

suturer le moignon cervical et le péritoine par-dessus (fig. 220).

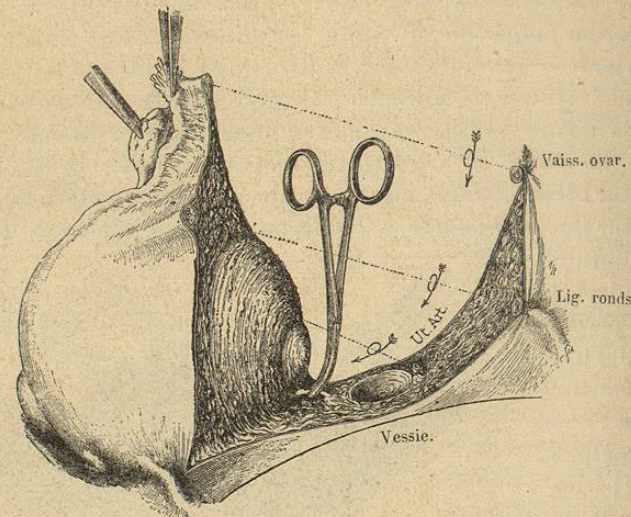


Fig. 220. — Hystérectomie abdominale sub-totale (procédé de Howard A. Kelly).

*Segond* modifie ainsi ce procédé : après ligature de l'utérine gauche, au lieu de sectionner le col, il effondre latéralement le vagin et libère le col, aux ciseaux, sur tout son pourtour, puis, le saisissant avec des pinces, il le récline en haut et à droite, lie et sectionne l'utérine droite et termine comme ci-dessus. Il fait un surjet sur le péritoine et laisse ordinairement le vagin ouvert (fig. 221).

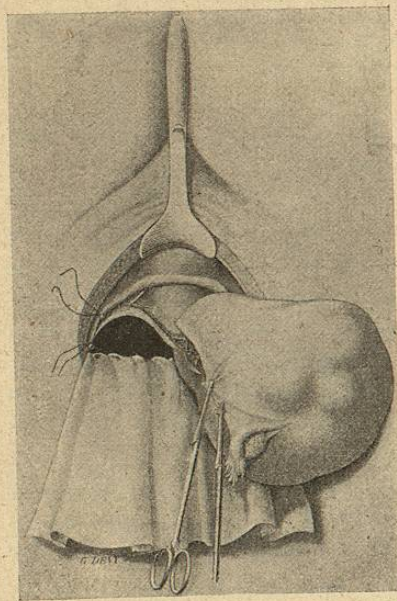


Fig. 221. — Hystérectomie abdominale totale (Procédé de Paul Segond).

De nombreuses variantes de ces procédés ont été appliquées par divers opérateurs : c'est ainsi que *Faure* a préconisé, en 1897, la section médiane complète de l'utérus suivie de l'extirpation des deux moitiés avec leurs annexes adhérentes. Cette technique facilite l'opération dans certains cas compliqués, mais a l'inconvénient d'ouvrir toute la cavité utérine. Il faut donc se mettre en garde contre cette cause d'infection. *Doyen*, sans faire d'hémostase préalable, effondre

directement le cul-de-sac postérieur, saisit le col, le libère de son insertion vaginale et, basculant l'utérus en haut et en arrière, il sectionne les ligaments de bas en haut. *Richelot* commence par libérer la face antérieure de l'utérus, etc. *Jaboulay* a proposé une hystérectomie totale sus-pubienne et sous-péritonéale. Les uns basculent l'utérus en arrière, d'autres latéralement ou en avant. Mais ce sont là détails opératoires d'importance secondaire et moindre que la totalité ou la sub-totalité de l'extirpation. La valeur relative des deux manières a été brillamment discutée au Congrès de chirurgie de 1899 à propos du traitement des fibromes. La plupart des considérations qu'on a fait valoir relativement à l'une et à l'autre sont applicables au traitement des annexites, et la sub-totale semble rallier le plus de suffrages. *Ricard*, dans son rapport à ce Congrès, indique, en bloc, une mortalité de 9,65 p. 100 pour la totale et de 4,50 seulement pour la sub-totale. *Terrier*, au dernier Congrès de 1900, donne une statistique personnelle intéressante à cet égard : sur 200 hystérectomies, 155 sus-vaginales lui ont donné une mortalité de 7,09 p. 100 et 45 totales, de 20 p. 100. Dans ses 66 dernières opérations, la mortalité s'est réduite à 10 p. 100 pour cette dernière et à 5,35 pour la sus-vaginale. *Hartmann*, par contre, n'a eu qu'une mort pour 60 totales.

