

A plusieurs reprises j'ai dû compléter ainsi par une laparotomie secondaire les résultats défectueux d'une hystérectomie incomplète. Et ces faits m'ont amené à cette conclusion, que les fragments d'annexes laissés au cours de l'hystérectomie persistent, continuent à vivre et à faire souffrir.

Cette vérité est d'autant plus importante à signaler qu'elle est absolument contraire aux premières assertions de celui qui a le plus fait pour cette méthode, de Péan. Péan escomptait l'atrophie, la régression des annexes qu'il ne pouvait pas enlever. C'est là qu'est l'erreur.

Quand encore il ne s'agit que de vastes poches, dont on évacue le contenu, j'admets que les parois puissent revenir sur elles-mêmes, étouffer un foyer d'infection en communication avec l'extérieur. Mais toutes les fois que des lambeaux, des fragments d'annexes ont été laissés au cours de l'hystérectomie, j'ai vu le résultat thérapeutique réduit à néant, et pour moi *l'hystérectomie vaginale incomplète est une opération de nulle valeur*.

Il est pourtant des cas où l'on ne peut faire autrement que de laisser des annexes trop adhérentes, ou des lambeaux trop haut situés. Moi-même qui suis pénétré de cette nécessité de faire une ablation intégrale, j'ai dû quelquefois, à mon grand regret, abandonner dans la plaie des annexes ou trop haut placées ou trop solidement adhérentes.

Lorsqu'elles sont haut situées, il est fort difficile, souvent même impossible de les amener en totalité par la brèche vaginale; on les fragmente, ou les morcelle, mais il reste un pôle supérieur qu'on ne parvient pas à amener, et qui, abandonné dans l'abdomen, suffira à atténuer le bon résultat de l'opération.

Il en est de même lorsqu'elles sont trop adhérentes: l'hystérectomie vaginale demande en effet des lésions énucléables. Sans doute, tout est énucléable en ce sens que même par la voie vaginale on peut détacher et extraire les lésions les plus graves, les plus complexes. Mais lorsque ces décortications doivent se faire sur des plans de clivage effacés, sur des adhérences solides et serrées, cette manœuvre ne s'effectue pas sans danger de blesser ou la vessie ou l'intestin, et par conséquent de créer des désordres graves et difficiles à réparer au fond d'une plaie mal éclairée.

A vouloir insister dans des cas de ce genre je pouvais compromettre l'existence de mes malades; je me heurtais à une impossibilité matérielle; il était plus prudent, plus consciencieux de battre en retraite, de renoncer à terminer complètement une opération que

j'avais eu le tort de faire par la voie inférieure, et chez toutes ces malades, peu nombreuses d'ailleurs, j'ai dû refaire plus tard une laparotomie complémentaire; et celles qui ne l'ont pas encore subie, souffrent toujours et seront un jour opérées.

Voilà, Messieurs, l'écueil de l'hystérectomie vaginale! elle est insuffisante quelquefois, parce qu'elle ne vous permet pas de faire toujours tout ce que vous voulez, tout ce que vous devez faire; elle ne vous permet pas d'enlever toujours toutes les annexes altérées. Elle reste alors incomplète aujourd'hui, et demain elle sera défectueuse.

Il faut reconnaître au contraire que la *laparotomie* nous offre à ce point de vue tous les avantages que nous refuse l'hystérectomie vaginale. En opérant par la voie abdominale, *on voit ce qu'on fait*, l'opération grâce à la large incision, au plan incliné, à l'écartement de la paroi que je réalise si complètement avec mon écarteur (fig. 53), l'opération tout entière s'effectue sous le contrôle et avec la garantie de la vue.

Dans ces conditions, *on ne fait que ce qu'on veut*, parce que la vue renseignant mieux que le toucher, on juge, d'un simple coup d'œil, de ce que valent

les annexes malades, on se décide pour ou contre la conservation, et cela avant que la première entame du ciseau ait rendu nécessaire le sacrifice total. L'opération corrige ainsi les déficiences d'un diagnostic erroné; on croyait les deux trompes malades, une seule est altérée, l'autre est conservée. Un ovaire est sain: on le laisse, on ne fait que ce qu'on veut.

Mais aussi *on fait tout ce qu'on veut* avec la laparotomie, et lorsque vous ouvrez le ventre pour une salpingite, vous avez à choisir selon l'importance des lésions dans une série d'opérations qui va de la salpingostomie jusqu'à l'hystérectomie totale.

