

les éléments sur lesquels vous vous baserez, quand les douleurs sont tellement vives, tellement continues, ou si régulièrement intermittentes que la vie courante est impossible : de ce fait il y a déjà chez une malade d'hôpital une raison suffisante d'opérer.

S'il s'agit d'un malade en ville, assurez-vous d'abord que ces douleurs ne subissent aucune amélioration par le repos, les injections chaudes : essayez l'influence d'une saison à Luxeuil ou à Biarritz. Tentez au besoin, s'il y a des pertes, la dilatation et le drainage de l'utérus plutôt que le curettage qui ne sert à rien. Et quand après six, huit, dix mois, la douleur se réveille identique, et la lésion reste égale, quand vous avez épuisé sans résultat, sans bénéfice, toute la série des moyens indiqués, alors seulement venez à l'opération.

Mais si sous l'influence de l'un ou l'autre de ces moyens, vous constatez un progrès, si minime soit-il, alors différez à nouveau votre décision : ajournez encore l'opération qui n'aura sa raison d'être que le jour où il deviendra avéré qu'il n'y a plus aucun progrès à obtenir, aucune amélioration à attendre. J'ai la satisfaction d'avoir maintes fois pu constater chez des malades de la ville le bien fondé de cette pratique de prudence et de temporisation et de leur avoir évité les ennuis, les inconvénients toujours sérieux, la gravité même d'une laparotomie.

Et ne venez pas dire ni penser qu'il s'agit ici de guérisons temporaires, car quelques-uns de ces résultats sont acquis depuis des années et à plusieurs reprises, j'ai vu contre toutes les prévisions une grossesse survenir et apporter à la réalité de la guérison une preuve péremptoire et indiscutable.

II

DU CHOIX DE L'OPÉRATION

DANS LE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS DES ANNEXES

- I. Trois opérations s'adressent aux salpingites : la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la laparotomie.
- II. Leurs avantages et leurs inconvénients : la colpotomie n'est que partielle, l'hystérectomie vaginale est souvent insuffisante et quelquefois excessive; la laparotomie avec l'hystérectomie abdominale permet de faire tout ce qu'on veut et de ne faire que ce qu'on veut. Technique personnelle de l'hystérectomie abdominale pour lésions suppurées des trompes et des ovaires.
- III. Indications de ces opérations : dans les lésions aiguës, l'hystérectomie vaginale est nécessaire. Dans les lésions chroniques, l'hystérectomie vaginale a perdu le terrain qu'a gagné la laparotomie; cette dernière est le traitement de choix de toutes les inflammations chroniques des annexes.

MESSIEURS,

Nous avons discuté dans notre dernière leçon les indications de l'opération dans les inflammations des annexes, et j'ai essayé de vous dire quelles sont les salpingites que nous devons opérer. Supposons aujourd'hui que nous avons une de ces malades à traiter, et demandons-nous : *Comment faut-il l'opérer ?*

Le problème se pose à nous chaque jour, et bien que la réponse soit quelque peu uniforme, nous savons nous plier aux nécessités de la pratique et varier nos opérations suivant les indications qui se présentent.

La semaine dernière, je pratiquais une colpotomie pour ouvrir une grosse poche de suppuration rétro-utérine. Hier, je pratiquais une hystérectomie abdominale pour une double salpingo-ovarite suppurée et ouverte dans le rectum. Pourquoi des opérations différentes pour des lésions de même nature? Quelle est la voie à suivre, quelle est l'opération à faire pour traiter convenablement une annexite? Voilà la question que je voudrais aujourd'hui discuter devant vous : ce sera le complément nécessaire de notre dernière leçon.

I

Plusieurs opérations sont applicables aux salpingo-ovarites : chacune d'elles représente une époque ; et leur succession traduit et caractérise l'évolution de la chirurgie à la fin du siècle dernier.

Au début, on se contentait d'ouvrir les salpingites, et la méthode, quoique transformée, est venue jusqu'à nous ; c'est la méthode de l'*incision*. Qu'elle se fasse par la voie haute (laparotomie sous-péritonéale), ou par la voie vaginale (colpotomie), l'incision ne s'adresse jamais qu'au contenu de la salpingite, elle laisse la poche intacte. Elle ne convient donc d'abord qu'à des lésions kystiques, dans lesquelles il y a un contenu septique à évacuer ; mais aussi elle n'est jamais que partielle : elle ne remédie qu'à une partie des lésions, et il est tout naturel qu'elle ait fait place peu à peu à l'ablation de la poche.

Ainsi parut la *salpingectomie*, seconde en date, et qui retint pendant longtemps la faveur des chirurgiens, après que Lawson-Tait en eût montré les avantages et la réelle supériorité.

