

incomplète et sur 20 cas, dit M. *Segond*, je n'ai été forcé que 11 fois de laisser les annexes, ce qui du reste n'a pas entravé la guérison définitive. Les annexes s'atrophient beaucoup plus rapidement et beaucoup plus complètement après l'hystérectomie que l'utérus après l'ovophorectomie.

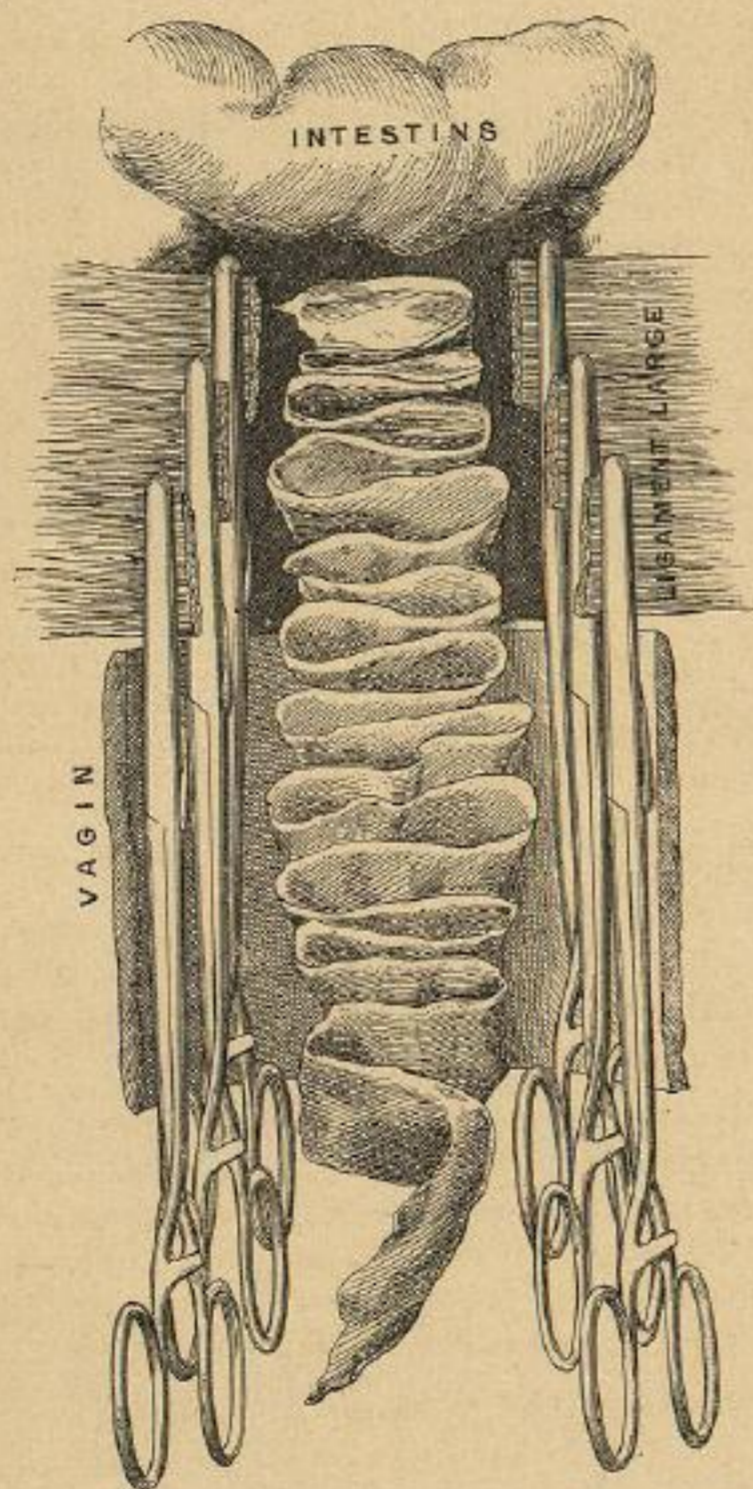


Fig. 323. — Pansement à la gaze iodoformée ou salée ou simplement aseptique de la plaie opératoire. — Pincés à demeure.

Comme complications opératoires, quelques fistules vésico-vaginales qui ont guéri seules dans la plupart des cas et dont les autres ont été guéries par une intervention ultérieure.

Dans 5 cas, hémorragies importantes après le troisième jour qui se sont arrêtées seules.

Au même Congrès également, M. *Péan*, a fait connaître les résultats de sa pratique, que voici :

« Au mois d'août 1890, j'avais 60 opérations sans un insuccès. Après les vacances, je repris mon service le 17 décembre 1890.

« Voici les résultats que j'ai eus depuis ce moment jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1892 :

« 17 décembre 1890. — 1<sup>er</sup> janvier 1891 : 18 opérations. Pas de mortalité.

« 1<sup>er</sup> janvier — 31 décembre 1891 : 72 opérations. Une malade morte d'épuisement le sixième jour.