Autrefois il était de règle quand on enlevait les annexes par le ventre de laisser l'utérus, un utérus infecté, métritique et douloureux: les résultats éloignés de la laparotomie étaient de ce fait moins

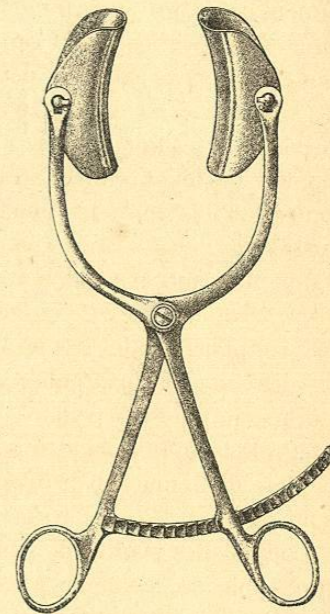


Fig. 53. — Écarteur abdominal.

favorables, l'hystérectomie vaginale triomphait. Mais le jour où par la laparotomie on put enlever l'utérus aussi bien que par la voie vagi-

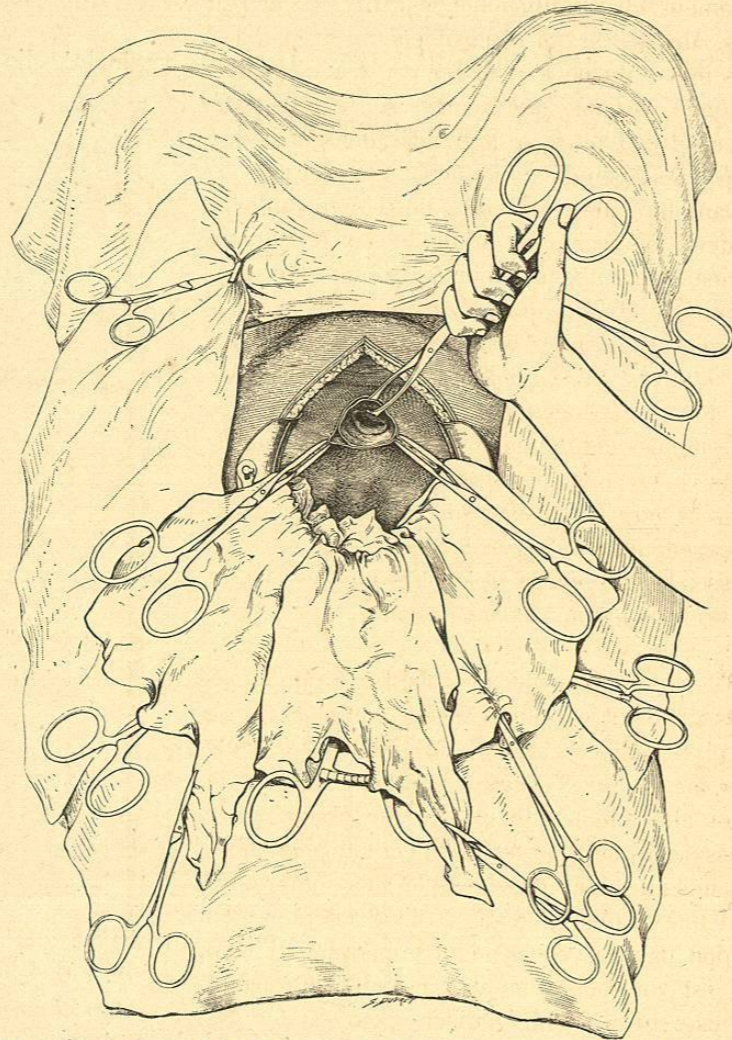


Fig. 54. — Écarteur en place : disposition des compresses autour du champ opératoire (plan incliné). Dans le fond de la plaie, on voit le vagin ouvert pour l'ablation de l'utérus.

nale, l'hystérectomie basse perdit en un jour la raison principale de sa supériorité. Il ne lui restait alors de ses anciennes prérogatives que l'avantage médiocre de ne pas laisser à sa suite de cicatrice extérieure.