Mais bientôt après, vers 1887, vint un chirurgien, c'était Péan, qui dit aux laparotomistes ceci : Vous opérez par l'abdomen, vous enlevez à travers le péritoine, le contenu souvent septique d'une trompe suppurée, vous avez chance d'infecter la séreuse. Moi, au contraire, j'opère par le vagin : j'enlève d'abord l'utérus, et je débarrasse ainsi le petit bassin de la *bonde* qui l'obstrue. J'ouvre les poches, et le pus suivant les lois naturelles de la déclivité s'écoule à l'extérieur. Les poches annexielles, je les enlève si elles sont énucléables ; si elles tiennent trop solidement, je les laisse en place, elles s'atrophient, elles régressent, et vous n'avez plus à vous en occuper.

Voilà le principe, voilà la raison première de l'hystérectomie vaginale, dans les lésions inflammatoires des annexes. L'opération fit fortune, non sans opposition, et pendant plusieurs années, avant et après le congrès de Bruxelles, on vit des opposants de la première heure devenir les défenseurs bien sincères de la nouvelle méthode ; et pendant cette période, des légions de malades ont dû à cette opération la santé et la vie.

Cependant, les laparotomistes ne désarmaient pas : ils opposaient la sécurité précise de leur opération méthodique aux incertitudes souvent confuses de la voie vaginale. L'hystérectomie abdominale vint sur ces entrefaites leur apporter d'Amérique un sérieux appoint.

Un des gros points noirs de la laparotomie envisagée dans ses suites éloignées, c'était la conservation de l'utérus, d'un utérus infecté, scléreux, métritique, et qui chargeait l'avenir des opérées du poids de ses souffrances et de sa suppuration. Mais voici que les Américains commencent à supprimer l'utérus, par la voie abdominale, toutes les fois que l'ablation des deux annexes a été jugée inévitable et nécessaire. Et cette opération parvenait jusqu'à nous, avec la supériorité que lui confèrent ses qualités de précision et de correction.

Avec elle, on n'est plus obligé de toujours tout enlever comme on le faisait avec l'hystérectomie vaginale ; on commence une opération, dont le terme ultime mais non nécessaire, sera, s'il y a lieu, l'hystérectomie abdominale totale. L'opération sera donc le correctif d'un diagnostic insuffisant, et à son tour, voici que l'hystérectomie abdominale s'implante parmi nous, supplante peu à peu l'hystérectomie vaginale, et finit actuellement par prendre la première place dans le traitement opératoire des lésions annexielles.

Ce n'est pas tout : toutes les lésions ne sont pas justiciables de l'exérèse totale. Il en est qu'on peut et qu'on doit conserver : des tendances conservatrices légitimes ont abouti à des *opérations partielles* dont la salpingorrhaphie, la résection de l'ovaire représentent le type.

Telles sont, Messieurs, les différentes méthodes que la chirurgie contemporaine offre à votre choix, quand une salpingite opérable se présente à vous. Toutes ces opérations ne sont pas d'égale valeur ; elles ne répondent pas à des cas absolument semblables. Plusieurs cependant peuvent être appliquées également au traitement d'une même lésion : une salpingite suppurée bilatérale par exemple peut être opérée par la colpotomie, par l'hystérectomie vaginale et par l'hystérectomie abdominale. Avant de préciser les conditions qui doivent dicter votre choix, je dois donc vous dire quelles sont de ces opérations les *avantages réciproques* et les *inconvenients relatifs*.

II

La colpotomie résume à elle seule, à peu près l'incision des salpingites. La laparotomie sous-péritonéale, en effet, ne convient qu'à quelques cas rares de phlegmons pelviens, de collections hautes, venant faire saillie au niveau de l'arcade de Fallope ; elle est exceptionnelle d'applications et d'indications, elle ne saurait donc être mise en parallèle avec les autres méthodes.

Il n'en est pas de même pour la *colpotomie* : celle-ci est regardée par certains, par l'école de Lyon entre autres, comme le traitement de choix à appliquer à un grand nombre de salpingites suppurées. La colpotomie mérite-t-elle cet excès d'honneur, cette faveur incontestable? Je ne le pense pas.

La colpotomie n'est qu'une opération avant tout partielle; c'est son avantage, mais c'est aussi son défaut. Par une incision du cul-de-sac postérieur vaginal, vous ouvrez une collection suppurée, saillante à ce niveau : l'opération est simple et sans danger, je l'accorde. Vous ouvrez par une incision transversale rétrocervicale la poche en question, vous y placez un drain. Que va-t-il se passer?

Le foyer évacué, la poche se rétracte mais persiste avec ses lésions interstitielles. Si, au-dessus de cette poche, une autre existe que vous méconnaissiez, ce second foyer n'est pas ouvert : et si la communication de plusieurs poches est minime, l'opération n'ouvrant qu'un foyer, reste insuffisante. Au bout de quelques semaines, l'orifice se ferme, la malade se croit guérie, elle sort de l'hôpital. Mais suivez-la, recherchez-la trois mois après, et vous trouverez que derrière votre cicatrice fermée, des lésions identiques ou nouvelles poursuivent leur évolution.

