

60

HOMMAGE DE L'AUTEUR

17

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

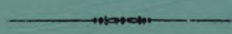
DANS LE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES

PAR

PAUL SEGOND

Professeur Agrégé de la Faculté
Chirurgien de la Maison municipale de santé
Membre de la Société de Chirurgie



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891



DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES

Biblioteka Główna WUM

Br.6765



000024938

DE
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS LE
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES

PAR
PAUL SEGOND

Professeur Agrégé de la Faculté
Chirurgien de la Maison municipale de santé
Membre de la Société de Chirurgie



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1891

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS LE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES

Dans ce travail, je me propose d'appeler l'attention sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. Sans doute, la question de thérapeutique chirurgicale que je soulève ici serait susceptible d'être envisagée d'une manière plus générale. En effet, les suppurations péri-utérines ne sont pas seules justiciables de ce mode d'intervention, toutes les affections inflammatoires des trompes et des ovaires traitées jusqu'ici par exérèse se trouvent dans des conditions analogues et, par conséquent, pour donner à ce travail toute la portée qu'il comporte, je devrais étudier la valeur de l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes, dans le traitement de toutes les phlegmasies péri-utérines pour lesquelles la laparotomie est aujourd'hui considérée comme l'intervention de choix. Mais, si convaincu que je puisse être, dès maintenant, des avantages que présente l'intervention par voie vaginale dans tous les cas nécessitant l'ablation bilatérale des annexes, je désire, avant de me prononcer, attendre que mes obser-

vations soient plus nombreuses et, pour l'instant, je me borne au cas particulier des suppurations péri-utérines.

L'opération dont je viens vous entretenir a été, vous le savez, proposée par M. Péan et décrite par lui sous le nom de castration utérine (1). La manière de voir de ce chirurgien peut se résumer en peu de mots : dans tous les cas de suppuration péri-utérine qu'il est aujourd'hui classique de traiter par la laparotomie avec ablation aussi complète que possible des parties malades, M. Péan estime qu'il faut remplacer l'ouverture du ventre par l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes, suivant les cas. D'après lui, ce mode d'intervention, auquel il dit avoir eu recours 60 fois sans accidents, est moins grave que l'ablation des annexes par laparotomie ; il donne des guérisons plus complètes ; il expose beaucoup moins aux fistulations consécutives ; il permet enfin d'éviter aux opérées tous les inconvénients d'une cicatrice abdominale et l'obligation de porter une ceinture.

Malgré la netteté de ces quelques affirmations, M. Péan n'a pas eu, que je sache, beaucoup d'imitateurs et l'accueil fait parmi nous à son procédé est jusqu'ici resté fort peu encourageant. Seul, M. Terrier a paru concéder que cette manière d'agir pouvait avoir, à la rigueur, sa raison d'être, mais, M. Terrillon (2) et tout récemment encore M. Pozzi (3) ont nettement exprimé la défiance que leur inspirait la méthode. Pour ma part, j'ai partagé tout d'abord les mêmes appréhensions et, sans doute, j'aurais tardé longtemps à changer d'avis, si diverses circonstances ne m'avaient permis de voir M. Péan opérer et guérir une malade dans des conditions bien faites, m'a-t-il semblé, pour entraîner la conviction. Il s'agissait d'une femme de 35 ans environ, con-

(1) PÉAN. Comptes rendus du congrès de Berlin. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1890, p. 9. *Bull. médical*, 1890, p. 633. Leçon publiée par M. AUDOIN.

(2) TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

(3) POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 790.

damnée au lit depuis plusieurs mois par une suppuration pelvienne des plus graves. L'utérus très élevé et solidement immobilisé par des adhérences était repoussé à droite par une vaste collection purulente qui bombait un peu dans le cul-de-sac latéral gauche et dont les limites supérieures remontaient à 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne. Les annexes droites étaient, de leur côté, envahies par la suppuration. Enfin, par le toucher rectal on constatait l'existence d'un plastron très dur et très étendu qui attestait les adhérences les plus intimes entre les foyers suppuratifs et la paroi intestinale.

En un mot, cette malade se présentait dans des conditions telles que la laparotomie eût été chez elle très laborieuse et très grave. Il est même probable qu'on n'aurait pu pratiquer l'ablation des parties malades sans déchirer l'intestin et qu'on aurait dû se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. Appelé auprès de cette malade par M. le D^r Cheron, avant M. Péan, j'en avais tout au moins jugé ainsi et j'avoue que l'hystérectomie vaginale dans un cas semblable ne me semblait guère praticable. M. Péan m'a démontré le contraire. Je lui ai vu enlever l'utérus par morcellement avec une dextérité dont je me plais à lui rendre hommage. Au cours de cette ablation, toutes les collections purulentes péri-utérines ont été ouvertes sans qu'il ait été fait aucune tentative pour découvrir ou enlever les annexes plongées au milieu des adhérences. Les suites de l'intervention ont été des plus simples et la malade a merveilleusement guéri.

Ce fait m'a vivement frappé. Il m'a paru confirmer les affirmations générales de M. Péan sur les avantages de son procédé et c'est ainsi que j'ai résolu de le mettre moi-même à l'épreuve. Ce travail de contrôle devant porter non seulement sur le pronostic immédiat de l'intervention, mais surtout sur la qualité de son pronostic tardif, on pourrait m'accuser d'en précipiter un peu trop la communication, mais j'espère éviter en partie cette critique. Vingt-trois fois déjà j'ai pratiqué l'opération de Péan dans les conditions les plus

variées ; les résultats que j'ai obtenus m'ont paru significatifs ; j'ai pu étudier de très près le manuel opératoire de cette opération difficile et si le nombre de mes opérations ne me permet pas encore des conclusions formelles, il m'autorise tout au moins à vous communiquer mes impressions premières sur une méthode thérapeutique dont la grande valeur ne me paraît pas contestable.

Mes 23 observations se répartissent de la manière suivante :

Obs. I. — Double pyosalpingite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Jeune femme de 24 ans, opérée le 9 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. II. — Double pyosalpingite et pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec simple ouverture des foyers péri-utérins sans ablation des annexes. Guérison. (Femme de 39 ans, opérée le 23 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. III. — Double hémato-salpingite avec foyer purulent à gauche. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple évacuation de la collection droite. Guérison. (Femme de 29 ans, opérée le 23 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. IV. — Salpingite catarrhale bilatérale, avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 29 septembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. V. — Ovaro-salpingite double, non suppurée avec altération scléro-kystique des deux ovaires et rétroflexion adhérente. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 36 ans, opérée le 15 octobre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. VI. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple ouverture de la collection purulente dépendant des annexes droites. Guérison. (Femme de 24 ans, opérée le 15 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. VII. — Double pyosalpingite avec pelvi-péritonite suppurée

très grave. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des nombreuses collections purulentes enclavant l'utérus sans ablation des annexes perdues au milieu du pus et des fausses membranes. (Femme de 30 ans, opérée le 17 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

OBS. VIII. — Rétroflexion adhérente avec altération scléro-kystique des deux ovaires s'accompagnant de phénomènes douloureux très intenses et de troubles hystériques variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes, guérison. (M^e X., 34 ans, opérée le 21 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

OBS. IX. — Suppuration pelvienne datant de plusieurs années. Les lésions sont bilatérales et les collections purulentes se sont plusieurs fois vidées dans le rectum. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes avec simple ouverture des clapiers péri-utérins, guérison. (Femme de 35 ans, opérée à Nantes, le 12 septembre 1890, en présence de MM. les D^{rs} Poisson, Bertin et de Larabrie. Au cours de l'opération j'ai agrandi l'orifice fistuleux qui existait déjà entre le rectum et l'un des clapiers péri-utérins. M. Poisson m'a dit, en janvier 1891, que l'opérée était en parfait état de santé, mais que sa fistule recto-vaginale n'était pas encore tout à fait cicatrisée.)