« Sur ces 150 malades, dont les observations ont été régulièrement suivies, 145 sont encore vivantes et complètement guéries.

« 4 ont succombé au cours de l'année qui a suivi l'opération dans les conditions suivantes :

« 2 mortes de tuberculose pulmonaire;

« 1 d'hémorragie cérébrale;

« 1 d'accidents dus à la syphilis viscérale.

« Sur cette statistique de 150 cas, nous avons donc un seul décès qu'on peut mettre au passif de l'intervention. Peu d'opérations fournissent de meilleurs résultats. »

On ne saurait encore, par les résultats fournis par ces deux opérateurs, juger et apprécier l'opération de *Péan*; ils nous démontrent toutefois que nous sommes en présence d'une intervention appelée à jouer un rôle des plus importants dans le traitement des suppurations pelviennes.

#### 6<sup>e</sup> Voie abdominale.

Les diverses opérations qu'on peut faire par la voie abdominale comprennent : 1<sup>o</sup> la ponction, 2<sup>o</sup> l'incision, 3<sup>o</sup> la laparotomie sous-péritonéale, 4<sup>o</sup> la laparotomie transpéritonéale, 5<sup>o</sup> enfin la résection de la trompe malade ou celle de l'utérus.

1<sup>o</sup> *Ponction*. — La ponction exploratrice est rarement pratiquée par la voie abdominale, alors qu'elle est nécessaire pour éclairer un diagnostic douteux. On l'exécutera d'après les mêmes principes qu'en toute autre région du corps. A la ponction on préfère en général la laparotomie exploratrice, qui sans être beaucoup plus dangereuse donne des renseignements plus complets et peut être complétée par une opération curatrice.

2<sup>o</sup> *Incision*. — L'incision sera pratiquée à l'un quelconque des points où fait saillie la collection purulente dans les régions hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale. Elle doit être complétée par le drainage, afin de permettre l'écoulement du pus sans crainte de rétention, et afin de maintenir béant pendant un temps suffisant l'orifice d'évacuation.

3<sup>o</sup> *Laparotomie sous-péritonéale*. — Cette laparotomie a pour but de décoller le péritoine, en partant d'une incision faite parallèlement à l'arcade de Fallope, comme pour la ligature de l'iliaque externe; le péritoine est décollé jusque dans le petit bassin au niveau de l'abcès qu'on ouvre après avoir parcouru ce long trajet sous-péritonéal. Il suffit de donner ici



les indications générales de cette opération, qui est abandonnée par la plupart des gynécologues à l'heure actuelle.

4° *Laparotomie transpéritonéale.* — L'abdomen ouvert, on ponctionne l'abcès pour le vider partiellement de son contenu, on fixe ses parois à celles de l'abdomen, et on tamponne la cavité suppurante avec de la gaze iodoformée.

Si les parois de l'abcès ne peuvent être amenées au contact de la paroi, il sera préférable, si possible, de faire le drainage vaginal et de refermer la cavité du côté de l'abdomen.

Si cette conduite n'était pas praticable après évacuation du pus, on ferait le tamponnement à la gaze iodoformée (fig. 324), et l'extrémité de la gaze serait conduite jusqu'à la plaie abdominale. Autour de la gaze se forment rapidement des adhérences, qui isolent en quelque sorte la cavité péritonéale, et qui créent un canal d'évacuation pour l'abcès (Mikulicz).

La gaze est laissée trois jours en place, enlevée avec douceur et remplacée par un gros drain en caoutchouc suivant le même trajet.

### 5° Résection tubaire ou utérine.

a. *Résection tubaire.* — La salpingectomie par la voie abdominale, c'est-à-dire l'ablation des trompes et en même temps des ovaires par la laparotomie, est l'opération de choix dans tous les kystes tubaires, qui réclament l'intervention chirurgicale.

Après ouverture de l'abdomen, on détache avec douceur la poche kystique et l'ovaire des adhérences qu'ils ont pu contracter dans le voisinage, le pédicule est lié en deux ou trois tronçons, d'une façon analogue à celle de la castration; nettoyage soigneux de la cavité péritonéale, surtout si la collection tubaire s'est ouverte pendant les manœuvres d'extraction du kyste, au besoin même lavage du péritoine; refermer la plaie abdominale suivant les préceptes ordinaires.

Dans le cas d'adhérences étendues, il faudra avec la main essayer de détacher le kyste salpingien, sans en amener la rupture; à cet effet on procédera avec douceur, et si les doigts rencontrent des adhérences trop solides, on les liera, si possible, et on les sectionnera entre deux ligatures.

Parfois les adhérences sont très intimes avec l'utérus, de telle sorte que le chirurgien se trouve dans l'impossibilité de détacher le kyste salpingien de la tumeur; en pareil cas, on pourra employer avec avantage le procédé décrit par Chaput sur la dénomination d'*amputation supra-vaginale avec section médiane totale et drainage vagino-abdominal*<sup>1</sup>.

