premières, en désobstruant le bassin, contribue à donner plus d'aisance au chirurgien et à faciliter les manœuvres.

Pour lier le pédicule annnexiel sur la corne utérine, on peut le traverser avec une aiguille mousse qui ramène une anse de fil, et faire sur le pédicule entier une ligature croisée dont chaque nœud enserre la moitié du pédicule ; cette ligature en

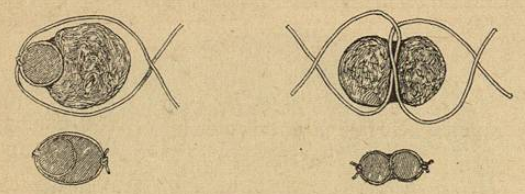

Fig. 75.
Deux façons pratiques de lier en masse un pédicule (épiploïque, utéro-ovarien, tubaire, etc.).

masse est très commode et très rapide, mais elle a des inconvénients.

D'abord elle lâche quelquefois, et on perd toujours quelques minutes à réparer cet accident. Elle a surtout le défaut de ramasser une grande quantité de tissus en un seul bloc, ce qui produit des tiraillements et peut provoquer des douleurs persistantes. Quelquefois aussi la trompe est coupée par le fil et son bout central reste ouvert dans l'abdomen, ce qui peut amener des accidents d'infection. On doit d'ailleurs toujours stériliser le point de section de la trompe en y passant la lame du thermocautère.

On a donc aujourd'hui une tendance à employer un procédé qui nous vient d'Amérique, qui a été particulièrement préconisé en France par Pierre Delbet et qui est certainement supérieur à la ligature en masse. On coupe tout simplement le pédicule tubaire en pinçant et liant isolément les vaisseaux qui saignent, au fur et à mesure de leur rencontre. On peut également, par ce procédé, suivre la trompe jusqu'à son origine et la poursuivre même dans la corne utérine où on la

lie et la cautérise. Lorsque ces précautions ont été prises, le ligament large entier se trouve ouvert à sa partie supérieure. Il ne reste plus qu'à le fermer par un surjet qu'on fait aussi exact que possible et qui est rendu très facile par l'usage d'une aiguille à pédale à très grande courbure (fig. 76).

Fig. 76.
Aiguille à pédale pour exécuter le surjet péritonéal.

Cependant lorsque le bassin est profond il peut être plus simple de se servir d'une aiguille courbe ordinaire qui porte elle-même son fil et qu'un porte-aiguille permet de manœuvrer facilement dans le fond du bassin.

Cette fermeture du ligament large, doit être faite avec beaucoup de soin. Lorsque l'extirpation des annexes a laissé des surfaces dépolies, irrégulières, au niveau desquelles le péritoine n'existe plus, il faut s'appliquer à les faire disparaître et s'arranger pour obtenir, pour employer un néologisme commode, une *péritonisation* aussi parfaite que possible de la cavité pelvienne.

Il faut prendre le péritoine sain où on le peut, sur la vessie, sur l'S iliaque ou le méso-côlon, bref fermer aussi exactement que possible la grande cavité péritonéale et l'isoler des surfaces irrégulières et cruentées au niveau desquelles les phénomènes de réparation sont moins actifs et où l'infection est facile. La plupart des chirurgiens attachent aujourd'hui beaucoup d'importance à cette reconstitution aussi parfaite que possible du revêtement péritonéal du bassin.

Beaucoup d'opérateurs, soit pour la ligature en masse, soit pour la ligature séparée suivie de surjet se servent de la soie. Celle-ci expose aux abcès et aux éliminations tardives dont on connaît tous les ennuis. Je préfère de beaucoup le catgut

qui est très suffisant pour l'hémostase et dont on n'a plus jamais à s'occuper après la guérison. Pour ma part, sur un très grand nombre de laparotomies que j'ai faites, je n'ai jamais eu ni une hémorragie secondaire pouvant être attribuée à la chute d'un catgut mal serré ou à sa résorption prématurée, ni une élimination consécutive.