OBS. X. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 22 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

OBS. XI. — Salpingite catarrhale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Phénomènes douloureux intenses et troubles nerveux généraux variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (M^{me} X., 35 ans, opérée le 29 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

OBS. XII. — Pelvi-péritonite suppurée ancienne. Collections péri-utérines très volumineuses. L'une d'elles a été incisée antérieurement au niveau de la région inguinale gauche. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des collections péri-utérines. Mort au bout de 48 heures. (M^{me} X., 39 ans, opérée le 30 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé avec l'assistance de M. le D^r Ribemont.)

OBS. XIII. — Pyosalpingite double avec pelvi-péritonite et collections purulentes péri-utérines très volumineuses. Hystérecto-

mie vaginale avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Les difficultés de l'intervention obligent à laisser en place le fond de l'utérus. Continuation des accidents et mort le 15^e jour de phénomènes septiques. (Femme de 34 ans, opérée le 7 novembre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

OBS. XIV. — Pyosalpingite double, tuberculeuse. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Mort de péritonite le 3^e jour. (Femme de 22 ans, opérée le 15 novembre, dans mon service de la Maison de santé.)

OBS. XV. — Salpingite catarrhale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 29 ans, opérée le 22 novembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

OBS. XVI. — Pyosalpingite double. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 3 décembre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

OBS. XVII. — Suppuration pelvienne antérieurement traitée par laparotomie et ablation bilatérale des annexes. Récidive et formation de nouvelles collections purulentes péri-utérines. Hystérectomie vaginale. Guérison. (Femme de 35 ans, opérée le 6 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

OBS. XVIII. — Altération scléro-kystique des deux ovaires. Rétroflexion adhérente et kyste séreux de la face postérieure de la vessie. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes et du kyste vésical. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 13 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

OBS. XIX. — Double pyo-salpingite avec pelvi-péritonite supprimée. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes, avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Mort le 3^e jour. (Femme de 29 ans, opérée le 15 décembre 1890, dans le service de M. Schwartz.)

OBS. XX. — Collection purulente rétro-utérine volumineuse et fibromes interstitiels multiples formant avec l'utérus une masse remontant jusqu'à l'ombilic. Évacuation de la collection purulente. Ablation des fibromes par morcellement. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 50 ans, opérée à Nantes, le 18 décembre 1890.)

OBS. XXI. — Double salpingite interstitielle avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec

ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 21 ans, opérée le 28 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XXII. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (M^{me} X., 40 ans, opérée le 5 janvier 1891, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé. A la chute des eschares dues au pincement il s'est produit une fistule vésico-vaginale qui n'est pas encore cicatrisée le 1^{er} mars.)

Obs XXIII. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 22 ans, opérée le 14 janvier 1891, dans le service du professeur Pinard.)

Je me contente de cette simple énumération des titres de mes observations et pour ne point surcharger inutilement nos bulletins, je me réserve de publier ultérieurement leur relation détaillée. D'ailleurs plusieurs de ces faits visent des cas d'hystérectomies dirigées contre des phlegmasies péri-utérines non suppurées : telles sont les observations IV, V, VIII, XI, XV, XVIII, XXI. Je me bornerai donc à vous donner quelques détails sur les faits de suppurations péri-utérines proprement dites qui seuls nous intéressent aujourd'hui.

Sur mes 23 opérations, j'ai 4 morts (obs. XII, XIII, XIV, XIX). Voici le résumé de ces quatre opérations sur lesquelles je veux d'abord appeler votre attention.

La malade de l'observation XII était une femme énorme et presque polysarcique, mais très affaiblie par des poussées de pelvi-péritonite qui la retenaient au lit depuis plusieurs mois. Son dernier accouchement (le 5^e) datait du mois de mars et vers le mois de mai, M. Ribemont avait dû inciser une collection purulente au niveau de la région inguinale gauche. Lorsque j'ai vu la malade pour la première fois, le 27 octobre, les lésions péri-utérines étaient étendues et graves. Le col utérin, très haut situé derrière le pubis, était pour ainsi dire inaccessible. Une vaste collection fluctuante dont les limites supérieures avoisinaient l'ombilic, bombait dans le cul-de-sac vaginal postérieur et remplissait la fosse iliaque droite. A gauche de l'utérus, on percevait

enfin un volumineux empâtement avec plastron sus-inguinal au sein duquel se perdait la fistule résultant de l'incision antérieurement pratiquée par M. Ribemont. L'élévation de l'utérus, sa fixation absolue et les dimensions excessives de la malade rendaient, on le conçoit, l'intervention très difficile. MM. Terrillon et Nélaton qui assistaient au début de l'opération ont pu en juger. Néanmoins, grâce à l'assistance de M. Ribemont et de mes internes MM. Baudron et Thiercelin, j'ai pu enlever la totalité de l'utérus en 1 heure 1/2 sans aucun accident opératoire.

Je dirai même que les résultats immédiats de l'intervention me donnaient toute satisfaction. Les collections péri-utérines étaient largement ouvertes, l'irrigation du foyer opératoire se faisait aisément par l'intermédiaire de la fistule inguinale et l'hémostase était très bien assurée par 10 pinces à demeure. Le lendemain matin tout paraissait aller pour le mieux. Le facies était bon, la malade ne souffrait pas. La température axillaire atteignait à peine 38°. La quantité et la qualité de l'urine étaient normales. Seul, le pouls ne s'était pas relevé depuis l'opération. Cet état rassurant n'a pas duré. A deux heures de l'après-midi, la malade s'est brusquement plaint d'une tendance à la syncope. Elle s'est peu à peu refroidie et vers 6 heures du soir elle était morte. L'absence de complication locale et de vomissements, le peu d'élévation de la température m'ont fait attribuer ce décès à l'affaiblissement de la malade et au choc opératoire.

La malade de l'observation XIII se présentait dans des conditions analogues. Ses dimensions excessives compliquaient singulièrement toute intervention. Son état général était très grave, elle avait la langue sèche, le pouls rapide, une température élevée (39° et 40° tous les soirs) et un peu de subdélirium. Quant aux lésions locales, elles étaient très graves et comme chez la malade de l'observation XII, l'utérus très haut situé et immobile était plongé au milieu de collections purulentes très volumineuses. L'opération a duré 1 heure 1/2 et comme je n'avais pas encore à ma disposition

les très longs écarteurs que j'ai fait construire à M. Collin, pour ces cas exceptionnels, il m'a été impossible d'achever complètement l'ablation. J'ai dû laisser en place le fond de l'utérus. Bien entendu je n'avais par recherché l'ablation des annexes et je m'étais contenté d'ouvrir largement deux volumineuses collections purulentes situées à droite de l'utérus et une collection séro-hématique assez importante de la trompe gauche. Les suites opératoires se sont d'abord montrées rassurantes. La température est tombée et la malade éprouvait un mieux-être très manifeste. Toutefois, je dois noter ici que le 3^e jour, le lendemain de l'ablation des pinces, l'issue d'une certaine quantité de matières fécales par le vagin est venue montrer qu'il y avait une déchirure du rectum. Mais ce n'est pas à cette complication opératoire qu'il faut attribuer les accidents mortels qui ont bientôt paru. En effet, vers le 5^e jour la température s'est élevée, l'état général est rapidement devenu très mauvais, la sécrétion purulente qui se faisait par le vagin a pris une odeur très fétide, et le 15^e jour la malade a succombé dans le délire avec tous les signes d'une double broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie nous a montré que cette mort devait être attribuée au caractère incomplet de l'intervention. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine qu'il m'avait été impossible d'extirper, il existait deux collections purulentes à contenu très fétide qui étaient sûrement la cause de la reprise des accidents et des phénomènes infectieux qui ont emporté la malade. Quant à la perforation rectale, elle était sans doute mon œuvre, mais je tiens à faire observer qu'elle était peu étendue et qu'elle portait sur une portion de paroi rectale très amincie et baignée par le pus. Il m'a paru certain qu'une perforation spontanée se serait faite à ce niveau en cas de non intervention.