Ce procédé consiste à sectionner l'utérus en deux verticalement et d'avant en arrière ainsi que l'indique la figure 325, après quoi on lie de chaque côté l'organe, de manière à laisser un double moignon cervical et on enlève chaque moitié du corps utérin avec la partie attenante des annexes malades.

On termine l'opération, d'après l'auteur, par le drainage vagino-abdominal

<sup>1</sup> Soc. obst. de Paris. Déc. 1892.

(voir p. 315), mais ce drainage n'est pas indispensable, on peut se contenter d'un simple drainage vaginal.

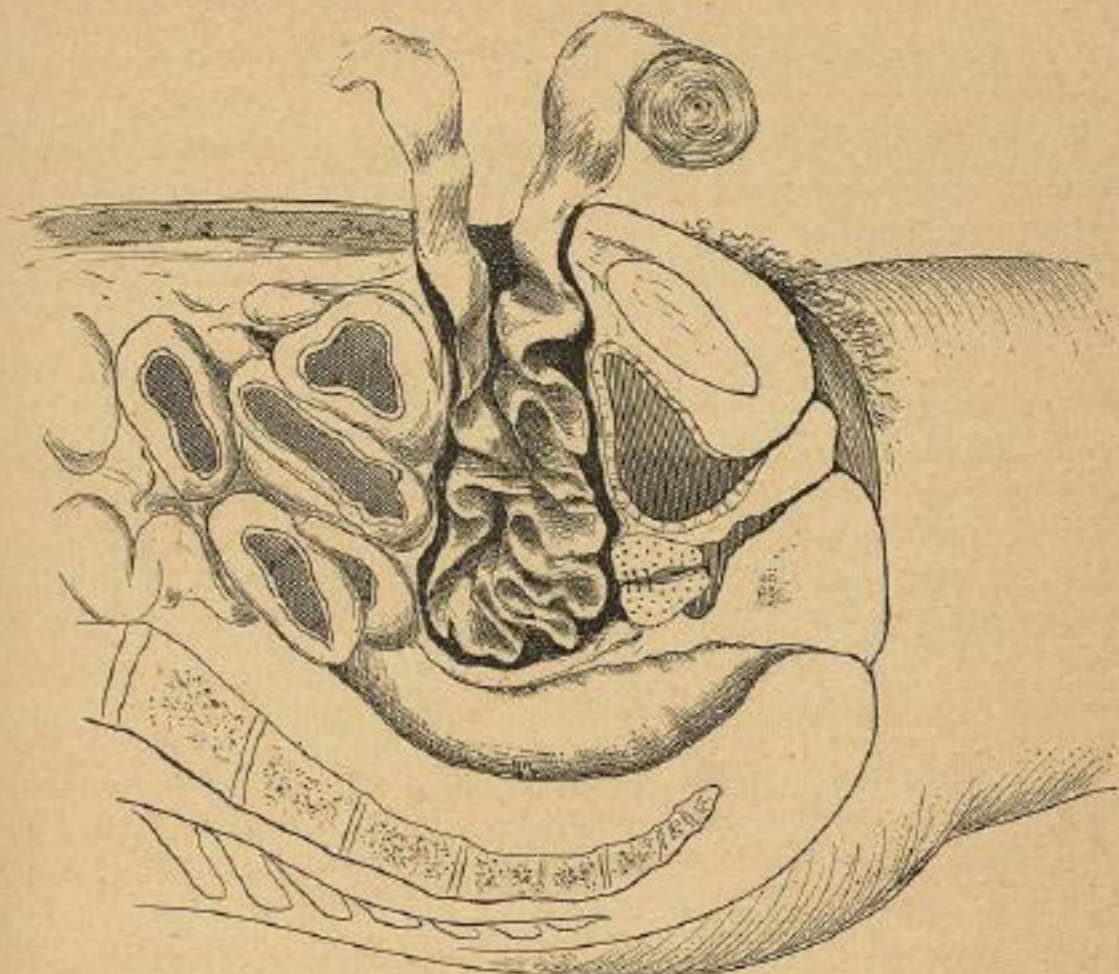


Fig. 324. — Tamponnement intra-abdominal à la gaze iodoformée (Mikulicz).

