cervicale au thermocautère et de détruire la muqueuse en stérilisant ainsi le moignon qu'on abandonne au fond du bassin et

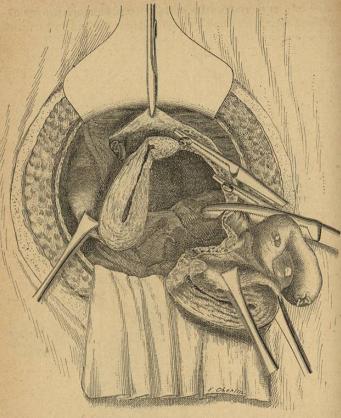


Fig. 141.

L'hystérectomie subtotale par hémisection. (Procédé de J.-L. FAURE.)

La moitié de l'utérus a été sectionnée au niveau de l'isthme. Elle bascule, se renverse et les annexes sont détachées de bas en haut. Les pédicules utérin et funiculaire sont pincés et coupés, le pédicule utéro-ovarien saisi par une pince, va être tranché. Une manœuvre identique sera répétée à droite.

Il va sans dire que, lorsqu'on laisse le col utérin, on doit prendre la précaution de cautériser énergiquement la cavité

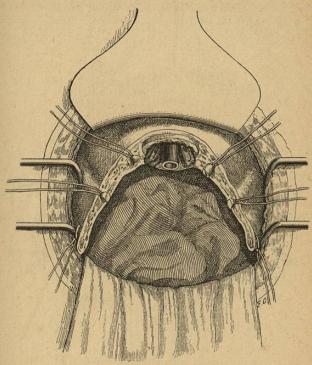


Fig. 142.

Drainage vaginal, après l'hystérectomie totale. Un drain et deux mèches apparaissent à la partie supérieure du vagin. Les surfaces dénudées vont être fermées par un surjet au catgut.

sur lequel, lorsqu'on ne draine pas par en bas, il est bon de mettre un surjet qui ferme le vagin.

Le drainage, si l'on croit devoir y recourir, se fera, suivant les circonstances, soit par l'abdomen, soit par le vagin. Dans ce cas, il suffit d'inciser sur la ligne médiane le moignon du col et la paroi postérieure du vagin jusqu'au point le plus déclive. On a ainsi une large voie de drainage. Mais on n'évite plus ainsi l'inconvénient d'ouvrir le vagin, si tant est qu'il y ait un inconvénient à le faire.

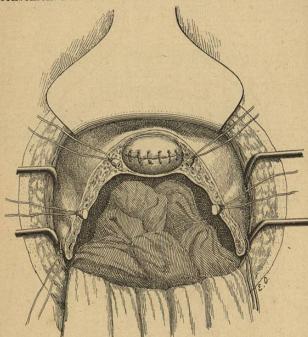


Fig. 143.

Occlusion du col par un surjet dans l'hystérectomie subtotale. Le col et les espaces celluleux seront enfouis sous le surjet péritonéal.

Dans l'hystérectomie abdominale totale ou incomplète, il est bon, comme dans la simple extirpation des annexes, et plus encore peut-être, de ne refermer le ventre qu'après avoir reconstitué aussi parfaitement que possible le péritoine pelvien (voy. p. 187). On s'y appliquera soigneusement, et on y parviendra presque toujours. Dans la plupart des cas, il est assez simple de conduire d'un côté à l'autre de la cavité pelvienne, soit avec une aiguille courbe à pédale, soit avec une aiguille simple maniée par un porte-aiguille, un long surjet

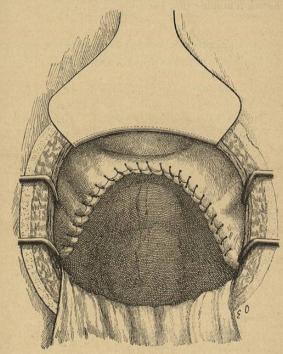


Fig. 144. Aspect du fond du bassin après l'achèvement du surjet péritonéal.

au catgut qui réunit l'une à l'autre les deux lèvres péritonéales bordant la cavité béante laissée libre par l'enlèvement de la masse utéro-annexielle, et dont le fond celluleux doit être soigneusement débarrassé de tout caillot et de tout suintement sanguin. 284

Dans les cas favorables, après la suture du péritoine pelvien, la séreuse vésicale vient au contact du péritoine qui recouvre le rectum : la plaie où se trouvaient l'utérus et les annexes a pour ainsi dire disparu et la cavité pelvienne a pris l'aspect d'un bassin d'homme (fig. 144).

