





S. POZZI  
—  
T R A I T É  
D E  
G Y N É C O L O G I E



RG104  
P69  
1892

LIBRARY  
2

TRAITÉ  
DE  
**GYNÉCOLOGIE**

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

8.00

La première édition de ce livre, parue en août 1890, était épuisée en février de l'année suivante. En publiant une deuxième édition qui succède si rapidement à la première, l'auteur s'est pourtant astreint à une révision attentive de tout l'ouvrage; les indications bibliographiques ont été soigneusement vérifiées et d'assez nombreuses corrections ont été effectuées. On a eu soin de mentionner tous les travaux de quelque valeur parus dans ces derniers mois. Certaines questions mises à l'ordre du jour ou mieux étudiées depuis la première édition ont été l'objet d'additions importantes. Nous citerons entre autres : l'anatomie pathologique de l'ovaire, le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie, quelques procédés opératoires applicables aux fistules recto-vaginales, divers modes nouveaux d'hystéropexie pour la chute ou la rétroflexion de l'utérus, etc. Enfin, l'auteur a relevé avec soin les dernières statistiques relatives aux résultats des principales opérations gynécologiques, et il a donné une plus grande part à l'exposé de sa propre pratique.

Cette seconde édition peut donc être présentée au public, selon la formule consacrée, comme revue, corrigée et notablement augmentée.

M. le Dr H. de Lambert et M. E. Baudron, interne des hôpitaux, ont pris une part active à ce travail minutieux de révision et de correction. M. le Dr L. H. Petit a bien voulu mettre à notre service sa compétence bibliographique. Nous leur adressons ici nos sincères remerciements.

Nous désirons témoigner notre gratitude au public médical qui a fait à ce livre un accueil si empressé. L'Institut lui a décerné l'un de ses prix. En même temps, il était traduit en quatre langues, qui sont, par ordre chronologique, l'allemand, l'anglais, l'espagnol et l'italien. L'auteur ne saurait dissimuler sa satisfaction de voir son Traité de gynécologie prendre ainsi, en quelque sorte, un caractère international.

TRAITÉ  
DE  
**GYNÉCOLOGIE**  
CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

PAR

**S. POZZI**

Professeur agrégé à la Faculté de médecine  
Chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal



DEUXIÈME ÉDITION

AVEC FIGURES DANS LE TEXTE **BIBLIOTECA**

*Giulio Pozzi*

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCII

1000249

R6104

P69

1892

Droits de traductions réservés.



## AVANT-PROPOS DE LA PREMIÈRE ÉDITION

Le livre que je publie est le résultat de plusieurs années de pratique comme chef d'un service spécialement affecté aux maladies des femmes, à Lourcine. C'est dans ce même hôpital que furent recueillis les matériaux des livres de Huguier, de Bernutz et Goupil, d'Alph. Guérin, de Martineau, et des travaux de leurs élèves. Grâce au développement qu'a pris le service de gynécologie chirurgicale depuis l'adjonction de l'annexe Pascal, j'ai pu, depuis déjà six ans, y faire un enseignement régulier. D'autre part, la bienveillance de M. le doyen Brouardel m'a permis de professer un cours complémentaire libre à la Faculté de médecine ; les leçons que j'y ai faites ont servi de canevas à la rédaction de ce livre. En outre, dans plusieurs voyages à l'étranger, j'ai pu étudier de près la pratique des principaux gynécologistes de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Autriche, et rapprocher leurs enseignements de ceux des maîtres de la Faculté de Paris qui ont été plus particulièrement les miens.

L'importance extraordinaire qu'a prise partout la gynécologie dans ces dernières années, est un fait qu'on ne saurait méconnaître.

L'origine de ces rapides progrès est facile à découvrir. L'antisepsie a ouvert une ère nouvelle dont la gynécologie a largement bénéficié. L'intervention active est devenue presque sans dangers dans nombre de maladies, jusque-là plus ou moins abandonnées à des palliatifs ou à une expectation déguisée. Grâce à l'antisepsie, on a inventé des opérations nouvelles. Grâce à elle, aussi, on a repris des opérations anciennes. Celles-ci avaient été hardiment conçues et brillamment exécutées par nos devanciers ; mais l'effrayante mortalité due aux *pansements sales* avait bien vite dû les faire aban-

donner. Qu'il me suffise de citer comme exemples l'ovariotomie, le curettage, l'hystérectomie vaginale, et même le raccourcissement des ligaments ronds, qui datent d'une époque relativement reculée ; leur vogue actuelle n'est qu'une renaissance.

