

III

Suppurations pelviennes et laparotomie.

MESSIEURS,

Je désire vous entretenir des malades atteintes de suppurations pelviennes que nous avons opérées par la laparotomie. La première de nos interventions date du 15 février, la dernière du 15 octobre de l'année courante; c'est donc notre pratique de sept mois que nous allons exposer ici, de sept et non de huit, car nous nous sommes absenté en septembre.

Le nombre total de ces laparotomies a été de 19. C'est peu, si l'on songe à l'extrême activité du service que nous a laissé notre prédécesseur, M. Polaillon, dont la consultation de gynécologie avait une vogue si légitime. Mais nous ferons remarquer que, d'une part, nous avons écarté toutes les interventions où les lésions révélées par l'examen direct, pièces en main, n'étaient pas ou n'étaient plus purulentes et que, d'autre part, nous n'opérons que les cas les plus graves. En effet, à peine une sur trois malades entrées dans nos salles pour des inflammations des annexes, subit l'ouverture du ventre; il faut, pour en arriver là, que le foyer ait résisté à la désinfection méthodique, au drainage, au curettage, au

repos prolongé, aux laxatifs, surtout aux lavements quotidiens, avec de l'eau à la température de 55 degrés centigrades. Nous comptons assez de guérisons authentiques et durables, pour conseiller vivement « l'essai loyal » de cette thérapeutique.

A lire les auteurs les plus récents et les plus compétents, on pourrait croire que, du diagnostic précis d'ovaro-salpingite, découle comme corollaire la nécessité d'intervenir; on discute sur la voie à suivre et sur le mode opératoire; les uns incisent la paroi abdominale et les autres le vagin, mais tous semblent se réunir pour exiger l'extirpation des annexes enflammées. Cependant une réaction s'esquisse à cette heure et nous voyons s'accroître la double tendance qui, du reste, a toujours eu des défenseurs: opérer le moins possible et, si l'opération est déclarée indispensable, recourir aux moindres délabrements. Les faits deviennent nombreux où, à la laparotomie et à l'hystérectomie, on a substitué soit la simple incision des culs-de-sac et le drainage de l'abcès, soit le traitement médical que nous préconisons plus haut.

Dans les 19 cas où nous sommes intervenu, cette thérapeutique avait échoué, ou les lésions nous avaient paru si avancées que l'opération devenait urgente. L'âge des malades variait de 20 à 43 ans; la cause de la suppuration a pu être rapportée le plus souvent à la puerpéralité, quelquefois à la blennorrhagie; dans 2 cas, il a été impossible, non de déterminer, mais même de soupçonner le mode d'infection. L'examen bactériologique a été pratiqué six fois, à la Pitié par M. Martin, par M. Tixeront

dans le laboratoire du professeur Cornil : on a trouvé le gonocoque une fois; deux fois le streptocoque et le staphylocoque; dans les autres cas le pus était stérile, le microscope et les cultures n'y ont décelé la présence d'aucun germe pathogène. Le foie n'est donc plus, comme on le croyait naguère, le seul organe où la collection, quand on l'examine, ne contient pas ou ne contient plus de bacilles.

Dans nos 19 cas, les lésions étaient bilatérales; trompes et ovaires, des deux côtés, étaient atteints; je ne dis pas qu'il y ait toujours eu du pus à droite et à gauche, mais si parfois la collection manquait d'un côté, les annexes n'en étaient pas moins nettement malades, avec des trompes hypertrophiées ou sclérosées et entourées d'épaisses néo-membranes. Celles-ci étaient de résistance variable, tantôt solides, fibreuses, et ne se laissant entamer que difficilement avec l'ongle, tantôt friables et déchirées par une légère traction. Elles solidarisaient les annexes et les faisaient adhérer, le plus souvent, aux parois du petit bassin et à la surface de l'utérus, 6 fois au péritoine de la paroi abdominale antérieure et 3 fois à l'intestin. Cinq fois j'ai trouvé, en détachant l'épiploon, des kystes multiples, 2, 3, 4 et même 5, remplis de sérosité citrine ou sanguinolente. Dans nos laparotomies antérieures et dans nos hystérectomies vaginales, nous avons si fréquemment rencontré ces poches autour des annexes enflammées, que nous sommes étonné de ne pas en voir signaler un seul cas dans la série de 59 interventions pour suppurations pelviennes, où MM. Terrier et Hartmann ont noté la nature et le siège exact des lésions.

