

Hadra⁽¹⁾ a le premier pensé que la simple rupture des adhérences, si les annexes sont saines, suffirait à calmer les douleurs. Howitz⁽²⁾, J.-L. Championnière⁽³⁾, Terrillon⁽⁴⁾ ont soutenu cette idée et l'ont appliquée avec succès. Polk⁽⁵⁾ a proposé d'exprimer simplement le contenu des trompes; Mundé⁽⁶⁾, de compléter l'expression par le cathétérisme et le lavage avec la solution de sublimé au 1/5000. Martin⁽⁷⁾ et Skutsch⁽⁸⁾, poussant encore plus loin ces tendances conservatrices, sont allés jusqu'à réséquer partiellement des trompes oblitérées et à leur refaire un pavillon. Martin a pratiqué 24 fois cette résection de la trompe et 21 fois la résection de l'ovaire. Cette conduite a été imitée par Pozzi⁽⁹⁾, qui a publié ses observations et ses résultats dans un important mémoire qui résume ses travaux antérieurs et les travaux de ses élèves sur ce sujet. Dans 62 cas, il a pratiqué la résection de l'ovaire sans aucune mort. 8 femmes ont dû subir ultérieurement une nouvelle intervention plus radicale. Chez les autres, la guérison s'est maintenue et 12 femmes sont devenues enceintes dont l'une deux fois.

Nous voici bien loin de l'opinion que les premières publications de L. Tait tendaient à faire prévaloir. Pour lui, « même quand les annexes d'un seul côté sont affectées, l'opération, pour donner à la malade un bénéfice durable et complet, doit être bilatérale⁽¹⁰⁾ ». Où est la vérité? Il est assez délicat de le dire. Je crois cependant que, dans la très grande majorité des cas, c'est Lawson Tait qui est dans le vrai. La résection partielle de l'ovaire avec possibilité ultérieure de la fécondation est sans doute une opération très sage et je ne conteste pas les succès qu'elle a pu donner. Mais Pozzi lui-même, bien qu'il ait cherché, dans les réussites possibles de cette chirurgie d'exception, un argument de plus contre l'intervention par voie vaginale, reconnaît qu'on en trouve bien rarement l'indication. Il n'attache que peu de confiance aux tentatives de rétablissement de la perméabilité du conduit tubaire (salpingostomie de Skutsch et résection salpingienne de Martin). Je pense que les avantages de cette prétendue chirurgie conservatrice sont plus apparents que réels, et l'opinion juste me semble contenue dans cette réflexion de Routier⁽¹¹⁾ : « Ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation totale, ou il ne l'est pas, et, alors même, la castration partielle n'est plus indiquée ».

4° *Hystérectomie abdominale totale.* — Les échecs thérapeutiques complets, observés parfois après l'ablation simple des annexes par *laparotomie*, et surtout la persistance des troubles fonctionnels variés dus à la conservation de l'utérus presque toujours malade ont poussé quelques chirurgiens américains (Polk⁽¹²⁾,

(1) HADRA, *Journal of the Amer. med. Assoc.*, 20 juin 1885.
 (2) HOWITZ (de Copenhague), *Hospital Tidende*, 1889, p. 777 et 806.
 (3) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 déc. 1888, p. 927.
 (4) TERRILLON, *Ann. de gyn.*, 1889, p. 549.
 (5) POLK, *Amer. Journal of Obst.*, juin 1887, t. XX, p. 50.
 (6) MUNDÉ, *Amer. Journal of Obst.*, février 1888, t. XXI, p. 150.
 (7) MARTIN, *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gyn.*, 1891, p. 242 et 1855, p. 244.
 (8) SKUTSCH, *Beiträge zur operativen Therapie der Tubenerkrankungen. Centr. für Gyn.*, 1888, n° 52, p. 566.
 (9) S. POZZI, *De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1897, p. 5.
 (10) L. TAIT, *On the results of unilateral removal of the uterine appendages. Amer. Journal of obst.*, 1887, p. 478.
 (11) ROUTIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XVII, p. 559.
 (12) POLK, *New-York Journal of Gyn. and Obst.*, 1895, n° 5.