Avant l'admirable découverte de Pasteur, fécondée par Lister et ses disciples, l'audace, en médecine opératoire, était de la témérité. Si, de temps en temps, un succès venait faire naître quelque espoir, une série de revers le détruisait aussitôt. Sauter (de Constance) réussit, en 1822, la première hystérectomie vaginale pour cancer. Après cette guérison unique, onze morts consécutives suivirent les onze premières opérations pratiquées à son exemple, et la liste complète des victimes n'a, sans doute, pas été publiée !

Il y a vingt ans à peine, la chirurgie contemporaine s'était découragée et avait renoncé à l'action, dans une très large étendue du domaine gynécologique. Elle laissait aux accoucheurs le soin de tous les accidents en rapport avec les couches ou les *suites de couches*, et aux médecins l'immense champ des métrites, presque tous les déplacements, les troubles nerveux réflexes, les inflammations périmétritiques, etc. Ainsi morcelée et démembrée entre chirurgiens, médecins et accoucheurs, la gynécologie était bien loin de constituer une branche définie et distincte de l'art de guérir comme elle tend à le devenir aujourd'hui.

Depuis l'impulsion donnée par l'antisepsie, une sorte de mouvement de concentration s'est opéré, surtout à l'étranger ; ce mouvement a groupé et réuni dans les mêmes mains le traitement de toutes les maladies des femmes, devenues, pour la plupart, justiciables d'une intervention chirurgicale. Nous assistons, par suite, à une évolution qui, au delà de nos frontières, amène déjà la gynécologie tout entière dans le domaine de la chirurgie, et engage certains chirurgiens à s'occuper exclusivement de cette branche de la science ainsi étendue. Il semble, d'après divers indices, que nous sommes destinés à voir bientôt chez nous se dessiner une évolution analogue.

N'avons-nous pas vu, du reste, il y a quelques années, la Faculté de médecine de Paris, si hostile au morcellement de la science, prendre elle-même l'initiative de la création d'une chaire d'ophtalmologie, quand elle a paru répondre à un réel besoin ?

La part de l'étranger dans les derniers progrès de notre science est considérable ; il serait puéril de le nier et de ne pas en profiter.

Les causes de ces progrès méritent tout d'abord d'être recherchées.

En premier lieu, peut-être, il faut indiquer l'absence de cette défiance excessive qui s'est toujours attachée, plus ou moins, chez nous, dans les sphères élevées de l'enseignement, à l'idée de *spécialisation*, par suite du trop légitime discrédit où la crédulité du public a fait tomber le nom de *spécialiste*. Rien de pareil au delà de nos frontières, et cela depuis longtemps. Il en est résulté que des hommes d'un grand mérite n'ont pas hésité à se consacrer tout entiers à l'étude d'une partie restreinte de l'art, comme les maladies des femmes.

Une seconde cause des progrès de la gynécologie à l'étranger réside, à n'en pas douter, dans l'adoption plus rapide de l'antisepsie et dans sa pratique plus générale : une certaine avance a pu ainsi être prise, il faut le reconnaître, surtout par nos voisins qui depuis bien plus longtemps que nous usent, et parfois peut-être abusent, de l'immunité antiseptique.

Il n'y a pas fort longtemps encore, il suffisait d'être un bon opérateur pour être un bon chirurgien, et ces deux termes se confondaient presque. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Éviter l'infection de la plaie est devenu plus utile encore qu'opérer avec élégance.

Maintenant l'antisepsie a triomphé de toutes les résistances ; tous nos maîtres l'enseignent et la jeune génération la pratique avec la ferveur que savent inspirer les religions nouvelles. Nous sommes armés pour la lutte aussi bien que nos rivaux. Profitons de leur expérience et gardons-nous de

tomber dans les excès opératoires dont, trop souvent, ils n'ont pas su se préserver.

En face de ces tendances qui font trop sacrifier, peut-être, l'étude clinique du malade, l'établissement patient du diagnostic et du pronostic à l'éclat de succès immédiats, il me semble qu'un rôle tout naturel est dévolu à la gynécologie française. Qu'elle accepte de plus en plus et sans arrière-pensée les audacieuses et utiles innovations d'origine étrangère, mais qu'elle s'attache avec un soin plus jaloux à ce qui est, en somme, le dernier terme de notre art : la détermination exacte des indications. La chaîne de ses véritables traditions sera ainsi renouée et l'avenir sera pour elle digne de son glorieux passé.

