

## II

**Hystérectomie vaginale et laparotomie.**

MESSIEURS,

Voici bientôt quatre ans que l'on discute sur les mérites de l'hystérectomie vaginale comparée à la laparotomie pour l'extirpation des annexes enflammées ; la lutte a été vive, et maintenant que la poussière du combat est à peu près tombée, il est intéressant de se rendre compte de nos exagérations réciproques. J'ai, dès le premier jour, pris parti pour l'opération nouvelle, et je tiens à vous montrer tout d'abord en quels termes je l'ai fait au début de la campagne, me réservant, dans de nouvelles conférences, de vous indiquer en quoi une étude plus longtemps poursuivie a pu modifier mon opinion, et de voir avec vous quelles leçons on peut tirer des documents importants publiés depuis 1891 par les camps opposés.

Les suppurations pelviennes ne se présentent pas sous un type unique : il en existe de nombreuses variétés qui peuvent exiger une thérapeutique différente. Aussi était-il nécessaire d'établir une division, et dans les discussions de la Société de chirurgie chacun a apporté la sienne. Ces classifications se valent, et pour plus de simplicité j'accepte la suivante : Les annexes enflammées sont

très adhérentes et non énucléables ; elles sont adhérentes mais encore énucléables ; elles sont libres ou, du moins, très peu adhérentes aux parois et aux organes du petit bassin.

Pour la première catégorie de faits, lorsque les trompes et l'ovaire enflammés ont provoqué, dans les feuilletés péritonéaux voisins, la formation de néomembranes épaisses qui les agglomèrent en une masse indistincte creusée de cavités purulentes, l'accord est unanime : tous les orateurs de la Société de chirurgie ont déclaré que l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale préliminaire, et, parmi eux, M. Bouilly, dont on connaît l'expérience et la prudence, a été très catégorique. Pour notre part, nous déclarerions volontiers que, dans ces cas extrêmes, il n'y a pas de parallèle à établir, pas de balance à faire entre diverses interventions de valeur à peu près égale, il n'y a qu'une opération possible : l'hystérectomie.

Si M. Pozzi, seul parmi nous, tient pour l'extirpation ou, à son défaut, pour l'ouverture large des collections purulentes et leur drainage à la Mikulicz, c'est, je m'imagine, que, malgré sa pratique étendue, il n'a pas vu encore ces « pachy-pelvi-péritonites » auxquelles nous faisons allusion. Nous en avons observé quatre et leur souvenir, qui me hantait, a décidé de ma conversion immédiate dès que la technique de Péan m'a été révélée par la pratique de mon ami Paul Segond. J'avais, comme tous, essayé de l'extirpation, de la large ouverture et du drainage, et l'échec fut complet, puisque, de mes quatre opérées, une seule a survécu, et encore, avec une fistule intarissable sur la ligne blanche, au-dessus du pubis ; les



trois autres sont mortes, l'une de l'opération, les deux autres des suppurations prolongées que mon intervention n'avait pu tarir.

Je ne reviendrai pas sur ces faits que j'ai déjà communiqués à la Société de chirurgie; je rappellerai seulement que, dans un cas, je pratiquai l'extirpation des annexes après avoir ouvert cinq ou six poches purulentes énormes; les ovaires et les trompes furent bien amenés au dehors, mais au prix de déchirures étendues de leurs parois très friables; un saignement continu, une hémorragie inquiétante survint, et, pour l'étancher, il fallut avoir recours non à un drainage, mais plutôt à un tamponnement à la gaze iodoformée; au troisième jour, notre opérée était morte. Dans les trois autres cas, on ne pouvait même songer à l'extirpation: des fausses membranes, épaisses en certains points de plus de 3 centimètres, englobaient les annexes et doublaient d'une couche rigide les anses intestinales. Les cloisons qui séparaient les diverses poches sont détruites, et je draine la cavité unique. Mais il restait un large cloaque que ne put remplir la poussée des intestins immobilisés par leur blindage de néomembranes; la suppuration recommence et sa persistance provoque, chez deux de nos malades, des dégénérescences amyloïdes des reins et du foie.

Certes la mort n'est pas toujours la conséquence de ces interventions, et nous avons dit qu'une de nos laparotomisées vit encore malgré sa fistule persistante. Il est même des cas sans doute moins graves, à poches purulentes moins volumineuses, à fausses membranes moins épaisses, où la cicatrisation complète peut être amenée par l'ouverture large et le drainage iodoformé.