Brown⁽¹⁾, Baldy⁽²⁾, Krug⁽³⁾, Pryor⁽⁴⁾) à compléter, d'une façon systématique, l'ablation bilatérale des annexes par l'extirpation de l'utérus. En France, cette conduite fut préconisée par Chaput⁽⁵⁾ et Delagenière⁽⁶⁾. Les mêmes raisons qui m'ont fait adopter l'opération de Péan m'ont gagné à la castration abdominale totale, dans les cas bien définis que je préciserai plus loin. Delagenière, Doyen, Richelot, ont décrit des procédés spéciaux aujourd'hui bien connus et fort recommandables; mais je leur préfère celui qu'emploient la presque totalité des chirurgiens américains. Je l'ai désigné⁽⁷⁾ sous le nom de *méthode américaine*, précisément à cause de sa généralisation en Amérique et de la difficulté qu'on trouverait à en rechercher le véritable promoteur. Howard A. Kelly⁽⁸⁾ en a donné, au Congrès de Washington, le 12 novembre 1895, une description fort claire et très personnelle, et Noble⁽⁹⁾, de Philadelphie, lui a consacré une revue fort documentée. Le manuel opératoire du procédé américain varie sans doute avec chaque chirurgien. Mais ses grandes lignes n'en demeurent pas moins constantes; c'est une ablation en bloc par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche « by continuous incision from left to right or from right to left », suivant que la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions.

La série des temps opératoires à exécuter est la suivante :

Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles, et, sans se préoccuper autrement des masses qui encombrant le petit bassin, du volume des tumeurs ou de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord du ligament large gauche en dehors des annexes. C'est toujours possible, quel que soit le volume des lésions suppuratives. L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner l'aileron correspondant. Traiter de même l'artère du ligament rond et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas jusqu'à l'artère utérine. Bien reconnaître celle-ci, et comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a nulle part de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. L'artère une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince. Poursuivre ensuite le décollement au-dessous de l'utérus et au ras de l'utérus, puis d'un coup de ciseaux pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant et sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Les ciseaux coupent l'insertion vaginale quand ils la rencontrent. A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine : les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus

(1) BROWN, *Chicago med. Times*, 1895, p. 526.
 (2) BALDY, *Ibid.*, 1894, p. 28.
 (3) KRUG, *Amer. Journal of obst.*, 1894, p. 115.
 (4) PRYOR, *Amer. gyn. and obst. Journal*, nov. 1894.
 (5) CHAPUT, *Bull. et Mém. de la Soc. obst. de Paris*, 1894, p. 18.
 (6) H. DELAGENIÈRE, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 157.
 (7) P. SEGOND, *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1897, p. 605.
 (8) HOWARD A. KELLY, *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, 1896, p. 27.
 (9) NOBLE, *Brit. Gyn. Journal*, 1897, p. 48.

de sang qu'on ne se plaît à le dire, et il va de soi qu'on doit en assurer l'occlusion par des ligatures appropriées. Procéder ensuite à la succession de temps suivants : préhension du col au travers de la brèche vaginale; renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince convenable; libération complète du col en arrière et en avant avec la précaution d'entailler, à ce dernier niveau et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin continuation des tractions sur le col en haut et à droite jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante; ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne. Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par tractions et l'on voit aussitôt l'artère utérine dénudée et couchée au fond du décollement produit. La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal et assurer le drainage par une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin. Quand on ne laisse pas une rondelle de col à la manière de Kelly, les six ligatures maîtresses suffisent rarement. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines et sur la tranche vaginale et pour éviter les complications hémorragiques, il faut apporter une attention très particulière soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fils, j'emploie de préférence la soie fine et solide.

Ce procédé me paraît supérieur aux autres, parce que à mon sens, il résume tous les perfectionnements techniques désirables : caractère exclusivement abdominal de l'intervention; perfection de l'hémostase; abandon des gros pédicules; ligatures isolées des vaisseaux; protection assurée de l'uretère et de la vessie; suppression des contacts intestinaux avec toute surface rugueuse ou cruentée; facilité d'une occlusion péritonéale des plus régulières ou drainage vaginal parfait, suivant les nécessités du cas particulier ou les tendances de l'opérateur.

B. INTERVENTIONS PAR VOIE VAGINALE. — 1° *Incision simple*. — Dans le cas de salpingo-ovarite kystique « à poche unique peu épaisse uniformément ramollie et fluctuante, bombant dans le cul-de-sac de Douglas (1) », il peut être indiqué d'en pratiquer l'évacuation par la voie vaginale. Je parle ici non pas de la ponction simple, tout au plus bonne pour fixer un diagnostic, mais seulement de l'incision vaginale proprement dite. Son manuel opératoire est, on le sait, des plus simples. Le cul-de-sac vaginal étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser couche par couche droit devant soi, et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne (2). Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire. Je ne cite que pour

(1) G. BOULLY, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 508.

