Avril, 16 Mai, 27 Mai, 30 Mai, 8 Juin, 15 Juin, 29 Juin, 11 Juillet, 9 Novembre, 14 Novembre. — *Fibromes* : 14 Mars, 6 Mai, 9 Mai, 12 Mai, 4 Octobre, 14 Octobre, 24 Octobre, 28 Novembre, 16 Décembre. — *Kystes ovariques et grossesse extra-utérine* : 28 Mars, 8 Avril, 26 Octobre, 14 Décembre.

1906 : *Salpingites* : 8 Janvier, 9 Janvier, 13 Janvier, 16 Janvier, 23 Janvier, 24 Janvier, 26 Janvier, 27 Janvier, 13 Février, 14 Février, 16 Février, 14 Mars, 23 Mars, 30 Mars, 31 Mars. — *Fibromes* : 28 Février, 6 Mars, 17 Mars.

Soit en tout 57 opérations avec une seule mort.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

ne prenais pas encore toutes les précautions d'hémostase que j'ai imaginées depuis.

Cette statistique, même non corrigée, ne nous donnerait qu'une mortalité de moins de 2 pour 100, chiffre bien minime en vérité.

Réponse aux objections. — 1° *L'hystérectomie abdominale est une opération longue et laborieuse.* L'opération dure en moyenne trois quarts d'heure ; elle n'est pas difficile à exécuter, ni fatigante ; mais elle est un peu plus longue que la subtotale. On ne peut que répéter avec Delbet : la vie de la malade vaut bien quelques minutes de celle du chirurgien.

2° *L'hystérectomie totale est plus grave que la subtotale.* Ma statistique brute donne 2 pour 100 de mortalité; après correction, la mortalité se réduit à 0.

3° *L'hémostase de l'hystérectomie abdominale est difficile.* Il est certain que l'hémostase du petit bassin par les procédés classiques est très difficile et très aléatoire. La ligature préventive des utérines, à la base du ligament large, est généralement faite trop loin de l'origine de ces vaisseaux. Si on veut pincer et lier tous les vaisseaux au fur et à mesure, on a les plus grandes peines à y arriver et on perd un temps énorme pour réaliser une hémostase bien imparfaite; souvent l'uretère se trouve pris dans la ligature. Parfois l'hémostase ne peut être réalisée et la malade succombe pendant l'opération ou peu après.

Avec mon procédé d'hémostase tout devient simple, facile, rapide. Avec ma pince-trocart je perfore le ligament large, de façon à préparer un pédicule d'environ 1 cent. 1/2 de diamètre ; je dilate l'orifice ainsi produit ; je retire un fil avec la pince ; je lie et je coupe loin la ligature. Jamais la ligature ainsi conduite ne glisse. Parfois il se fait un suintement au sommet de l'angle qui sépare deux pédicules; on peut l'arrêter facilement avec un petit surjet porté avec une aiguille courbe.

Si la paroi vaginale antérieure saigne, on pince et on lie comme dans les régions ordinaires.

L'hémorragie de la paroi vaginale postérieure peut être combattue préventivement en liant cette paroi en plusieurs pédicules avec la pince-trocart, avant de la couper. Si l'hémorragie se montre après la section, on l'arrête par un surjet de catgut.

Depuis que je prends toutes ces précautions, je n'ai plus d'hémorragies.

4° *Pourquoi ne pas suturer le lambeau au vagin?*

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

Je répondrai encore à une autre objection : ne serait-il pas plus simple et plus rapide de suturer le lambeau péritonéal à la paroi vaginale postérieure, au lieu de le fixer au détroit supérieur et à l'S iliaque ?

La suture à la paroi vaginale postérieure est un peu moins longue en centimètres que la suture au détroit; mais elle est loin d'être toujours facile, car le champ opératoire est beaucoup plus profond. En outre, cette péritonisation basse ne permet pas de drainer le petit bassin souvent cruenté et suintant. Enfin, la réunion du lambeau avec le vagin est linéaire et peu solide ; elle cède souvent, soit par rupture des fils, soit par déchirure du lambeau tiraillé par les efforts de vomissements. Il peut encore arriver que le drain vaginal perfore le lambeau contre lequel il bute. J'ai eu quelques échecs avec la péritonisation basse et j'ai pu constater ensuite que le lambeau ne s'était pas soudé au vagin. La grande cavité péritonéale, en communication avec le vagin, s'est alors infectée.

C'est, en effet, un fait très curieux que le drainage du bassin, surmonté d'un bon cloisonnement, n'est jamais suivi de péritonite, tandis que le drainage du bassin sans cloisonnement comporte l'infection de la grande séreuse.