Dans nos 19 cas, un abcès occupait soit les deux trompes, soit une seule, soit un ovaire, soit les deux. Une seule fois les deux trompes et les deux ovaires étaient simultanément le siège d'une collection purulente, mais, d'ordinaire, l'abcès faisait défaut dans un de ces organes et était remplacé par des néo-membranes plus ou moins épaisses. Dans trois de nos observations, enfin, on trouvait, en même temps qu'une suppuration des annexes, des abcès plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux autour de l'utérus, dans le péritoine circonvoisin. Nous devons insister sur ce point, car dans le mémoire que nous avons déjà signalé, MM. Terrier et Hartmann disent que, sur 47 cas, ils n'ont constaté que dans un seul « l'existence d'une pelvi-péritonite à loges suppurées multiples ». Et ils ajoutent, en visant, dans une note, deux de mes articles de la *Gazette hebdomadaire*: « Ce sont là des lésions très différentes de la conception subjective des auteurs qui, pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes, ont donné des descriptions par trop convaincantes. »

Si j'ai bien compris, M. Terrier m'accuse de n'avoir pas vu les lésions que j'ai désignées, après d'autres, sous le nom de pachy-pelvi-péritonite. Avec le seul secours de mon imagination, j'en aurais tracé « une description par trop convaincante », et cela pour « prôner certain traitement », c'est-à-dire l'ouverture des collections purulentes par l'hystérectomie vaginale? Sur ce dernier point, je ne m'arrêterai pas; vous connaissez mon entière liberté d'esprit à cet égard; j'ai défendu vivement et je défends encore l'hystérectomie préliminaire; dans certains cas, elle me paraît supérieure, mais dans d'autres,

je préfère la laparotomie, comme je ne tarderai pas à vous le dire, et si, l'année précédente, j'ai eu recours à peu près par moitiés égales à l'une et à l'autre voie, vous savez que, cette année, c'est à travers la paroi abdominale que j'ai passé le plus souvent. Donc je n'insiste pas, car l'accusation tombe d'elle-même.

Mais je veux insister pour démontrer que la pachy-pelvi-péritonite, « la pelvi-péritonite à loges suppurées multiples », n'est pas « une conception subjective ». Dans ma série nouvelle de 19 laparotomies, j'en ai rencontré 3 cas et je viens d'en observer un quatrième que j'étudierai ailleurs, parce que, à la suppuration pelvienne, s'ajoutaient des corps fibreux de l'utérus. Eh bien ! dans ces 4 cas, — et je copie ici le cahier du service, — la paroi abdominale incisée, nous avons trouvé le petit bassin rempli d'une masse indistincte recouverte par l'épiploon et les anses intestinales que nous décollons prudemment et difficilement ; au-dessous, nous apercevons des cavités kystiques distendues par de la sérosité sanguinolente, puis, plus bas, le fond de la matrice et les annexes encastrées dans une sorte de coulée plastique. Nous essayons d'en dégager la trompe et l'ovaire ; mais notre doigt n'entame les épaisses néo-membranes qu'avec peine et ouvre plusieurs poches pleines de pus ; trois au moins sont indépendantes des annexes et, parmi elles, une très volumineuse qui remplit, en arrière et en bas, toute la cavité de Douglas.

Nous pourrions citer trois autres observations semblables où l'examen a été minutieux et complet. Nous avons opéré en position déclive, comme nous le faisons toujours depuis un an, et l'on sait combien il est alors

facile de suivre son doigt de l'œil et de voir les lésions. Dans un de mes trois cas, les adhérences étaient si intimes, leurs stratifications si épaisses que, les annexes d'un côté péniblement enlevées, il a été impossible d'extirper celles de l'autre côté : le péril eût été trop grand d'exercer des tractions dans cette masse assez vasculaire, fusionnée non seulement avec les organes du petit bassin, mais aussi avec les anses grêles et l'S iliaque. Nous avons donc laissé notre intervention inachevée, après avoir désinfecté et drainé toutes les poches accessibles. Le résultat, que nous craignons précaire, a été de tous points excellent. La femme a quitté l'hôpital n'ayant plus ni douleurs, ni troubles fonctionnels, et, six mois après, cet état persistait. Aussi, elle et nous, n'avons-nous plus songé à l'hystérectomie vaginale qui devait être, semblait-il, le complément nécessaire de cette laparotomie. Nous ne savons ce qu'il en adviendra ; peut-être la patiente ira-t-elle plus tard trouver quelque partisan exclusif de la « voie vaginale », qui se servira de ce fait comme d'un argument contre la laparotomie. Pour ce cas, il aura raison ; l'hystérectomie préliminaire eût été, je crois, préférable.