Et la laparotomie devait fatalement et définitivement triompher parce qu'elle se faisait au grand jour et permettait de réunir complètement et primitivement les surfaces cruentées. Ce sont ces raisons, Messieurs, qui insensiblement, et par degrés m'ont amené à délaissier peu à peu l'hystérectomie vaginale que je ne réserve plus qu'à des cas très limités, et à étendre dans la même proportion les indications de la laparotomie.

Dans le courant de cette année, vous m'avez vu deux fois seulement pratiquer l'hystérectomie vaginale dont une fois pour infection puerpérale. Par contre, dans le même temps, j'ai fait 58 laparotomies pour des lésions suppurées bilatérales des annexes. Sur ce nombre 21 salpingectomies ont donné 21 guérisons : et 37 hystérectomies abdominales ont donné 36 guérisons et 1 mort. Vous voyez donc, Messieurs, que ces opérations peuvent être faites avec une relative sécurité ; et cependant il s'agissait presque toujours de grosses lésions, car je ne choisis pas les cas, et souvent les lésions étaient énormes.

Aussi permettez-moi de vous dire en quelques mots comment je pratique ces laparotomies. J'use du plan incliné, et grâce au jour considérable que me donne l'écarteur automatique de la paroi abdominale (fig. 54) je me donne et je m'assure un large accès vers la cavité pelvienne. Les intestins sont protégés par des compresses dont une grande médiane et deux latérales ; on ne doit pas les voir pendant l'opération et mon but est de cacher le plus possible la surface séreuse du péritoine pelvien pour éviter les contacts septiques.

Je reconnais de la vue et du toucher les annexes malades, et lorsque les trompes sont kystiques, je les ponctionne avant de les enlever, pour éviter toute effraction du pus. C'est à l'aide d'un trocart spécial (fig. 55) que je ponctionne les trompes : l'aspirateur de Potain ne m'a pas donné de bons résultats, l'aspiration avec cet appareil ne parvient pas à évacuer les

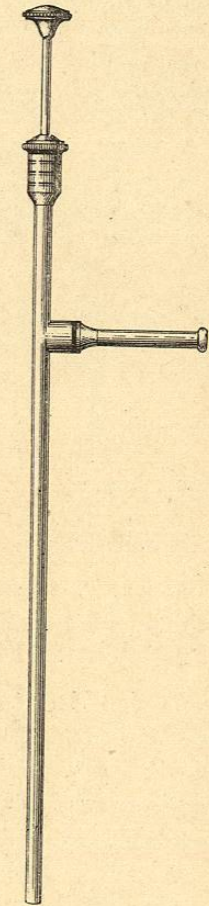


Fig. 55. — Trocart de Legueu pour la ponction des trompes kystiques.

toutes petites collections, formées d'ordinaire par un pus assez épais.

Le trocart que je vous présente est introduit dans la poche, et je recueille le pus dans une ventouse stérilisée : si une fois le trocart en place et ouvert, le pus ne coule pas, je presse directement sur la poche avec l'extrémité d'une pince munie d'une compresse. Cette pression directe parvient à vider la poche beaucoup

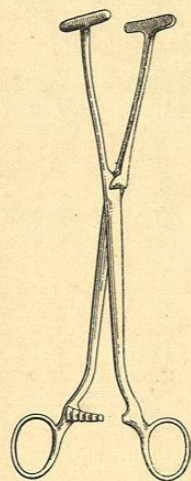


Fig. 56. — Pince hystérophore de Legueu.

mieux que ne le pourrait faire la plus intense des aspirations. Lorsque la trompe est évacuée, je mets sur l'orifice une pince et je l'enlève.

Pour élever les trompes, pour les sortir de l'excavation pelvienne, il est quelquefois bon de s'aider en tirant sur l'utérus. Pour cela, je me sers de pinces de Museux, qui saisissent le fond de l'utérus et me permettent de le tirer dans la plaie. Mais les pinces de Museux créent dans le tissu de l'utérus une petite plaie contuse qui saigne quelquefois beaucoup et est gênante lorsque l'utérus doit être conservé. Aussi ai-je fait construire par M. Collin une pince hystérophore (fig. 56) qui prend l'utérus sans le blesser.