En y réfléchissant un peu, on arrive à trouver une raison satisfaisante de ce fait; lorsque le bassin est cloisonné, il subit un certain degré d'infection qui reste sans conséquences pour deux raisons : 1° parce que les sécrétions s'écoulent facilement au dehors par le drain, grâce à l'absence des anses grêles rejetées au-dessus de la cloison ; 2° parce que la cloison empêche la propagation de l'infection à la grande cavité abdominale.

Au contraire, lorsque le bassin n'est pas cloisonné, les sécrétions, retenues entre les anses grêles adhérentes, ne peuvent s'évacuer suffisamment par le vagin. En outre, l'absence de cloison n'empêche pas la diffusion de l'infection, que propagent encore les mouvements péristaltiques des anses grêles.

5° *Originalité de la méthode.* — Les points essentiels qui caractérisent ma pratique : *Hémostase*, *péritonisation haute*, *drainage vaginal*, sont nouveaux et originaux. L'*hémostase*, au moyen de ligatures passées avec la pince trocart, est nouvelle, car on ne saurait la réaliser, avec la même facilité, avec aucun autre instrument que la pince trocart de mon modèle.

La *péritonisation haute* a été créée par moi en 1894, ainsi que cela

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

ressort de la discussion de la Société de chirurgie de Juillet 1903 (pages 778 et 810).

Quant au *drainage vagino-vulvaire* il est également nouveau.

Pour ce qui est de la manière d'enlever l'utérus, je suis dans ses grandes lignes le procédé américain de Kelly, sauf en ce qui concerne l'hémostase.

Je n'ai donc pas créé un procédé d'hystérectomie à proprement parler, mais plutôt une méthode de traitement de la plaie pelvienne de l'hystérectomie.

Preuves de la valeur de la méthode. — J'ai communiqué en 1903 à la Société de chirurgie l'observation de deux déchirures inopérables du rectum au cours d'hystérectomie abdominale, qui guérirent sans suture et sans provoquer d'accidents sous la protection du cloisonnement du bassin. Au commencement de 1904, j'ai opéré une grossesse extra-utérine adhérente au rectum, et dont le décollement avait arraché toute la tunique musculaire du rectum sur une hauteur de 2 à 3 travers de doigts. Je fis l'hystérectomie totale et le cloisonnement. La malade élimina ensuite 8 centimètres de muqueuse rectale et eut un anus vaginal. Elle guérit sans infection ni péritonite.

En Janvier *1906* j'ai opéré une grosse salpingite très adhérente au rectum. Au cours de l'hystérectomie totale celui-ci fut fort déchiré si largement et si bas que la suture en fut impossible. La déchirure mesurait 10 centimètres de hauteur et comprenait presque toute la circonférence du rectum.

Je ne fis aucune suture du rectum, mais je fis le cloisonnement. La malade sortit au bout d'un mois sans autre intervention, après guérison complète de son anus vaginal.

Ces observations se passent de commentaires. Dans tous ces cas, tout le petit bassin a été pendant des semaines baigné de matières fécales, et cependant le drainage a été si parfait, la cloison si étanche qu'aucune péritonite n'en est résultée.

Quelle autre méthode aurait pu nous donner de pareils résultats?

Conclusions. — 1° La nouvelle méthode d'hystérectomie abdominale totale est caractérisée par le mode d'hémostase, le cloisonnement élevé du bassin et le mode de drainage vaginal.

2° L'hystérectomie totale ainsi exécutée n'est pas beaucoup plus longue que la subtotale; elle est d'une bénignité presque absolue; elle ne présente pas de difficultés sérieuses;

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

3° Elle m'a donné sur 50 cas une seule mort. La mortalité globale est donc inférieure à 2 pour 100; la mortalité vraie est nulle. L'opération ainsi modifiée n'est pas sensiblement plus grave que la cure radicale des hernies.

---

1. Dans ces derniers temps j'ai modifié sensiblement la technique de l'hystérectomie abdominale, tout en restant fidèle aux trois grands principes d'hémostase, de cloisonnement et de drainage vagino-vulvaire; voici comment je procède : je lie la partie supérieure et moyenne des ligaments larges, je taille le grand lambeau péritonéal, je pratique ensuite l'hystérectomie supra-vaginale, puis je fends le col sur la ligne médiane jusqu'au vagin. Je place le drain vagino-vulvaire que je suture à l'un des moignons du col, et je fixe le grand lambeau au détroit supérieur. Cette méthode d'hystérectomie supra-vaginale avec hémisection du col est plus rapide que l'hystérectomie totale, et elle simplifie considérablement l'hémostase. J'y reviendrai un peu plus tard.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com