## PARALLÈLE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Et maintenant que nous connaissons dans tous leurs détails les divers procédés opératoires qui permettent d'enlever l'utérus et les annexes soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, il reste à établir quelles sont les indications de l'une et de l'autre. Il y a peu d'années encore la question était des plus confuses; elle me paraît aujourd'hui des plus claires.

Et d'abord, il est certain que les indications de l'hystérectomie vaginale se restreignent de plus en plus, à mesure que s'étendent celles de l'hystérectomie abdominale. A gravité égale, et je crois qu'elle ne diffère pas sensiblement et que, tout compte fait, la mortalité actuelle de l'une et de l'autre opération oscille autour de 5 p. 100, à gravité égale, dis-je, il est évident que la voie abdominale est supérieure à la voie vaginale. Elle a contre elle, il est vrai, la cicatrice qu'elle nécessite, et la possibilité d'une éventration consécutive, mais elle n'a pas d'autres inconvénients.

Encore ne faut-il pas en exagérer l'importance. Les éventrations consécutives sont assez faciles à éviter par une bonne suture de la paroi et, lorsqu'elles existent, elles sont plus gênantes que graves. Encore sont-elles d'ailleurs presque toujours curables. Quant à la cicatrice, s'il est quelques femmes pour lesquelles elle constitue une tare difficilement acceptable, la plupart s'en préoccupent moins, et l'acceptent même avec joie, lorsque l'opération qui la provoque apporte avec elle la guérison de longues souffrances.

En revanche, la voie abdominale présente de nombreux

avantages qui lui donnent sur sa rivale une incontestable supériorité.

Elle est plus facile, beaucoup plus facile même pourrait-on dire, car elle ne présente pour ainsi dire jamais les terribles difficultés que l'on rencontre parfois dans l'hystérectomie vaginale; elle est moins aveugle, et surtout elle permet de se rendre un compte exact des lésions annexielles et de proportionner son intervention à l'importance de ces lésions.

L'hystérectomie vaginale est, en effet, souvent excessive. Elle détermine d'emblée des lésions irréparables, et bien souvent c'est seulement après l'extirpation de l'utérus que le chirurgien s'aperçoit que les annexes d'un côté, qu'il croyait malades. ne l'étaient pas en réalité, et que la salpingo-ovarite était unilatérale. D'autre part, on sait combien il est fréquent, dans des lésions annexielles avérées, de ne pouvoir, par le vagin, extirper la trompe ou l'ovaire malades retenus dans la cavité pelvienne par des adhérences invincibles.

L'hystérectomie vaginale est donc parfois excessive, et parfois insuffisante. Je sais bien que les accidents principaux des salpingo-ovarites cèdent souvent à l'extirpation vaginale de l'utérus seul. Il n'en est pas moins vrai que la guérison est plus parfaite et plus radicale lorsque les annexes ont été enlevées, et il est incontestable que l'hystérectomie abdominale permet. même dans les cas les plus difficiles et les plus compliqués, de nettoyer un petit bassin plus parfaitement que l'hystérectomie vaginale la mieux conduite.

Voilà donc une raison capitale, un argument que rien ne peut détruire et qui consacre d'une façon souveraine la supériorité de la voie haute : la laparotomie permet d'explorer le bassin, de se rendre un compte exact des lésions, de rectifier son diagnostic et de s'arrêter au besoin, de faire des opérations conservatrices, si l'on juge inutile une mutilation quelconque, de se borner à l'extirpation des annexes d'un seul côté lorsque les lésions sont unilatérales, et enfin, dans les cas de lésions bilatérales adhérentes et compliquées, de faire une opération plus complète, et, en somme, plus satisfaisante.

Faut-il donc rejeter définitivement l'hystérectomie vaginale,

triomphante encore il y a quelques années à peine? Je ne le crois pas. J'ai dit, au Congrès d'Amsterdam<sup>1</sup>, ma façon de penser sur ce point, et Roger<sup>2</sup>, dans une thèse très complète, où la question est étudiée dans tous les détails, s'est rallié à ma manière de voir.