b. *Résection utérine.* — L'amputation soit sus-vaginale du col soit com-

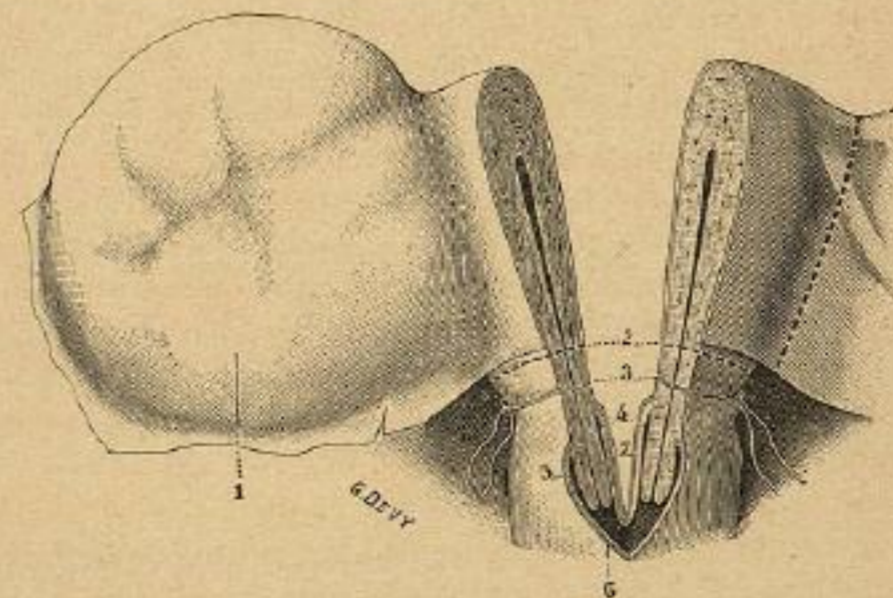


Fig. 325. — Section verticale de l'utérus, pour la résection utéro-annexielle (Chaput).

plète, pratiquée par la voie abdominale, a été faite tantôt pour détacher simultanément les annexes malades comme il vient d'être dit tout à l'heure



pour le procédé de *Chaput* qui pourrait être placé ici, tantôt quand l'amputation est complète pour fournir une large voie au pus comme dans la castration utérine de *Péan* par la voie vaginale;

L'opération dans les deux cas poursuit le même but, la voie est seule différente.

Cette résection partielle ou totale de l'utérus qu'on fera par le même procédé opératoire que ceux indiqués à propos des tumeurs (voir p. 510), ne devra être qu'exceptionnellement pratiquée.

#### 4<sup>e</sup> QUEL EST LE TRAITEMENT QUI CONVIENT A CHAQUE CAS EN PARTICULIER ?

Avant d'essayer de tracer la conduite à suivre en cas de suppuration pelvienne, et d'essayer de montrer à quel procédé thérapeutique il faut donner la préférence suivant les cas cliniques, il est indispensable de montrer en quelques mots l'évolution de cette thérapeutique pendant ces dernières années.

Bien que de parti pris je m'abstienne toujours d'histoire, ne m'arrêtant qu'au côté pratique de chaque question, j'ai pensé que cet exposé était à l'heure actuelle indispensable, car sans lui la mise au point de cette question est impossible.

Cet historique que j'emprunte au docteur *Doyen*<sup>1</sup>, nous montrera l'évolution des idées chirurgicales dans le traitement des suppurations pelviennes, et nous expliquera comment, à l'époque actuelle, nous sommes encore en pleine évolution, et comment il serait téméraire de vouloir poser des indications nettes.

Voyons d'abord le détail, nous concluons ensuite :

« Si nous exceptons, comme n'étant que de simples opérations palliatives, l'incision directe des tumeurs pelviennes suppurées et l'emploi du séton, préconisés par *Lisfranc*, et l'application d'un drain en anse, imaginée par *Chassaignac*, le traitement chirurgical des lésions inflammatoires péri-utérines date de vingt ans à peine.

« En effet, l'opération de l'ovariotomie, pratiquée pour la première fois avec succès par *Mac Dowel* dans le Kentucky en 1809, était depuis longtemps vulgarisée pour les kystes et autres néoplasmes, lorsque *Hégar* (27 juillet 1872) et *Battey* (17 août 1872) pratiquèrent les premiers l'ablation des ovaires normaux. Leur but était d'amener une ménopause anticipée et de remédier ainsi à des cas de dysménorrhée et de névralgie de l'ovaire. *Hégar* perdit sa malade et ne fit sa deuxième opération qu'en 1876, longtemps après que *Battey* avait vulgarisé sa pratique.

« L'ablation unilatérale de l'ovaire, faite par *Lawson-Tait* le 11 février 1872 pour remédier à des douleurs pelviennes compliquées de réflexes nerveux,

<sup>1</sup> *Traitement chirurgical des injections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes*. Extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1<sup>er</sup> déc. 1892, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1893, p. 21.

semble se rapporter à un kyste dermoïde de très petit volume. « La tumeur non adhérente et grosse comme un œuf de pigeon, contenait une matière épaisse et grumelleuse. » L'absence de dents et de cheveux n'est pas à notre avis une raison suffisante pour permettre de conclure ultérieurement qu'il s'agissait d'un abcès enkysté; et même en admettant cette hypothèse, ce ne serait pas là l'opération de *Battey* et d'*Hégar*, qui avaient fait l'ablation bilatérale des ovaires normaux dans le but de supprimer la fonction menstruelle.

