insuffisants. Il est facile de dire que chez elles l'hystérectomie eût été inutile et n'eût pu les sauver. Je suis au contraire convaincu qu'une hystérectomie précoce pratiquée immédiatement après l'échec du premier curettage en eût sauvé un certain nombre.

Que conclure de tout ceci, sinon que la question est très difficile, que rien ne peut nous renseigner exactement sur les indications opératoires, et que nous devons, dans ces circonstances critiques, n'agir que lorsque, en toute conscience, nous croyons que dans l'action seule réside quelque espoir de salut.

Je pense donc qu'à moins d'urgence absolue, il ne faut pratiquer l'hystérectomie que lorsque les autres moyens se sont montrés impuissants. Mais il faut alors le pratiquer sans retard, et, pour ma part, voici quelle est actuellement ma règle de conduite :

En cas d'infection puerpérale grave, et si la malade ne semble pas courir de danger immédiat, je pratique un curettage énergique. Si douze, ou au plus tard vingt-quatre heures après, la malade ne va pas sensiblement mieux, je pratique l'hystérectomie.

Si au moment même où je vois la malade pour la première fois son état me paraît extrêmement grave, j'enlève immédiatement l'utérus, préférant tenter sans perdre de temps l'opération qui me paraît devoir être la plus efficace.

Bien que l'hystérectomie abdominale ait été pratiquée et ait donné des succès, bien qu'elle rallie la presque unanimité de ceux qui, à la Société de Chirurgie ont accepté l'intervention, je préfère infiniment l'hystérectomie vaginale, comme dans tous les cas où les lésions sont virulentes, où les risques d'inoculation péritonéale sont redoutables et, lorsque je peux faire autrement, je me refuse à promener dans le ventre un utérus bourré de streptocoques.

Le seul argument qu'on oppose à l'hystérectomie vaginale, c'est sa difficulté, à cause de la friabilité de l'utérus pendant les jours qui suivent l'accouchement, et Segond croit qu'il vaut mieux, dans ces cas « procéder par la laparotomie que de risquer le morcellement vaginal de l'utérus[1] » qu'il considère comme très difficile.

Quelque sérieuse que soit cette objection de Segond, qui tire son importance de la valeur du chirurgien qui l'a émise, je considère l'hystérectomie vaginale comme infiniment supérieure. Malgré la friabilité et le volume de l'utérus, j'ai toujours trouvé l'hystérectomie remarquablement simple et je n'ai jamais eu besoin de morceler l'utérus. Si celui-ci est volumineux, il est extrêmement souple et la largeur de la filière vulvo-vaginale y rend les manœuvres faciles. D'autre part la friabilité de l'utérus, qui est extrême et constituerait une difficulté redoutable si l'on se servait des pinces à griffes communes, n'a plus que des inconvénients secondaires si l'on a soin d'employer des pinces larges, comme des pinces à kystes ordinaires, ainsi que j'ai fait dès ma première opération, le 17 novembre 1897. Tuffier[2], dans son importante communication, conseille aussi la pince à kyste dont il s'est également servi. Grâce à elle, il n'a rencontré aucune difficulté véritable. Bien plus, les sept hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées dans ces conditions m'ont toujours paru extrêmement simples, et parmi les plus faciles que j'aie pratiquées. Elles n'ont pas demandé en moyenne, plus de cinq minutes, et je n'ai jamais eu le moindre accident opératoire.

Je crois donc que l'hystérectomie vaginale est à la fois plus facile et moins grave que l'hystérectomie abdominale et doit lui être préférée.

Une opération aussi simple ne saurait être très grave par elle-même, et si la mortalité est considérable, il n'en faut accuser que l'état presque toujours désespéré des malades que l'on opère. Sur 33 cas, Tuffier a relevé 20 morts et 13 guérisons. C'est là évidemment une statistique beaucoup trop favorable. J'en dirai autant de la statistique de Bonamy qui

[1] *Bull. Soc. de chir.*, 26 juillet 1899, p. 804, et 27 février 1901, p. 210.