Pour moi ce n'est ni la complexité plus ou moins grande des lésions, ni leur volume, ni les adhérences avec les organes voisins qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix de l'opération. C'est, avant tout, le degré de leur infection et de leur virulence.

Je crois que, lorsqu'on se trouve en présence de lésions annexielles chaudes, aiguës, virulentes, de poches multiples entourant de toutes parts l'utérus, comme il n'est pas rare d'en rencontrer à la suite d'accidents puerpéraux, lorsque l'état est grave, la température élevée, lors enfin que la malade est en proie à une infection aiguë et virulente qui, soit à cause du nombre des poches purulentes, soit à cause de leur situation inaccessible, ne paraît pas justiciable de la simple colpotomie, je crois, dis-je, qu'il faut sans hésiter pratiquer l'hystérectomie vaginale, qui est sans rivale pour ouvrir au pus une large issue au dehors. Elle donne dans ces cas des guérisons miraculeuses. Elle provoque de véritables résurrections, et je suis certain qu'elle est seule à pouvoir enregistrer de tels triomphes. Je suis convaincu que, dans ces conditions, une laparotomie, qui s'accompagnerait fatalement de déchirures de poches récentes et fragiles, d'inondation purulente du petit bassin et de souillure de la cavité abdominale, aurait, malgré la protection la plus soigneuse des anses intestinales, beaucoup plus de chances d'être suivie à bref délai d'une infection péritonéale mortelle.

Je sais bien que tout le monde ne partage pas cette conviction, et que Terrier, notre maître à tous, rejette complètement l'hystérectomie vaginale et se prononce d'une façon exclusive pour l'hystérectomie abdominale. Il en a le droit, et ce sont

là des tours de force que ses qualités personnelles et la merveilleuse organisation de son service l'autorisent à tenter et lui permettent de réussir. Mais quelque impressionnante que soit l'opinion d'un chirurgien de cette envergure, je ne puis parvenir à la partager, et pour résumer en quelques mots mon opinion formelle sur les indications respectives de la voie abdominale et de la voie vaginale dans les suppurations annexielles, je dirai simplement en manière de conclusion: Les annexites chroniques, bilatérales, froides, en dehors des poussées aiguës, sont toutes, sans exception, justiciables de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale, au contraire, sera réservée aux suppurations virulentes, aiguës, menagantes, à foyers multiples, à tendance envahissante et qu'une simple colpotomie paraît devoir être impuissante à guérir.

## OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Lorsque les trompes et les ovaires sont malades, infectés, douloureux, il ne faut pas hésiter à les enlever. Mais il est bien certain que souvent, entraînés par la bénignité de ces opérations et par les bons résultats qu'on en obtient généralement, les chirurgiens se sont laissé aller à les sacrifier avec un peu trop de facilité.

Il n'est pas, en effet, tout à fait indifférent d'enlever la totalité des annexes ou d'en laisser une partie et il semble certain que les femmes qui ont conservé un ovaire, ou même un fragment de cet organe, présentent moins de troubles éloignés que celles qui ont tout perdu. Elles peuvent, en particulier, voir persister la menstruation, et ce n'est pas là une considération négligeable.

Aussi, depuis un certain nombre d'années, de nombreux chirurgiens ont-ils une tendance fort louable à conserver ce qui, au cours d'une laparotomie, paraît pouvoir être conservé. SCHREDER et MARTIN, en Allemagne, entrèrent les premiers dans cette voie et des malades chez lesquelles ils avaient pratiqué des opérations conservatrices, purent guérir de leurs trou-

J.-L. FAURE. Congrès d'Amsterdam, 1899.

<sup>2</sup> Roger, Loc. cit., th. 1899.

bles morbides et devenir ultérieurement enceintes. Skutschet d'autres chirurgiens allemands, Mundé, Polk, Dudley, Kelly en Amérique, Pozzi, Delbet, Tuffier, Legueu et beaucoup d'autres en France, ont agi de même et se louent des résultats obtenus.