Cette série d'observations nous autorise donc à dire que la pachy-pelvi-péritonite à loges suppurées multiples n'est pas « une conception subjective » et notre description, loin d'être « trop convaincante », me paraît tout uniment exacte. D'ailleurs, cette forme n'est-elle pas signalée partout et par tous ? J'ouvre au hasard le dernier volume du Congrès de chirurgie : quelques pages après le mémoire de MM. Terrier et Hartmann, je trouve

une communication où M. Delagenière relate quatre laparotomies, et voici les lésions qui, trois fois, les ont nécessitées : « Premier cas, suppurations pelviennes d'origine blennorrhagique; laparotomie; extirpation des pyo-salpingites et évacuation de foyers de pelvi-péritonite; — Deuxième cas, suppurations pelviennes; poches très volumineuses remontant au-dessus du pubis jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic; pus dans les selles à plusieurs reprises; laparotomie; évacuation, puis extirpation des poches purulentes et des annexes; — Troisième cas, suppurations pelviennes d'origine blennorrhagique; laparotomie, extirpation des ovaires et des trompes qui sont volumineuses et distendues par du pus; ouverture de plusieurs foyers purulents. »

Ainsi trois sur quatre de ces cas sont des types évidents de pelvi-péritonites à foyers multiples, et il serait facile d'en trouver, dans les auteurs, un grand nombre de semblables. Mais il m'a paru plus intéressant de rappeler les seuls faits de M. Delagenière : d'abord, on ne peut l'accuser d'avoir mal observé : non seulement il a puisé son instruction chirurgicale aux meilleures sources, mais il est aussi le premier qui, en France, ait eu recours à la position déclive dans la laparotomie. Ces lésions, ce n'est pas « une conception subjective », une « description par trop convaincante », il les a vues et bien vues. On ne pourrait non plus insinuer que son œil prévenu a exagéré les désordres « pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes », puisque, loin d'être partisan de la voie « inférieure », il intitule sa communication : « Supériorité de la laparotomie sur

l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes. »

Telles sont les lésions que j'ai relevées dans mes 19 cas de suppurations pelviennes, traitées, depuis sept mois, par la laparotomie. Je ne vous rappellerai pas mon manuel opératoire; il ne s'éloigne guère de celui qu'ont décrit nos maîtres et nos collègues, et je n'ai rien innové. Tout en admettant avec M. Pozzi qu'il faut accorder une « importance majeure » au tact, éduquer son doigt pour qu'il sache trouver, au milieu des néo-membranes, le *plan de clivage* qui sépare la tumeur des parties auxquelles elle adhère, je pense avec M. Terrier qu'il est utile d'opérer sous le contrôle de la vue, « de voir et de bien voir ce qu'on fait ». Au lieu de ne me servir que « très exceptionnellement » de la position déclive, comme M. Pozzi, j'y ai, comme M. Terrier, systématiquement recours depuis un an; les services qu'on retire de cette pratique me paraissent considérables et nombre de cas qui, dans le décubitus horizontal, étaient, pour moi, justiciables surtout de l'hystérectomie vaginale préliminaire, me semblent, maintenant, mieux abordables par la laparotomie.

En effet, dans la position horizontale, les anses intestinales s'emmêlent dans la main; il est difficile de les éloigner des poches purulentes dont le liquide, après une rupture intempestive, pourrait facilement inoculer le péritoine. Certes, on évitait le plus souvent ce danger, comme le prouvent les magnifiques succès de la laparotomie avant que la position déclive eût été imaginée et vulgarisée; mais combien plus grande est maintenant la

sécurité ! On a le champ opératoire sous les yeux ; il est isolé des masses intestinales et épiploïques, dont on rompt les adhérences, étirées pour ainsi dire, et qui se révèlent d'elles-mêmes. Ceci se passe dans le ventre même, sans attirer à l'extérieur la tumeur et l'anse adhérente, comme le conseille M. Pozzi, manœuvre qui, malgré les succès constatés par son auteur, me paraît moins simple et plus dangereuse : nous nous rangeons franchement parmi ceux qui préconisent la position élevée du bassin pour toutes les laparotomies.

Nous avons peu d'autres remarques à faire : nous étreignons le pédicule avec un seul fil, par un nœud employé depuis longtemps et que M. Félizet a récemment décrit à nouveau, sous le nom de nœud de l'artificier ; il est simple et solide. Comme nos confrères, nous isolons autant que possible, après l'opération, la cavité péritonéale du foyer du petit bassin, en étalant, au-devant des anses intestinales, le tablier épiploïque que l'on ramène en bas, en arrière de l'utérus. Nous ne lavons qu'exceptionnellement à l'eau bouillie, préférant essuyer les surfaces suspectes avec des tampons aseptiques ; nous craignons toujours que l'eau n'emporte au loin des lambeaux infectés, soulevés hors du foyer purulent. Une seule fois l'intestin a été déchiré. Nous avons pratiqué un double rang de sutures et nous avons mis l'anse au bord du foyer traumatique, au contact de la gaze iodoformée de notre drainage :