Pozzi et Bouilly nous disent en avoir guéri chacun trois par cette méthode, mais, outre que les lésions n'avaient pas alors, nous osons l'affirmer, l'étendue et la gravité des nôtres, qu'elles n'étaient pas vraiment incurables comme nos vieilles pachy-péritonéo-salpingites, la cure a dû être bien précaire ou obtenue bien lentement, puisque Bouilly déclare qu'en pareille occurrence, l'hystérectomie eût été préférable.

Certes, elle doit l'être! Ces collections purulentes du petit bassin ont, pour centre, l'utérus; à droite et à gauche on peut trouver les trompes et les ovaires ab-cédés, en arrière le cul-de-sac de Douglas distendu, au-dessus, des poches qui soulèvent les intestins protégés par l'épaisseur des néo-membranes. Lorsque, par le morcellement, la matrice est enlevée, on a, pour ainsi dire, fait disparaître la clef de voûte et toute la « superstruction » s'écroule; pour prendre une autre image, chère, dit-on, au promoteur de la méthode, on retire « la bonde » qui ferme toutes les collections; elles se vident, et les poches tendent à revenir sur elles-mêmes par rétraction inodulaire ou sous la poussée incessante des intestins. Il se peut que l'hystérectomie n'ait pas ouvert toutes les cavités, mais si quelque foyer échappe au doigt du chirurgien, la déhiscence spontanée ne tarde pas à survenir et assure la guérison.

Les pachy-pelvi-péritonites ne sont pas les seules lésions où l'hystérectomie se présente comme l'opération nécessaire: elle l'est aussi pour certaines salpingites scléreuses, où les annexes, petites et perdues dans une coulée plastique, adhèrent intimement à l'utérus et aux



ligaments larges dont on ne saurait les séparer. Bouilly, avec raison, a insisté sur cette forme où la laparotomie resterait impuissante et qui est justiciable de la seule hystérectomie. Je viens de me trouver en présence d'un cas de ce genre, et, bien que des circonstances spéciales, la grande étroitesse du vagin, la friabilité de l'utérus, son immobilité dans le petit bassin, l'impossibilité de l'abaisser vers la vulve aient rendu l'opération difficile, nous avons obtenu un remarquable succès. En dix jours la guérison était effectuée, sans que nous eussions eu à noter le plus léger incident.

Il s'agit d'une jeune femme déjà laparotomisée, il y a un an, pour une collection pelvienne consécutive à une fausse couche de deux mois; le pus avait été évacué et la guérison paraissait acquise, lorsque des douleurs intenses reparurent, et une tuméfaction notable à droite et à gauche de l'utérus. La bilatéralité indiscutable des lésions, leur ancienneté, l'immobilité de la matrice, preuve évidente de l'existence d'adhérences vieilles et solides, me firent opter pour l'hystérectomie. Lorsque je dégageai le fond de l'organe après le morcellement, une poche assez volumineuse vint se loger dans le vagin; j'essayai alors d'énucléer l'ovaire et la trompe dont je voyais les extrémités saisies par les pinces qui étreignaient le ligament large; mais toutes nos tentatives furent vaines, car le tissu scléreux des organes faisait corps avec celui des néo-membranes. Pourquoi d'ailleurs eussions-nous insisté? la cavité purulente avait été ouverte, et les annexes, privées de leurs vaisseaux nourriciers et de leurs nerfs, ne pouvaient plus que s'atrophier rapidement.

En résumé, nous pensons que, dans ces ovaro-salpingites scléreuses, adhérentes à l'utérus et aux ligaments larges avec lesquels elles font corps, la seule opération possible est l'hystérectomie vaginale; si elle n'enlève pas toujours les annexes malades, elle en détruit du moins les nerfs et les vaisseaux, et entraîne l'atrophie certaine de l'organe. Même intervention pour les pachy-pelvi-péritonites à suppurations diffuses: ouvrir et drainer les cavités purulentes est une méthode vraiment illusoire; essayer d'extirper les néo-membranes est dangereux; aussi recourra-t-on d'emblée à l'hystérectomie dont les états de services, dans cette variété de suppurations pelviennes, sont déjà assez beaux pour qu'on rejette le programme vraiment trop compliqué de M. Pozzi: la laparotomie d'abord; puis, en cas d'échec et « comme dernière ressource », l'hystérectomie vaginale. Pourquoi s'exposer à faire deux opérations, puisque l'expérience a démontré qu'une seule est suffisante?