La malade de l'observation XIV est morte de péritonite et j'ai tout lieu de penser qu'il s'est agi de péritonite par perforation. C'était une jeune femme présentant tous les signes d'une endométrite purulente avec double pyo-salpingite.

Malade depuis plusieurs mois, elle était déjà très amaigrie et fort affaiblie. Elle présentait, en outre, aux deux sommets des signes de tuberculose au début. L'opération s'est faite sans incident spécial, toutefois les annexes étaient très adhérentes et la trompe du côté gauche avait été particulièrement difficile à extirper. C'est précisément à ce niveau, qu'une douleur d'une violence excessive s'est produite le lendemain de l'opération; puis, tous les symptômes d'une péritonite généralisée se sont déclarés et la mort est survenue le 3^e jour. L'examen des pièces nous a montré qu'il s'agissait d'une double ovaro-salpingite tuberculeuse et le parenchyme utérin présentait lui-même deux foyers de même nature.

La dernière opérée que j'ai perdue est celle de l'observation XIX et je ne crois pas que ce décès puisse, plus que les précédents, compromettre l'avenir de l'opération de Péan. La malade était une jeune femme minée depuis plusieurs semaines par une suppuration pelvienne des plus graves. Son affaiblissement était tel, sa température si élevée et son état général à ce point alarmant, que mon collègue, M. Schwartz n'avait pas osé lui pratiquer la laparotomie. Malgré ces conditions si défavorables, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'intervenir et M. Schwartz ayant bien voulu me confier ce soin, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale avec large ouverture des collections purulentes assez volumineuses et très fétides qui entouraient l'utérus. L'opération s'est effectuée sans incidents et très simplement. L'utérus a été pour ainsi dire énucléé des fausses membranes qui l'enclavaient, sans que le péritoine ait été ouvert. Aussi bien les suites immédiates de l'opération m'ont-elles paru satisfaisantes. Le lendemain de l'opération la fièvre était en effet tombée, le facies était rassurant et il n'y avait aucune complication locale; seul, l'affaiblissement de la malade restait très grand et c'est lui qui est sans doute coupable de la terminaison fatale. Bien que les moyens d'usage aient été, croyons-nous, employés pour relever les forces de l'opérée, son état général a rapidement décliné. La température est descendue au-dessous

de 37°, le pouls est devenu incomptable et la malade, opérée le 15 décembre, s'est éteinte le 18 à 6 heures du matin.

J'ai tenu à vous donner d'abord la relation de ces quatre morts, mais pour en apprécier la portée, j'espère que vous voudrez bien retenir l'état vraiment désespéré de mes quatre opérées. Sans intervention, elles étaient condamnées et pour trois d'entre elles (obs. XII, XIII et XIX), on peut affirmer que la laparotomie eût été mortelle. Je ne crois donc pas que ces quatre insuccès puissent être portés au passif de l'hystérectomie. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle a été impuissante, mais dans ces 4 cas, elle était à tous les titres l'intervention de choix et, qui plus est, l'intervention la moins grave à laquelle on pût songer. La part de mes insuccès étant ainsi faite, je vais insister sur l'histoire des opérées guéries par l'hystérectomie, en faisant bien observer que nombre d'entre elles étaient cependant dans un état des plus graves au moment de l'intervention.

Les malades auxquelles je fais allusion se divisent en deux groupes : les unes avaient des lésions suppuratives ovaro-salpingiennes sans doute fort sérieuses, mais de pronostic opératoire bénin. Je veux dire par là que leurs annexes étaient le siège exclusif du mal, qu'elles étaient énucléables sans grande difficulté et que leur ablation par laparotomie faite avec toutes les précautions voulues eût été sûrement suivie de guérison opératoire. Les autres, au contraire, avaient des lésions suppuratives plus graves et plus étendues dont la laparotomie n'aurait triomphé qu'au prix des plus incontestables dangers.

Je m'arrêterai peu sur les malades de la première catégorie (obs. I, III, VI, X, XII et XIII). Chez elles comme chez les 7 femmes que j'ai hystérectomisées pour des lésions non suppuratives des annexes (obs. IV, V, VIII, IX, XV, XVIII, XXI), les indications étaient fort nettes, l'intervention s'est faite sans difficultés sérieuses et sans autres complications opératoires, que deux perforations vésicales dont je parlerai plus loin (obs. V et XXII). Enfin, sauf deux cas dans lesquels

j'ai simplement ouvert les collections purulentes salpingiennes, sans ablation des annexes correspondantes (obs. III et VI), j'ai toujours pratiqué l'ablation totale de l'utérus, des trompes et des ovaires. Dans tous ces cas, les suites opératoires ont été simples et la guérison parfaite. Il est donc inutile que j'abuse de votre attention en insistant sur l'histoire clinique de ces malades. Je vous prie simplement de vous souvenir que chez elles, l'ablation de l'utérus a présenté un pronostic opératoire aussi bénin que celui des laparotomies les mieux conduites et je me réserve de vous dire plus tard combien leur guérison est plus sûre et plus définitive que si elles avaient subi l'ablation des annexes par laparotomie.

Les six malades dont il me reste à vous parler (obs. II, VII, IX, XVI, XVII et XX) me retiendront davantage. Elles sont dans la catégorie des grandes malades et leurs observations me semblent démontrer très nettement la supériorité de l'opération que je viens défendre devant vous. La malade de l'observation II est une femme de 39 ans, entrée le 7 août dernier dans mon service de la maison Dubois avec tous les signes d'une pelvi-péritonite suppurée : utérus haut situé et enclavé au milieu des fausses membranes ; collections purulentes faisant saillie dans les deux culs-de-sac latéraux aussi bien que dans le postérieur ; ventre ballonné et douloureux ; température élevée ; anorexie complète et dépression considérable des forces. Des symptômes d'ovaro-salpingite avaient plusieurs fois condamné la malade au repos depuis l'âge de 26 ans. Mais c'est depuis quatre mois seulement que les lésions suppuratives s'étaient étendues et que les symptômes locaux et généraux étaient devenus très alarmants. Sans intervention, cette malade aurait certainement succombé et je ne crois rien exagérer en affirmant que chez elle la laparotomie eût été très grave. Le petit bassin était, en effet, rempli de pus et de fausses membranes épaisses, il existait des adhérences intestinales nombreuses et l'ablation des parties malades par laparotomie eût été très laborieuse et peut-être impossible.

J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale dans ces conditions

défavorables. L'opération a duré 55 minutes, deux vastes collections purulentes à contenu très fétide ont été évacuées au cours de l'intervention et j'ai dû laisser en place le fond de l'utérus après m'être assuré que le morcellement avait atteint les limites supérieures de sa cavité. Malgré sa grande faiblesse, la malade a très bien supporté l'intervention. Les 8 pinces laissées à demeure ont été enlevées au bout de 48 heures ; la température est redevenue normale et jusqu'au 15^e jour, aucun incident n'est venu troubler la guérison. A cette date, il s'est fait une poussée suppurative du côté du ligament large gauche et pendant deux jours la température du soir s'est élevée à 40° ; au bout de ce temps, un demi-verre de pus, s'est écoulé spontanément par le vagin, la température s'est abaissée et dès lors, la convalescence s'est franchement établie. La malade s'est levée le 28^e jour ; elle a quitté mon service en merveilleux état le 30 septembre et depuis 5 mois sa parfaite guérison ne s'est pas un instant démentie.