Grâce à ces précautions, j'enlève les trompes sans qu'il y ait effraction de pus ; et si cette effraction vient à se produire, il n'y a pas de danger, car le pus tombe sur des compresses qui protègent le péritoine pelvien. Pour enlever les trompes, je donne au-dessous d'elles un simple coup de ciseau après avoir placé une pince en dedans sur la corne utérine, et une autre en dehors sur l'utéro-ovarienne (fig. 57). Les vaisseaux qui saignent sur le bord supérieur du ligament large sont pincés directement.

Ce n'est qu'après m'être débarrassé des trompes que je pratique s'il y a lieu l'ablation de l'utérus. Je me débarrasse d'abord des trompes, parce que celles-ci représentent l'élément septique et dangereux au cours de l'opération ; en enlevant d'abord l'utérus, je craindrais d'ouvrir les trompes sans le vouloir, et je préfère ne les ouvrir qu'au moment voulu. En outre j'enlève les trompes avant l'utérus, parce que l'hystérectomie est subordonnée à la castration utéro-ovarienne : je ne supprime l'utérus que si les deux trompes et les deux ovaires sont assez malades pour être enlevés, et cela je ne le fais jamais qu'après les avoir examinés les uns après les autres.

Lors donc que les deux trompes ont été supprimées suivant le

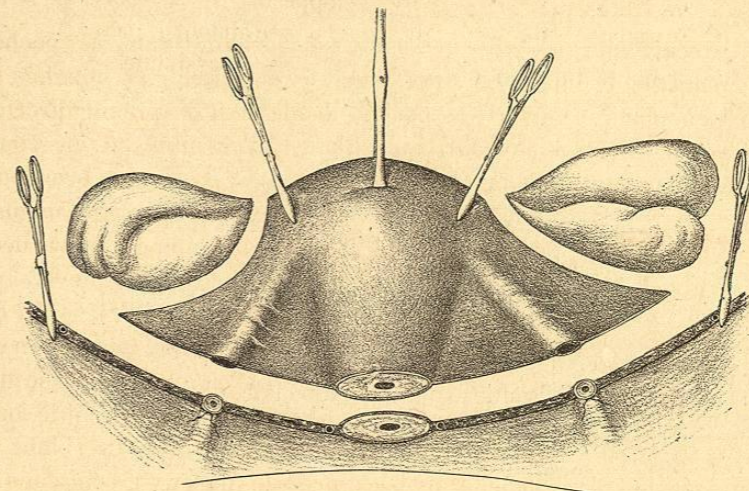


Fig. 57. — Technique personnelle de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec castration totale pour lésions bilatérales des annexes.

tracé que vous voyez sur la figure 57, il ne me reste plus qu'à couper

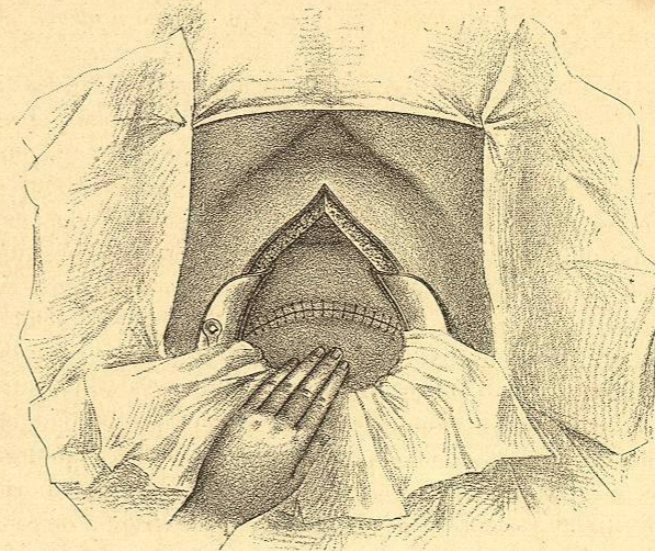


Fig. 58. — Surjet péritonéal recouvrant la surface avivée des ligaments larges et du moignon utérin.

transversalement de droite à gauche l'utérus au-dessus des inser-

tions vaginales. Je conserve toujours le col, préférant ne pas ouvrir la cavité vaginale.

Je place alors les ligatures nécessaires, et il ne reste plus qu'à adosser par une suture en surjet les bords des ligaments larges sectionnés. Le col de l'utérus est cautérisé au thermo-cautère et recouvert



Fig. 59. — Aiguille oblique à pédale de Legueu pour les sutures pelviennes.

directement de la surface séreuse (fig. 58). Pour les sutures pelviennes, je me sers d'aiguilles spéciales, à pédale, obliques, qui s'adaptent mieux que toutes les autres à la courbure de l'excavation (fig. 59).