[2] *Soc. de chir.*, 26 juillet 1899.

relève 20 guérisons sur 31 cas. Comme toujours, ce sont surtout les cas favorables qui ont été publiés.

Il est certain que ce sont là des chiffres trop encourageants. Personnellement sur sept cas, j'ai eu six morts. — Aucun de ces cas n'est d'ailleurs compté dans les statistiques de TUFFIER et de BONAMY. — Mais dans ces six cas, qui sont mes six premiers, je n'ai opéré que des mourantes. Chez trois d'entre elles, l'utérus enlevé, des flots de pus, indice d'une péritonite généralisée se sont écoulés par la brèche vaginale. Chez trois de ces malades l'opération n'a influencé en aucune façon, ni en bien ni en mal, la marche de l'affection. Deux autres ont présenté une amélioration passagère; une seule a vécu quinze jours. Son état a paru meilleur pendant cinq ou six jours : de 40° environ la température est tombée à 38°5, pour remonter ensuite, jusqu'à la mort.

Chez toutes ces malades l'opération, bien que faite immédiatement après le premier examen, a été pratiquée trop tard.

Dans mon septième cas, j'ai suivi point par point la ligne de conduite que je me suis tracée et que j'ai exposée plus haut. Une malade fait une fausse couche de trois mois, suivie d'une délivrance artificielle. Pendant trois jours la température se maintient entre 37°,5 et 38°, sans aucun phénomène alarmant. Le quatrième jour, au matin, la température monte brusquement à 40°, le pouls s'accélère, un début d'infection grave est évident. Un curettage est immédiatement pratiqué, qui permet d'enlever des morceaux de délivre sphacélés. Malgré ce curettage, à 5 heures du soir la température est à 40°,4, le pouls à 150, l'état alarmant. A 7 heures du soir, neuf heures après le curettage je pratique une hystérectomie vaginale qui se fait sans aucun incident, en trois minutes. L'utérus contenait un morceau de placenta sphacélé enchatonné dans la corne droite. Le lendemain matin la température était à 38°, le pouls à 100°, et la guérison s'est faite en quelques jours sans aucun incident.

Cette observation est des plus instructives. Elle montre ce qui est d'ailleurs évident, et c'est aussi l'avis catégorique de TERRIER, qu'il faut chercher le salut dans la précocité de l'intervention. Si une femme, curettée le matin, ne va pas mieux le soir, ou si, curettée le soir, elle ne va pas mieux le lendemain matin, il faut agir sans perdre une minute.

Elle montre également que bien souvent l'infection est due à un curettage incomplet. Sur mes sept cas, il en est deux, les deux derniers, dans lesquels il restait un morceau de délivre infecté. Rien n'est plus facile, au cours d'un curettage, dans ces utérus mous et qu'on craint de perforer, que de laisser dans la matrice un fragment de délivre. Or il est impossible de reconnaître cet accident et d'y remédier d'une façon certaine autrement que par l'hystérectomie, qui devient ici une opération de nécessité.

Ce sont là des détails que ROCHARD à bien fait ressortir à la Société de Chirurgie[1], où il a plaidé avec une conviction chaleureuse la cause de l'intervention. Lui aussi est intervenu plusieurs fois, et les désastres que lui ont donnés des opérations hardies mais trop tardives, n'ont fait que le fortifier davantage dans cette assurance que nous devons gagner l'infection de vitesse et que nous n'avons pas le droit de nous décourager.

Il faut donc, dans cette voie comme dans tant d'autres, aller hardiment de l'avant. Mieux vaut faire dix opérations inutiles que de n'en pas faire une qui apporterait le salut, et le nombre des malades déjà sauvées est assez grand pour que nous ayons le droit d'espérer le voir s'accroître encore, lorsque médecins, accoucheurs et chirurgiens voudront bien ne pas perdre en traitements inutiles un temps qu'on ne retrouve pas et s'efforceront, chez ces malades dont les jours sont comptés, de ne pas laisser passer l'heure après laquelle toute opération ne peut que rester impuissante.

[1] ROCHARD. *Soc. de Chirurgie*, février-mars 1901.