Ce passé, on l'oublie trop. Nous ne sommes pas nous-mêmes assez fiers de cette longue lignée scientifique qui a fait de nous les instituteurs des autres nations, en gynécologie comme dans toutes les autres branches de l'art de guérir. Le moment est particulièrement opportun pour le rappeler à ceux qui affectent de négliger nos travaux et qui ont vite proclamé notre déchéance, dès que notre activité a paru subir un ralentissement momentané. Procédés modernes d'exploration, opérations à l'ordre du jour, conquêtes nouvelles de la nosologie gynécologique, tout cela n'est-il pas, en très grande majorité, d'origine française? L'exploration bi-manuelle, dont on a pu dire qu'elle était un moyen d'investigation plus précieux encore que le spéculum, est inaugurée en France dès 1755 par Puzos, et pratiquée par Levret et Baudelocque bien longtemps avant que Kiwisch, Veit et Schultze l'eussent réinventée. Le spéculum, oublié depuis les chirurgiens de l'antiquité, depuis Soranus et Paul d'Égine, est figuré d'abord dans les œuvres d'Ambroise Paré, l'illustre père de la chirurgie française, puis dans le grand arsenal chirurgical publié par Scultet, et enfin acquiert toute son importance entre les mains de Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui en vulgarise définitivement l'emploi. Ce n'est ni Lair, ni Simpson, ni

Kiwisch qui ont trouvé le parti que peut tirer le diagnostic de la mensuration de l'utérus à l'aide d'une sonde; c'est le grand accoucheur français Levret, en 1771, et c'est l'éminent chirurgien de Lourcine, Huguier, qui, après avoir relevé l'hystérométrie du discrédit où elle était tombée, en a précisé les indications.

Parlerai-je maintenant des opérations? Le curettage est inventé par un Français, Récamier; l'opération de la fistule vésico-vaginale est d'abord scientifiquement réglée et réussie, dans des proportions inouïes jusque-là, par un Français, Jobert de Lamballe. Français, les chirurgiens qui s'attaquent les premiers aux polypes, soit avec la ligature (Levret), soit audacieusement avec l'instrument tranchant (Dupuytren). Français, celui qui ose le premier aller énucléer les fibromes au milieu du tissu utérin (Amussat). C'est en France qu'est pratiquée par Récamier, sinon la première hystérectomie vaginale pour cancer, du moins la seconde qui ait été suivie de succès. C'est en France, à Strasbourg, que notre éminent compatriote Kœberlé fait, l'un des premiers, de propos délibéré (et non par erreur comme la plupart de ses devanciers), l'ouverture de l'abdomen pour enlever un corps fibreux interstitiel de l'utérus. C'est à Paris que Péan fixe, pour l'opération de l'hystérectomie abdominale, une technique restée classique durant de longues années.

Passerons-nous à la nosologie, à l'étude anatomo-pathologique et clinique des maladies; là encore les noms des Français initiateurs se pressent en foule et nous n'avons que l'embarras du choix : Huguier pour les maladies des organes génitaux externes et pour l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col; Nélaton pour l'hématocèle rétro-utérine; Valleix, Aran, Bernutz et Goupil, Gallard, Alphonse Guérin pour les inflammations péri et paramétritiques; Malassez et de Sinéty, Cornil, pour l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, des métrites, etc., etc.

Je m'arrête, car cette revendication légitime ne doit pas

prendre les proportions d'un panégyrique. J'ai voulu seulement montrer que notre patriotisme est à l'aise dans les questions de bibliographie, et que, lorsque nous citons un auteur étranger, nous ne faisons souvent que reprendre notre bien, avec les intérêts accumulés.

J'ai mis largement à profit les publications étrangères, et l'on trouvera aussi souvent cités que les noms français les noms anglais, américains et allemands. Peut-être m'en fera-t-on un reproche. Il est commode de rétrécir son horizon scientifique : pour quelques-uns le chauvinisme est une des formes de l'ignorance.

Mais nombre d'esprits généreux, je le sais, révoltés de l'arrogance de certains procédés, regarderaient presque comme de légitimes représailles l'oubli systématique de quelques travaux. Les critiques qui me viendront de ce côté me toucheront sensiblement, sans m'ébranler : l'injustice des autres n'excuserait point la nôtre.

