

VALEUR ET INDICATIONS DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES. — Les procédés opératoires nous étant connus, recherchons maintenant quand et comment chacun d'eux trouve ses indications particulières. A cet égard, une première sélection s'impose; il faut mettre à part tous les procédés qui se proposent d'obtenir les guérisons par *simple incision* des collections ovaro-salpingiennes. Cette manière de faire trouve ses indications fort nettes dans certains cas, et, lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'une *collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible*, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention: il faut d'abord *inciser et drainer*, quitte à *agir plus tard sur la lésion causale*, quand il y a lieu. Mais, si nombreuses que soient les voies proposées pour atteindre ce but, il est clair que ce traitement par incision simple ne peut être qu'un traitement d'exception. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à s'en contenter, il ne suffit pas que l'incision soit possible, il faut encore, et surtout, qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les *collections phlegmoneuses récentes* ou même certaines *hématoécèles suppurées* dont l'incision s'impose comme unique méthode de traitement raisonnable, on trouve tout au plus, comme justiciables du même procédé, les quelques *rarees variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne*, dont Bouilly a pris le soin de spécifier les caractères.

Quant à la *valeur intrinsèque des procédés* conseillés pour atteindre le pus dans le pelvis, je la crois facile à déterminer. Ils sont, à la vérité, fort nombreux; et même, sans parler de la *ponction simple*, qu'on doit, à mon sens, toujours déconseiller, nous avons encore à juger les divers modes de l'incision, suivant qu'elle procède par *voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino-sous-péritonéale* ou *pariétale* proprement dite. Or, S. Bonnet<sup>(1)</sup> l'observe avec raison, tous les procédés compris dans cette liste comptent sans doute des succès qui en sont la justification, mais tous aussi sont passibles de la même réflexion: « Ils ne peuvent être généralisés », et leur utilité ne se mesure « qu'au nombre restreint de cas particuliers auxquels chacun d'eux peut répondre ». Le fait est, par exemple, évident pour les *incisions pariétales simples*. Leurs indications spéciales sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et que l'incision soit *hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale* ou *fessière*, elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire: on donne issue au pus dans la région où il est venu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais, comme je l'ai dit plus haut, dans la série des procédés en question, il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement: ce sont les incisions par voies *rectale, périnéale* et *sacro-coccygienne*.

Pour les premiers, point d'hésitation possible: *toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération*. Pour les *interventions sacro-coccygienne* ou *périnéale*, il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer, dès maintenant, que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indications de ces incisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessitent la *périnéotomie* ou la

(1) S. BONNET, *Gazette des hôpitaux*, 16 janvier 1892.

*résection sacro-coccygienne* aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent la *laparotomie* ou l'*intervention par les voies naturelles*.

Tout compte fait, les deux seuls procédés de la méthode évacuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont l'*incision par voie inguino-sous-péritonéale* et l'*incision par voie vaginale*. La première, grâce à la possibilité de décoller le péritoine après incision de la paroi, s'adresse aussi bien aux collections phlegmoneuses à plastron qu'aux abcès plus profonds. La seconde peut être un traitement suffisant pour les abcès pelviens ou les pyosalpingites adhérentes qui bombent franchement dans l'un des culs-de-sac vaginaux, à la condition expresse de s'en tenir très sévèrement aux indications précisées par Bouilly<sup>(1)</sup>: tumeur accessible par le vagin, poche unique, peu épaisse, uniformément ramollie et fluctuante, lésion unilatérale. Le tout chez des sujets fébricitants et trop épuisés pour affronter sans péril une intervention plus radicale. Sa gravité, d'ailleurs, est faible; sur 150 cas, Goullioud<sup>(2)</sup> n'a observé que 2 morts; Rosenblat<sup>(3)</sup> a réuni 521 cas avec 5 morts seulement. Les résultats éloignés, sans être aussi parfaits que le voudrait Vincent<sup>(4)</sup> qui, sur 80 malades opérées, n'aurait pas eu un insuccès thérapeutique, sont cependant satisfaisants, et il n'est pas douteux que parfois l'incision vaginale simple a suffi pour déterminer une guérison durable; mais il faut compter avec les fistules persistantes, dont nous avons tous rapporté des exemples à la Société de chirurgie, lors de la récente discussion<sup>(5)</sup>. Bref, j'estime que, dans bien des cas, l'incision du cul-de-sac postérieur n'exerce qu'une intervention d'attente, permettant de s'éloigner des accidents aigus et de pratiquer une opération radicale dans de meilleures conditions.

Si la méthode d'*évacuation par incision simple* doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et chacun sait comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie vaginale* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des ovaro-salpingites.