« *Lawson-Tait* fait remonter au premier août 1872 sa première castration pour fibro-myome. Cette opération toutefois demeura isolée, puisqu'il ne la répéta que 1 fois en 1873, 2 fois en 1879, pour atteindre, à la fin de 1880, le chiffre total de 15, en mars 1883 celui de 50, et en 1891 celui de 265 (3<sup>e</sup> Congrès Fr. de Chir., p. 164). Les opérations de *Lawson-Tait* n'étaient pas encore publiées, lorsqu'en 1876 *Trenholme* et *Hégar* firent à leur tour l'ablation des ovaires dans les cas de métrorragies dues à des fibro-myomes. *Hégar* (1878) conseilla le premier, afin de ne pas risquer de laisser dans le ventre une partie de l'ovaire, de comprendre dans le pédicule un fragment plus ou moins long de la trompe et dit avoir enlevé de propos délibéré, le 18 novembre 1877, un hydro-salpinx contenant un litre de liquide. En 1880, il avait pratiqué 50 ablations d'annexes pour lésions variées.

« *Martin* fit en novembre 1877 sa première salpingectomie, et en février 1887 le même chirurgien comptait 77 ablations d'annexes dont 45 unilatérales.

« Mais personne autant que *Lawson-Tait* n'avait insisté sur l'importance de l'ablation simultanée des trompes et des ovaires. Il avait en effet remarqué la persistance possible des métrorragies après l'ablation bilatérale des ovaires et démontré le premier, en enlevant simultanément les trompes dans toutes ses opérations, l'importance de ces dernières au point de vue de la fonction menstruelle. *Lawson-Tait* est donc sans contredit le chirurgien qui a le plus contribué à étendre et à vulgariser les indications de la castration tubo-ovarienne. *Hégar* se montrait plus réservé, et tout en admettant la possibilité de résultats durables dans des cas où les lésions étaient insignifiantes, il cherchait à restreindre les indications de l'opération aux cas où il existait une altération grave des trompes ou des ovaires, « pouvant mettre la vie en jeu, et amener la mort dans un court espace de temps, ou bien capable de produire une infirmité de longue durée, enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie. » On ne pouvait mieux formuler les indications de l'ablation des annexes.

« *Lawson-Tait* n'a pas pratiqué de prime abord l'extirpation des poches pelviennes adhérentes, et dans ses 6 premières opérations de laparotomie pour suppurations pelviennes, faites de 1878 à 1883, une de ses interventions n'est qu'une simple ouverture d'abcès par l'incision médiane, la poche s'étant trouvée adhérente à la paroi abdominale antérieure; dans les 5 autres cas, la poche fut suturée à la paroi et drainée par cette voie.

« En France, c'est à peine si *Koeberlé* (1878) mentionne les opérations de *Battey*, d'*Hégar* et de *Trenholme*, et ce n'est pas sans étonnement que nous voyons ce grand laparotomiste décrire, dans le *Dictionnaire de médecine et*



de chir. prat., l'ovarite simple et suppurée avec leurs complications, sans proposer la moindre intervention chirurgicale.

« Aussi l'opération de Battey ne fut-elle pratiquée à Paris pour la première fois qu'en 1882 par Péan, qui fit trois de ces opérations la même année, une seule en 1883, et 3 en 1884. Sur ces 7 cas il n'enleva une fois qu'un ovaire (3 mars 1882) (Spencer Wells dut enlever l'autre six mois après) et 6 malades sur 7 présentaient de nombreuses adhérences péri-utérines.

« Lucas-Championnière au service duquel nous avons l'honneur d'être attaché comme interne (1882) faisait à la même époque l'opération de Battey, et la considérait comme plus grave que l'ovariotomie pour tumeurs kystiques.

« En 1885, Péan fit 3 nouvelles ablations d'annexes par la laparotomie. L'année suivante, il revit une de ses opérées de castration bilatérale du 25 mars 1882, à laquelle on avait fait également, quelques années auparavant, l'amputation du col utérin; cette malade souffrait de crises douloureuses plus intenses que jamais. L'utérus était resté douloureux, enflammé, et se trouvait retenu en rétroversion par des adhérences pelviennes. Péan, « sur la demande formelle du médecin, de la malade et de la famille, » pratiqua l'hystérectomie vaginale le 16 février 1886. Le 8 mars suivant, il enleva par l'incision du cul-de-sac de Douglas, un ovaire procident, gros comme une mandarine. En juillet, il fit une castration bilatérale par la laparotomie, et, quelques mois après, deux opérations par le vagin : une simple ablation d'annexes, des deux côtés cette fois, et une seconde hystérectomie vaginale (novembre 1886; voir *Cliniques*, t. VII, p. 833).

« Il avait été engagé à cette deuxième opération par son succès du 16 février, et fit l'ablation de l'utérus seul, « les annexes étant saines ». Il n'est pas mentionné de tentatives de morcellement. Le col fut isolé, en avant et en arrière, et détaché de la partie inférieure des ligaments larges après l'application préalable de pinces à demeure. Péan fit alors basculer l'utérus en arrière et l'excisa. Dans sa deuxième opération, il note ainsi le manuel opératoire : « Incision circulaire et dissection du col, ouverture des culs-de-sac péritonéaux, pincement des ligaments larges, excision de l'utérus, ligature des ligaments larges, fermeture de la plaie péritonéo-vaginale avec 4 anses métalliques. » Le 8 novembre 1887, Péan fit une nouvelle castration utérine chez une femme à laquelle il avait successivement enlevé les deux ovaires atteints de kyste dermoïde et multiloculaire le 14 avril 1885 et le 10 août 1886.