Voyez par exemple cette jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle je pratiquais, le 28 mars, une laparotomie pour salpingite : l'année dernière, à pareille époque, je l'avais déjà opérée. Elle avait alors dix-sept ans, elle présentait dans le cul-de-sac postérieur deux salpingites prolabées, l'une, celle de droite était suppurée, tendue, l'autre n'était pas kystique. Je voulus faire la conservation, la malade était jeune, il fallait faire l'impossible pour lui assurer la conservation de ses organes. Je fis donc chez elle une colpotomie, j'ouvris et drainai la trompe gauche suppurée, mais je ne me faisais guère d'illusion sur le résultat éloigné de cette opération. Je pensais bien qu'un jour ou l'autre, il faudrait faire plus pour elle.

Elle guérit, en effet, pour un temps : au bout de quatre semaines, elle sortait de l'hôpital, en excellent état, mais depuis, elle a continué à souffrir, si bien que le mois dernier, j'ai dû ouvrir le ventre, pour enlever complètement les annexes malades et l'utérus.

Ici donc, la colpotomie n'a été qu'une opération palliative; elle a donné, pour un temps, l'apparence et l'illusion de la guérison. Il en est ainsi dans la grande majorité des cas, et j'ai dû à maintes reprises compléter, dans des conditions semblables, le résultat imparfait d'une colpotomie préalable.

Dans certains cas, même à titre palliatif, la colpotomie est cependant très précieuse *comme opération d'attente*, dans certaines infections pelviennes diffuses, avec suppurations évidentes dans le cul-de-

sac postérieur, fièvre et mauvais état général. La colpotomie m'a servi à différer pour un temps une opération plus radicale, telle que l'hystérectomie; elle permet en effet aux lésions de se condenser, en évacuant le foyer principal de suppuration; elle fait tomber la fièvre, et les forces se remontent.

C'est pour ces raisons que j'ai commencé par faire la colpotomie la semaine dernière sur cette malade, encore couchée au numéro 17 de la salle Saint-Jean. Elle avait été prise quelques semaines auparavant de douleurs abdominales, de fièvre, de vomissements; malgré la glace et le repos, l'amélioration ne vint pas. Au contraire, la maladie empirait, cette femme vomissait tout, ne se nourrissait plus, et lorsqu'elle vint à l'Hôtel-Dieu, le 22 avril, nous la trouvions dans un état général très mauvais.

La langue sèche, le pouls rapide, la fièvre haute, le teint pâle, tout cela indiquait une infection aiguë et une virulence très grande. Le ventre était sensible, surtout en bas, il y avait à ce niveau un empâtement bilatéral, et au toucher, nous trouvions l'utérus perdu et immobilisé au milieu d'une coulée épaisse d'adhérences. Dans le

cul-de-sac postérieur, une tuméfaction fluctuante faisait saillir la paroi vaginale.

Je diagnostiquais une suppuration pelvienne aiguë, et comme le lendemain, la température s'élevait à 40° (fig. 52), je devais intervenir hâtivement pour prévenir des accidents menaçants. Je préfèrai

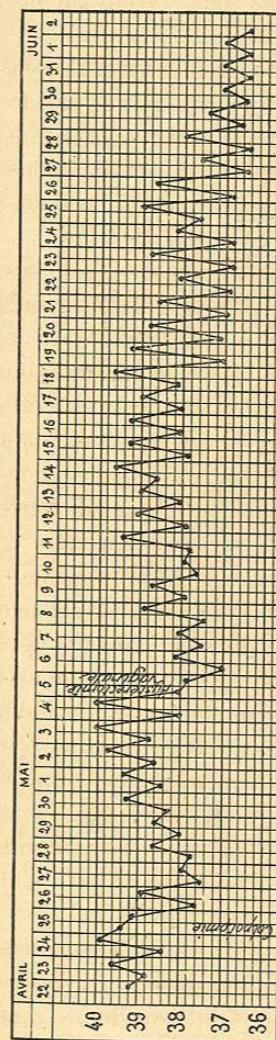


Fig. 52. — Suppuration pelvienne (salle Saint-Jean, n° 17). Insuffisance de la colpotomie pour faire tomber la fièvre. Hystérectomie vaginale.

recourir d'abord à la colpotomie, pour évacuer le gros de la collection, améliorer un peu l'état général, et je pensais avoir à intervenir plus tard, et d'une façon plus complète, sur les trompes primitivement malades. J'incisai donc le cul-de-sac postérieur et évacuai deux à trois cents grammes d'un pus très fétide. Le résultat fut immédiat, mais temporaire ; la température tomba, mais pour remonter quelques jours après, à un niveau aussi élevé qu'avant la colpotomie. Dans ces conditions, je ne pouvais plus attendre ! Je fis, le 5 mai, l'hystérectomie vaginale, et bien que les trompes et les ovaires aient été complètement enlevés, la malade a continué longtemps à faire de la fièvre. Mais elle a guéri et a pu quitter l'hôpital complètement remise, dans les premiers jours de juin.