Pour la *laparotomie*, la démonstration n'est plus à faire. Il est, en effet, de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications; et, si le traitement des ovaro-salpingites *non suppurées* ou *suppurées, libres ou peu adhérentes*, constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyosalpingites adhérentes* et compliquées de toutes les lésions habituelles des suppurations pelviennes.

Pour l'*hystérectomie vaginale*, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord fut longtemps à se faire. Aujourd'hui qu'elle a conquis sa vraie place, bien que le souvenir des luttes du début soit encore trop vivant à mon esprit pour ne pas me donner le désir de rappeler le parti pris de nos premiers adversaires, je serais mal venu à revenir ici sur ce côté purement historique de la question. Personne ne conteste plus à l'hystérectomie vaginale sa supériorité au triple point de vue de l'*absence de cicatrice*, de la *gravité moindre* et de l'*efficacité supérieure*, non

(1) BOUILLY, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

(2) GOULLILOUD, *Arch. de tocol.*, 1891, p. 800.

(3) ROSENBLAT, Thèse de Paris, 1896.

(4) VINCENT, cité par La Bonnardière. *Du traitement des collections pelviennes par l'élytromie postérieure*. *Ann. de gynécol.*, 1896, t. XLV, p. 45.

(5) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1898, t. XXIV, p. 465 et suiv.

seulement dans les suppurations pelviennes graves mais dans tous les cas qu'il est classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes. Ces conclusions de mon premier mémoire ont en effet d'autres bases que ce que Pozzi baptisait jadis mon « vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent ». Les observations se sont multipliées, et, sans citer aucun chiffre, je puis dire que les hystérectomistes peuvent opposer aux laparotomistes des statistiques d'une indiscutable valeur et d'une égale importance. Pozzi, dans la dernière édition de son Traité<sup>(1)</sup>, ne veut même plus discuter les pourcentages. « Je me bornerai, dit-il, à dire qu'entre les mains d'opérateurs habiles, l'une et l'autre de ces deux interventions me paraît à peu près également bénigne. Dans les cas simples : s'il y avait un avantage pour l'une d'elles, il me paraîtrait être plutôt du côté de la laparotomie. Mais dans les cas compliqués, très adhérents ou avec inflammation diffuse, l'hystérectomie est incontestablement moins grave. » Chose curieuse, ceux qui restent encore adversaires résolus de l'opération de Péan reconnaissent, comme nous, l'utilité de l'ablation de l'utérus et, à cet égard, il n'est pas sans intérêt de noter que l'argumentation actuelle de tous les partisans de l'ablation de l'utérus par la laparotomie, en cas d'annexites, est en tous points conforme à celle que nous soutenions pour faire triompher l'opération de Péan. L'ablation de l'utérus, voilà, en effet, la condition indispensable d'une guérison définitive et durable; voilà pourquoi nous avons affirmé que l'opération de Péan réalise, mieux que toute autre intervention, les conditions d'une guérison durable aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la supériorité thérapeutique du résultat opératoire est moins évidente, mais elle n'existe pas moins. Et, qu'on le note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théoriques, elles s'appuient maintenant sur l'observation prolongée de nombreuses opérées<sup>(2)</sup>.

Quant aux objections faites à l'opération de Péan en se basant sur ses difficultés et ses complications, elles ont été singulièrement exagérées. La blessure de la vessie est possible mais elle est rare; elle peut se produire au début même de l'intervention ou au cours du morcellement. Au début, c'est en incisant le vagin ou en décollant la vessie que cet organe peut être lésé; plus tard le danger vient surtout d'une forcipressure défectueuse ou de l'emploi maladroit ou trop brutal des valves destinées à la protection de la vessie. Signaler les causes de cet accident c'est du même coup le prévenir. Pour ma part, j'ai peut-être blessé 10 fois la vessie; une seule fois j'ai reconnu la blessure au cours de l'intervention et j'ai pu la fermer séance tenante. Quant à la guérison spontanée je ne l'ai jamais observée.

La blessure de l'uretère est bien autrement grave que la précédente mais elle est exceptionnelle, et j'estime que cet accident ne doit pas arriver lorsqu'on pratique avec soin la libération complète préalable du col sur laquelle j'ai tant insisté au manuel opératoire.

J'en arrive aux blessures intestinales et aux hémorragies. Lorsqu'il n'y a

(1) S. POZZI, *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 3<sup>e</sup> édit., p. 759.