Il est plus facile, cela est certain, de serrer une soie qu'un catgut; mais il est facile de serrer suffisamment ce dernier. Par exemple, lorsqu'on a des doutes sur la commodité qu'il peut y avoir à étreindre un vaisseau pincé, il ne faut pas négliger de passer le catgut, avec une aiguille, dans les tissus voisins de façon à bien le fixer et à empêcher tout glissement. Grâce à ce petit artifice, le catgut, qu'il faut au besoin nouer trois fois, donne pour l'hémostase autant de sécurité que la soie.

Je ne vois donc pas quel avantage on peut trouver à employer la soie. Elle est plus facile à désinfecter, dit-on, puisqu'elle peut être bouillie. Le catgut bien préparé est, lui aussi, parfaitement aseptique. Il me paraît d'ailleurs évident que lorsque des accidents de suppuration surviennent, ce n'est ni à l'infection préalable du catgut, ni à celle de la soie qu'ils sont dus, mais bien à leur infection secondaire, soit par les mains de l'opérateur, soit plutôt par les tissus de l'opérée, ce qui est particulièrement le cas dans les salpingites, où on travaille dans un milieu septique, car ni les mains du chirurgien, ni les tissus malades n'ont été, que je sache, préalablement bouillis ou passés à l'étuve. L'infection du catgut ou de la soie est donc une infection secondaire. Or le catgut infecté disparaît tout seul tôt ou tard. La soie ne disparaît pas et la fistule qu'elle entretient ne se ferme que lorsqu'on a été l'extraire. Et c'est pourquoi je réprouve la soie, que ses partisans les plus convaincus abandonnent d'ailleurs peu à peu.

Lorsque l'extirpation, identique des deux côtés, est terminée, que faut-il faire ? Si le petit bassin est propre, s'il n'y a ni pus, ni suintement sanguin persistant, si les annexes n'ont pas été déchirées et si l'opération a pu être conduite de façon aseptique, si l'on croit, en somme, ne courir aucun risque d'infection, il faut fermer tout simplement la plaie abdominale. Mais si l'on a des craintes d'infection, s'il reste dans le fond du petit bassin des lambeaux de poches qui n'ont pu être complètement extraits, si le péritoine pelvien est par trop dépoli, dilacéré, recouvert d'adhérences dont beaucoup peuvent être infectées, si la reconstitution du péritoine est imparfaite, il faut drainer.

Il y a deux façons de drainer le petit bassin : par la plaie abdominale et par le vagin. Je crois que, dans cette question comme dans tant d'autres, il est mauvais d'être exclusif. Le *drainage abdominal* et le *drainage vaginal* me paraissent avoir des indications différentes. Les deux sont bons, et c'est, suivant les cas, l'un ou l'autre qu'il faut employer. Il peut même être bon, dans certaines circonstances, de les associer l'un à l'autre.

Dans les cas où les risques d'infection semblent légers, lorsque l'hémostase est bien faite et la péritonisation du bassin satisfaisante, si l'on croit devoir drainer, à cause, par exemple, de la rupture d'une poche de virulence suspecte, le drainage abdominal suffira. Dans ces conditions, un bon drain de caoutchouc, qui doit être au moins de la grosseur du doigt, et porter près de son extrémité inférieure des orifices qui permettront aux liquides sécrétés de pénétrer et de s'écouler au dehors, sera très suffisant. Delagenière, Tuffier ont fait construire des tubes en métal percés de nombreuses ouvertures et dans lesquels on introduit, sans pression aucune, des mèches de gaze. Ce sont de bons appareils et qui drainent convenablement.

Les simples mèches de gaze partant du fond du bassin et sortant par la plaie abdominale doivent être condamnées. Elles tamponnent souvent plutôt qu'elles ne drainent, et pour peu qu'elles soient un peu étranglées par les lèvres de la plaie, elles mettent obstacle à l'issue des liquides au lieu de favoriser leur sortie. Elles ont surtout le très grave inconvénient d'être difficiles à enlever. Leur extraction, le deuxième ou le troisième jour, est parfois extrêmement pénible. Il y a des adhérences entre les mèches et les intestins, et l'on attire souvent au dehors

des lambeaux épiploïques que l'on rentre ensuite à grand'peine et que l'on est même parfois obligé de réséquer.