La malade de l'observation VII est peut-être plus démonstrative encore. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années à laquelle j'ai pour la première fois donné mes soins en juillet 1889. Elle avait alors une endométrite avec rétroversion adhérente et salpingite droite ; les symptômes douloureux dont elle souffrait cédèrent au curettage intra-utérin et pendant quelques mois, l'amélioration progressive de son état général et local nous fit espérer une guérison définitive prochaine. Pour activer les choses, j'eus par malheur la pensée de lui conseiller une saison à Salies. Or, peu de jours après son arrivée dans cette station thermale, elle fut prise d'une poussée de salpingite aiguë bientôt suivie d'une péritonite généralisée des plus graves. Notre collègue M. Reclus qui voulut bien à cette époque voir la malade avec M. Lejard pourra vous dire lui-même quelles furent leurs inquiétudes. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement institué, la péritonite parut se localiser dans le petit bassin et la nécessité d'une intervention devenant évidente, M. Lejard assumait la responsabilité de me

ramener la malade. Malgré les précautions prises, ce voyage fut des plus pénibles et l'état de la patiente, à son arrivée chez les sœurs de la rue de la Santé, était on ne peut plus alarmant. Dépression considérable des forces, facies inquiétant, langue sèche, pouls d'une faiblesse extrême, vomissements fréquents, température élevée atteignant chaque soir 39° et 40°, ventre ballonné et douloureux, et localement, tous les signes de la pelvi-péritonite suppurée.

Tel était l'état des choses. Je ne crois rien exagérer en affirmant qu'une laparotomie aurait été néfaste. L'affaiblissement de la patiente était en effet extrême et de plus l'étendue des lésions suppuratives, le volume des poches purulentes qui remplissaient tout le petit bassin défiaient toute tentative d'ablation. Je me décidai donc le 17 octobre, à pratiquer l'opération de Péan en présence de M. Nélaton. L'intervention fut laborieuse mais très satisfaisante. Au cours du morcellement utérin que l'élévation et la fixation de l'organe rendaient assez pénible, j'évacuai deux kystes à contenu séreux et trois vastes collections purulentes très fétides. Bien entendu, je ne fis aucune tentative pour rechercher les annexes et je me contentai de drainer la vaste cavité suppurante avec des lanières de gaze iodoformée. L'opération avait duré 1 heure. Sans insister autrement sur les suites de cette intervention, je vous dirai simplement qu'au bout de huit jours la patiente pouvait être considérée comme sauvée. Graduellement, elle reprit ensuite ses forces et, depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie.

La malade de l'observation IX est, elle aussi, très probante, mais à un point de vue différent. L'ancienneté des lésions suppuratives, leur communication avec le rectum sont les points les plus saillants de son observation que je vous ai suffisamment résumée pour n'y point revenir. Je crois de même superflu de détailler l'histoire des deux malades des observations XVI et XVII. La première avait des abcès localisés aux deux trompes et la laparotomie en eut facilement permis l'ablation. Toutefois, son état général était

très inquiétant, elle avait une température très élevée et sa misère physiologique était telle qu'à mon avis comme à celui de M. Pinard, l'ouverture du ventre eût été chez elle des plus périlleuses. Elle a cependant fort bien supporté l'hystérectomie et c'est à ce titre que j'ai voulu souligner son cas.

Quant à la malade de l'observation XVII, elle offre cette particularité fort précieuse à mon point de vue, qu'elle avait antérieurement subi l'ablation des annexes par laparotomie et que cette opération avait été bientôt suivie du retour des accidents. Mais je dois réserver la publication de ce fait intéressant. J'ai opéré cette malade le 6 décembre en présence de M. Terrillon et les suites immédiates de l'hystérectomie ont été bonnes. Mais depuis, les phénomènes douloureux ont en partie reparu. Il existe encore un empâtement manifeste au-dessus de la cicatrice vaginale et je me réserve de vous faire connaître ultérieurement les suites définitives de l'intervention, d'autant que cet insuccès thérapeutique est le seul que j'aie observé jusqu'ici.

Reste la malade de l'observation XX et celle-ci est un exemple trop net des bienfaits du morcellement par voie vaginale pour que je ne vous résume pas l'observation dont tous les détails m'ont été remis par mon ami le Dr Bertin (de Nantes). La malade était une femme de 50 ans, qui était atteinte à la fois d'une suppuration péri-utérine et de fibromes interstitiels. L'abcès pelvien qui bombait dans le cul-de-sac de Douglas s'était à plusieurs reprises ouvert dans le rectum. Quant aux fibromes, ils formaient avec l'utérus une très grosse tumeur bosselée dont les limites supérieures atteignaient franchement l'ombilic. MM. Bertin et Poisson ayant bien voulu me confier cette malade, j'ai été l'opérer à Nantes, le 18 novembre, en présence de MM. Heurteau, Malherbe, Bertin, Poisson, Larabrie, Plantard et Simoneau. M. Simoneau donnait le chloroforme et j'étais directement assisté par mes deux internes MM. Thiercelin et Baudron. En suivant les règles opératoires du morcelle-

ment, j'ai évacué une collection rétro-utérine de 1 litre de pus, puis j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, des fibromes, des ovaires et des trompes ; celles-ci étaient très épaisses et l'utérus contenait une série de gros fibromes dont le poids total était de 520 gr. Cette opération a duré trois heures. Grâce aux soins intelligents dont elle a été entourée, grâce au milieu exceptionnel que lui offrait l'hôpital de Chantenay, la malade a guéri sans le moindre incident post-opératoire et son état de santé est actuellement parfait.

Tels sont les résultats actuels de ma pratique. Vous jugerez sans doute qu'ils ne sauraient faire accepter sans réserve tout le bien que je pense du procédé de Péan dans la cure des suppurations péri-utérines. Mais je n'ai pas moins l'espoir qu'ils vous paraîtront assez probants pour vous engager à soumettre l'opération nouvelle au contrôle de votre expérience personnelle. En ce qui me concerne, je vous l'ai dit, ma conviction est faite : les avantages du procédé de Péan ne me semblent pas contestables et voici comment on doit à mon avis juger l'ensemble de cette importante question de gynécologie opératoire.

Le premier point qui mérite l'attention concerne les indications de l'intervention. Pour M. Péan dont je partage la manière de voir, l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppurations pelviennes qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation des parties malades. Envisagées dans leur ensemble, les indications de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes sont donc pour nous fort simples à définir : nous estimons qu'elles sont exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Mais ce n'est pas tout, et pour que cette formule exprime toute la vérité, il est indispensable, à mon avis, de la compléter en spécifiant que l'hystérectomie doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels l'ablation *bilatérale* des annexes est elle-même nécessaire.

Ceci n'est point seulement un précepte, c'est, on peut le dire, un véritable commandement. Il est donc bien entendu

que dans tous les cas d'abcès pelviens, qui paraîtront curables par l'incision simple au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale ou du vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. Cette règle s'applique non seulement aux hématoécèles suppurées et aux collections phlegmoneuses récentes, sur le traitement desquelles tous les chirurgiens sont d'accord, mais concerne aussi les quelques variétés rares d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne que l'on peut à la rigueur guérir par incision vaginale dans les conditions particulières que notre collègue M. Bouilly (1) a dernièrement pris soin de spécifier. Mais tout ceci va de soi et ce ne sont point là les conditions susceptibles de mettre en défaut notre souci de respecter les fonctions de reproduction, toutes les fois que faire se peut.