« Le 12 décembre, il opéra par le vagin un cas d'endométrite compliquée de salpingite, de pelvi-péritonite, et de kystes suppurés des deux ovaires : l'utérus volumineux, enflammé, douloureux, était immobilisé au milieu de tumeurs demi-liquides, prises par d'autres médecins pour des kystes tubaires, et pour lesquels on avait proposé la laparotomie. Péan reconnut, outre l'endométrite et les salpingites concomitantes, un kyste de l'ovaire gauche, enflammé, remontant jusqu'à l'ombilic, et fit l'ovario-hystérectomie vaginale. Il pratiqua l'ablation de l'utérus à l'aide de la section bilatérale du

col et du corps, fit basculer le fond de l'utérus et l'enleva grâce à l'application de 15 pinces à demeure. Voyant alors que les deux ovaires étaient kystiques, et reliés aux organes voisins par des adhérences générales, il les ponctionna, les isola avec le doigt, et les excisa avec les trompes, en appliquant sur leur pédicule 3 nouvelles pinces. Les ovaires contenaient, le gauche « 2 verres, le droit, 5 verres de pus ».

« Le 20 décembre suivant, Péan opéra par la même voie une femme atteinte de métrite interne, de salpingite, et d'un kyste ovarique gauche ouvert dans le rectum. Péan fit l'excision du col parce qu'il était trop friable, et, après avoir, grâce à l'application de 10 pinces à demeure, enlevé l'utérus, il reconnut l'ovaire gauche kystique et les trompes au milieu d'adhérences générales : la tumeur ovarienne fut ponctionnée et il s'écoula d'une première loge un verre de liquide séreux; cette ouverture étant agrandie avec une longue pince, Péan aperçut une deuxième loge, qui donna à la ponction 1/2 litre de pus mêlé de matières fécaloïdes et de gaz; il extrait ensuite 1 litre de liquide crémeux, exprime les trompes, qui contiennent chacune 1/2 verre de pus, et les laisse en place, ainsi que l'ovaire droit, en prenant le soin de réséquer, sans rompre les adhérences supérieures, les lambeaux du kyste ovarien suppuré, et de suturer à la plaie vagino-péritonéale ce qui en est conservé.

« Ces deux premières opérations se rapportent, comme le dit Péan lui-même, à des kystes de l'ovaire suppurés, c'est-à-dire à des suppurations pelviennes que nous considérons comme *secondaires* à des affections néoplasiques, et non pas à des ovaro-salpingites.

« Péan n'appliqua la castration utérine au traitement des suppurations péri-utérines *primitives* (ovarite, salpingite, pelvi-péritonite) que le 6 mars 1888. Il répéta cette opération le 2 juin et le 30 août de la même année. Son opération du 12 juin se rapporte encore à une suppuration pelvienne secondaire. Il s'agit d'un kyste du ligament large contenant deux litres de pus. (Voir Sécheyron, p. 784, 608, 609, 785.)

« M. Péan n'avait pas encore réglé son opération de morcellement telle qu'il la décrivit en 1890 au *Congrès de Berlin* (voir plus loin) et, sur 8 hystérectomies totales pour fibromes, pratiquées par lui en 1887, il ne note que 3 fois l'excision du col.

« A cette époque, les ablations d'annexes se faisaient donc à peine en France, car Péan n'en avait pratiqué que 18 en six ans, dont 11 laparotomies, 2 ablations d'ovaires par le vagin (une unilatérale) et 5 hystérectomies vaginales (2 en 1886, 3 en 1887), et les *Bulletins de la Société de Chirurgie* ne mentionnent en 1887 que 5 opérations pour pyo et hémossalpiaux dues à Bouilly, Terrillon (2), Pozzi, Routier.

« Labbé, Lucas-Championnière, Terrier, Périer, etc., etc., firent également, à cette époque, des ablations d'annexes enflammées et adhérentes. La première opération de Terrillon date de novembre 1886.

« Lawson-Tait avait alors en France la réputation de guérir par la laparotomie les péritonites suppurées : nous avons eu bientôt l'explication de ces succès opératoires, quand nous avons pu apprécier, au cours de nos



laparotomies, combien différaient en gravité la *péritonite pelvienne localisée* et la *péritonite généralisée*. Bien mieux, les recherches bactériologiques nous démontrèrent que nombre de suppurations pelviennes étaient exemptes de bactéries, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas virulentes. Que de succès de prime abord incroyables s'expliquaient aisément, le pus se fût-il répandu au loin, pendant l'opération, dans la cavité péritonéale !

« La question des suppurations pelviennes fut soulevée à la *Société de Chirurgie de Paris*, le 2 juillet 1890, par une communication de M. Bouilly sur le traitement par l'incision vaginale d'une variété de « salpingo-ovarites suppurées ».