(2) LAROYENNE, *Lyon médical*, 21 fév. 1885. — E. BLANG, *De l'inflammation péri-utérine chronique*. Thèse de Lyon, 1887. — P. GOULLIQUOUD, *Congrès français de chirurgie (4^e session)*, Paris 1889, p. 692, et *Arch. de Toc.* 1891, pp. 562, 700, 788 et 801.

mémoire l'incision vaginale en deux temps conseillée par Wiedow, car je ne pense pas que cette opération parcimonieuse, lente et compliquée, trouve jamais de nombreux défenseurs.

2° *Cœliotomie vaginale*. — L'incision du cul-de-sac postérieur permet d'enlever des salpingo-ovaires peu volumineuses. Elle a été préconisée par Gaillard-Thomas (1) et par Byford (2) et faite en France avec succès par un certain nombre d'opérateurs, Péan (3), Terrillon, Picqué (4), Bouilly (5), Goullioud (6). Si l'on veut pratiquer, non plus l'évacuation d'une collection kystique, mais l'ablation des annexes, par le cul-de-sac postérieur, on se fait une brèche suffisante pour introduire trois ou quatre doigts. La tumeur est reconnue à l'aide d'une main placée sur l'abdomen; on l'immobilise, on la refoule vers le vagin où l'autre main, lentement, prudemment la décolle de ses adhérences et l'attire au dehors. On peut se servir de pinces à traction, mais les doigts sont préférables. Une ou deux pinces saisissent le pédicule et la tumeur est excisée aux ciseaux. Il est inutile de chercher à remplacer les pinces placées sur le pédicule par des ligatures. Cette manœuvre est d'ailleurs souvent fort difficile sinon impossible, et les pinces à demeure conservent dans ce cas particulier les mêmes avantages que dans l'hystérectomie vaginale. Une mèche de gaze stérilisée ou iodoformée est placée dans le cul-de-sac de Douglas. On ne fait aucune suture. Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures.

3° *Cœliotomie vaginale antérieure*. Dührssen qui l'a préconisée incise le cul-de-sac antérieur transversalement, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Le Dentu et Pichevin préfèrent l'incision antéro-postérieure de Mackenrodt. On décolle la vessie de l'utérus, on ouvre le cul-de-sac péritonéal et on attire l'utérus soit à l'aide de pinces, soit à l'aide de fils passés à travers le corps utérin. L'utérus entraîne les annexes, si elles sont peu volumineuses et peu adhérentes. On les résèque après ligature du pédicule qui est réduit.

La voie vaginale antérieure aurait le grand avantage d'éviter les déchirures des trompes et des ovaires, toutes les tractions s'exerçant directement sur l'utérus. En revanche, elle donne moins de jour que la cœliotomie vaginale postérieure, ne permet pas un drainage efficace et expose à la blessure de la vessie et de l'uretère.

4° *Hystérectomie vaginale (Opération de Péan)*. — Cette méthode opératoire merveilleuse a été imaginée par Péan (7). Elle lui appartient en propre et n'appartient qu'à lui seul. Son incontestable priorité a d'ailleurs été établie de la façon la plus irréfutable par mon élève Baudron (8). Depuis 1890, j'ai fait moi-même tous mes efforts (9) pour en démontrer la supériorité et j'ai la très grande

(1) GAILLARD-THOMAS, *Traité des maladies des femmes*, p. 680.

(2) BYFORD, *Amer. Journal of obst.*, avril 1885 et mars 1892.

(3) PÉAN, *Gazette des hôpitaux*, 27 juin 1891.

(4) PICQUÉ, in BONNECAZE, *Valeur et indications de l'incision vaginale*. Thèse de Paris, 1889.

(5) BOULLY, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 508.

(6) P. GOULLIQUOUD, *Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx*. *Lyon médical*, 1895, n^{os} 5 et 6.

(7) PÉAN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 9, et *Communication au X^e Congrès internat. de Berlin*, 1890, p. 635.

(8) E. BAUDRON, *De l'hystérectomie vaginale dans les lésions bilatérales des annexes*. Thèse de Paris, 1894.

(9) P. SEGOND, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 155; *Rapport sur les suppurations pelviennes*. *Comptes rendus du Congrès internat. de gyn. et d'obst. tenu à Bruxelles en 1892*. Bruxelles, 1894, p. 57. *Ibid.* Genève, 1896.