Ici la colpotomie n'a pas donné grand chose : elle peut faire mieux, elle peut donner une apyrexie plus complète, elle peut être une excellente opération, mais elle n'est jamais, ne l'oubliez pas, qu'une opération palliative, d'attente ; ne lui demandez pas autre chose et vous en obtiendrez d'excellents résultats.

L'hystérectomie vaginale fut une opération merveilleuse de simplicité et de bénignité : dans des cas faciles, l'opération s'effectue dans l'espace de quelques minutes, et les suites en sont presque toujours remarquablement simples. Elle a l'avantage de guérir sans cicatrice, et toutes les objections qu'on lui a adressées, d'être une opération aveugle, rétrograde, de guérir par seconde intention, d'exposer à l'infection tombent devant les faits ; j'ai fait plus de 100 hystérectomies vaginales avec une mortalité de 4 p. 100 et dans cette statistique figurent des lésions extrêmement graves et compliquées et qui, opérées par la voie haute, auraient incontestablement, il y a quelques années, chargé la laparotomie d'une gravité réelle, sinon d'une certaine mortalité.

Et cependant, quoique autrefois partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale, je suis arrivé à délaisser cette excellente opération et à lui préférer pour le plus grand nombre de cas la voie haute de la laparotomie. Voici pourquoi : je reproche à l'hystérectomie vaginale deux graves inconvénients : elle est parfois *excessive* et elle est quelquefois *insuffisante*.

Elle est *excessive*, en ce sens que souvent elle a conduit à pratiquer l'exérèse de trompes ou d'ovaires qu'on aurait pu conserver au moins partiellement. Vous savez comment le degré des lésions est souvent difficile à préciser, comment il est souvent impossible de retirer du

seul toucher la notion exacte des désordres à traiter. Or, il est arrivé à tous les chirurgiens qui ont une certaine expérience de l'hystérectomie vaginale de trouver au cours de l'opération des lésions moins graves qu'ils ne l'avaient pensé. On escomptait des lésions bilatérales et accentuées, et on trouve des lésions partielles, unilatérales, avec un côté intact ou à peu près. Mais de cela on ne s'aperçoit qu'au cours de l'opération, alors que l'utérus déjà enlevé ou sectionné, vous êtes lancé sans arrêt possible dans la voie de l'exérèse complète.

Pour remédier à cet inconvénient, on conseille d'inciser d'abord le cul-de-sac postérieur, de mettre le doigt dans la plaie et d'explorer par cette voie étroite l'état des annexes incriminées. La manœuvre est d'importance, et toutes les fois qu'il y a doute, cette exploration est indispensable. Mais êtes-vous bien sûrs qu'elle vous donnera sans le contrôle de la vue, au milieu d'adhérences trompeuses, une idée toujours exacte de l'état des annexes. Pour ma part, je ne le pense pas ; et c'est pourquoi je formule contre l'hystérectomie vaginale ce premier et très sérieux grief : elle est excessive ; dès le premier coup de ciseau, elle condamne à une castration totale, qui ne cadre pas toujours avec l'intensité des lésions.

Je dis encore que l'hystérectomie vaginale est *souvent insuffisante* ; et ce second grief est tout aussi sérieux que le premier.

Pour être efficace absolument, l'hystérectomie vaginale doit permettre l'ablation totale des annexes et de l'utérus malades. Toutes les fois qu'une partie grosse ou minime de ces annexes est laissée dans l'abdomen, le résultat opératoire n'est pas troublé, mais le bénéfice thérapeutique est frappé de nullité. La femme continuera à souffrir, et à échéance plus ou moins prochaine vous devrez faire une opération complémentaire par la laparotomie pour enlever les restes de votre première opération.

C'est ce que j'ai fait, il y a quelques jours devant vous, sur une malade à laquelle un de mes collègues avait fait, l'année dernière, une hystérectomie vaginale pour annexite. La malade continuait à souffrir à droite ; on lui avait cependant affirmé que la castration avait été totale.

Je trouvais au toucher du côté droit, un peu haut, et loin de la cicatrice vaginale intacte une induration vague, qui me permit d'affirmer qu'un fragment des annexes droites restait à ce niveau et suffisait à expliquer les douleurs. J'ai fait la laparotomie et j'ai trouvé en effet, l'ovaire droit kystique, laissé par mégarde ou par nécessité, accolé à la paroi pelvienne ; et je l'enlevai.