« Il n'y a pour quiconque pense ni Français ni Anglais, disait Voltaire : celui qui nous instruit est notre compatriote. »

Je me suis efforcé de présenter, autant que possible, un exposé de l'état actuel de la science dans tous les pays. J'ai été, pour cette raison, très sobre de renseignements historiques d'une provenance antérieure à la période antiseptique. Cependant je n'ai jamais négligé l'occasion de revendiquer les droits de priorité de chacun, sans acception de nationalité.

Relativement à la bibliographie, j'ai cru devoir m'abstenir de l'accumulation énorme de documents qu'il m'eût été facile de puiser dans les tables de recueils spéciaux : *Revue des Sciences médicales*, *Index Catalogue*, *Index medicus*, *Centralblatt*, etc. Cette érudition à bon marché m'a paru faite pour l'ostentation plus que pour l'utilité du lecteur. Il fut un temps (et il n'est pas éloigné) où la bibliographie complète était nécessaire dans chaque ouvrage. Cette période est définitivement passée. Aujourd'hui, avec le nombre immense de matériaux qui s'amoncelle sans cesse dans la littérature médicale

de tous les pays, on est toujours forcé d'être incomplet. Mieux vaut donc, peut-être, se résigner franchement à cette inéluctable nécessité et faire un choix dans les citations. Je me suis borné, pour ma part, à renvoyer à propos de chaque sujet aux travaux les plus récents et les meilleurs dont j'avais pu moi-même prendre connaissance. J'ai multiplié surtout les renseignements à propos des questions les plus à l'ordre du jour ou les plus litigieuses (opération de Battley, hystéropexie, etc.). Je n'ai fait que très peu de citations de seconde main, et j'ai apporté un grand soin à en vérifier l'exactitude.

Dans un livre destiné à l'enseignement, l'auteur se trouve toujours placé entre deux écueils. Ou bien, il sacrifie tout à la clarté, appuyant sur les grandes lignes, laissant dans l'ombre les particularités qui pourraient nuire à la netteté schématique de ses croquis : il risque alors d'être incomplet et quelquefois artificiel. Ou bien, il s'efforce de ne rien omettre dans son tableau, dût-il enlever pour cela au dessin principal quelque chose de son relief par l'addition des détails et des plans secondaires : il s'expose à être trouvé lourd et diffus.

J'ai constamment eu la préoccupation d'éviter ce double danger, et quoique je ne puisse me flatter d'y avoir réussi, du moins y ai-je fait tous mes efforts. Afin de marquer d'une manière ostensible et frappante les points principaux de l'exposition, je les ai distingués par des différences typographiques qu'on trouvera peut-être excessives, mais qui me paraissent propres à faciliter les recherches.

Les opérations récemment entrées dans la pratique gynécologique étant incomplètement décrites dans les traités de mes devanciers français, et l'étant parfois avec quelque obscurité dans les traductions des livres étrangers qui se sont multipliées récemment, j'ai cru devoir m'y appesantir. Par contre, je n'ai pas trouvé nécessaire de refaire la description anatomique des organes génitaux de la femme ; je m'en suis tenu à quelques indications sommaires indispensables et suffisantes dans un livre de pathologie. Je ne suis entré dans

quelques détails anatomiques qu'à propos des organes génitaux externes, où j'avais à exposer des vues particulières relatives à leur développement et à leur homologie qui jettent un certain jour sur l'origine d'intéressantes malformations.

Un grand nombre de mes figures sont personnelles; elles ont été dessinées, sous ma direction, par M. Nicolet, dont je me plais à reconnaître l'habileté et l'intelligence. J'ai fait aussi d'assez larges emprunts aux divers traités et monographies. Toutes les fois que ces figures ont présenté une valeur originale, j'en ai indiqué la provenance, et je n'ai cru pouvoir m'en dispenser que pour celles qui appartiennent à des traités classiques, placés entre toutes les mains, et qui, très souvent reproduites, sont, pour ainsi dire, tombées dans le domaine public.