Les cas auxquels je fais surtout allusion ici sont ceux dans lesquels l'unilatéralité des lésions suppuratives, tout en exigeant la laparotomie avec ablation des annexes du côté malade, permet d'espérer qu'il sera possible de respecter les annexes de l'autre côté. Or, on ne saurait le répéter avec trop d'insistance : dans un cas quelconque de suppuration péri-utérine, toutes les fois que la bilatéralité des lésions suppuratives n'est pas évidente, c'est à la laparotomie qu'il faut donner la préférence. Elle seule permet le diagnostic précis des lésions et donne en conséquence la possibilité de guérir les malades, tout en leur conservant l'intégrité de leurs fonctions sexuelles. Je n'ignore pas que l'ablation des annexes par voie vaginale est possible et qu'elle a peut-être encore quelques défenseurs, mais, en ce qui me concerne et pour des raisons qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici, j'estime avec le plus grand nombre des chirurgiens que l'ovariotomie vaginale sans hystérectomie préalable est une opération mauvaise, difficile et particulièrement dangereuse en cas de suppuration. La conclusion s'impose :

(1) BOUILLY. De l'ouverture par voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

dans toute ablation des annexes par voie vaginale, l'hystérectomie doit être le premier temps de l'intervention et par conséquent il est formellement interdit de choisir cette voie toutes les fois que la *bilatéralité* des lésions suppuratives n'est pas un fait absolument avéré. En d'autres termes, il ne doit être question d'hystérectomie vaginale que dans les cas *nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes*.

Ces quelques mots résument toute ma pensée sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des phlegmasies péri-utérines qu'elles soient ou non suppuratives et la question étant ainsi posée, l'opération que je préconise ne saurait être soupçonnée d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction. Une femme chez laquelle le sacrifice des annexes est décidé n'a vraiment que faire de son utérus. Je sais bien qu'une autre objection est ici possible. Dans les suppurations péri-utérines, dira-t-on, la clinique ne permet pas toujours d'affirmer que les annexes sont atteintes et, dans certains cas, on peut être conduit à évacuer par laparotomie des collections purulentes, sans enlever les annexes. Le fait est exact et tout récemment encore M. Terrier (1) nous citait le cas d'une opérée qui est devenue enceinte plusieurs mois après son opération.

Mais quelle n'est pas la rareté des cas de cette nature? tous les laparotomistes sont là pour en témoigner, ils savent aussi fort bien que dans les suppurations pelviennes de quelque étendue, les annexes sont toujours plus ou moins altérées et suivant la juste remarque de M. Pozzi (2), les malades qui guérissent après suppuration pelvienne en conservant leurs annexes sont dans l'immense majorité des cas « tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite imperméables ». Pour toutes ces raisons, nous sommes donc autorisés, me semble-t-il, à pas-

(1) TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, n° 513.

(2) POZZI. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1890, p. 519.

ser outre et lorsqu'une femme se présente avec des lésions péri-utérines suppuratives *bilatérales*, la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait à la grande rigueur donner une tentative de guérison par simple incision des collections purulentes.

Ceci posé, nous pouvons étudier l'intervention en elle-même, voir comment on doit la pratiquer et dans quelle mesure elle remplit les indications opératoires. Nous analyserons ensuite les avantages qu'elle peut offrir sur les autres méthodes employées jusqu'ici.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour la cure des suppurations péri-utérines ou des lésions inflammatoires quelconques des annexes a été décrit par M. Péan et c'est aux règles données par ce chirurgien qu'il faut scrupuleusement se conformer. L'utérus toujours plus ou moins fixé par des adhérences doit être et ne peut être enlevé que par morcellement. Il est donc inutile de discuter ici les avantages comparés des ligatures et de la forcipressure ; celle-ci est seule possible.

Bien entendu je n'ai pas à insister sur la préparation des malades, sur la nécessité d'assurer par les moyens d'usage l'asepsie du rectum, de la vulve et du vagin et sur l'obligation d'observer toutes les règles de l'antisepsie, avant, pendant et après l'opération. A ces divers points de vue, je n'aurais rien à vous dire qui ne soit parfaitement connu et l'ablation de l'utérus par voie vaginale exige toujours les mêmes précautions, quelle que soit son indication. Toutefois, avant d'aborder la description du manuel opératoire, je crois nécessaire de donner quelques détails sur le matériel instrumental et sur la position qu'il convient de donner aux opérées. Non point que je veuille décrire ici l'instrumentation classique de l'hystérectomie vaginale par morcellement, mais ce que je tiens à bien spécifier c'est qu'il est impossible de conduire à bien une hystérectomie vaginale par morcellement en cas de suppuration péri-uté-

rine, sans avoir à sa disposition le matériel instrumental que M. Péan a fait construire à cet effet. Je vous signale en particulier le rôle capital qui est dévolu aux pinces à mors courts et parallèles dont se sert exclusivement ce chirurgien et aux longs écarteurs dont il fait usage, soit pour maintenir la béance de la vulve et du vagin, soit pour décoller les tissus péri-utérins.

Quant à la position qu'il convient de donner à la femme, je la crois variable suivant les cas. M. Péan préconise exclusivement le décubitus latéral gauche et dans cette situation on opère en effet avec plus de sécurité et de facilité toutes les fois que l'utérus ne se laisse pas abaisser. Je crois donc qu'il faut toujours adopter cette situation dans les cas précités. Par contre, lorsque l'utérus semble plus facilement céder aux tractions, je pense qu'il est plus simple d'opérer dans la situation dorso-sacrée. Dans cette position le morcellement est peut-être plus difficile ; on est un peu moins à l'aise pour détacher la vessie et la maintenir à distance sous la valve d'un écarteur, mais en revanche on surveille mieux la respiration. Le rôle des aides est moins fatigant et, détail fort important, la malade étant mieux et plus sûrement immobilisée pendant l'intervention, on n'observe plus ces déplacements du bassin que la vigilance des aides ne saurait empêcher lorsqu'on maintient une femme pendant longtemps dans le décubitus latéral. L'opérateur n'est donc plus tenté de porter lui-même les mains sur les cuisses ou les fesses pour rétablir la bonne attitude et par conséquent il est moins exposé à contaminer ses mains.

J'en arrive au manuel opératoire proprement dit : la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche ou dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée comme dans toute hystérectomie, le col est libéré aussi haut que possible par voie de décollement, puis on procède au morcellement. Celui-ci se fait progressivement, par

étapes successives, si je puis ainsi dire, et chacune de ces étapes comporte quatre manœuvres principales : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section des ligaments larges ; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin, à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine. Le décollement doit être poursuivi prudemment avec le souci constant de maintenir strictement l'instrument contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout, sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

La section des ligaments larges se fait suivant les règles habituelles : les deux écarteurs qui ont été introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, soit par décollement sous-péritonéal, soit par effraction des collections purulentes juxta-utérines, soit encore par pénétration intra-péritonéale, restent en place pour protéger la vessie et le rectum. On saisit dans une pince à mors parallèles la portion des ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible et visible par les écarteurs, puis on les sectionne au ras de l'utérus.