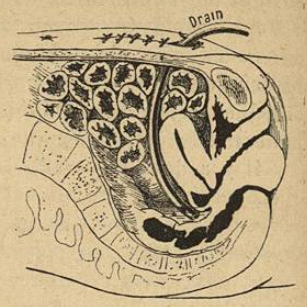

Fig. 77.
Drainage abdominal.

Je sais bien que les difficultés que l'on rencontre dans l'extraction des mèches sont parfois beaucoup moins grandes si l'on attend, pour les enlever, jusqu'au dixième ou au douzième jour. Mais outre que, quelquefois, les difficultés que l'on peut éviter en sont au contraire accrues, cette façon d'agir a le gros inconvénient de prolonger singulièrement le temps demandé pour la guérison, et de provoquer parfois les fistules persistantes.

Il faut donc renoncer aux mèches. Mais en revanche il faut connaître, pour l'employer à l'occasion, le mode de drainage capillaire inventé par Mickulicz. Il est très ingénieux, très simple, et rend parfois les plus grands services : au centre d'une assez large pièce de gaze stérilisée, on fixe une soie solide par un nœud qui serre très fortement la gaze. On laisse celle-ci retomber naturellement par son propre poids autour du fil de soie qui pend verticalement. La gaze constitue ainsi une sorte de sac au fond duquel est fixée la soie. Celle-ci

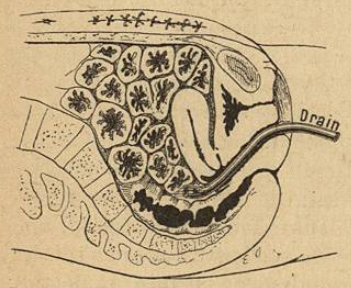

Fig. 78.
Drainage vaginal. Déclivité du drain vaginal.

se trouve donc dans l'intérieur du sac, son extrémité libre sortant par l'ouverture.

Pour employer ce sac, on saisit avec une pince située dans son intérieur, le long de la soie, le fond du sac, au niveau du nœud, et on le porte au fond du bassin, au point que l'on juge le plus favorable. L'extrémité libre du sac sort par la plaie abdominale, ainsi que le fil de soie situé dans son intérieur et qu'il faut avoir grand soin de laisser émerger au dehors. On peut alors introduire dans le sac, jusqu'au fond, une quantité plus ou moins grande de mèches de gaze stérilisée, soit pour tamponner en cas de suintement sanguin inquiétant, soit pour drainer, si on le juge nécessaire. Ces mèches sont ainsi séparées des intestins par la paroi du sac, et ne peuvent, en conséquence, leur adhérer directement. Il est donc très facile, lorsqu'on le juge utile, de les enlever les unes après les autres. Quant au sac qui les enveloppe, grâce à la soie qui se fixe à son extrémité profonde, rien n'est plus

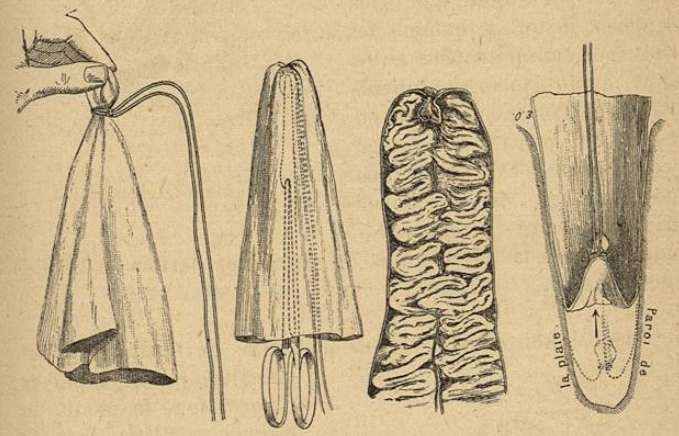

Fig. 79.
Le sac de Mickulicz. Façon de l'exécuter, de le remplir et de l'extraire.

simple, en tirant sur elle, que de le retirer. Entraîné par la soie il se retourne en doigt de gant, en commençant par sa partie la plus profonde, et c'est la partie la plus superficielle, celle qui est située à l'orifice cutané, sur laquelle les tractions s'exercent en dernier lieu et qui se détache la dernière. Grâce à cet ingénieux artifice, tous les inconvénients des mèches ordinaires sont pour ainsi dire supprimés (fig. 79).