Le professeur Cornil a bien voulu me permettre de reproduire les remarquables figures histologiques de ses leçons sur la métrite, le cancer, la salpingite et la tuberculose génitale. Le professeur Wyder a eu la bonté de m'autoriser à réduire les planches si démonstratives de son bel atlas. M. Toupet a fait pour moi plusieurs examens anatomiques, relatifs à la salpingite, aux kystes folliculaires de l'ovaire, avec sa compétence et son obligeance bien connues. Quelques figures m'ont été obligeamment prêtées par MM. L. Le Fort, Tarnier, Péan, Doléris, Dumoret, Marcel Baudouin, Poirier, Laroyenne, Collin, Mathieu, Aubry, Raynal, Dupont. Mon excellent ami, le professeur Testut, pour la confection des tables, mon cher frère le Dr Adrien Pozzi (de Reims), pour la part qu'il a prise à la révision des épreuves, ont droit à ma vive gratitude. Enfin, je tiens à remercier mon éditeur et ami, M. G. Masson. Son concours dévoué a singulièrement facilité l'exécution de ma laborieuse entreprise.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS DE LA PREMIÈRE ÉDITION..... v

TABLE DES MATIÈRES..... XIII

LIVRE I. — Antisepsie, anesthésie, moyens de réunion et d'hémostase.

    Drainage et tamponnement..... 1-86

    CHAPITRE I. — De l'antisepsie en gynécologie..... 1-31

        Opérations par les voies naturelles : a. Opérateur. b. Instruments. c. Milieu (Salle d'opération, mobilier). d. Malade. Antisepsie des organes génitaux externes. Sublimé : pouvoir désinfectant et toxique. Solution de sublimé acidulée. Créoline. Naphтол g. Injections vaginales; technique. Injection pré-opératoire et *en série*. Injections désodorantes. Injections rectales, vésicales. Gaze iodoformée. Gaze au sublimé. Gaze au salol, à l'iodol, à l'acide phénique. — Antisepsie du col. Crayons iodoformés. Laminaire. — Antisepsie de la cavité utérine. Injections intra-utérines. — Irrigation continue opératoire. Éponges. — Laparotomie. Antisepsie et asepsie. a. Opérateur. b. Malade. c. Milieu. Spray. d. Instruments. Éponges. Compresses-éponges. Toilette et lavage du péritoine. Cautérisation des pédicules. — Préparation et conservation des matériaux de ligature et de suture. Soie. Catgut. Fils d'argent. Crins. Drains.

    CHAPITRE II. — De l'anesthésie en gynécologie..... 31-40

        Anesthésie locale. Froid. Cocaine. Suggestion. — Anesthésie générale. Anesthésie comme moyen d'exploration. Éther. Chloroforme. Anesthésie mixte. Anesthésie prolongée; accidents. État des reins. État du cœur. Contre-indications. Technique générale. Traitement des accidents.

    CHAPITRE III. — Moyens de réunion et d'hémostase..... 40-86

        Sutures. Aiguilles. Porte-Aiguilles. Sutures intestinales. Fils pour la suture. Fils métalliques. Crin de Florence. Soie : infection secondaire. Catgut. Divers modes de suture. Points séparés. Sutures perdues superposées à points séparés. Suture continue, simple et à étages superposés. Suture mixte ou combinée (suture après la laparotomie). Suture enchevillée. — Hémostase. Ligature isolée. Ligature en masse (pédicules). Ligature en chaîne. Ligature élastique. Forcippresseure. — Drainage. Drainage des plaies. Drainage du péritoine : a) par le vagin, b) par la plaie abdominale. Drainage capillaire. Tamponnement antiseptique du péritoine. Drainage et irrigation continue de la cavité de l'utérus. Tamponnement intra-utérin. Tamponnement du vagin : a) hémostatique, b) antiphlogistique.

LIVRE II. — De l'exploration gynécologique..... 87-135

    Position de la malade. Position verticale. Décubitus dorsal simple. Position de la taille. Décubitus latéral. Position genu-pectorale. Palpation abdominale simple (Fausse tumeur. Scybales. Vessie distendue. Contracture musculaire. Amas graisseux). Anesthésie exploratrice. — Toucher vaginal. — Toucher rectal. — Toucher vésical. — Exploration bimanuelle. — Examen au spéculum. — Cathétérisme utérin. Perforations. Fausse routes. — Fixation et abaissement. — Dilatation artificielle du col. Procédés non sanglants (laminaire, divulsion, bougies dilatatrices). Procédés sanglants (débridement de l'orifice externe, incision bilatérale complète du col). — Dilatation permanente. Toucher intra-utérin. — Excision exploratrice et curetage explorateur. — Exploration des uretères (palpation, cathétérisme, procédés de Pawlik, de Simon, de Grünfeld et de Brenner).