Les deux dernières manœuvres sont fort simples. Le segment d'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est divisé en deux valves que l'on excise l'une après l'autre, après avoir pris le soin de fixer la base de chacune d'elles par deux pinces à abaissement. Un premier segment d'utérus est de la sorte excisé, et répétant aussitôt les mêmes manœuvres pour la portion restante du corps utérin, on

arrive à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe, sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. Cette dernière assertion semble extraordinaire lorsqu'on n'a pas l'expérience du morcellement, mais elle n'en est pas moins exacte. On peut même dire que la condition première à remplir pour pratiquer le morcellement en toute sécurité, consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissu, sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Les deux artifices opératoires qui permettent d'agir de la sorte sont d'une part, l'usage des grands écarteurs coudés et d'autre part la division de l'utérus en deux valves. Bien manœuvrés, les écarteurs donnent, en effet, au champ opératoire des dimensions inespérées en même temps qu'ils protègent efficacement tous les organes nécessaires à respecter. Quant à la division de l'utérus en deux valves que l'on résèque isolément, elle a pour effet de faciliter l'abaissement de l'organe et de permettre le plus souvent la mobilisation des parties qui paraissaient le plus inabordables. C'est donc à cette manœuvre qu'on doit la possibilité d'extirper l'utérus en totalité, quelle que soit son élévation ou sa fixation dans le petit bassin et c'est par exception que l'on est parfois conduit à laisser au fond de la plaie les parties les plus élevées de l'organe, sans qu'il paraisse, du reste, en résulter aucun inconvénient sérieux au point de vue du résultat thérapeutique de l'intervention.

Dans la description qui précède, j'ai donné la marche à suivre lorsque l'utérus haut situé et solidement fixé par des adhérences paraît impossible à abaisser. Ce sont là les cas les plus difficiles ; mais il est bon de leur opposer les cas, plus simples, dans lesquels l'utérus est resté facilement abaissable, pendant que les lésions inflammatoires ou suppuratives se sont localisées dans les annexes. Ici, on pourrait être tenté de simplifier le manuel opératoire et de renoncer au morcellement pour enlever l'utérus tout d'une pièce, en assurant l'hémostase des ligaments larges avec les

grandes pinces de Richelot. Ce serait une faute, et voici pourquoi : en renonçant au morcellement et au pincement par étages des ligaments larges à l'aide de petites pinces, on cesserait de procéder à ciel ouvert et en introduisant les grandes pinces de Richelot sans les suivre du regard, on s'exposerait à ouvrir une collection purulente avant l'ablation de l'utérus. On se placerait ainsi dans les conditions les plus défavorables au point de vue de l'écoulement du pus. Or, avec le morcellement, rien de semblable n'est à craindre, les collections purulentes s'ouvrent sous les yeux de l'opérateur, le pus s'écoule dans le vagin dont l'accès lui est largement ouvert par l'ablation préalable de l'utérus et toute effraction de liquide septique dans la cavité péritonéale se trouve dès lors évitée. Je pense donc que, dans tous les cas de suppuration péri-utérine, quel que soit l'état de l'utérus, qu'il soit petit ou volumineux, mobile ou adhérent, il faut avant tout ne rien faire sans y voir et c'est par conséquent au morcellement qu'il faut recourir.

L'utérus étant enlevé, comment doit-on se comporter vis-à-vis des annexes ? Pour résoudre cette importante question, il convient d'envisager isolément deux éventualités principales : tantôt, l'utérus est en contact immédiat avec les collections purulentes qui l'environnent et c'est au cours de l'intervention qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs ; tantôt, l'ablation de l'utérus s'accomplit et se termine avec ou même sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux, sans que le pus soit délogé des régions plus ou moins éloignées qu'il occupe. Dans le 1^{er} cas, l'hystérectomie doit constituer toute l'intervention, elle réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers, il n'y a donc pas lieu de compliquer l'intervention par des tentatives d'ablation plus complète. La recherche des annexes dans les cas de ce genre serait d'ailleurs très grave, très difficile, ou même tout à fait impossible.

Dans le 2^e cas, la situation est différente ; il faut, après ablation de l'utérus, aller à la recherche du pus, soit en

crevant purement et simplement les saillies fluctuantes qui bombent sous le doigt lorsqu'on explore par le toucher la cavité résultant de l'ablation de l'utérus, soit en pratiquant l'ablation des annexes. Je ne puis préciser davantage. La détermination qu'il faut prendre reste affaire d'expérience et de tact. La seule règle que l'on puisse poser c'est qu'ici encore, il ne faut rien déchirer et rien enlever sans y voir, sans quoi on s'exposerait à de véritables désastres. Sans doute, lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop adhérentes et cèdent à la traction des pinces sous les yeux de l'opérateur, il ne faut pas hésiter à les enlever en assurant toujours l'hémostase par la forcipressure. Mais lorsque les adhérences sont plus solides, lorsqu'on a la moindre crainte de provoquer une déchirure viscérale quelconque, il faut, je le répète, savoir se contenter, soit d'une ablation incomplète, soit de la simple ouverture des collections purulentes accessibles à l'œil et au doigt.

Telle est l'intervention dans ses traits les plus essentiels et la conduite à suivre est en définitive simple : il faut enlever autant que possible la totalité de l'utérus, procéder par décollement juxta-utérin progressif, sans faire un temps spécial de l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux ; se laisser guider à cet égard par la nature des lésions très variables suivant les cas particulier ; ne jamais agir à l'aveugle ; se contenter d'enlever l'utérus, lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes, soit au cours de l'intervention, soit après ablation de l'utérus ; enfin, ne pratiquer l'ablation totale des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. En procédant ainsi on se place donc dans deux conditions différentes : tantôt on enlève toutes les parties malades, utérus et annexes, et toutes les conditions d'une guérison parfaite sont dès lors réalisées ; tantôt au contraire, il s'agit d'un simple drainage du petit bassin, mais d'un drainage parfait puisque toutes les collections purulentes largement ouvertes peuvent librement déverser leur contenu dans la vaste brèche créée par l'hystérectomie. Notez enfin que toujours on réalise cette

précieuse indication, de supprimer l'organe qui a dans l'immense majorité des cas causé tous les désordres et qui peut être le point de départ de rechutes plus ou moins sérieuses chez les femmes dont on enlève simplement les trompes et les ovaires.

Pour terminer cette description opératoire, je devrais insister sur bien d'autres points, dire comment il convient de laisser les pinces en place pendant 48 heures et de mettre une sonde à demeure jusqu'à leur ablation, montrer les avantages que donne l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen pendant les premiers jours, insister sur les irrigations vaginales antiseptiques qui doivent être commencées dès le 3^e jour après enlèvement des lanières de gaze iodoformée placées entre les pinces à la fin de l'opération, donner enfin tous les renseignements voulus sur l'hygiène des opérées et sur les soins minutieux dont on doit les entourer jusqu'à leur guérison. Mais si importants que soient ces détails de pratique, ils vous sont trop familiers pour qu'il soit nécessaire de les développer devant vous. Sans plus insister sur l'opération en elle-même, je vais donc maintenant mettre en lumière les avantages qu'elle me paraît offrir sur l'ablation des annexes par laparotomie dans le traitement des suppurations péri-utérines.

Pour ne rien omettre, je devrais peut-être établir un parallèle entre l'hystérectomie vaginale et les interventions par voies sacro-coccygiennes ou périnéales qu'on semble vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, mais je ne possède aucune expérience personnelle sur ces méthodes opératoires nées d'hier et je ne puis me permettre de les juger. Au surplus, et de l'aveu même de ceux qui les préconisent, leurs indications dans le traitement des suppurations pelviennes semblent singulièrement exceptionnelles et quels que soient les enseignements que nous réserve l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la périnéotomie ou la résection sacrée, aux

conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous place la laparotomie ou l'intervention par les voies naturelles. Je me bornerai donc à montrer les avantages que l'hystérectomie me paraît avoir sur la seule opération qui soit aujourd'hui classique dans le traitement des suppurations pelviennes bilatérales des annexes, j'ai nommé la laparotomie.