Rien n'empêche d'ailleurs de mettre en même temps un drain et un sac de Mickulicz qui se complètent l'un l'autre. Le sac de Mickulicz peut rendre aussi les plus grands services pour tamponner en cas de suintement hémorragique intarissable.

Dans les cas où l'on a des raisons sérieuses de redouter une infection grave, lorsque au fond du bassin persiste un suintement qu'on ne peut tarir, lors encore que la péritonisation du bassin laissera au-dessous de la séreuse nouvelle, tendue comme une sorte de diaphragme assez loin du fond du bassin, une large cavité qui pourrait se drainer très mal par en haut, il vaudra mieux, à mon avis, drainer par le vagin. Dans ces cas, le drainage vaginal me paraît incomparablement supérieur et je suis étonné qu'il y ait encore des discussions sur ce point.

Rien n'est plus simple que d'ouvrir le vagin lorsque le cul-de-sac postérieur est libre, après l'enlèvement des trompes qui pouvaient le remplir. Une pince introduite par le vagin vient faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas qu'on perfore d'un coup de pointe ou de ciseaux. La pince est alors ouverte et déchire le vagin, sans le faire saigner, assez largement pour établir un drainage complet avec un gros drain et avec une mèche qui peut aussi servir à tamponner en cas de suintement persistant.

Souvent même, on peut se passer de la pince vaginale. On sent, au-dessous du col, la dépression formée par le vagin, on incise en ce point, et on passe par l'ouverture avec une longue pince courbe le drain et la mèche qu'un aide saisit à la vulve.

Le drainage vaginal se fait au point le plus déclive, ce qui

n'est pas sans importance, car j'ai plus de confiance encore, pour l'écoulement des liquides, en la pesanteur qu'en la capillarité (fig. 78). L'extraction est aussi plus simple que pour les mèches abdominales et même pour le sac de Mickulicz. Au bout de quatre ou cinq jours, on tire sur la mèche vaginale et tout est dit.

Dans certains cas, et je l'ai fait, et m'en suis bien trouvé, on peut faire le drainage vaginal par le cul-de-sac antérieur. Lorsque le cul-de-sac postérieur est, pour une raison quelconque, inaccessible, on décolle la vessie sur 2 ou 3 centimètres, on ouvre le cul-de-sac antérieur directement ou sur une pince vaginale et on draine par devant l'utérus aussi facilement que par derrière.

Enfin dans quelques cas particulièrement inquiétants, on peut drainer à la fois par le vagin et par l'angle inférieur de la plaie.

Dans ces conditions, le drainage vaginal est destiné à l'écoulement des liquides situés au-dessous du revêtement péritonéal. Ceux qui s'accumulent au-dessus, dans la partie du petit bassin recouverte de séreuse, seront évacués par le drain abdominal.

Il est toujours bon, au moment d'enlever le drain abdominal, d'aspirer avec une sonde qu'on introduit par sa lumière, jusqu'au fond du petit bassin, les liquides qui peuvent y séjourner et qui constituent des milieux de culture propices aux floraisons microbiennes.

Lorsque tout est fini, il ne reste plus qu'à faire la *suture*. Je crois qu'il est bon, à ce moment, de remettre la malade dans la position horizontale, d'abord parce que moins elle reste dans la position déclive et mieux cela vaut, ensuite parce qu'il est utile de voir si les intestins se remettent bien en place, et de disposer l'épiploon au-devant du paquet intestinal. Les compresses étant enlevées, on les remplace par une compresse propre et chaude qu'on étend sur la masse intestinale qu'elle protégera pendant la durée de la suture.

