

satisfaction de constater aujourd'hui qu'en France, comme à l'étranger, la plupart des chirurgiens ont reconnu le bien fondé de mes convictions.

Le procédé type de Péan que j'ai décrit dans mes premières publications comportait la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : 1^o le morcellement par résections transversales successives des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive ; 2^o le morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante.

Ce procédé initial avait quelques inconvénients et, depuis mes premières hystérectomies, voici comment je combine les diverses manœuvres du morcellement : la malade étant placée en situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et courts et le col solidement saisi par une pince de Museux. Cela fait, je pratique systématiquement le curettage de la cavité utérine et commence l'hystérectomie. La muqueuse vaginale est incisée tout autour du col avec le bistouri. On peut encore employer les ciseaux, mais l'hémorragie n'est jamais assez considérable pour justifier la section au thermocautère, comme le veut Jacobs (1). Je complète l'incision circulaire classique par deux incisions latérales longues d'environ 2 centimètres menées parallèlement à la base des ligaments larges. Cette incision un peu particulière a le double avantage de donner un jour considérable en avant de l'utérus et une sécurité plus grande au point de vue de l'uretère. La muqueuse vaginale saigne rarement assez pour qu'il soit nécessaire d'en saisir les vaisseaux avec des pinces à forcipressure. L'opérateur avec le doigt, toutes les fois que la chose est possible, ou bien avec l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine, procède alors au décollement des faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ce décollement doit être poursuivi avec le soin constant de se maintenir strictement sur le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout sans qu'on n'ouvre ni le péritoine ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Une fois le cul-de-sac postérieur effondré et la vessie complètement décollée du col, deux pinces languettes courtes sont placées à la base des ligaments larges sur les artères utérines et la portion de ligament hémostatée est sectionnée.

J'ai insisté, à la Société de chirurgie (2), sur la *complète libération préalable du col* et j'y reviens ici. Elle est pour moi le plus sûr moyen d'éviter la blessure de l'uretère. Si l'uretère conservait toujours, vis-à-vis du col, les distances que lui assigne l'anatomie normale, il serait pour ainsi dire impossible de le blesser, quel que soit le procédé employé. Mais en pratique il faut oublier cette distance et faire comme si l'uretère était directement accolé contre l'utérus. En outre, il faut se souvenir que tant que le col n'est pas libéré, l'uretère le suit dans ses mouvements de descente. Dans ces conditions, n'est-il pas évident que, pour protéger l'uretère, notre plus sûre précaution soit de le chasser, dès le début, de notre champ d'action ? Le col ainsi libéré est divisé, par deux incisions latérales, en deux valves antérieure et postérieure, et chacune de ces valves est

(1) JACOBS, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1892, t. XXXVIII, p. 125.

(2) P. SEGOND, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI, p. 275.

successivement réséquée. A ce moment, l'opérateur maintenant fortement avec des pinces de Museux les lèvres antérieure et postérieure du moignon utérin, doit faire une hémisection antérieure. Si l'utérus descend, l'incision est prolongée vers le fond de l'utérus progressivement, pendant que de nouvelles pinces à griffes saisissent l'organe de plus en plus haut, à droite et à gauche, sur chaque lèvre de l'incision antérieure, jusqu'à ce que le fond apparaisse hors de la vulve.

Parfois cette manœuvre ne suffit point à faire descendre l'utérus et suivant les cas j'ai recours soit à l'hémisection totale de Müller, érigée en méthode systématique par Quénu, soit à l'évidement central conoïde. Armé d'un bistouri courbe on dessine en plein tissu utérin un cône dont la base répond à la pince de Museux amarrée sur la lèvre antérieure. Avant de détacher complètement ce cône, on s'amarré avec une pince à deux dents sur la lèvre du cône creux concentrique qu'on vient de tailler et l'on achève l'ablation du cône plein. La même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas du col vers le fond de l'utérus. Le point capital de ce procédé c'est de se tenir toujours sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus ; si l'on se conforme à ce précepte fondamental même en exerçant sur l'utérus une traction modérée on opère pour ainsi dire à blanc. Cette manœuvre exécutée sur la face antérieure de l'utérus suffit dans la majorité des cas à en permettre l'extraction, mais pour peu que des adhérences solides fixent l'organe en arrière il ne faut pas hésiter à le traiter comme la paroi antérieure, à en évider la portion médiane de telle sorte que l'utérus réduit à ses deux angles tubaires s'infléchisse au niveau de son fond comme au niveau d'une charnière.