« Péan, le 8 juillet suivant, fit à l'Académie sa première communication sur le *traitement des suppurations, d'origine utérine, ayant pour siège l'utérus et ses annexes*.

« Le point de départ des lésions pelviennes étant le plus souvent l'utérus, Péan recommande de s'adresser tout d'abord à l'endométrite primitive. Les topiques astringents, la dilatation, le curetage, suffisent dans les cas où la muqueuse utérine est seule en jeu. La suppuration a-t-elle envahi les annexes et le petit bassin, il faut recourir, soit, dans des cas bien déterminés, à l'incision vaginale et au drainage, soit, dans les cas graves, à l'ablation totale de l'utérus, et, s'il est possible, des annexes. Péan pratique à cet effet la désinsertion du col, puis l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, et le pincement progressif, de bas en haut, d'un des ligaments larges, en prenant la précaution de sectionner les parties isolées par chaque pince, avant d'en appliquer une nouvelle. On fait ensuite basculer dans le vagin le fond de l'utérus et on saisit de haut en bas l'autre ligament; puis on libère l'utérus. Péan rejette la forcipressure en masse, de bas en haut, des ligaments larges. Dans les cas difficiles, la section progressive de bas en haut d'un des ligaments, bien que très avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une pièce : il faut alors recourir au morcellement..... Lorsque l'utérus a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes, et de les exciser, s'il est nécessaire. Les fistules vésicales et rectales et l'étendue des poches purulentes ne sont pas une contre-indication de l'hystérectomie, bien au contraire : la castration utérine par le vagin, termine Péan, est l'opération de l'avenir ; elle sauvegarde tout à la fois la réputation du chirurgien et la santé des malades. » (*Bull. méd.*, 1890, p. 633.)

« Péan décrit en détail son procédé de morcellement au *Congrès de Berlin* (août 1890, in *Bull. méd.*, p. 817). Il pratique à cet effet : 1° l'abaissement et la dissection du col, et l'ouverture, s'il y a lieu, du péritoine ; 2° l'hémostase des ligaments larges, faite en appliquant de longues pinces de chaque côté de l'utérus ; 3° l'ablation du col, qui est d'abord incisé latéralement, de sa cavité vers l'extérieur, dans toute sa hauteur ; on résèque ensuite transversalement les deux valves ainsi obtenues ; 4° l'incision bilatérale du corps et son morcellement progressif jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus ; il faut alors compléter l'hémostase des ligaments larges, dont le bord supérieur est devenu accessible à la vue. L'opérateur, n'ayant plus à craindre d'hémorragie, excise alors le fond de l'utérus en continuant le morcellement. L'utérus détaché, si les annexes sont altérées, on en fait l'ablation, après avoir placé au delà plusieurs pinces à longs mors.

« La communication de Bouilly à la *Société de Chirurgie* et celle de Péan à l'Académie provoquèrent devant la première de ces sociétés une discussion à laquelle prirent part Terrillon, Terrier, Pozzi, Le Dentu, etc. Terrillon dit qu'après avoir eu quelques mécomptes de l'incision vaginale, il traita, dès 1887, à l'exemple de Lawson-Tait, les suppurations pelviennes par la laparotomie. Tout d'abord il fit l'incision simple et le nettoyage des poches suppurées ; puis s'apercevant qu'elles pouvaient être enlevées, il en fit la décortication depuis 1888 et obtint ainsi des succès plus rapides.

« Terrier est du même avis et pense qu'une température de 40° n'est pas une contre-indication de la laparotomie. Il admet l'hystérectomie vaginale, préconisée par Péan, comme supérieure à la simple incision vaginale ; mais il la considère comme inférieure à la laparotomie.

« Les communications de Péan à l'Académie et au Congrès de Berlin restèrent toutefois sans grand écho jusqu'à la communication de M. Segond, le 25 février 1891, à la *Société de Chirurgie*.

« M. Segond, peu après la première communication de Péan, avait assisté à une de ses opérations de castration utérine. Frappé par les avantages de ce mode d'intervention, il le mit lui-même en pratique le 9 août suivant. Il avait fait 23 fois cette opération, lorsqu'il la proposa devant la *Société de Chirurgie* comme étant le procédé de choix dans les cas de suppurations pelviennes. Terrillon fit sa première hystérectomie vaginale pour lésion péri-utérine suppurée le jour même de la communication de Segond, c'est-à-dire le 25 février 1891, et en fit part à la société dans la même séance. La nouvelle opération devait subir bien des attaques, et Richelot lui-même, le 4 mars suivant, déclare que, bien qu'il ait fait 18 fois depuis deux ans l'hystérectomie vaginale pour des cas de fibromes, de névralgies et de prolapsus, il reste partisan exclusif de la laparotomie pour les lésions des annexes, et n'exécute, en faveur de la castration utérine, que quelques formes rares de suppurations pelviennes : « *Tout doit être sacrifié, dit-il, sauf la vie du malade, à l'extirpation des poches purulentes.* »

« Reclus suivit de près Terrillon (25 mars 1891). Terrier, Bouilly, Lucas-Championnière, Richelot, Bazy, etc., demeurèrent au contraire partisans de la laparotomie dans la plupart des cas, rejetant l'hystérectomie au nombre des opérations d'exception. Pozzi se montra plus intransigeant, s'il est possible, pour être obligé de convenir plus tard de l'infériorité de la laparotomie dans bien des cas.