La castration utéro-ovarienne par voie vaginale doit être préférée à la castration ovarienne par laparotomie pour quatre raisons principales : 1° l'opération est à nos yeux moins grave ; 2° elle donne des guérisons plus parfaites et plus durables ; 3° elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne ; 4° elle ne condamne pas les opérées à porter éternellement une ceinture.

Ces deux dernières conditions n'ont pas, je le sais, une valeur de premier ordre. Les perfectionnements opératoires ont permis de réduire au minimum les diverses complications auxquelles peuvent exposer les cicatrices de laparotomie et toutes les opérées font en général aussi bon marché de leur cicatrice sus-pubienne que de leur condamnation à la ceinture perpétuelle. Toutefois on ne peut nier que la possibilité de guérir des femmes jeunes, sans leur laisser aucune trace visible de l'intervention ne soit un avantage auquel nombre de patientes attachent une sérieuse importance, et c'est à ce titre que nous l'enregistrons. Quant aux deux autres arguments que nous invoquons, gravité moindre de l'opération, guérison à la fois plus parfaite et plus durable, ils ont une portée bien autrement grande et c'est par eux que doit en somme se juger le débat.

Au point de vue du pronostic opératoire, vous savez combien M. Péan est affirmatif. Sur 60 cas dont il ne donne malheureusement pas les observations, il accuse 60 succès. Quant à moi, mon expérience personnelle du traitement des suppurations péri-utérines par hystérectomie n'est pas encore telle que je puisse vous démontrer par des chiffres que le pronostic immédiat de ce mode d'intervention est moins grave que celui de la laparotomie. Toutefois si vous

voulez bien vous reporter aux observations que je viens de vous citer, prendre en considération les conditions particulièrement graves dans lesquelles se trouvaient les quatre malades que j'ai perdues (obs. XII, XIII, XIV, XX) et par opposition, vous souvenir que sur les 19 malades que j'ai guéries, il en était au moins trois (obs. II, VII et XX) dont la situation était désespérée, il me semble que vous reconnaîtrez le bien fondé de mon opinion sur la réelle sécurité de l'intervention.

Je sais bien qu'à cette heure, le pronostic opératoire de l'ablation des annexes par laparotomie est aussi parfait que possible et certes, lorsqu'on lit les dernières statistiques qui vous ont été communiquées, celles de MM. Pozzi et Terrillon par exemple, il semble difficile de faire mieux, mais il ne faudrait cependant rien exagérer. Dans les cas de suppurations péri-utérines graves, toutes les interventions, y compris les laparotomies les mieux conduites, demeurent très sérieuses. Chacun de nous le sait fort bien, et s'il me fallait invoquer un témoignage à l'appui de mon assertion, je pourrais vous rappeler les sages réserves que des laparotomistes consommés comme nos collègues MM. Terrier et Bouilly n'ont pas craint d'exprimer en maintes circonstances. Or, c'est précisément dans ces cas graves que l'hystérectomie manifeste le mieux sa supériorité. Il suffit d'une courte expérience pour s'en convaincre. En effet, là même où la laparotomie nécessite comme le dit M. Bouilly « les manœuvres abdominales les plus complexes, les plus difficiles et les plus périlleuses », l'intervention par voie vaginale se contente d'enlever l'utérus, de l'énucléer pour ainsi dire au milieu des fausses membranes ou des clapiers qui l'entourent; les cavités purulentes sont ouvertes, leur drainage est merveilleusement assuré, et, détail significatif, les adhérences intestinales qui font le principal péril de la laparotomie sont respectées de parti pris.

J'insiste beaucoup sur le dernier point. Il est de ceux qui mettent le mieux en lumière les avantages de l'hystérectomie vaginale, il nous montre, en effet, qu'on n'a jamais à compter dans ce mode d'intervention avec les dangers qui résultent

de la déchirure des adhérences. Je n'ai pas à vous rappeler qu'il en est tout autrement dans l'ablation des annexes par laparotomie et, soit dit en passant, c'est la meilleure réponse que je puisse faire à cette objection déjà formulée parmi nous, que l'opération serait impossible en cas d'adhérences intestinales. Rien n'est plus inexact et vous savez maintenant comment les adhérences intestinales, bien loin de contre-indiquer l'extirpation de l'utérus, peuvent, au contraire, compter parmi ses indications les plus nettes.

En somme, l'analyse impartiale des faits permet d'établir de la manière suivante le parallèle que je poursuis devant vous : Dans les cas de gravité moyenne justiciables de la laparotomie sans mortalité opératoire, on peut, je crois, affirmer que le pronostic de l'intervention vaginale est au moins aussi bénin que celui de l'intervention sus-pubienne. Dans les cas, au contraire, où l'ablation des annexes par laparotomie exige des manœuvres périlleuses, l'hystérectomie réduit au minimum les chances de mort opératoire, tout en réalisant des conditions de guérison parfaites. Il me paraît donc légitime de conclure en disant que l'hystérectomie donne, en général, autant de sécurité que la laparotomie et, qu'en nombre de cas, elle doit être considérée comme moins grave.

Dans cette étude du pronostic opératoire immédiat de l'hystérectomie, j'ai laissé de côté la part de gravité qui peut revenir aux complications opératoires proprement dites, telles que les hémorragies, les perforations de la vessie ou du rectum. C'est qu'en effet la description de ces accidents bien connus de tous les chirurgiens, n'offre rien de spécial dans les circonstances particulières qui nous occupent. Sans doute, lorsque l'utérus est immobilisé par les adhérences, il semble que la blessure de la vessie ou du rectum soit, comme les hémorragies, plus difficile à éviter que dans les circonstances habituelles où se pratique l'hystérectomie. Il n'en est rien. Pour ma part, sur un total de plus de 50 hystérectomies faites pour suppurations péri-utérines, cancers ou fibromes, j'ai observé une hémorragie mortelle consécutive à la mauvaise constriction d'une pince faussée

dans un cas d'hystérectomie pour cancer, une petite déchirure du rectum qui a guéri spontanément chez une autre cancéreuse, deux déchirures du rectum et une déchirure de la vessie chez une des malades dont je vous ai donné les observations (obs. V, IX et XIII). J'ai pu suturer séance tenante la petite déchirure vésicale de la malade de l'obs. V et la cicatrisation s'est rapidement faite. Quant aux deux cas de déchirure du rectum, vous les connaissez, chez les deux malades (obs. IX et XIII), je n'ai fait qu'augmenter une communication préexistante. L'une d'elles (obs. XIII) est morte de tout autre chose, et chez l'autre (obs. IX) la déchirure reste encore fistuleuse.

Je dois signaler enfin un cas de perforation vésicale secondaire qui s'est produit à la chute des eschares chez la malade de l'obs. XXII. Ce fait est récent et j'espère que la petite fistule se fermera spontanément. En tout cas, il me suffira d'une intervention fort simple pour en obtenir la cicatrisation. La proportion de mes accidents opératoires, est, vous le voyez, assez faible, et je ne doute pas qu'il soit possible de la réduire encore. Je ne veux point nier par là les difficultés souvent très réelles de l'opération et je tiens même à dire qu'il serait à mon avis très dangereux de l'entreprendre sans avoir vu faire le morcellement par des mains exercées et sans avoir soi-même une grande expérience de la chirurgie vaginale. Mais, encore une fois, tout chirurgien qui voudra bien suivre les règles opératoires du morcellement et s'exercer avec attention, arrivera très vite à se garer des complications opératoires et à procéder en somme avec autant de sécurité par le vagin, que par le ventre. Il n'y a donc pas lieu d'insister davantage et les complications possibles de la castration utérine ne sauraient nous influencer dans la comparaison du pronostic de l'intervention suivant qu'elle est vaginale ou sus-pubienne.

Le dernier point qui me reste à élucider est celui-ci : est-il bien vrai que l'intervention vaginale confère une guérison plus parfaite et plus définitive que l'ablation des annexes

par laparotomie ? Ici encore et pour des raisons analogues à celles que j'ai invoquées en vous parlant du pronostic opératoire immédiat, je ne puis encore confirmer mon dire par des chiffres. Il me semble cependant que mes documents sont suffisants pour entraîner la conviction. Certes, je sais fort bien que la pyo-salpingite est, comme l'a si justement dit M. Bouilly, le triomphe de la laparotomie. C'est là qu'elle trouve ses indications les plus nettes et qu'elle donne les résultats thérapeutiques les plus sûrs.

Je ne conteste donc pas la qualité des guérisons que l'ablation par laparotomie des annexes suppurées donne en maintes circonstances ; bien des fois j'ai eu, comme la plupart d'entre vous, l'occasion de pratiquer avec succès cette opération. Par contre, je ne crois pas être contredit en rappelant que l'ablation des trompes et des ovaires a parfois ses revers : nombre d'opérées continuent à souffrir ; d'autres éprouvent, dans la suite, des accidents d'endométrite qui nécessitent un ou plusieurs curettages ; il en est enfin chez lesquelles le retour des accidents suppuratifs exige une nouvelle laparotomie. Je ne voudrais pas abuser de votre attention en recherchant dans les nombreuses statistiques des laparotomistes les proportions exactes de ces insuccès absolus ou relatifs, d'autant que nos quelques hystérectomies ne sauraient encore affronter une comparaison numérique avec les centaines de laparotomies dont on possède maintenant le relevé, je me contente de vous remettre en mémoire la possibilité de ces mécomptes que plusieurs d'entre vous ont sûrement observés et que j'ai notés moi-même sur quelques-unes de mes opérées.

Or, quelles sont les causes qu'il faut accuser dans les cas de ce genre ; il en est je crois deux principales : l'ablation incomplète des parties malades et ce fait, que l'utérus est toujours laissé en place. Mais, s'il est vrai qu'on peut souvent incriminer l'impossibilité de pratiquer une ablation radicale, il faut reconnaître que le vrai coupable, c'est l'utérus. N'est-ce pas lui qui est presque toujours le foyer générateur des lésions, et qui plus tard les entretient ou les ranime ? Ce fait

est reconnu et, dès lors, il devient naturel de penser que l'hystérectomie est l'opération qui donne les meilleures garanties de guérison pour l'avenir. Il est, en effet, bien clair que toutes les complications tardives, hémorragiques ou douloureuses relevant directement de l'endométrite peuvent être à coup sûr rayées du pronostic. Mais ce que nous tenons à spécifier, c'est que les lésions péri-utérines se trouvent, elles aussi, après ablation de l'utérus, dans les conditions les meilleures au point de vue de leur guérison définitive. En d'autres termes, nous pensons que la persistance des douleurs ou le retour des accidents suppuratifs s'observent bien plus rarement quand on intervient par le vagin que lorsqu'on procède par le ventre.

Le temps et l'observation prolongée des malades pourront seuls donner la complète démonstration de cette assertion. Toutefois, et sans invoquer les faits malheureusement inédits sur lesquels M. Péan base ses convictions, je crois pouvoir appeler votre attention dès maintenant sur la qualité de mes résultats personnels. Ils sont, me semble-t-il, assez probants, car si j'excepte la malade de l'observation XVII qui souffre encore de lésions rétro-rectales que je n'ai pu atteindre, les autres n'ont pas cessé de jouir d'une santé parfaite depuis l'opération, sans jamais éprouver le moindre trouble, ni la moindre douleur du côté du petit bassin. Du reste, en réfléchissant un instant aux conditions particulières réalisées par l'intervention vaginale, il me semble que la supériorité de ce mode opératoire doit s'imposer à l'esprit.

Lorsque la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, et le fait est fréquent, la perfection du résultat ne saurait être contestée : aucune autre opération ne peut, à coup sûr, conférer une guérison plus radicale. Quand l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la supériorité du résultat opératoire est moins évidente et cependant elle reste encore facile à mettre en lumière. Quel est, en effet, le reproche principal qu'on puisse lui adresser ? c'est d'être incomplet, mais ce même reproche n'est-il point applicable à la laparotomie ? Celle-ci expose

non seulement à l'obligation de laisser dans le petit bassin des lambeaux plus ou moins importants de trompes ou d'ovaires retenus par des adhérences, elle respecte de parti pris l'utérus.

Dans l'intervention vaginale au contraire, l'utérus est avant tout supprimé, avec lui disparaissent toutes les complications dont il peut être le point de départ. Quant aux annexes, elles ne sont enlevées que d'une manière incomplète; souvent même, tout se borne à l'ouverture des cavités purulentes, mais qu'importe, tous les clapiers péri-utérins sont à jour, le drainage est parfait, les liquides pathologiques s'écoulent librement, et bientôt, grâce à la suppression de l'utérus, les annexes, ou ce qu'il en reste, disparaissent par atrophie, et le processus cicatriciel gagne toutes les parties malades, sans qu'il reste nulle part une épine quelconque, susceptible de réveiller les lésions. La mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser est en un mot complète et bien plus sûre que ne peut l'être celle de l'utérus, lorsqu'il reste en place après ablation des annexes, et c'est pour cela que, dans les cas où l'ablation totale de l'utérus et des annexes est impossible, nous estimons qu'il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus.

Telles sont les principales raisons qui me semblent militer en faveur de l'opération préconisée par M. Péan et qui m'ont conduit à cette conclusion que, dans la plupart des cas de suppuration péri-utérine bilatérale, on doit désormais préférer à la laparotomie l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes. L'observation ultérieure nous donnera seule la solution définitive de cette importante question de pratique chirurgicale, mais j'ai pensé qu'il était dès maintenant opportun de vous communiquer les premiers résultats de ma pratique personnelle et de soumettre à votre contrôle une opération qui me paraît, je vous le répète, appelée à rendre les plus remarquables services.

Biblioteka Główna WUM

Br.6765



000024938

INTRODUCTION
A L'ÉTUDE CLINIQUE ET A LA PRATIQUE DES
ACCOUCHEMENTS

Anatomie — Présentations et Positions — Mécanisme — Toucher
Manœuvres — Extractions du Siège — Version — Forceps

PAR

LE PROFESSEUR **L.-H. FARABEUF** ET LE DOCTEUR **HENRI VARNIER**

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR **A. PINARD**

Un volume grand Jésus de x-480 pages, avec 362 figures d'après les dessins originaux du professeur FARABEUF. — Prix. 15 fr.

ÉLÉMENTS D'EMBRYOLOGIE

DE L'HOMME ET DES VERTÉBRÉS

LIVRE PREMIER. — **EMBRYOGÉNIE**

Par le **D^r A. PRENANT**

Chef des travaux histologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

PRÉFACE DU PROFESSEUR **MATHIAS DUVAL**

In-8 raisin de 470-XXXII pages, 230 fig. dans le texte et 4 planches en coul. 16 fr.

Le livre II : **Organogénie**, est sous presse.

DES SUPPURATIONS PELVIENNES

CHEZ LA FEMME

Par le Docteur **PIERRE DELBET**

Prosecteur à la Faculté de médecine.

In-8 raisin de 628-XII pages. — Prix. 16 fr.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE



www.dlibra.wum.edu.pl