

Eh bien ! malgré ces inconvénients indiscutables, je n'hésite pas à recourir au drainage dans les multiples conditions que j'énumerais 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

bosselures irrégulières et dures. La fièvre survenait par accès dans 3 cas; elle était permanente chez la quatrième malade, dont l'état général, peu satisfaisant chez les trois autres, était ici véritablement déplorable : pâleur extrême de la face, sueurs nocturnes, faiblesse progressive, anorexie complète, constipation, avec les signes locaux d'une péritonite à marche tantôt aiguë et tantôt subaiguë.

Les interventions n'ont rien présenté de spécial : j'ai morcelé l'utérus en me portant d'abord sur sa paroi antérieure; dans une des observations, le tissu était si friable que la matrice un instant s'est perdue, et qu'il m'a été difficile d'en retrouver et d'en extirper les débris. J'ai dû me guider sur la pince laissée à demeure sur le segment postérieur du col. A chaque intervention, en séparant la vessie et en ouvrant le cul-de-sac postérieur, j'ai crevé des kystes séreux ou des poches purulentes. Deux fois le liquide citrin des premiers a été abondant; une fois il ne paraissait pas dépasser une cinquantaine de grammes; il a manqué une fois. Dans aucun des cas, l'utérus n'a pu être libéré de ses adhérences assez pour basculer après le dégagement de son fond, et c'est sur place, au haut du vagin, que nous avons dû le morceler. C'est dire que l'opération a toujours été laborieuse.

Dans trois sur quatre de nos faits, les annexes, ovaïres et trompes, n'ont pu être extirpées; nous avons eu beau tirer sur les cornes utérines, porter les doigts dans la profondeur pour détacher les adhérences, je n'ai déchiré que quelques lambeaux, et la plus grande partie est restée enclavée dans les coulées plastiques péri-utérines. Une seule fois, dans le dernier de nos cas, nous

avons pu dégager les annexes hypertrophiées et purulentes, et les sectionner après avoir mis une pince sur le pédicule. Dans les 12 hystérectomies que j'ai pratiquées l'année dernière, la proportion était beaucoup moindre des annexes adhérentes et laissées dans le ventre. Mais j'intervenais plus volontiers par la voie vaginale, et je ne réservais pas systématiquement cette opération aux cas d'une gravité particulière.

Ces 4 hystérectomies vaginales pour suppuration pelvienne m'ont donné 3 guérisons et 1 mort. Je ne parle ici que de guérison opératoire. Ces malades nous ont quitté au bout de trois à six semaines; toutes allaient bien, même une d'entre elles chez qui, vers le troisième jour, des matières fécales avaient apparu dans le vagin, mais cette fistule stercorale n'avait pas eu longue durée, et tout passage anormal s'était supprimé avant le départ de l'hôpital. Une mort sur quatre opérées, le résultat n'est pas brillant, et si nous voulions faire un pourcentage, cette léthalité serait pour arrêter les moins timides. Heureusement, nous n'en sommes plus à considérer les chiffres bruts : la laparotomie n'eût certainement pas sauvé notre malade, affaiblie, en pleine fièvre hectique : notre intervention trop tardive n'a pu triompher d'un cas trop défavorable, voilà tout.

En effet, cette question de gravité respective des deux opérations, rivales encore, et qu'on a, d'après nous, le tort d'opposer l'une à l'autre, me paraît jugée par les statistiques contradictoires publiées par les parties adverses. Je pensais, il y a trois ans, que l'hystérectomie vaginale serait moins meurtrière que la laparotomie : je

ne le crois plus à cette heure, et je pense que, à ce seul point de vue et toutes choses égales d'ailleurs, les deux opérations se valent. M. Terrier accuse 7 cas de mort sur 59 laparotomies pour suppurations pelviennes; mais il fait remarquer que s'il divise ses opérations en deux séries, l'une comprenant celles de 1888, 1889 et 1890, l'autre celles de 1891 et 1892, la première donne 5 morts sur 28, soit une mortalité de plus de 17 pour 100, tandis que la seconde n'a plus que 2 morts sur 31 opérations, soit moins de 6 p. 100; M. Delagenière a eu 21 guérisons sur 22 cas, soit une mortalité de 4,5 p. 100; M. Pozzi, sur 82 cas, a eu 77 guérisons et 5 morts, soit une mortalité de près de 7 p. 100. Mais, d'autre part, il signale une nouvelle série de 19 interventions sans aucune mort; vous avez vu, dans ma dernière clinique, que cette année, juste le même nombre de laparotomies pour suppurations pelviennes m'a donné le même résultat; pas un seul décès.

Voyons maintenant les statistiques de l'hystérectomie vaginale: M. Paul Segond fournit un premier relevé portant sur 402 cas avec 41 morts; mais comme, sur ces 402 cas, la suppuration n'existait que 55 fois, les résultats ne sont évidemment pas très beaux; depuis, il est vrai, ils se sont améliorés, et, dans une nouvelle série de 24 cas, il n'y a eu qu'une mort, soit une léthalité de moins de 5 p. 100; enfin M. Jacob, de Bruxelles, « a fait 117 hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes avec une seule mort ». Ne ressort-il pas de tous ces chiffres et de ceux que l'on trouve dans la thèse de notre élève distingué, M. le docteur Lafourcade — ils portent sur 375 hystérectomies — que, sous le rapport de la gravité

opératoire, il n'y a pas lieu de préférer l'une à l'autre voie, la laparotomie à l'hystérectomie? Cet argument, que j'invoquais naguère en faveur de l'hystérectomie vaginale, je dois donc l'abandonner aujourd'hui, et les deux opérations, du moins à ce point de vue, doivent traiter d'égale à égale.

Ce qui, l'année dernière encore, me faisait admettre la supériorité de l'hystérectomie, c'étaient les manœuvres vraiment aveugles auxquelles, dans la laparotomie, on se livrait pour extirper les poches purulentes. La décoration amenait souvent la rupture de parois friables: le pus pouvait inoculer la séreuse et les anses intestinales qui font irruption dans le foyer opératoire. Cet accident était des plus fréquents et, si les péritonites mortelles n'étaient pas plus nombreuses, je crois qu'il faut en rendre grâce moins aux lavages à l'eau bouillie qu'à la stérilité si souvent constatée du contenu de tant de salpingites. Or, dans l'hystérectomie, le pus des foyers ouverts descend naturellement dans le vagin et s'écoule au dehors. N'est-ce pas un avantage marqué? J'avoue qu'il pesait d'un grand poids sur ma détermination, et j'optais pour l'hystérectomie dans les suppurations pelviennes bilatérales, pour peu qu'elles fussent vieilles et volumineuses.

Il est certain que les extirpations aveugles, quelle que soit l'habileté d'un doigt dès longtemps exercé, n'étaient pas sans danger. J'en trouve la preuve dans le mémoire de M. Terrier: ne dit-il pas que si, à partir de 1891, la mortalité s'est abaissée dans ses mains de plus de 17 à moins de 6 p. 100, c'est que, « depuis cette époque, il a