

s'aider de la vue, aurait eu besoin « des ressources supplémentaires de la position déclive et de l'éviscération », mais cette manœuvre n'avait point encore pénétré dans la pratique. Un lambeau de la trompe trop friable est resté adhérent au fond de l'utérus et ce débris infecté a nécessité un drainage. La malade a guéri, mais moins simplement et peut-être moins complètement que la seconde.

Pour celle-là j'eus recours à l'hystérectomie vaginale : la matrice était mal abaissable et le morcellement offrit quelque difficulté, d'autant qu'une de mes pinces dérapa et j'eus pendant quelques instants tous les ennuis d'une hémorragie ; mais une pince nouvelle tarit l'écoulement et, l'utérus une fois enlevé, je vis les annexes malades envahir, pour ainsi dire, le champ opératoire et prendre la place de l'organe extirpé ; des kystes séreux furent ouverts, dont le liquide s'écoula au dehors par le vagin ; puis leurs poches flasques et vides, attirées par une pince, vinrent avec l'ovaire scléreux et la trompe droite, dilatée par le pus, et semblable à une petite outre. A gauche, les adhérences avec le ligament large et les parois du petit bassin sont fort solides ; j'introduis la main par la vulve et, du bout du doigt, je décortique lentement la poche purulente qui crève, trop amincie en un point, mais dont le contenu s'évacue par déclivité et sans contact avec les anses intestinales. Je pratiquai donc plus aisément, et avec un danger moindre d'inoculation, une décortication aussi complète que dans la laparotomie précédente.

On peut donc énucléer, extirper, décortiquer par la voie vaginale. Je crois même que l'hystérectomie préli-

minaire est, en réalité, plus simple. Elle le serait moins que nous la préférerions encore, car elle offre plus de sécurité lorsque le drainage est rendu nécessaire par la rupture de quelque poche ou l'adhérence intime de quelque débris infecté. On ouvre alors un accès large et déclive, qui amène forcément les sécrétions au dehors ; tandis que, après la laparotomie, le drainage se fait par une boutonnière étroite, par une sorte de goulot laissé par le chirurgien en un point de l'incision abdominale, et les liquides doivent remonter par capillarité le long des mèches de gaze iodoformée. Évidemment ce drainage est bon, mais l'autre est meilleur. Et puis, combien moins grandes les chances d'infection !

On a prétendu à ce sujet que l'hystérectomie vaginale est l'opération des gens « à mains sales », qui craignent d'infecter le péritoine de leurs ongles sertis de colonies microbiennes. A cette heure, Dieu merci, on sait se laver les mains : la technique en est aussi précise qu'efficace : mais les polémistes qui ne craignent pas de recourir à cet argument, n'ignorent point que, dans les extirpations de pyo-salpingites, l'infection peut se faire en dedans, par la rupture d'une poche, et qu'il faut un grand soin, une attention extrême, des précautions multipliées pour protéger contre l'irruption d'un liquide septique, les anses intestinales qui bordent le champ opératoire. Certes, dans l'immense majorité des cas, les laparotomistes savent se garder de ce danger, mais combien plus simplement dans l'hystérectomie vaginale ; les abcès sont situés au-dessous des intestins et le pus tombe dans le vagin pour s'écouler au dehors.

Ces avantages, s'ils ont la valeur que nous leur attri-



buons, devront se traduire, dans la pratique, par de plus grands succès opératoires. Nous le croyons, mais la démonstration en est difficile. Elle serait faite si nous pouvions invoquer les relevés de M. Péan qui, sur 60 hystérectomies vaginales, aurait eu 60 succès. Mais ces chiffres, s'ils ont été publiés, ne sont pas, que je sache, accompagnés d'observations, et leur appui se dérobe. Nous n'avons donc que le tableau de M. Segond qui compte 38 opérations avec 33 succès et 5 morts; avec nos faits, avec ceux de Terrillon, de Peyrot, de Larabrie, de Nélaton, etc., nous pourrions porter ce chiffre à cinquante en augmentant d'autant la colonne des succès sans charger celle des morts. Mais ces relevés, faits de pièces et de morceaux, sont sans valeur et nous nous en tenons à la statistique de Segond. Elle est des plus encourageantes et nous ne doutons pas que, sous peu, l'innocuité de l'hystérectomie ne soit proclamée par tous les chirurgiens. Toutefois nous nous garderons d'insister, car nous reconnaissons avec M. Pozzi « qu'il est plus scientifique de tenir compte des résultats acquis que des résultats espérés ».