Chacun fait celle-ci à sa manière. La suture à un seul plan ne jouit pas de la même faveur qu'autrefois et la plupart des

chirurgiens font la suture à deux ou à trois plans, avec des points simples, des points en U ou des points en 8, les uns à la soie ou au fil commun, les autres au catgut et au crin de Florence; les uns font de grands points de soutien, les autres des sutures intradermiques. Je ne puis insister sur tous ces détails qui peuvent tous trouver leurs indications. Je donnerai seulement ma manière de faire que je crois bonne, puisque je la fais, et qui me paraît recommandable. Je n'emploie jamais la soie, si ce n'est quelquefois pour les sutures superficielles chez les femmes à paroi épaisse, lorsqu'il faut des sutures très solides. Mais je ne laisse jamais de soies perdues pour m'éviter l'ennui possible d'avoir plus tard à les enlever.

Fig. 80.
Premier plan de suture. Surjet péritonéal au catgut.

Je fais d'abord sur le péritoine un surjet au catgut (fig. 80) : c'est le premier plan. Sur les muscles et l'aponévrose, je mets des points séparés au catgut, tous les 2 centimètres environ, en ayant soin de bien affronter les tissus. Les points séparés font une suture beaucoup plus régulière que le surjet, et en outre cette suture à plusieurs fils est beaucoup plus solide que le simple fil du surjet. C'est le second plan de suture. Sur la peau je mets des crins de Florence ou des soies lorsque j'ai besoin de beaucoup de solidité. Mais, et c'est en cela que consiste l'originalité de cette suture, si tant est qu'elle soit originale, ce que j'ignore, mes crins de Florence viennent également prendre le muscle et l'aponévrose, dans l'intervalle des points séparés au catgut, de sorte que, au niveau du second plan, les muscles et aponévroses sont affrontés à chaque centimètre (fig. 81). C'est donc une suture très exacte et qui a des chances sérieuses de donner de bons résultats.

La suture à un seul plan a l'avantage d'être beaucoup plus rapide, et lorsque je vois des chirurgiens de la valeur de Ricard, par exemple, se louer de cette suture, qu'il exécute très rapidement avec des fils d'argent ou de bronze, je me demande si la prolongation que la suture à plusieurs étapes impose à l'opération ne compense pas largement les avantages qu'elle peut avoir au point de vue de la solidité de la paroi. On pourra, en tout cas, exécuter cette suture en un plan lorsqu'on voudra gagner du temps, en ayant toutefois bien soin de charger sur l'aiguille les couches successives de la paroi, sans oublier le péritoine.

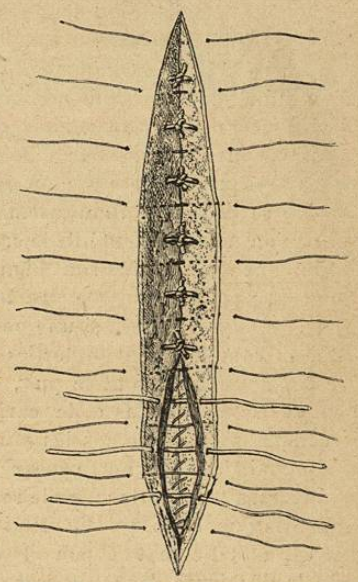

Fig. 81. — Deuxième et troisième plans de suture. Le deuxième au catgut, à points séparés, sur les muscles et l'aponévrose, le troisième au crin sur la peau et les plans profonds, dans l'intervalle des points du deuxième plan.

Les fils sont enlevés le dixième jour.

Rien n'est moins comparable que deux laparotomies pour annexites suppurées. L'une peut être extrêmement simple, et l'autre hérissée de difficultés. C'est dire qu'il peut y avoir, au cours de ces opérations, des surprises et des accidents :

L'*hémorragie* est rare. S'il s'agit d'un vaisseau sérieux il sera saisi et lié. S'il ne peut être lié, on mettra sur lui une pince à demeure qu'on fera sortir par la plaie abdominale, ou au besoin par le vagin par lequel on l'introduira en même temps que la pince destinée à retirer la mèche de drainage. Ce sont là

d'ailleurs des expédients tout à fait exceptionnels. Contre l'hémorragie en nappe, il n'y a qu'un remède, le tamponnement. On l'exécutera à la manière de Mickulicz, comme il a été dit plus haut. Mais il faut s'efforcer, avant tout, de tarir l'hémorragie par des ligatures. Plus l'hémostase est complète et mieux cela vaut. Il est important de ne laisser dans le ventre aucun suintement sanguin, propice à toutes les infections.