« Toutefois, dans la séance du cinquième *Congrès français de Chirurgie*, consacrée à la discussion des *suppurations pelviennes* (1<sup>er</sup> avril 1891), si nous exceptons la communication de Segond et la nôtre, il n'est question que de laparotomies. Sir Spencer Wells, Lawson-Tait, Jacobs, Le Dentu, Bouilly, Routier et Richelot, etc., ne mentionnent que des laparotomies. Terrillon cite sans insister son unique hystérectomie du 25 février 1891.

« Segond donne des résultats comparatifs de 48 opérations, dont 30 hystérectomies, et nous de 56 opérations, comprenant 4 cas d'incision inguinopéritonéale, 32 laparotomies et 20 hystérectomies vaginales. Ces com-



munications qui confirmaient d'une façon si éclatante celles de Péan à l'Académie et au Congrès de Berlin, entraînent bientôt, à la suite des partisans encore si peu nombreux de l'hystérectomie, de nouveaux adeptes et tout particulièrement Jacobs, Rouffart, Richelot, Bouilly et Lucas-Championnière. »

Au congrès de Bruxelles (septembre 1892), nous assistons en quelque sorte à l'apogée du morcellement dans le traitement des suppurations pelviennes. *Second* rapporteur, Péan, et la plupart des chirurgiens venus à Bruxelles pour prendre la parole sont presque à l'unisson des partisans du morcellement.

Aussi ne peut-on considérer les opinions émises à ce congrès comme la consécration du morcellement, mais simplement comme un chaud plaidoyer en faveur de la méthode naissante.

Depuis cette époque, il n'y a eu sur ce sujet que des communications partielles, mais pas de discussion générale de laquelle on puisse conclure la place exacte que le morcellement utérin par la voie vaginale doit définitivement occuper dans la thérapeutique gynécologique.

Il est même à désirer que cette discussion, qui prendra naissance ou dans une société savante ou dans un congrès, ne se produise pas avant un certain laps de temps, afin que les opérateurs arrivent avec des documents suffisants pour éclairer le débat.

Il faut que les enthousiasmes irréfléchis de la première heure se calment, que les réfractaires aux idées nouvelles se laissent petit à petit persuader.

Alors, c'est-à-dire dans deux ou trois ans, on pourra commencer à se former un jugement, qui, pour ne pas être définitif, aura de grandes chances de stabilité.

En attendant cette période de maturité, essayons à *titre provisoire* de tracer la conduite qui nous paraît la plus rationnelle, et essayons de subordonner le traitement aux divers cas cliniques :

Au point de vue thérapeutique les cas doivent être divisés en deux catégories suivant que l'abcès est *unique* ou *multiple*.

Quand les collections purulentes sont  *multiples*  une seule intervention est susceptible de donner des résultats sérieux, c'est la castration utérine par la voie vaginale ou *opération de Péan*, et c'est à cette opération qu'il faudra d'emblée avoir recours sans perdre son temps à l'application d'autres procédés, qui ne feront souvent que compliquer la situation, ou qui amèneront pour le moins une perte de temps préjudiciable à la malade, qui va en s'affaiblissant.

Quand, au contraire, l'abcès est *unique* ou qu'au moins on le suppose tel, une opération aussi radicale ne saurait trouver d'emblée son indication, et c'est par un véritable abus opératoire ou par ignorance gynécologique que certains chirurgiens ne craignent pas de le conseiller et de le pratiquer en pareille circonstance.

Il est possible dans la majorité des cas et d'après les éléments du diagnostic, qui ont été donnés précédemment, de savoir s'il s'agit d'un pyosalpinx ou d'un abcès cellulaire ou péritonéal.

En cas de pyosalpinx, la laparotomie est indiquée, elle doit être complétée par la résection de la ou des trompes malades.

S'il y a abcès cellulaire ou péritonéal, c'est à l'incision et au drainage d'après la méthode de *Laroyenne* qu'on aura recours.

Toutefois si, après ces interventions soit pour le pyosalpinx par la voie abdominale, soit pour les abcès cellulaires ou péritonéaux par la voie vaginale, il n'y avait pas guérison au bout de quelques mois, et qu'il y ait récurrence ou suppuration interminable, on serait autorisé à avoir, comme dernière ressource, recours à la castration utérine par la voie vaginale. Cette opération, qui n'était pas justifiée dans ces cas simples, car des méthodes moins dangereuses suffisent le plus souvent à la guérison, est une précieuse ressource qu'il faut employer sans hésitation dans les cas rebelles.