Nous sommes moins affirmatif pour le traitement des lésions du troisième groupe, celui des salpingites peu volumineuses, sans adhérence aux parois du bassin. Il est certain qu'en pareil cas, une incision de quelques centimètres sur la ligne blanche permet d'introduire deux doigts jusqu'à la trompe, de la retirer, après avoir déchiré quelques adhérences molles s'il en existe, de lier le pédicule et d'extirper l'organe malade. Une prompte guérison est la suite à peu près obligée de cet

acte opératoire, aussi simple que rapide. L'hystérectomie vaginale, bien que facile alors, puisque l'utérus abaissable peut, pour ainsi dire, être « cueilli » à la vulve, est certainement plus compliquée et, pour la pratiquer ici au détriment de la laparotomie, il faut produire de nouveaux arguments. M. Segond en présente deux.

Le premier ne nous touche guère : après l'ablation des annexes, l'utérus devient un organe inutile; il peut même être nuisible, car il est souvent atteint d'une endométrite que ne guérit pas toujours la salpingectomie. Le fait est exact et nous avons opéré récemment une malade que nous avait confiée le professeur Tarnier : la castration bilatérale, pour des trompes remplies de pus, fut suivie d'un beau succès, mais une leucorrhée abondante n'en persista pas moins et, au contraire de ce qu'on observe d'habitude, l'écoulement ne s'était pas tari au bout d'un mois. Il a fallu recourir au curettage pour compléter la guérison. Nous tenons donc l'argument pour exact, mais il nous paraît d'un poids bien médiocre, d'abord parce que la persistance de cette leucorrhée est rare, ensuite parce qu'il suffit, pour la guérir, d'une intervention des plus simples.

Le second semble plus recevable : la laparotomie nécessite une incision abdominale dont la cicatrice dépare le ventre; l'hystérectomie vaginale enlève les annexes par une voie naturelle, et le tégument ne subit aucune altération. C'est là une considération de quelque valeur pour une jeune femme, et je dois dire que mes deux opérées, dont la plus âgée n'a pas plus de 23 ans, y ont prêté une attention d'autant plus grande qu'elles devaient sacrifier beaucoup aux exigences d'une



profession peu avouable. J'opterais donc, chez une jeune femme, pour une opération un peu plus compliquée, mais aussi bénigne et aussi efficace, si elle assure le bénéfice d'un ventre sans vestige d'incision, et, cette idée, je la traduis par cette formule : Toutes choses égales d'ailleurs, je préfère pas de cicatrice à une cicatrice, si dissimulée que la fassent nos sutures actuelles.

Mais ici intervient une objection que la plupart des orateurs de la Société de chirurgie ont développée avec une juste insistance : dans les cas récents et légers, lorsque les désordres sont peu avancés, il est difficile d'affirmer la nature de la lésion et son degré de gravité ; l'hystérectomie vaginale n'expose-t-elle pas alors à enlever, non des salpingites suppurées, mais des hémato-salpinx, des hydro-salpinx, des dégénérescences scléro-kystiques, de simples salpingites catarrhales ? N'expose-t-elle pas surtout à supprimer les deux trompes et les deux ovaires lorsque les annexes d'un seul côté sont vraiment atteintes ? La laparotomie eût permis de reconnaître l'erreur, et l'utérus avec un des deux ovaires aurait été conservé pour la fonction ; la femme n'eût pas perdu sa fécondité.