La *déchirure des trompes*, l'ouverture d'une ou de plusieurs collections purulentes, est un accident beaucoup plus fréquent. Il n'y a presque pas de cas compliqués dans lesquels cet accident ne se produise. Heureusement, il est beaucoup moins grave qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, surtout lorsque les intestins sont bien isolés par des compresses et ne sont pas touchés par le pus. D'ailleurs celui-ci est souvent stérile. Quoi qu'il en soit, si une poche purulente se rompt, on nettoiera complètement toutes les parties souillées, on épongera soigneusement tout le pus, on asséchera parfaitement le cul-de-sac de Douglas et la cavité pelvienne. On changera les compresses intestinales les plus superficielles si elles ont été contaminées. Mais on se gardera de faire un lavage, qui ne servirait qu'à transporter dans le reste du ventre des germes et des débris purulents qui n'y auraient jamais été seuls. Le lavage est actuellement à peu près universellement proscrit. Enfin la déchirure des trompes constitue une des principales indications du drainage, qui, suivant la gravité du cas, sera fait par l'abdomen ou par le vagin.

La *déchirure de l'intestin* n'est pas rare, au moins dans les cas compliqués. Heureusement, comme la déchirure des trompes, elle est moins grave qu'elle ne le paraît. Dès qu'elle est reconnue, il faut suturer avec le plus grand soin la solution de continuité. Il faut enfouir la déchirure au besoin sous deux et trois plans de suture, qui, comme toutes les sutures intestinales, qui, elles, s'éliminent par la cavité du viscère, pourront être faites, soit au catgut fin, soit à la soie ou au fil à coudre ordinaire parfaitement stérilisé. Lorsque la suture est bien faite, et qu'on a pris soin de ne pas rétrécir la lumière de l'intestin, ce qui pourrait provoquer des phénomènes d'occlusion intestinale, on n'éprouve en général aucun accident sérieux.

Lorsque ces déchirures sont méconnues, ou lorsque la suture qui les oblitère ne tient pas, il peut se produire des fistules stercorales. D'ailleurs, ces fistules se ferment presque toujours toutes seules, au bout d'un temps variable. S'il n'en est pas ainsi, on pourra être entraîné à faire, pour les guérir, des opérations compliquées.

L'*ouverture de la vessie* est assez rare, les poches en contact avec elle étant peu communes. On suturera la solution de continuité avec beaucoup de soin. J'en ai observé deux cas personnels qui ont guéri sans aucun incident.

Les diverses complications qui peuvent suivre l'extirpation des annexes, *péritonite*, *occlusion intestinale*, *fistules*, *adhérences*, *éventration*, ne présentent ici rien de particulier.

Telle est la technique de l'extirpation des salpingo-ovarites, avec les difficultés qu'elle peut présenter. D'innombrables statistiques ont été faites, que je me garderai bien de reproduire. Elles nous apprennent ce que nous savions déjà. Depuis l'adoption du plan incliné, la mortalité, bien qu'on s'attaque à des cas beaucoup plus graves et beaucoup plus difficiles, s'est abaissée de plus en plus. Aujourd'hui, je crois être dans la vérité en l'évaluant à 5 p. 100 environ.

Que deviennent les 95 p. 100 des femmes guéries auxquelles on a enlevé les annexes?

En général, les résultats éloignés sont très satisfaisants. Presque toujours les douleurs cessent ou sont très fortement atténuées. Sans doute, il y a des femmes qui continuent à souffrir plus ou moins ; sans doute, il en est d'autres qui présentent parfois les troubles divers qu'on rencontre dans toutes les opérations mutilantes de la sphère génitale, et qui sont attribuées à l'*insuffisance ovarienne*, bouffées de chaleur, troubles congestifs, modification du caractère, tendance à l'engraissement, etc. Mais ce sont là, en somme, des troubles légers et bénins, relativement à ceux qui ont nécessité l'opération.

Evidemment les femmes qui ont subi l'ablation des annexes ne sont pas toujours des femmes comme les autres, bien qu'elles le soient généralement. Mais elles ne sont plus des femmes malades. C'est ce qu'elles demandent et c'est ce qu'il faut leur donner.

Il faut donc ici, comme toujours en chirurgie, ne pas s'arrêter aux cas particuliers des quelques femmes qu'il eût certainement mieux valu ne pas opérer, à cause des troubles qu'elles ont présentés par la suite, et il faut accepter ou rejeter l'opération avec ses chances bonnes ou mauvaises, ses incertitudes et ses conséquences. Or il est certain que l'immense majorité des femmes opérées de suppurations annexielles en retire un bénéfice considérable. Un très grand nombre doivent la vie à ces opérations. Un plus grand nombre encore lui doivent la santé, et si quelques-unes en souffrent, elles ne forment qu'une petite minorité, ombre légère dans ce tableau brillant.

D'ailleurs les chirurgiens ont aujourd'hui une tendance de plus en plus grande à conserver, lorsque la chose est possible, un ovaire ou un fragment d'ovaire, dont la présence atténue dans une certaine mesure les troubles plus ou moins sérieux qui résultent de la castration. N'oublions pas que lorsqu'on conserve un ovaire et que l'utérus paraît peu atteint, il peut y avoir avantage à conserver celui-ci, car la femme peut ainsi voir persister ses règles et échapper aux inconvénients d'une ménopause prématurée.

Mais si, comme il arrive presque toujours, l'ovaire accolé à une trompe malade ne paraît pas absolument sain, il ne faut pas hésiter à le sacrifier. Nous connaissons trop sa prédisposition à toutes les infections et à beaucoup d'autres maladies de cause moins nette pour laisser un ovaire suspect alors que les nécessités d'une laparotomie ont permis de se rendre directement compte de son état.

D'une manière générale, le soulagement qu'éprouvent les femmes est d'autant plus grand, la guérison est d'autant plus parfaite que les lésions pour lesquelles on les a opérées étaient plus graves et plus aiguës. Ce sont les opérations pour vieilles

lésions chroniques peu accentuées qui donnent les résultats les moins nets et les moins brillants. Alors que la plupart des femmes atteintes de salpingites graves voient toutes leurs douleurs disparaître après l'extirpation des trompes, les malades auxquelles on a, par exemple, enlevé des trompes chroniquement enflammées, sans collections purulentes, continuent parfois à souffrir.

D'autre part, et c'est là le reproche le plus grave qu'on puisse faire à l'extirpation des annexes, si c'est une opération très souvent bonne, c'est parfois aussi une opération incomplète. Un certain nombre de laparotomisées continuent à souffrir de leur utérus, et pour ne citer qu'un chiffre, sur 300 femmes ayant subi l'extirpation des annexes, Richelot a dû 53 fois recourir à l'hystérectomie vaginale secondaire.

L'extirpation des annexes ne fait rien contre la métrite, bien qu'elle amène souvent une certaine atrophie de l'utérus. Mais un utérus infecté reste infecté, et les femmes conservent des douleurs, des hémorragies, des écoulements leucorrhéiques, tous les troubles enfin qui accompagnent la métrite vulgaire, et cela est si vrai que Pozzi qui est un des laparotomistes les plus convaincus, recommande expressément de faire suivre toute ablation des annexes d'un curettage qu'il pratique un mois après l'opération.

Voilà donc un utérus infécond et qui reste, pour celle qui le porte, une source de malaises, d'ennuis et de douleurs. Il est incontestable qu'il vaudrait mieux qu'il n'y fut plus, et mieux vaut faire, dès le début, une hystérectomie primitive qu'être contraint de faire plus tard une hystérectomie secondaire. Et voilà pourquoi l'extirpation des annexes perd aujourd'hui une partie du terrain qu'elle avait autrefois si brillamment conquis. La castration totale donne des résultats que ne peut donner la seule castration annexielle, et comme d'autre part elle n'est pas sensiblement plus grave, elle doit nécessairement lui être préférée. Je crois donc avec un très grand nombre de chirurgiens actuels que toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions bilatérales, il faut pratiquer en même

temps que l'extirpation des annexes celle de l'utérus [1] !

Voilà donc le champ de la castration annexielle simple considérablement réduit. Il reste cependant encore très vaste. En effet, toutes les lésions salpingo-ovariennes unilatérales sont justiciables de la simple extirpation des annexes, et il est inadmissible qu'on enlève l'utérus lorsque les annexes d'un côté sont encore saines.

Sans doute, dans les salpingites suppurées, les lésions bilatérales sont de beaucoup les plus nombreuses, mais les cas sont aussi bien fréquents dans lesquels il est impossible de faire le diagnostic des lésions bilatérales avec une précision absolue. Dans ces conditions, de peur de sacrifier un utérus qui doit être conservé, on est tout naturellement conduit à pratiquer la laparotomie de préférence à l'hystérectomie vaginale. Le ventre ouvert, on examine l'état des annexes. Si les deux peuvent être conservées, on les conservera en exécutant au besoin quelqu'une des opérations économiques dont je dirai plus loin quelque mots (voy. p. 287). Si les annexes d'un seul côté sont malades, c'est l'extirpation de ces annexes, la salpingectomie unilatérale qui sera exclusivement indiquée, et si les lésions sont bilatérales, on aura toujours la ressource de pratiquer immédiatement l'hystérectomie abdominale dont la nécessité où l'on est de se rendre un compte exact des lésions par la laparotomie, constitue à mes yeux l'indication la plus formelle.

Je ne reviens pas sur la discussion des cas qu'il faut traiter par l'incision vaginale simple et de ceux qu'il vaut mieux traiter par l'extirpation ; cette étude a été faite plus haut (voy. p. 161). Je répète simplement, parce qu'on ne saurait trop le répéter, que, dans les lésions unilatérales, alors que la collection purulente sera chaude, aiguë, virulente et facilement accessible par le

[1] Voir à ce sujet, pour plus de détails : Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles. J.-L. Faure, Clinique de la Charité. *Bull. médical*, 1899, p. 901.

vagin, on aura tout avantage à la traiter par la simple incision vaginale ; celle-ci, en effet, est très souvent suffisante, et il est toujours grave d'opérer par en haut des lésions récentes et virulentes qui multiplient les chances d'infection. Lors, au contraire, qu'on se trouvera en présence de lésions anciennes, peu aiguës, haut placées et difficilement accessibles par le vagin, on aura recours à la laparotomie en se guidant autant que possible sur les règles opératoires que je viens d'exposer.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

En 1890, Péan faisait connaître dans diverses communications, faites en particulier au Congrès de Berlin et à l'Académie de médecine, l'opération qui porte à juste titre son nom et qu'il employait méthodiquement depuis 1887 [1].

Dans ces communications, Péan avançait que le meilleur moyen de guérir les suppurations annexielles consistait dans l'extirpation par la voie vaginale de l'utérus et des annexes enflammées.

Ces communications eurent un grand retentissement. Segond se fit en France l'éloquent défenseur de l'opération de Péan. Son exemple et ses arguments développés dans le lumineux rapport qu'il lut au Congrès de Bruxelles en 1892 convertirent un grand nombre de chirurgiens qui résistaient encore. En France, en effet, Terrier, Pozzi combattaient cette opération et continuaient à lui préférer la laparotomie. Bouilly, Richelot, ne l'acceptaient guère que dans certains cas graves et à titre de drainage pelvien. Mais peu à peu bien des résistances cessèrent

[1] Au sujet des revendications de priorité qui se sont produites à ce sujet, voir le livre de Pichevin. *De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale*, Paris, 1897. Cette question est discutée à fond. On y trouvera en outre une bonne description de la plupart des procédés opératoires. Voir aussi à ce sujet : Delagenière. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1899.