Jusqu'ici aucune objection précise n'est encore formulée contre l'hystérectomie vaginale; la grande majorité des chirurgiens l'acceptent pour cette première catégorie de faits, et si M. Pozzi la repousse, il donne pour unique raison que, la laparotomie lui ayant suffi dans tous les cas de sa pratique, il n'a pas eu à chercher au delà. Mais les accusations se précisent dès que nous touchons au deuxième groupe, à ces poches adhérentes, fistuleuses ou non, mais énucléables. La laparotomie les extirpe, tandis que « chez un très grand nombre de malades, dit M. Pozzi, les hystérectomistes se contentent d'ouvrir, ou même d'abandonner à la déhiscence spon-



tanée, des poches fortement collées au bassin et qu'un laparotomiste exercé aurait certainement décortiquées. Il reste donc dans le ventre, après guérison opératoire, des résidus de tissus pathologiques plus ou moins infectés. »

Cette objection aurait un grand poids, mais elle n'est pas fondée, et c'est grâce à une confusion regrettable qu'elle revient sans cesse dans l'argumentation de la plupart de nos contradicteurs : certainement, dans la première catégorie de faits, dans ce que nous avons à plusieurs reprises appelé la pachy-pelvi-péritonite suppurée, on laisse des néomembranes, des exsudats et même les débris des annexes; mais si l'on se contente d'ouvrir les abcès, c'est pour cause : leur adhérence est telle que laparotomistes et hystérectomistes s'arrêtent devant les mêmes impossibilités ou devant les mêmes dangers; la décortication aurait pour conséquence la rupture de vaisseaux volumineux, la déchirure de la vessie, du rectum, de l'S iliaque ou des anses de l'intestin grêle; sous ce rapport, laparotomie et hystérectomie sont égales; l'une et l'autre abandonnent dans le ventre « des résidus infectés », mais avec cette différence, tout à l'avantage de l'hystérectomie, que le drainage de celle-ci en débarrasse bien plus facilement l'organisme que le drainage de celle-là.

Comme, dans les lésions du premier groupe, les hystérectomistes ouvrent les poches sans les extirper, on en a conclu qu'ils les laissent aussi dans les lésions du deuxième; il n'en est rien, et l'hystérectomie permet l'énucléation partielle ou totale des foyers. Vraiment, on exagère les facilités de l'ablation des annexes après ouver-

ture du ventre, et lorsque M. Pozzi oppose « les manœuvres s'exécutant à l'aise, un large accès donné par l'ouverture abdominale vers les parties malades, le toucher pouvant toujours au besoin s'aider de la vue... aux tâtonnements inévitables au fond d'une cavité étroite et profonde pour peu que l'utérus s'abaisse difficilement et que la personne présente un notable embonpoint, une hémostase toujours incertaine et livrée à la bonne fortune d'une première mise en place de pinces, le danger de ne pouvoir atteindre des lésions trop hautes dans un champ opératoire encombré de pinces qu'on court le risque de déplacer », il me paraît comparer simplement, aux cas faciles de la laparotomie, les cas difficiles de l'hystérectomie.

J'ai qualifié, à la Société de chirurgie, l'hystérectomie d'opération « facile »; j'ai eu tort, et l'expression a trahi ma pensée; je voulais dire que, toutes choses égales d'ailleurs, je trouvais cette délicate intervention, plus facile que la laparotomie dans les cas correspondants. J'ai opéré, à trois jours de distance, deux ovaro-salpingites suppurées, dont les lésions étaient presque « superposables », aussi semblables vraiment que la clinique peut le permettre; la première fut traitée par la laparotomie; l'énucléation des annexes d'un côté s'est faite sans grande difficulté, mais, de l'autre, la décortication a été longue, pénible, hérissée de dangers; deux poches purulentes ont été ouvertes dont il a fallu garer le péritoine; et les anses intestinales emmêlées dans les doigts, glissantes et toujours prêtes à envahir le champ opératoire, j'allais en aveugle au fond du cul-de-sac de Douglas, n'ayant pour guide que mes doigts, car le toucher, pour