Celui-ci est presque de règle dans ma pratique des laparotomies pour suppurations pelviennes, et j'y ai eu recours 12 fois sur les 19 interventions que j'analyse aujourd'hui devant vous : dès qu'il y a eu rupture des

poches purulentes, lorsque je ne suis pas absolument certain que mes compresses aseptiques ont bien garanti les anses intestinales, lorsque la rigidité des néo-membranes empêche le foyer opératoire de revenir sur lui-même et laisse une cavité que ne remplissent pas immédiatement les intestins mobiles, lorsqu'il reste des débris de poches que la dissection n'a pu enlever, lorsque l'intervention a été difficile et de longue durée, quand plusieurs ou même une seule de ces raisons existent, j'ai recours au drainage de la poche. Plusieurs de nos collègues le font avec de gros drains de caoutchouc désinfecté ; j'emploie toujours la gaze iodoformée à la façon de Mickulicz, en ayant soin, comme on l'a recommandé, de battre la gaze pour en enlever l'excès d'iodoforme.

Ce drainage n'est pas sans quelques inconvénients : j'ai eu, dans trois cas, de petites alertes d'intoxication, de l'agitation, de l'insomnie, une extrême rapidité du pouls, de la tendance à la syncope, même une fois du délire ; aussi, au second pansement, j'ai remplacé les lanières d'iodoforme par de la gaze stérilisée, imbibée dans de la glycérine contenant des essences antiseptiques, et les accidents ont cessé. Un autre ennui est la plus grande lenteur de la cicatrisation et la possibilité d'une éventration au niveau de la cicatrice. J'ai vu, dans deux cas, à la partie inférieure de mon incision, au point où sortait la lanière de gaze, la peau soulevée par une hernie au bout de quelques mois. Mais ceci rentre dans l'étude des résultats éloignés de l'intervention, et mes 19 faits sont de date trop récente pour que je veuille et que je puisse rouvrir cet intéressant chapitre.

Eh bien ! malgré ces inconvénients indiscutables, je n'hésite pas à recourir au drainage dans les multiples conditions que j'énumérais il y a un instant, et je crois lui devoir les magnifiques résultats que j'ai constatés. En effet, sur ces 19 laparotomies qui, toutes, vous vous le rappelez, ont trait à des suppurations pelviennes avec lésions anciennes, poches purulentes et séreuses multiples, néo-membranes épaisses et résistantes, adhérentes à l'utérus, au petit bassin, à l'épiploon et aux anses intestinales, je n'ai pas eu un seul décès. Une fois même — vous vous le rappelez — les désordres étaient tels que mon opération est restée incomplète et que les annexes d'un côté furent laissées dans le ventre ; nous n'en avons pas moins obtenu la guérison opératoire et peut-être, par surcroît, le succès thérapeutique. Une telle série avec de tels résultats est assez rare, si l'on veut bien tenir compte de l'extrême gravité des lésions.

Il me resterait à vous dire pourquoi, dans ces 19 cas de salpingo-ovarites suppurées bilatérales, je me suis adressé à la laparotomie, et non à l'hystérectomie vaginale dont je m'étais déclaré adepte convaincu dès les premiers mémoires de M. Paul Segond. Mais je renvoie cette réponse à ma prochaine clinique. J'y examinerai avec vous les quelques cas où j'ai pratiqué, cette année, l'extirpation préliminaire de la matrice pour ouvrir les collections purulentes du petit bassin, puis, comparant les deux méthodes, nous verrons si elles s'excluent l'une et l'autre, ou si chacune n'a pas sa raison d'être et ses indications.

IV

Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes.

MESSIEURS,

Aux 19 laparotomies dont je vous ai entretenus dans ma précédente clinique, je n'ai à opposer que 4 hystérectomies vaginales. Vous savez que, l'année dernière, pour un nombre à peu près égal de suppurations pelviennes, j'avais eu recours 12 fois à l'hystérectomie et 11 fois à la laparotomie. On était encore à l'aurore de l'hystérectomie et j'avais quelque tendance à en multiplier les indications. Mes idées, sur ce point, sont devenues plus précises, et si mon opinion n'a guère varié dans ses grandes lignes, il est certain qu'une plus longue expérience a apporté quelques tempérants à ma pratique primitive.

Le résumé de mes quatre observations sera bref : mes malades avaient 20, 21, 35 et 46 ans. Leur suppuration pelvienne avait pour cause une infection puerpérale, fort récente dans un cas, très ancienne dans les trois autres. L'utérus, immobile dans le petit bassin, ne pouvait être abaissé vers la vulve même par des tractions énergiques ; les masses inflammatoires qui remplissaient tout le pelvis, débordaient à l'hypogastre où l'on sentait des