(2) E. BAUDRON, *Loc. cit.*, p. 88.

pas de pelvi-péritonite dans le cul-de-sac de Douglas il me paraît impossible de blesser le rectum. Dans les conditions inverses, il convient d'être très prudent, car les parois rectales sont souvent très amincies à moins qu'elles ne soient déjà perforées par le pus. En tout cas cette blessure est peu grave et toutes celles que j'ai observées ont guéri spontanément. Les blessures intestinales peuvent résulter des manœuvres de décollement du début dans les cas d'entéroccèle adhésive. Mais elles se produisent surtout au moment de la libération des annexes; la manœuvre ressemble alors singulièrement à ce qui se passe dans l'opération type de Lawson Tait, quand on détache les annexes du bout des doigts à travers une incision étroite. Mais, pour peu qu'on rencontre des difficultés il ne faut plus agir que sous le contrôle des yeux; s'il est impossible de réaliser ce programme il est indispensable de s'arrêter et de se contenter d'une opération incomplète sous peine de s'exposer à des accidents. J'en ai fait moi-même l'expérience, dans trois cas de suppurations graves, où j'ai produit des déchirures intestinales, qui, pour avoir guéri spontanément ensuite, n'étaient pas moins fort regrettables.

Les hémorragies peuvent survenir tardivement; j'en ai observé quelques cas sans gravité du reste aux huitième, dixième et douzième jours, c'est pourquoi je ne comprends guère qu'on puisse permettre aux opérées de se lever, ou même de se remuer beaucoup dans leur lit avant le quinzième jour. Les hémorragies susceptibles de se produire à l'ablation des pinces, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures, sont plus inquiétantes. Elles sont heureusement fort rares. Quant aux hémorragies opératoires proprement dites, je sais qu'il y en a eu de terribles, mais, pour ma part, je n'ai jamais eu à déplorer cet accident et j'affirme qu'avec un manuel opératoire convenable on peut toujours l'éviter.

Je dois signaler la complication opératoire due à la friabilité particulière du tissu utérin. On l'observe surtout en cas de lésions inflammatoires, notamment dans les lésions post-puerpérales et les difficultés qu'elle nous réserve alors sont telles que j'ai, tout le premier, conseillé de ne jamais tenter l'hystérectomie vaginale dans les cinq ou six semaines qui suivent l'accouchement. Comme complication particulière à l'opération de Péan, je dois signaler encore l'occlusion intestinale post-opératoire<sup>(1)</sup>. Quant aux hernies vaginales consécutives, je ne les ai jamais vues. Enfin il est une complication sans gravité que Baudron<sup>(2)</sup> a le premier décrite, c'est l'eschare sacrée.

En somme, tout ce qu'on a dit ou écrit sur les complications fréquentes de l'hystérectomie est aussi inexact que la prétendue impossibilité d'y voir, ou la difficulté d'opérer à cause de l'encombrement des pinces, ou bien encore l'impossibilité de s'arrêter si l'on s'aperçoit au début d'une hystérectomie qu'on a fait une erreur de diagnostic. Il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité. Non point que je veuille ici prétendre qu'au point de vue de l'exploration la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie. Semblable affirmation serait une absurdité. Je prétends simplement en me basant sur une pratique déjà longue de la chirurgie vaginale, je prétends, dis-je, qu'avec un peu

(1) GIRESSÉ, *Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives, à l'hystérectomie vaginale*. Thèse de Paris, 1896.

(2) E. BAUDRON, *Loc. cit.*, p. 77. — F. LEGUEU, *Congrès de Gyn., d'Obst. et de Pœd. de Bordeaux*, 1894, p. 445. — P. SEGOND, *Le décuibitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale*. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1897, p. 59.

d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être elle aussi, dans certains cas, *utilement exploratrice* et que, même, après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps*. Bref, je le répète : si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle, et, pour ma part, malgré le nombre important des interventions vaginales que je possède à mon actif, je n'ai pas hystérectomisé une seule femme dont un laparotomiste eût épargné les annexes. L'inverse, en revanche, m'est arrivé, et, plus d'une fois déjà, croyant le diagnostic de bilatéralité douteux, j'ai laparotomisé des femmes qui auraient eu grand avantage à être hystérectomisées.

