

systématiquement cherché à opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de se borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du bassin. C'est, en effet, en décembre 1890, qu'il a commencé à employer la position élevée du bassin... Cette position, jointe à l'emploi de compresses recouvrant l'intestin, et de rétracteurs des bords de la plaie médiane, permet de bien voir jusqu'au fond du bassin ». Mon initiation a été plus tardive, mais les avantages de cette pratique m'ont semblé tels, que mon plus sérieux argument en faveur de l'hystérectomie vaginale s'en est trouvé singulièrement affaibli.

L'extirpation des annexes par la voie abdominale est donc devenue à la fois moins dangereuse, plus facile et complète. On a toujours reproché à l'hystérectomie vaginale d'être aveugle dans ses recherches et de laisser trop souvent dans le ventre tout ou partie des annexes, débris infectés qui peuvent être le point de départ d'une nouvelle pelvi-péritonite. On répondait, il est vrai, qu'après l'ablation de la matrice et la ligature des vaisseaux et des nerfs utéro-ovariens; ou du moins son équivalent, leur pincement par les pinces à pédicule, les annexes abandonnées ne tardaient pas à s'atrophier; mais si cette assertion est exacte pour la plupart des cas, il ressort des faits publiés dans les recueils scientifiques, que ces réveils de l'inflammation, pour être assez rares, ont été cependant notés; il en existe des observations indiscutables, et nous en avons recueilli nous-même une fort nette.

Il y a quatre ans, je reçus dans mon service de Broussais, une jeune femme atteinte de pelvi-péritonite puer-

pérale. Je pratiquai une incision dans l'hypogastre et j'évacuai plus d'un litre de pus; la guérison fut obtenue et, au bout d'un mois, mon opérée quittait l'hôpital. Moins de six mois après, elle rentra, et je constatais l'existence d'un double pyo-salpinx, pour lequel j'eus recours à l'hystérectomie vaginale: du pus s'écoula en grande abondance dès l'effondrement du cul-de-sac postérieur, mais il me fut impossible d'enlever les annexes adhérentes aux parois du petit bassin et perdues dans les néo-membranes. Le succès thérapeutique fut de courte durée: l'année suivante, ma malade venait pour des douleurs intolérables dans le bas-ventre et la laparotomie me permit d'enlever les ovaires du côté droit, volumineux et congestionné par les dernières règles; mais je ne pus arracher ceux de gauche qui, quelques mois après, forçaient la malade à rentrer de nouveau. Cette fois, je fus plus heureux, et je pus compléter ma cure en décortiquant les annexes qui avaient résisté lors de ma précédente tentative: ils étaient distendus par une collection purulente, et c'était encore grâce à une fluxion menstruelle récente que je pus les détacher de leur gangue fibreuse.

Or ce fait n'est pas isolé: M. Boiffin en cite deux semblables dans une communication au dernier Congrès de chirurgie. Il parle d'une femme qui, après une hystérectomie vaginale où les annexes ne purent être décortiquées, vit apparaître sous la cicatrice une tuméfaction profonde, « nouvelle poussée inflammatoire dans les débris de l'ancien foyer purulent ». Dans un second cas, l'abcès survenu au niveau des poches anciennes s'ouvrit dans le rectum et une laparotomie ne fut pas nécessaire. On n'y eut pas recours non plus pour une autre malade

dont M. Delagenière rapporte l'histoire : elle est opérée par Paul Segond, à la clinique Baudelocque, le 1<sup>er</sup> juillet 1891 ; malgré cette hystérectomie vaginale, elle est prise, au mois d'août 1892, « de douleurs abdominales vives, analogues à celles qu'elle ressentait autrefois au moment de ses époques. La malade n'a pas cessé de souffrir chaque mois davantage, au point d'en être réduite à garder le lit plusieurs jours. » La région ovarienne était soulevée par une petite masse douloureuse à la pression. Il ressort de ces faits que l'atrophie des annexes, après l'hystérectomie vaginale, n'est pas de règle absolue, comme nous le pensions autrefois. Une inflammation peut s'y réveiller qui, dans notre cas, a nécessité la laparotomie.

La voie abdominale assure donc une extirpation plus facile et plus complète des annexes enflammées, et, comme aussi les dangers de la laparotomie sont moindres depuis qu'on a imaginé la position élevée du bassin, nous avons modifié les conclusions de nos cliniques antérieures : tout en considérant l'hystérectomie vaginale comme une des ressources les plus précieuses de la gynécologie, nous la pratiquons plus rarement, et ses indications nous semblent moins nombreuses. Nous ne saurions, d'ailleurs, être plus entêté que nos adversaires. Rappelez-vous les affirmations intransigeantes de Pozzi : la laparotomie suffisait à tout et l'hystérectomie devait être prohibée ; maintenant, il « lui fait une part ». Et celle-ci même est assez grande pour que, somme toute, je puisse souscrire à peu près sans réserves aux conclusions dernières de notre ancien contradicteur, celles

qu'il nous donne dans la discussion du Congrès de chirurgie.

Comme nous, M. Pozzi admet la nécessité ou la supériorité de l'hystérectomie vaginale préliminaire dans les cas de « suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus autour des annexes, et ayant donné lieu à des désordres tels, que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable », lésions multiples que, nous, nous désignons d'un seul mot et nommons avec les vieux gynécologues : pachy-pelvi-péritonites. Il admet encore cette nécessité ou cette supériorité dans les « lésions non suppurées, mais très adhérentes et très anciennes, formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici, l'ancienneté des lésions est une considération capitale, ainsi que les poussées successives de pelvi-péritonites. » Il l'admet aussi dans les « fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curettage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus ». Il l'admet enfin lorsqu'il y a « persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper ; c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire ».