Quoi qu'il en soit, c'est seulement au moment où le fond de l'utérus apparaît en dehors de la vulve qu'il faut procéder à l'hémostase des ligaments larges. Tandis que, dans le procédé type de Péan, l'hémostase est toujours préventive, dans le procédé un peu particulier dont je viens de donner la description l'hémostase n'est préventive que pour les artères utérines ; les autres temps de l'opération se succèdent sans qu'on s'en préoccupe, l'hémostase est consécutive et voici comment on l'exécute suivant les cas particuliers. Deux éventualités principales sont à considérer suivant qu'on peut, oui ou non, enlever les annexes. Dans le premier cas, c'est-à-dire dans les suppurations pelviennes graves, l'utérus est en contact immédiat avec les collections purulentes qui l'environnent et c'est au cours de l'intervention qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs ou des doigts : l'hystérectomie doit constituer toute l'opération, elle réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers : il n'y a donc pas lieu de faire plus. La recherche des annexes dans les cas de ce genre serait d'ailleurs très grave, très difficile ou même tout à fait impossible. Dans ces cas de suppurations pelviennes graves où l'ablation de l'utérus constitue toute l'opération, c'est au moment où le fond de l'organe apparaît en dehors de la vulve qu'il faut faire l'hémostase définitive en plaçant de haut en bas, au ras de l'utérus, une pince languette sur le bord supérieur de chaque ligament. Après libération totale de l'utérus, les pinces supérieures retombent en faisant décrire à la portion du ligament qu'elles hémostasient une torsion de 180 degrés. Dans les cas de salpingites énucléables, et ils sont presque la règle pour les opérateurs exercés, l'hémostase se fait encore de haut en bas, mais en dehors des annexes, et après leur complète pédiculisation.

Telle est l'opération dans les traits essentiels. Avec elle, on se place donc

dans deux conditions différentes : tantôt on enlève toutes les parties malades, utérus et annexes, et toutes les conditions d'une guérison parfaite sont dès lors réalisées; tantôt, au contraire, il s'agit d'un simple drainage du petit bassin, mais d'un drainage parfait, puisque toutes les collections purulentes largement ouvertes peuvent librement déverser leur contenu dans la vaste brèche créée par l'hystérectomie, et sous aucun prétexte, il ne peut être indiqué d'établir, comme l'a conseillé Chaput⁽¹⁾, un drainage abdomino-vaginal. Une seule exception s'impose à cette règle formelle, c'est quand il existe préalablement un orifice fistuleux sus-pubien ou sus-inguinal résultant d'une opération antérieure ou de l'ouverture spontanée d'une collection purulente. Notons enfin que toujours on réalise cette précieuse indication, de supprimer l'organe qui a, dans l'immense majorité des cas, causé tous les désordres, et qui peut être le point de départ de rechutes plus ou moins sérieuses chez les femmes dont on enlève simplement les trompes et les ovaires.

L'opération une fois terminée, on doit, avant de procéder au pansement, s'assurer que l'hémostase ne laisse rien à désirer. Je ne saurais trop insister sur la formelle nécessité de cette vérification dernière. C'est qu'en effet, dans certains cas et notamment dans les cas graves de suppurations diffuses, l'hémostase se fait parfois avec une surprenante facilité; on arrache les tissus plutôt qu'on ne les résèque, et l'opération se termine sans qu'il soit nécessaire de laisser plus de 2 ou 3 pinces à demeure. Il suffit d'une courte expérience pour connaître cette particularité opératoire, et Terrillon⁽²⁾ n'a pas manqué de la noter dès ses premières opérations. Or, je tiens à bien dire qu'on doit se méfier beaucoup de ces hémostases trop faciles et ne jamais craindre de multiplier, même à l'excès, le nombre des pinces à demeure, plutôt que de conserver le moindre doute sur le parfait assèchement des parties cruentées. L'hémostase étant vérifiée, on fait une dernière fois la toilette du champ opératoire. Je ne cherche jamais, comme certains chirurgiens le conseillent, notamment en Belgique et en Allemagne, soit à remplacer les pinces par des ligatures, soit à fermer le vagin par une suture plus ou moins complexe. J'estime que les ligatures n'ont aucun avantage sur la forcipressure et que la cause première de la bénignité de l'opération réside surtout dans la perfection du drainage pelvien.

Plusieurs chirurgiens⁽³⁾ veulent, aujourd'hui, remplacer l'emploi des pinces à demeure par l'angiatripsie de Doyen⁽⁴⁾; à supposer que cette méthode d'hémostase donne autant de sécurité que les pinces à demeure, ce qui reste à démontrer, j'estime que, dans le cas particulier de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes et lésions inflammatoires des annexes, elle a le très grave inconvénient de se prêter fort mal aux ablations complètes. Dans les cas complexes, alors qu'il est souvent si difficile de placer une pince étroite sur le pédicule court et profond de tumeurs annexielles laborieusement pédiculisées, je me déclare, pour ma part, et après essai, tout à fait incapable de manœuvrer le meilleur angiotribe que nous possédions pour l'instant, c'est-à-dire celui de Doyen. Pour adopter l'angiatripsie dans l'hystérectomie vaginale, j'attendrai donc l'invention ultérieure d'instruments plus maniables, et surtout assez petits

⁽¹⁾ CHAPUT, *Semaine médicale*, 1892, p. 547.