D'après les considérations précédentes, voici comment on peut résumer l'ensemble des règles qui doivent, à mon avis, nous guider dans le traitement chirurgical des salpingites, abstraction faite des cas particuliers et rares dans lesquels l'incision simple d'une collection purulente accessible par la paroi abdominale ou le vagin peut suffire à la guérison. Je parle donc seulement des cas justiciables de la laparotomie ou de l'opération de Péan, et, pour éviter tout malentendu, je tiens à répéter que ces deux grandes opérations doivent être scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Or, chez les malades qui remplissent les conditions précédentes, quelle que soit la nature des lésions ovaro-salpingiennes, qu'elles soient suppurées ou non, fistuleuses ou non fistuleuses, ce qui doit commander avant tout le choix de l'opération, c'est l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions. Dans le premier cas, la laparotomie est la seule opération possible parce que, sauf exception très rare, je crois que l'ovariotomie vaginale, sans hystérectomie, est, en cas de lésions inflammatoires, une opération mauvaise, difficile et dangereuse. La laparotomie est encore la seule opération rationnelle toutes les fois qu'il existe le moindre doute sur la bilatéralité des lésions. Par contre, lorsque cette bilatéralité paraît certaine, lorsqu'elle est dûment constatée sous le chloroforme, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut donner la préférence : parce que, dans les cas où l'ablation des annexes par laparotomie est bénigne et sûre dans ses résultats thérapeutiques, l'opération de Péan jouit exactement des mêmes privilèges; parce que, dans les cas sérieux, elle est moins grave et guérit mieux; parce que, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes opérées par le vagin ont plus de sécurité et de satisfaction, sans cicatrice sur le ventre, qu'avec le plus séduisant des surjets. Je rappelle enfin que l'hystérectomie vaginale donne des résultats excellents chez nombre de femmes dont les souffrances persistent après l'opération de L. Tait, et que, pour les cas de suppurations pelviennes dans lesquelles toute laparotomie commencée devrait, sous peine de tuer les malades, rester purement exploratrice, l'opération de Péan permet souvent d'obtenir des guérisons parfaites.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale, elle est le complément nécessaire de l'ablation bilatérale des annexes par laparotomie. Lorsque, au cours d'une laparotomie faite pour lésion unilatérale, on trouve les annexes des deux côtés suffisamment altérées pour qu'il soit indiqué d'en pratiquer l'ablation, il faut enlever l'utérus. L'hystérectomie devient alors, suivant l'expression de Richelot,

une opération de correction. Enfin dans le cas de lésions annexielles bilatérales volumineuses et haut placées, plus abdominales que pelviennes, où l'opération de Péan est parfois incomplète et toujours laborieuse, je lui préfère actuellement l'hystérectomie abdominale totale suivant le procédé que j'ai décrit.

En résumé, s'il est admis sans discussion que la laparotomie demeure uniquement indiquée dans les cas de lésions franchement unilatérales ou bilatérales douteuses, si l'on admet que les lésions annexielles bilatérales haut situées, plus abdominales que pelviennes, sont plutôt justiciables de l'hystérectomie abdominale totale, on peut conclure, comme le faisait Bouilly au Congrès de Genève, que la laparotomie ne vit plus que des contre-indications de l'hystérectomie vaginale.

## II

## PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE

Le phlegmon du ligament large peut se localiser en deux régions distinctes. L'une constitue à elle seule presque tout le ligament. Le repli péritonéal qui la limite enveloppe les annexes, les vaisseaux utéro-ovariens et les lymphatiques qui naissent du fond de l'utérus, des trompes et des ovaires, pour se rendre aux ganglions prévertébraux lombaires. L'autre répond à la base du ligament large, à l'espace pelvi-rectal de Richet, au *parametrium* des Allemands. Delbet lui donne le nom de *gaine hypogastrique* parce qu'elle contient les branches pelviennes de l'iliaque interne. Il lui assigne les limites suivantes : en arrière, l'aponévrose sacro-recto-génitale; en avant, la partie inférieure et postérieure de l'aponévrose ombilico-vésicale; en haut, la convergence de ces deux feuillets : en bas, l'aponévrose périnéale supérieure. Elle repose, en arrière, sur l'échancrure sciatique, par laquelle sortent les branches externes de l'hypogastrique; en dedans, sur le col de l'utérus et le vagin; en dehors, sur la région obturatrice. Outre les vaisseaux hypogastriques, elle renferme encore des ganglions, des lymphatiques, des nerfs et l'uretère. Ces lymphatiques venus du col et de la partie supérieure du vagin se rendent aux ganglions situés sur les parois pelviennes, en formant autour du col un lacis très dense dans lequel Poirier <sup>(1)</sup> n'a jamais rencontré le ganglion décrit par L. Championnière <sup>(2)</sup>. A chacune de ces régions correspond une variété de phlegmons : l'un est le *phlegmon de la gaine hypogastrique*; l'autre, le *phlegmon du ligament large proprement dit*.

A. *Phlegmon de la gaine hypogastrique*. — Cette forme clinique à laquelle Bouilly <sup>(3)</sup> donne le nom de *phlegmon juxta-utérin* est de beaucoup la plus fréquente. Entrevue par Gendrin <sup>(4)</sup>, elle a été très bien décrite par Nonat <sup>(5)</sup>, Val-

<sup>(1)</sup> POIRIER, *Progrès médical*, 1889, nos 47 à 51, et 1890, nos 2 et 4. — CANTIN, *Des lymphangites utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889.

<sup>(2)</sup> J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Lymphatiques utérins, etc.* Thèse de Paris, 1870.

<sup>(3)</sup> BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 479.

<sup>(4)</sup> GENDRIN, cité par Bennet. Trad. Aran, 2<sup>e</sup> édit., 1850, p. 59.

<sup>(5)</sup> NONAT, *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 97, 110, 129.