La gravité de l'opération n'est donc pas plus considérable que celle de l'hystérectomie vaginale et de la simple salpingectomie, et si cette dernière, pratiquée sur les deux côtés, ne doit pas toujours comporter, à notre avis, l'extirpation de l'utérus comme temps complémentaire, on devra supprimer l'utérus chaque fois qu'il peut compromettre, par son état d'inflammation parenchymateuse, le succès définitif de l'opération (1).

**C. Résumé du traitement.** — Le choix paraissait difficile, il y a quelques années, entre les méthodes et les procédés opératoires qui viennent d'être exposés; aujourd'hui, il l'est beaucoup moins. Des opérations sous-péritonéales, une seule mérite d'être conservée : c'est l'intervention par le vagin. Tout au plus peut-on admettre que, dans quelques circonstances tout exceptionnelles, il soit permis d'aborder une collection purulente par les voies rectale, périnéale, sacrée et parapéritonéale. L'incision méthodique par le vagin, plutôt sans ponction préalable, que certains chirurgiens ont eu tort de condamner sans appel, doit être considérée, dans des cas encore assez nombreux, comme opportune et suffisante. En tant qu'opération d'attente, elle a aussi ses avantages.

La question est plus complexe, en ce qui concerne les opérations sous-péritonéales. Nous avons eu recours assez fréquemment à la colpocœliotomie antérieure et surtout postérieure, lorsqu'il s'agis-

(1) Voy. pour l'historique et les indications bibliographiques : thèse de *BLAGNY*, Paris, 1899 ; thèse de *DONNET*, Paris, 1895.



sait d'enlever des annexes peu ou non adhérentes, telles qu'on les trouve souvent en cas d'ovarite kystique, ou atteintes de lésions inflammatoires un peu anciennes, sans retentissement très marqué sur le péritoine; mais ce mode d'intervention devient insuffisant ou dangereux quand les lésions sont très prononcées et les adhérences très fermes. Il faut alors se décider pour l'hystérectomie vaginale, l'ovario-salpingectomie abdominale seule ou complétée par l'hystérectomie totale ou sub-totale.

Le grand mouvement qui s'était dessiné il y a quelques années en faveur de l'hystérectomie vaginale, sous l'impulsion de Péan et de Segond, s'est singulièrement ralenti. Nous nous flattons d'avoir été de ceux qui sont restés fidèles en principe à la laparotomie, tout en pratiquant l'hystérectomie vaginale assez souvent pour nous faire une opinion précise sur ses avantages et sur ses inconvénients. Notre opinion primitive s'est affermie. Nous reprochons encore à l'hystérectomie vaginale d'être souvent une opération aveugle, fréquemment incomplète, qui laisse après elle, quoi qu'on en ait pu dire, des causes de récurrence de certains symptômes, des souffrances persistantes et des lésions dont le temps n'amène pas toujours la guérison graduelle. Sa supériorité véritable a consisté, à une époque, dans sa bénignité, certainement plus grande que celle de la laparotomie, lorsqu'il fallait s'attaquer à des lésions suppuratives.

Les laparotomistes se sont piqués d'honneur et ont perfectionné à tel point la technique de l'ovario-salpingectomie, que les avantages de l'hystérectomie se sont effacés peu à peu, et actuellement ces deux opérations ont une léthalité à peu près égale. Il n'y a donc pas à hésiter: d'une façon générale, la laparotomie doit être préférée; mais de cette affirmation il ne faudrait pas déduire l'exclusion absolue de l'hystérectomie vaginale. Celle-ci reste l'opération de choix pour un certain nombre de cas, qui sont: d'une façon générale, ceux où l'on peut supposer à l'avance que la laparotomie ne serait exécutable qu'incomplètement; ceux aussi où un très mauvais état général rendrait trop périlleuse une opération prolongée, à condition toutefois que les rapports des annexes et des collections purulentes avec le vagin rendent l'intervention assez simple de ce côté.

Les circonstances locales qui indiquent l'hystérectomie vaginale de préférence sont: des rapports très intimes des annexes et des collections purulentes avec le vagin, la situation très basse des uns et des autres, la fixité très grande de l'utérus au milieu des tissus indurés offrant la consistance du carton; enfin l'existence de fistules ouvertes dans le vagin, le rectum ou la vessie.