Cette méthode conservatrice rencontre en revanche d'ardents détracteurs. Routier, Segond et de nombreux chirurgiens pensent qu'en général il faut se méfier des résultats obtenus par la conservation, que ses avantages sont plus apparents que réels et que les quelques femmes qui peuvent bénéficier de la conservation d'une partie de leurs annexes sont beaucoup plus rares que celles chez lesquelles une conservation intempestive amène la persistance de troubles plus ou moins graves ou même provoque des complications sérieuses.

La vérité est, à mon avis, entre les deux. Il est certain que lorsque, au cours d'une opération, l'ovaire d'un côté, par exemple, apparaît absolument sain, il n'y a aucune raison pour l'enlever, et l'argument qui consiste à prétendre qu'il pourra ultérieurement devenir malade ne saurait être accepté. A plus forte raison si, avec un ovaire sain on trouve une trompe très légèrement atteinte, encore perméable et pouvant permettre une fécondation ultérieure. Il ne suffit pas de rencontrer une trompe un peu rouge pour avoir le droit de l'enlever; il ne suffit pas davantage de rencontrer sur un ovaire un ou deux de ces petits kystes qui ne sont quelquefois que des vésicules de de Graaf parfaitement normales, pour qu'il soit permis de le sacrifier, et il me semble que, dans ces conditions, les opérations conservatrices sont formellement indiquées.

D'autre part, dès qu'un ovaire ou une trompe paraissent sérieusement atteints, je me demande s'il est bien prudent de les conserver et de sacrifier à une grossesse hypothétique les chances d'une guérison plus parfaite. Il est évident que des règles absolues sont impossibles à formuler ici. Il faut apprécier individuellement chaque cas et la seule règle que l'on puisse donner me paraît être celle de conserver autant que possible les organes qui paraissent sains.

Quoi qu'il en soit, ces opérations sont assez nombreuses.

La rupture des adhérences préconisée surtout par Polk, peut être une bonne opération: Les cas ne sont pas rares dans lesquels on rencontre, fixant les annexes aux parties voisines, des adhérences plus ou moins épaisses. Les annexes sont ainsi maintenues dans une position vicieuse, plus ou moins tirail-lées et comprimées. Ces adhérences sont quelquefois extrêmement fines, mais très résistantes, et j'en ai rencontrées qui recouvraient les annexes d'un véritable réseau à mailles serrées. Le doigt les déchire en général aisément, mais on peut être obligé de les couper avec des ciseaux. Ces adhérences, reliquats d'inflammations plus ou moins anciennes, peuvent emprisonner des annexes d'apparence à peu près saine et l'on comprend que la libération de ces annexes puisse être suivie d'un bon résultat.

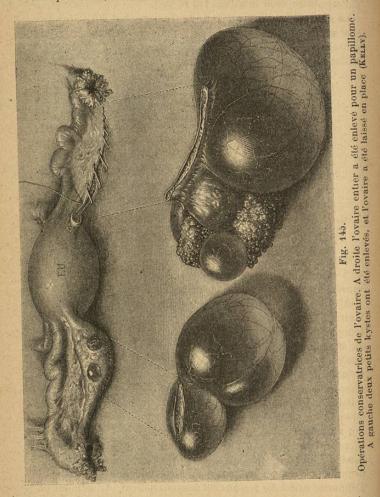
Je n'ai pas grande confiance dans l'expression et le cathétérisme de la trompe, pratiqués par Polk et par Mundé. Il faut vraiment que les lésions soient bien légères pour que ce traitement puisse être de quelque utilité, et je me demande si, dans ces cas, il n'eût pas été plus sage de ne pas intervenir du tout.

Il n'en est pas de même de la salpingostomie qui a donné à Martin, à Pierre Delbet, à Legueu, de beaux succès. Clado a pratiqué également cette opération à laquelle il donne le nom plus compliqué de salpingo-ovaro-syndèse.

On comprend fort bien que lorsque la trompe et l'ovaire sont peu malades, mais que cependant la trompe est oblitérée, on puisse exciser en partie celle ci, l'ouvrir longitudinalement en ourlant l'orifice ainsi créé et le fixant sur l'ovaire. Il y a ainsi accolement de l'ovaire et de la trompe à laquelle on a reconstitué un nouveau pavillon (fig. 146).

Delbet, Legueu, ont pratiqué cette opération et ont vu leurs malades accoucher ultérieurement. Ce sont là des résultats qu'on n'a pas le droit de négliger.