⁽²⁾ TERRILLON, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1891, p. 612.

⁽³⁾ TUFFIER, *L'hystérectomie vaginale sans pinces et sans ligatures*. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1898, p. 561. — TESSIER, Thèse de Paris, 1898.

⁽⁴⁾ E. DOYEN, *Technique chirurgicale*, p. 200. — *Sur l'angiatripsie*. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1898, p. 755.

pour ne pas compromettre la perfection des ablations complètes, j'attendrai, avec d'autant plus de patience, qu'à mon avis les pinces à demeure n'ont pas du tout les inconvénients qu'on leur prête, et qu'il est sûrement difficile d'imaginer, pour le cas particulier, un moyen d'hémostase plus simple et plus sûr.

On place une sonde à demeure dans la vessie⁽¹⁾, puis on bourre la cavité vaginale avec des lanières de gaze iodoformée, enfoncées au delà du niveau de l'extrémité des pinces laissées à demeure. On évite ainsi le contact offensif de leurs mors avec les anses intestinales et cette précaution est indispensable.

J'ai l'habitude, suivant en cela la pratique de Péan, de faire placer le soir de l'opération, sur la région sous-ombilicale, une vessie de glace qu'on entretient jusqu'au quatrième jour. Les pinces sont enlevées avec la sonde à demeure, au bout de quarante-huit heures, et les tampons le matin du troisième jour après le lavement que je prescris presque toujours. Le soir du même jour, on commence les irrigations vaginales, à pression peu élevée, avec une solution faiblement antiseptique. On les répète quotidiennement jusqu'à trois et quatre fois, suivant qu'elles reviennent plus ou moins chargées de débris sphacelés. Je laisse mes opérées se lever du quinzième au vingt et unième jour.

Dans cette description, j'ai eu constamment pour objectif les cas les plus fréquents, ceux dans lesquels l'ablation de l'utérus se fait concurremment avec l'ouverture des poches purulentes et ceux où l'hystérectomie précède l'ablation des annexes malades. Mais il est évident qu'il ne saurait toujours en être ainsi. En bien des cas particuliers, au lieu d'inciser circulairement le col, il faut ouvrir d'emblée un des culs-de-sac pour aborder directement une tumeur qui y fait saillie. L'ablation ou l'ouverture simple de cette tumeur peut constituer à elle seule toute l'intervention; en tout cas, par la brèche qu'on vient de créer, on pourra vérifier l'état des annexes et ne pratiquer l'hystérectomie que si elle est bien indiquée.

C. — OPÉRATIONS PAR LES VOIES PÉRINÉALE ET SACRÉE. — Avant de clore cette liste opératoire, je dois, pour ne pas rester trop incomplet, signaler quelques procédés d'exception conseillés pour l'ouverture des abcès pelviens par Byford, Hegar, Zuckerkandl, Wölfler et Wiedow. L'un de ces procédés ne doit être rappelé que pour être aussitôt rejeté, c'est l'incision par *voie rectale* vantée par Byford⁽²⁾. Les autres méritent un plus sérieux examen. Hegar⁽³⁾ a proposé d'aborder les abcès pelviens par la *fosse ischio-rectale*. Sanger⁽⁴⁾ pratique, sous le nom de *périnéotomie verticale*, une opération qui ne diffère de celle de Hegar que par la longueur de l'incision. Il préconise en même temps, du reste, la *périnéotomie transversale* proposée par O. Zuckerkandl⁽⁵⁾, pour enlever les utérus cancéreux. Enfin, la *voie sacro-coccygienne* a été utilisée dans les mêmes conditions. Elle comporte, on le sait, deux procédés : l'*incision para-sacrée*, de E. Zuckerkandl⁽⁶⁾ et Wölfler⁽⁷⁾, et la *résection préliminaire du sacrum et du coccyx*, d'après la méthode de Kraske. Ce procédé a été appliqué pour la première fois par Wiedow⁽⁸⁾, au traitement des suppurations pelviennes.

⁽¹⁾ La sonde de Pezzer rend ici de précieux services.

⁽²⁾ BYFORD, *Amer. Journal of Obst.*, 1880, p. 425.

⁽³⁾ HEGAR et KALTENBACH, *Traité de gyn. opérat.*, p. 464.

⁽⁴⁾ SÄNGER, *Arch. für Gyn.*, Bd. XXXVII, Heft 1, p. 100.

⁽⁵⁾ O. ZUCKERKANDL, *Wien. med. Woch.*, 1889.

⁽⁶⁾ E. ZUCKERKANDL, *Wiener med. Woch.*, 1889, n° 14.

⁽⁷⁾ WÖLFLE, *Wiener med. Woch.*, 1889, n° 15.

⁽⁸⁾ WIEDOW, *Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1889, p. 202.