Depuis que Polk a introduit l'hystérectomie abdominale dans la technique de la laparotomie, la question s'est élargie et doit se poser ainsi: l'hystérectomie doit-elle toujours accompagner ou suivre l'ablation des annexes? Nous ne le pensons pas. Nous adoptons

cependant ce complément d'opération pour les cas où l'utérus est malade, hypertrophié, atteint de lésions qu'on peut présumer inguérissables par les petits moyens. Pour les autres, nous pensons qu'on peut le laisser en place sans inconvénient et nous comptons sur l'influence éloignée de l'ablation des annexes pour en déterminer l'atrophie ou, du moins, pour le ramener à un état absolument normal.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES. — D'une part, les troubles variés qu'il a été donné de constater à la suite de la castration totale (1), d'autre part, l'espoir de conserver à des femmes jeunes leur faculté génératrice, ont inspiré une salutaire réaction contre les opérations radicales. Déjà Spencer Wells, en 1882, comptait 230 accouchements à la suite de 1000 ovariectomies unilatérales. Polk, en 1887, se faisait le champion des opérations conservatrices et en posait le principe. Depuis, Jayle, Étienne et Demange, Jacobs, Chrobak, etc., ont étudié les effets de la cachexie oophoriprivo et les bienfaits de l'opothérapie ovarienne. Knauer (1898) a signalé des accouchements après transplantation de greffes ovariennes. On ne compte plus les grossesses consécutives à des ponctions ou résections partielles de l'ovaire, ou à des opérations plastiques, faites sur la trompe (Dudley, Mc Monagle, Baer, Sipple, Gersuny, Mackenrodt, Martin, Richelot, Pozzi, Clado, Legueu, Tuffier, Pierre Delbet, Goullioud, Condamin, etc., etc.).

Ces opérations portent sur l'ovaire et sur la trompe isolément ou sur les deux en même temps.

a. *Sur l'ovaire*, Kelly pense que, dans certains cas de microkystes et d'adhérences superficielles, on peut rompre les uns et les autres par le palper abdominal et le toucher rectal. La ponction, l'ignipuncture, la résection d'un fragment de l'ovaire suivie de la suture, ont été maintes fois pratiquées par la voie abdominale ou la voie vaginale (Pozzi, Scutsch, Martin, Zweifel, Gusserow, Wiedow, Jacobs). Kelly a même réséqué ou désinfecté des abcès ovariens, et trois fois l'opération a été suivie de grossesse. Martin, 5 fois sur 20 cas, et Pozzi, 4 fois sur 23, ont constaté la grossesse après des opérations partielles sur l'ovaire.

b. *Sur les trompes*. — La rupture des adhérences se fait, après cœliotomie, avec les doigts ou des ciseaux et peut suffire à assurer la guérison (Terrillon, Lucas-Championnière, Hadra, Polk). L'expression, le cathétérisme suivi ou non de lavages, l'évacuation par incision, suivie du nettoyage et de la stérilisation du conduit, ont réalisé la guérison entre les mains de Munde, Polk, Kelly. Ce dernier, dans un cas, a amené la trompe dans le vagin pour la drainer jusqu'à guérison. Robert Morris a traité, par lavages à l'eau oxygénée, une trompe

(1) Bouffées de chaleur, perte de la mémoire, modifications et troubles psychiques, états neurasthéniformes, polysarcie, troubles dans la phonation et l'état vénérien (JAYLE, A. MARTIN, etc.).



atteinte d'inflammation gonococcienne aiguë et abaissée dans le vagin par cœliotomie.

Scutsch a donné le nom de *salpingostomie* à la réfection du pavillon. L'opération consiste à inciser ou à réséquer le pavillon oblitéré et à suturer, muqueuse à séreuse, le nouvel orifice. La *salpingorrhaphie* ou *salpingo-ovaro-syndèse* (Clado), c'est-à-dire la fixation, par suture, du néopavillon à l'ovaire, complète l'opération et vise à son résultat fonctionnel. De nombreux succès la justifient pleinement (1).

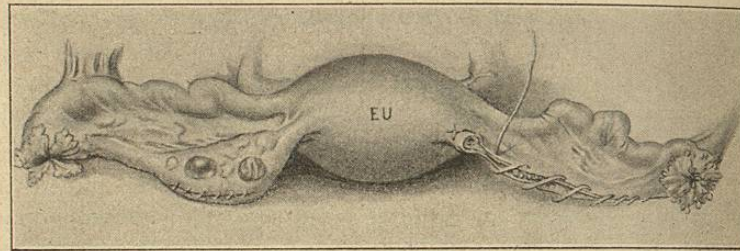


Fig. 222. — Opération conservatrice : ablation complète de l'ovaire droit, résection de deux kystes folliculaires sur l'ovaire gauche (d'après Howard A. Kelly).