On peut également lorsque l'ovaire droit, par exemple, et la trompe gauche sont restés sains, enlever l'ovaire gauche et la trompe droite, malades. et disposer ensuite les organes, et en



particulier la trompe, qu'on ramène vers l'ovaire opposé, de

telle façon qu'il y ait des chances sérieuses pour que la fécondation puisse avoir lieu (fig. 147 et 148).

La résection et l'ignipuncture de l'ovaire, ont été faites très souvent. Pozzi s'est constitué en France le défenseur le plus convaincu de cette dernière opération que j'ai faite moi-même et dont j'ai obtenu de bons résultats.

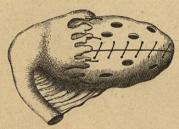


Fig. 146.

Résection partielle de l'ovaire. Salpingorraphie. Ignipuncture (Pozzi).

Mais il me paraît incontestable qu'on ne peut l'appliquer qu'à des ovaires atteints de lésions très légères, et que bien souvent ces opérations ont été dirigées contre des ovaires scléro-kystiques, pour lesquels il eût peut-être mieux valu s'abstenir de toute opération. Cependant, lorsque après une laparotomie légitimée par des lésions graves d'un côté, on rencontre du côté opposé un ovaire analogue à ceux dont je parle et qui semble pouvoir être conservé, je crois qu'il est tout indiqué, si quelques petits kystes apparaissent à sa surface, d'éteindre dans ces kystes la pointe du thermocautère.

Cette opération me paraît, en un mot, très recommandable, lorsque, le ventre ouvert, on ne trouve que des lésions légères soit d'un seul côté, soit des deux; mais je pense qu'il serait excessif d'ouvrir le ventre d'une malade, de propos délibéré, si l'on suppose que les lésions sont assez légères pour ne pas justifier une opération plus radicale. On sait d'ailleurs combien le diagnostic exact des lésions est souvent délicat, et comment on peut être conduit par des symptômes douloureux et graves à

pratiquer une laparotomie qui montre des lésions moins accentuées qu'on ne l'aurait cru tout d'abord.

Quant à la résection de l'ovaire, elle doit être faite lorsqu'un morceau de l'ovaire absolument sain paraît devoir être conservé. On se borne alors à en exciser la partie malade (fig. 145).

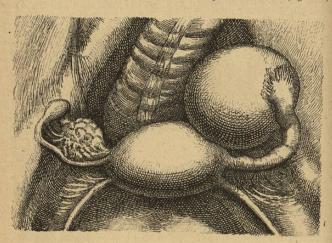


Fig. 147.

Opérations conservatrices. La trompe droite et l'ovaire gauche sont malades (Kelly).

Si la trompe est encore saine, c'est la conduite qui doit être nécessairement tenue, une simple portion d'ovaire permettant la conception aussi bien que l'ovaire entier. C'est là une éventualité d'ailleurs assez rare. Mais si la trompe est malade et doit disparaître, je crois qu'il est plus prudent de ne pas conserver une fraction d'ovaire dont une partie est malade. Dans le cas de castration double, on devrait cependant, si une partie d'ovaire paraît absolument saine, faire ses efforts pour la conserver et ne pas priver la malade de l'action qu'exerce incontestablement sur l'économie la présence de cet organe.

Je crois donc, pour me résumer, que s'il ne faut pas hésiter à sacrifier les annexes dès qu'elles paraissent sérieusement atteintes, il ne faut pas davantage les sacrifier de parti pris, lorsqu'elles semblent pouvoir être conservées. Cette conservation devra surtout porter sur l'ovaire, et si, au cours d'une

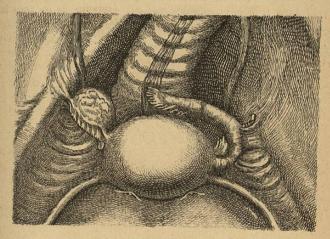


Fig. 148.

Conservation de l'ovaire droit et de la trompe gauche (Kelly).

laparotomie, on rencontre un ovaire sain, on le conservera, même si l'on est conduit à sacrifier la trompe. La conservation de la trompe sans l'ovaire n'est au contraire d'aucune utilité et me paraît mauvaise. En revanche, dans quelques cas, la résection partielle de la trompe et de l'ovaire avec création d'un nouveau pavillon donnera d'heureux résultats.