Voilà le pas immense que trois ans de discussion ont fait faire aux adversaires de l'hystérectomie vaginale : les cas où ils considèrent maintenant « la voie inférieure » comme « une ressource précieuse », nous les visions, pour la plupart, dans notre premier mémoire, et vous vous rappelez qu'ils sont inscrits dans la première conclusion

de notre première clinique sur ce sujet. Les combattants du début sont heureux de ce succès qu'ils ont obtenu de haute lutte; mais, sur certains points, les vainqueurs auraient à céder un peu du terrain qu'ils prétendaient occuper et, comme réciproque, je me hâte de dire les concessions que, pour ma part, je fais aux partisans de la laparotomie. On peut les prévoir d'après ma précédente conférence sur 19 cas de suppurations pelviennes bilatérales traitées par l'incision de la paroi abdominale : j'emploie aujourd'hui la laparotomie dans toute une classe de lésions où je pratiquais autrefois l'hystérectomie vaginale.

Je disais, en effet, dans la deuxième conclusion de ma première clinique : « Pour 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. » A l'heure présente, dans ces mêmes cas, la voie vaginale ne me paraît point « plus facile et plus sûre ». Depuis que la position élevée du bassin permet de voir ce que l'on fait dans le ventre, d'y décortiquer les poches purulentes, de les séparer de leurs adhérences et même de les crever sans inoculer le péritoine, je trouve la voie abdominale plus facile et je la trouve aussi plus sûre : si le drainage déclive de l'hystérectomie me semble préférable au drainage remontant des lanières de gaze antiseptique qui sortent par l'angle inférieur de l'incision du ventre, l'extirpation des poches et des néo-membranes infectées, la toilette du foyer ovaro-salpingien sont bien autrement complètes dans la laparotomie que dans l'hystérectomie vaginale.

Or, comme les deux arguments sur lesquels on a beaucoup discuté : la nécessité d'enlever l'utérus inutile, quand l'endométrite dont il est atteint ne guérit pas, puis l'absence de cicatrice déparant le ventre après les incisions abdominales, ne me touchent pas ou ne me touchent guère, j'ai maintenant recours à la laparotomie dans tous ces cas de doubles salpingites volumineuses. J'y ai recours aussi, comme autrefois « dans les lésions récentes », lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leur fonction; j'y ai recours, enfin, lorsqu'il s'agit de poches purulentes haut situées, selon les indications qu'acceptent, à cette heure, tous les hystérectomistes, ainsi qu'en témoigne la thèse de Lafourcade. Et comme ces catégories comprennent le plus gros lot des inflammations des trompes et des ovaires, il en résulte que je pratique la laparotomie plus que l'hystérectomie. Ma statistique de cette année le prouve : sur 23 ovaro-salpingites suppurées, toutes bilatérales et presque toutes anciennes, graves et volumineuses, j'ai suivi 19 fois la voie abdominale, et la voie vaginale, 4 fois seulement.

Il est vrai que, dans une de ces 19 laparotomies, l'hystérectomie eût été préférable, puisqu'il m'a été impossible de décortiquer les annexes d'un côté, malgré la position élevée du bassin, malgré l'habitude de la laparotomie que j'ai nécessairement « très en main », car c'est une des opérations que les circonstances me font pratiquer le plus. Mais si nous mettions cinq au lieu de quatre à l'actif des hystérectomies vaginales, il n'en resterait pas moins 18 laparotomies, et vous voyez combien ma pratique s'est modifiée : l'année dernière,

dans mon service de Broussais, j'avais eu recours, sur un nombre absolument égal de suppurations pelviennes, 12 fois à l'hystérectomie et 11 seulement à la laparotomie. Une simple modification de technique, la position déclive, a été la cause presque unique de ce changement de front.

Et voici ma conclusion actuelle : je réserve l'hystérectomie vaginale pour les cas invétérés, les pachypelvi-péritonites les plus graves. Il ne saurait donc plus être question de statistiques et de relevés comparatifs. Certainement, à l'avenir, l'hystérectomie prise en bloc me donnera une léthalité plus considérable que la laparotomie, puisque la voie vaginale hérite des plus mauvais cas, ceux où l'extirpation serait trop laborieuse par la voie abdominale, et ne pourrait peut-être se terminer. Il n'y a plus de comparaison et de parallèle possibles : les formules intransigeantes sont tombées ; aucune des deux méthodes n'a dépossédé l'autre, et chacune a son domaine dont on précise de mieux en mieux les limites.

## V

**Traitement des fibro-myomes utérins.**

MESSIEURS,

Nous avons opéré, du 15 février au 15 décembre, sept malades atteintes de fibro-myomes de la matrice. Je désire vous en entretenir et dire, à ce propos, quels traitements me paraissent convenir à ces tumeurs ; car le mode d'intervention varie suivant leur siège, leur volume et les symptômes qui les accompagnent.

Tout d'abord, j'élimine de cette étude les fibro-myomes qui font saillie dans la cavité de l'utérus et s'y pédiculisent à la manière des polypes : le plus souvent on les atteint sans peine après avoir dilaté le col ; parfois la tumeur s'engage elle-même dans la filière cervicale et pénètre dans le vagin. Nous avons traité, dans notre salle commune, quatre cas de ce genre ; pour l'un, il a suffi de tordre le polype, sphacélé déjà et que plusieurs de nos confrères avaient pris pour un épithélioma ulcéré ; le point d'attache à la matrice a été rompu, et, au bout de quelques jours, notre opérée nous a quitté guérie. Dans les trois autres, l'intervention a été plus compliquée ; la masse principale, au lieu d'être dans le vagin, remplissait le corps de l'utérus distendu ; le débridement