Suivant les cas, je termine l'opération en plaçant ou non un drain ou une mèche dans la cavité pelvienne.

III

Je dois maintenant conclure, Messieurs, et par ce que vous avez entendu, vous soupçonnez déjà ce qui me reste à dire. Il me sera donc très facile de vous exposer mes idées, et de vous dire comment je comprends actuellement le traitement opératoire des salpingo-ovarites.

Nous les observons dans deux conditions différentes suivant qu'elles sont *aiguës* ou *chroniques*, et dans les deux cas, les indications de l'opération se présentent d'une façon différente.

Dans les salpingo-ovarites aiguës, l'opération peut être presque toujours ajournée et différée avec avantage, je vous l'ai dit dans ma dernière leçon. Mais il en est cependant, comme celles, par exemple, qui succèdent à l'accouchement ou à l'avortement, qui nécessitent une opération dans le plus bref délai possible : l'utérus est rapidement enveloppé de ces collections purulentes, qui saillent surtout dans le cul-de-sac postérieur. Les trompes sont toujours prises, mais elles ne sont pas seules atteintes : toute la cavité pelvienne est envahie, et cela au milieu de phénomènes généraux de la plus haute gravité.

Dans ces conditions, Messieurs, une opération peut seule sauver la vie, et cette opération ne doit se faire que par la voie vaginale.

En opérant par l'abdomen, vous ne pourriez agir convenablement, et tout le monde est d'accord sur la nécessité d'exécuter dans ces cas une opération de drainage qui ne sera bien faite que par le vagin.

Colpotomie ou hystérectomie vaginale? L'une et l'autre sont bonnes : Vous vous contenterez de la colpotomie, lorsque dans le cul-de-sac postérieur bombe une grosse collection et lorsque l'état général est très mauvais. Vous vous contenterez alors d'ouvrir la collection principale, de drainer largement : ce sera suffisant pour faire tomber un peu la fièvre, et relever les forces, et plus tard vous ferez une opération plus complète.

Mais lorsqu'il n'y a même pas dans le cul-de-sac postérieur une collection saillante, lorsque toute la cavité pelvienne est seulement comblée de masses dures parmi lesquelles la suppuration se diffuse, c'est à l'hystérectomie vaginale que vous aurez recours, car seule elle est capable de vous assurer dans ces cas un drainage suffisant.

Ce sont ces principes qui m'ont guidé, lorsqu'il y a quelque temps déjà j'ai pratiqué une hystérectomie vaginale à une jeune femme qui était en puissance d'une grave infection abortive.

Elle était entrée à l'Hôtel-Dieu Annexe quelques jours après une fausse couche de deux mois, due à des manœuvres artificielles. Elle avait de la fièvre, sa température était à 38°, on lui fit un curettage. Malgré ce curettage, les accidents continuèrent, la température oscilla entre 38 et 39° : et notre collègue constatant des lésions péri-utérines la fit passer dans notre service, le douzième jour après la fausse couche.

Elle était à ce moment, dans un état très alarmant : pâle, amaigrie, les traits tirés, les conjonctives ictériques, sa température était la veille à 38°,9 et le matin du jour où je la vis à 38°. Le pouls était à 120 : elle vomissait continuellement. Les vomissements étaient verts mais non noirs. Il y avait une diarrhée abondante et fétide. Le ventre était dur mais non ballonné ; la résistance musculaire était surtout accusée en bas, au-dessous de l'ombilic, et à peu près égale à droite et à gauche.

Y avait-il péritonite généralisée? Je ne le pensai pas ; le ventre n'était pas ballonné, le pouls pas trop rapide. Était-ce simplement de l'infection généralisée post abortive? Non, la résistance du ventre semblait indiquer une localisation.

Je fis chloroformer la malade, et sous le chloroforme je trouvai des lésions péri-utérines extrêmement graves : l'utérus était absolument perdu au milieu de collections suppurées qui étaient appréciables de

tous les côtés, dans la cavité pelvienne, en arrière, dans les culs-de-sac latéraux. La palpation montrait que ces abcès remontaient jusqu'à hauteur du pubis.

Il n'y avait pas à songer à opérer par la laparotomie : la colpotomie me parut également insuffisante, en présence de la gravité de l'état général. Il fallait faire tout de suite une large évacuation ; aussi pratiquai-je aussitôt l'hystérectomie abdominale, avec des gants de caoutchouc.

Autour de l'utérus, il y avait une pelvi-péritonite suppurée, étendue à tout le bassin : dès l'ouverture du cul-de-sac postérieur, un flot de pus fétide s'échappa. Une autre collection s'évacua lorsque j'ouvris le cul-de-sac antérieur. L'évacuation ne fut parfaite qu'après l'ablation de l'utérus : les annexes furent laissées en place, je sentis de chaque côté les ovaires collés à la paroi pelvienne et saine. Les trompes m'ont également paru peu altérées, elles n'étaient certainement pas le siège des collections ouvertes, je n'ai pas essayé de les avoir ; l'opération était d'urgence, il ne faut pas l'oublier, l'état général mauvais, les lésions graves ; il fallait aller au plus pressé. C'est ce que je fis.

Malgré notre opération, la malade succomba. Il était trop tard : mais d'autres fois pour des cas moins graves et opérés moins tardivement, j'ai été plus heureux, j'ai pu sauver des malades en réalisant largement ce drainage, qui était le but primitif de l'opération de Péan.

Pour les salpingo-ovarites *chroniques*, il n'en va plus de même, et qu'elles soient ou non suppurées, elles ressortissent actuellement à la laparotomie.

Celle-ci représente le traitement de choix de toutes les variétés des inflammations chroniques des trompes et des ovaires. Je ne l'ai pas toujours pensé, je n'ai que plus de mérite à le reconnaître aujourd'hui : et si j'abandonne à peu près l'hystérectomie vaginale, ma conversion, quoique tardive, ne manque ni de sincérité ni de conviction.

J'accepte la laparotomie comme traitement de toutes les salpingites moyennes ou graves parce qu'elle permet de faire tout ce qu'il faut et de ne faire que ce qu'il faut : elle proportionne l'opération à la gravité des lésions, et de l'ignipuncture de l'ovaire jusqu'à la castration utéro-annexielle totale, nous offre une série de moyens qui trouvent leurs indications dans chaque cas particulier. Je la préfère surtout, parce que dans les cas graves, pour les grosses lésions, elle

permet de faire une ablation complète, intégrale, avec la sécurité que nous donne le perfectionnement de la technique de la laparotomie.

Et désormais la colpotomie et l'hystérectomie vaginale resteront exceptionnelles entre mes mains.

La colpotomie dans les salpingites chroniques convient, dit-on, aux poches uniloculaires, bas situées, en contact avec la paroi vaginale. Mais à quoi reconnaître que la poche est unique ? C'est difficile, et les résultats restent par ailleurs aléatoires, incomplets.

Quoi qu'il en soit, je recours encore quelquefois à la colpotomie dans un but principal de conservation, quand je suppose la poche unique, et je vous conseille d'en faire autant : chez une femme jeune, ayant une collection basse, essayez de la guérir par la colpotomie, mais gardez-vous d'escompter une guérison certaine, car vos prévisions seraient bientôt contredites par le retour des douleurs et de la lésion.

Et quant à l'hystérectomie vaginale, elle a perdu entre mes mains tout ce que la laparotomie a gagné ; elle s'efface devant les empiètements de cette dernière et il ne lui reste plus grand chose. Elle a vécu ; elle est venue à son heure, et elle fut un progrès ; elle vint pendant une période heureuse apporter une guérison facile à des malades qui auraient peut-être succombé si elles avaient été opérées par l'abdomen. Ce fut une de ces opérations de transition, dont la chirurgie nous a offert souvent des exemples ; elle nous a permis d'attendre et de nous perfectionner à la pratique de la laparotomie, et elle devait disparaître le jour où de ce côté nous serions arrivés à une pareille bénignité, à une égale sécurité.

Il nous en reste le souvenir d'une opération facile, brillante, heureuse et merveilleusement bénigne en ses suites, et à laquelle encore de temps en temps, par tradition, par souvenir, par reconnaissance même, nous aurons plaisir à demander encore une guérison alors que la nécessité d'éviter une cicatrice ou des conditions particulièrement défavorables de milieu, nous imposeraient une attitude exceptionnelle.