En un mot, toute cette chirurgie conservatrice doit avant tout viser à respecter l'ovaire, dont nul ne songe plus à nier l'utilité au point de vue de la nutrition générale et qui, lorsqu'on conserve en même temps l'utérus, sauvegarde l'accomplissement régulier de la fonction menstruelle.

## DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Bien que l'infection puerpérale ne puisse évidemment rentrer dans le cadre des maladies des annexes, je ne puis la passer complètement sous silence, parce que, dans certains cas, son traitement se confond avec celui des infections périutérines.

On sait, en efiet, que depuis quelques années des tentatives ont été faites pour combattre cette affection par l'hystérectomie. Le thèse de Wintrebert<sup>1</sup>, et celles plus récente de Bonamy<sup>2</sup>, de Benoist<sup>3</sup> donnent sur ce point beaucoup de détails que je ne puis qu'effleurer ici.

Pour ma part, depuis 1897, je l'ai faite sept fois, et j'en puis ainsi parler, au moins sous certains rapports, en connaissance

de cause.

Je ne crois pas qu'il y ait, au point de vue théorique, une seule objection à faire au traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie. Il est évident que lorsque l'infection est généralisée, lorsqu'il y a des streptocoques dans le sang, le foie et les viscères, l'hystérectomie ne saurait être d'aucune utilité. Mais il n'en est pas de même au début du mal, lorsque l'infection partie de la muqueuse utérine gagne peu à peu les sinus utérins, dans l'épaisseur de l'organe. L'envahissement microbien, sans être encore généralisé, a dépassé la muqueuse et on conçoit bien que, dans ces conditions, l'enlèvement de l'utérus puisse débarrasser l'organisme d'un foyer toxique menaçant que le curettage le plus énergique n'aurait pu suffire à stériliser.

WINTREBERT. De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales. Thèse, Paris, 1895.

<sup>2</sup> Bonamy. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguê. Thèse, Paris, 1899.

<sup>3</sup> Benoist. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale avec lésions utérines prédominantes. Thèse, Paris, 1901.

Or nul ne peut dire avec certitude à quel moment, dans l'infection puerpérale, se fait la diffusion des germes. Il est certain qu'elle est souvent assez tardive, mais nous ne possédons actuellement aucun moyen qui nous permette de nous rendre compte avec quelque précision du moment où une infection puerpérale grave commence à dépasser les limites de l'utérus. Et c'est pourquoi j'estime que, dans le doute, il faut agir. Mais on risque aussi, en pareille matière, d'agir trop précipitamment. Les cas ne se comptent plus dans lesquels une infection puerpérale, paraissant grave dès le début, a guéri par le simple curettage, l'irrigation continue, les bains froids, et il est vraiment excessif de sacrifier l'utérus d'une femme que des moyens aussi simples auraient pu suffire à guérir.

Encore vaut-il mieux, sans aucun doute, sacrifier un utérus dans l'espoir de conserver la vie d'une femme que laisser mourir cette femme de peur de sacrifier inutilement son utérus.

RICARD', dans une étude très documentée, a reconnu que, au moins dans les Maternités, les neuf dixièmes des femmes infectées guérissaient par les moyens ordinaires, curettage, désinfection, irrigation continue. Il a apporté des observations qui montrent que des malades très gravement atteintes et qu'on pouvait presque considérer comme perdues sont revenues à la santé sans le secours d'aucune opération. Il en conclut qu'il faut renoncer à l'hystérectomie, parce que les malades guérissables par cette opération le seraient également par des moyens moins radicaux.

Les faits apportés par Ricard méritent d'autant plus de considération que leur auteur a donné maintes preuves de sa hardiesse chirurgicale, J'en dirai tout autant de Segond qui se rallie à l'avis de Ricard et, lui aussi, conseille l'abstention.

Il n'en est pas moins vrai que les documents mêmes apportés par Ricard, nous apprennent que dix malades sur cent succombent à leur infection. Les moyens ordinaires préconisés par les accoucheurs se sont donc, chez ces femmes, montrés

<sup>&#</sup>x27; Soc. de chirurgie, 13 mars 1901.