Dans tous les cas, il est conforme à l'esprit chirurgical de sauvegarder tout organe sain et d'en préserver, autant que possible, la fonction. Ces opérations conservatrices sont bénignes, peuvent être abordées, pour la plupart, par la cœliotomie vaginale si on les entreprend de propos délibéré, et peuvent toujours être tentées lorsque, au cours d'une laparotomie, on les reconnaît possibles. La conservation, ne fût-ce que d'un fragment d'ovaire, a toujours son utilité au point de vue de la nutrition générale ultérieure, et Kelly a même observé le cas extraordinaire d'une grossesse survenue avec un seul ovaire d'un côté et une seule trompe de l'autre.

### III. — PELVI-PÉRITONITE.

La prédominance de la salpingo-ovarite dans les processus inflammatoires pelviens a été reconnue telle, en ces dernières années, que, par un phénomène réactionnel fréquent, la *pelvi-péritonite*, qui occupait le premier plan à une certaine époque, a été reléguée au dernier et même rejetée du cadre nosologique par quelques auteurs. C'est ainsi que Pozzi ne la considère que comme un épiphénomène habituel des annexites et la décrit sous le nom de *périméthro-salpingite* et d'*abcès pelviens*, suivant son degré. P. Delbet (2) et Reclus (3) ont tenté de réhabiliter la pelvi-péritonite essentielle de Bernutz. Elle est géné-

(1) JARSAILLON, *Salpingostomie*. Paris, 1899; PONTIÉ, thèse de Lyon, 1896.

(2) PIERRE DELBET, *loc. cit.*

(3) RECLUS, *Congrès franç. de chirurgie*, 1890.

ralement admise en France sous ce nom plutôt que sous la dénomination trop peu compréhensive de *périmétrite*, d'usage en Allemagne. Elle existe, en effet, bien que rarement si on en compare la fréquence à celle de la forme secondaire; mais, dans ce dernier cas même, elle peut dominer la scène. « Dans l'immense majorité des cas, dit Bouilly, la pelvi-péritonite n'est qu'un épisode des affections de la trompe et de l'ovaire et son histoire ne peut être cliniquement distraite. Très rarement elle existe isolément et ne se produit guère alors que dans l'état puerpéral. » C'est sous ce double aspect qu'il convient de l'étudier.

**Étiologie et pathogénie.** — Les modalités anatomiques et cliniques de la pelvi-péritonite sont commandées surtout par la nature de l'agent infectieux en cause. Nous avons vu que le gonocoque et le streptocoque sont les agents ordinaires de l'infection pelvienne, seuls ou associés, et qu'ils se comportent différemment. Le premier, se propageant en surface en suivant l'épithélium et le réseau lymphatique sous-épithélial, aborde plus volontiers la séreuse par la voie du canal tubaire. Le second, plus pénétrant et plus diffusible, suit les troncs vasculaires intramusculaires, peut dépasser les limites du tissu cellulaire et aborder le péritoine par sa face profonde. Enfin, le gonocoque prépare les voies aux autres organismes pyogènes et l'infection peut évoluer suivant un processus mixte. Ces notions donnent, comme nous l'avons déjà dit, la clef des diverses manifestations de l'inflammation pelvienne, et nous retrouverons encore leur application à propos de la cellulite.

a. *Pelvi-péritonite primitive.* — Elle apparaît après un accouchement ou un avortement septique, avec ou sans rétention de débris placentaires, à la suite d'un traumatisme accidentel, criminel ou opératoire sur l'utérus ou les voies génitales inférieures, dilatation, curettage, cathétérisme, cautérisations ou excisions du col, etc. Elle complique parfois des suppurations vulvaires ou vaginales. Dans ces cas, le streptocoque en est l'agent ordinaire et il pénètre par la voie lymphatique intramusculaire et sous-séreuse. Bumm a pu suivre son infiltration depuis la muqueuse utérine jusque sous la séreuse et les recherches de Poirier et de Wallich sont bien en rapport avec cette interprétation. Les observations de Reclus en donnent d'ailleurs la confirmation clinique et elle a été admise par Siredey, Spillmann, Vidal, Paul Segond et la plupart des auteurs.

b. *Pelvi-péritonite secondaire.* — C'est la forme que Bernutz appelait *pelvi-péritonite blennorragique*, la plus commune. Son étiologie première se confond avec celle de la salpingo-ovarite et nous avons indiqué déjà les modes de propagation de l'agent infectieux. Le plus ordinaire est celui de la continuité de muqueuse à séreuse ou de l'épanchement dans le cul-de-sac de quelques gouttes du contenu de la trompe enflammée. Suivant l'abondance et le degré de