Qu'on puisse se tromper sur la « nature » de la lésion et confondre une salpingite suppurée avec un hémato-salpinx, un hydro-salpinx, une dégénérescence kystique, une salpingite parenchymateuse, le fait m'importerait peu si les lésions sont bilatérales et les organes perdus pour la fonction. Si j'étais sûr, absolument sûr, de la perte irrémédiable de la fécondité, j'aurais recours à l'hystérectomie vaginale et non à la laparotomie, car ce n'est pas la présence du pus qui légitime l'opération,

mais bien la bilatéralité et la gravité des désordres. Malheureusement il est aussi difficile, dans les cas récents, de reconnaître la gravité et la bilatéralité des lésions que d'affirmer leur nature, et l'argument demeure avec toute sa force. « Il m'est arrivé, dit M. Pozzi, de faire la laparotomie en croyant à une double salpingite suppurée et de me trouver en présence de lésions avancées d'une trompe d'un côté, et de lésions très légères ou même nulles des annexes de l'autre côté. J'ai pu alors me borner à enlever les annexes du côté seulement où la lésion le rendait nécessaire. »

Nous n'avons pas la prétention d'être plus précis dans nos diagnostics, et ces erreurs possibles commandent une extrême réserve. Mais, pour notre part, nous nous désintéresserions presque du débat, car dans cette troisième catégorie de faits, lorsque les lésions sont récentes et peu étendues, nous nous abstenons le plus souvent d'une intervention chirurgicale ; nous mettons la malade au repos ; nous curetons et nous drainons l'utérus, s'il y a lieu ; nous avons recours aux irrigations vaginales biquotidiennes, surtout aux lavements à la température de 55° et qui doivent être gardés pendant une demi-heure au moins. Et dans quelques faits, rares il est vrai, mais fort remarquables, nous avons pu éviter la laparotomie. Je dis : la laparotomie, car dans ces cas à diagnostic difficile, c'est à elle que nous nous adresserions. « Elle est une opération de contrôle qui permet de rectifier à temps les incertitudes et les erreurs de diagnostic, tandis que l'hystérectomie est une opération de certitude qui suppose l'infailibilité du diagnostic. »



Nous ne voudrions donc pas substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie et l'une et l'autre conservent leurs indications précises. La dernière raison pour laquelle M. Pozzi rejette en bloc l'hystérectomie et la repousse, même dans les cas où ses collègues les plus compétents l'accueillent avec faveur, c'est qu'il faut se garder « d'entre-bâiller une porte qui doit rester fermée, de peur qu'on n'y fasse passer trop de lésions guérissables autrement ». Cette idée le poursuit, car il y revient par trois fois et il ajoute : « Le vagin est un gouffre où s'enseveliront, sans vérification et sans enseignement possibles, les plus impardonnables erreurs. » Certes, nous savons ce que « des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses » peuvent faire des meilleures opérations. Mais en vérité, ces craintes, trop justifiées, hélas ! pourquoi les montrer plus pour l'hystérectomie que pour la laparotomie au nom de laquelle on a extirpé tant de trompes et tant d'ovaires sains ? Je m'imagine qu'avant longtemps un mémoire ne sera que trop nécessaire sur « les abus de l'hystérectomie vaginale dans les inflammations pelviennes », mais, qu'on ne l'oublie pas ! il aura été précédé de la juste thèse de M. Pichevin sur « les abus de la castration chez la femme ».

Nous avons toujours protesté et, plus que jamais, nous protesterons contre les « interventions » mal indiquées et les « mutilations irréparables » lorsqu'elles ne sont pas formellement nécessaires. Mais notre protestation vise une tendance et non telle ou telle intervention qui vaudra toujours ce que vaut le chirurgien qui l'applique. Aussi cet argument ne saurait nous toucher

pour l'hystérectomie — et je résumerai cette conférence par les conclusions que je soumettais à la Société de chirurgie et qui se rapprochent fort de celles de M. Segond :

1° Dans les pelvi-péritonites anciennes, et pour les ovaires scléreux, adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes, nous n'avons qu'une opération : l'hystérectomie vaginale.

2° Dans les doubles ovaro-salpingites volumineuses, nous préférons — comme plus facile et plus sûre — l'hystérectomie à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats.

3° Enfin, dans les lésions récentes, lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leurs fonctions, on aura recours, si du moins une intervention chirurgicale est jugée nécessaire, à la laparotomie qui, seule, permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation.