

160-
m 26

M. THOMAS JONNESCO (de Bucarest)

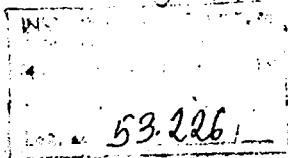
Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Colțea.
Directeur de l'Institut d'anatomie topographique et de chirurgie.

De l'hystérectomie totale vaginale et abdominale.



Extrait du 11^e Congrès français de chirurgie (1897)

(FÉLIX ALCAN, éditeur.)



DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE VAGINALE ET ABDOMINALE

Depuis le mois d'avril 1895 j'ai pratiqué 77 castrations totales utéro-annexielles, dont 40 par la voie vaginale, 2 par la voie combinée vagino-abdominale et 35 par la voie abdominale. Me basant sur cette pratique je tâcherai de préciser les indications des deux voies vaginale et abdominale, et les indications de la castration totale.

1. *Hystérectomie vaginale.* — Mes 40 castrations totales par la voie vaginale se décomposent ainsi :

Affections utérines	{ cancers du col.....	9
	{ métrites hémorragiques.....	6
	{ fibrome.....	1
	{ prolapsus.....	6
Affections annexielles	{ salpingites suppurées.....	17
	{ grossesse tubaire avec hémalocèle.....	1

J'ai eu 8 accidents mortels dus à :

Hémorragie secondaire, après l'enlèvement des pinces..	2
Pincement et sphacèle de l'intestin.....	1
Infection secondaire pendant l'élimination des eschares.	5

Le procédé que j'emploie est celui de Müller-Quénu avec la modification suivante : l'incision médiane de l'utérus, je la poursuis du col vers le fond sur la moitié seulement de l'organe, puis, avec la main gauche, introduite par le cul-de-sac postérieur ouvert, je fais basculer le fond de l'utérus en avant, et après l'avoir fait sortir par le cul-de-sac antérieur ouvert, je l'incise d'avant en arrière jusqu'à la complète séparation des deux moitiés utérines. De cette façon la cavité utérine est ouverte en dehors du pelvis et on risque moins d'infecter ce dernier. Pour l'hémostase j'emploie les pinces, que j'enlève au bout de

1. Extrait du *Congrès français de chirurgie*, 11^e session, Paris, 1897 (Félix Alcan, éditeur).

01 100 20031

quarante-huit heures. Pas de lavages jusqu'au sixième jour. Les irrigations sont faites avec de l'eau bouillie ou une solution avec 4 p. 100 d'acide borique et 1 p. 100 de chloral. Je n'emploie le sublimé qu'après le dixième jour, alors que l'orifice pelvien du vagin est déjà en partie fermé et cela seulement dans les cas où les débris sphacelés produits par les pinces paraissent fétides, et pour éviter l'infection ascendante.

Dans un seul cas de fibrome du volume d'une tête d'enfant j'ai employé le morcellement (méthode de Segond) avec plein succès.

Les résultats opératoires ont été excellents dans le cancer, le fibrome et le prolapsus, où je n'ai eu que des succès. Dans les métrites hémorragiques post-puerpérales et dans les salpingites j'ai eu mes huit accidents mortels dont j'ai parlé tout à l'heure. Cela s'explique parce que : l'opération dans ces cas est plus laborieuse; les vaisseaux sont souvent altérés, d'où l'hémorragie secondaire; l'infection secondaire ou même primitive est plus fréquente, car on opère dans un foyer infectieux; enfin il n'est pas rare de laisser une partie, sinon la totalité, des annexes suppurées dans le pelvis, d'où une nouvelle source d'infection secondaire.

II. *L'hystérectomie vagino-abdominale.* — Je l'ai employée pour un volumineux cancer total de l'utérus et pour un volumineux utérus myomateux avec des lésions multiples des annexes (kystes des ovaires et hydrosalpinx). Commencée par le vagin, j'ai été forcé, après le pincement des utérines, de terminer l'opération par le ventre. Il s'est agi donc d'une opération de nécessité. Dans les deux cas, mes malades ont guéri.

III. *L'hystérectomie abdominale totale.* — Je l'emploie presque exclusivement depuis avril 1896. Mes 35 opérations se décomposent ainsi :

Affections utérines :	{	fibromes	3
		fibrome avec salpingite double.....	1
		fibromes avec lésions aseptiques des annexes	2
		métrite parenchymateuse, lésions aseptiques des annexes	1
		cancers du col étendus au vagin.....	6
		sarcome de l'utérus et de l'ovaire.....	1
		prolapsus	2
Affections des annexes :	{	lésions aseptiques bilatérales (kystes des ovaires simples ou dermoïdes, ovaires polikystiques, hydro-salpinx, grossesse tubaire).....	3
		salpingites suppurées	14
		kyste endopapillaire suppuré des ovaires.	1
		pelvi-péritonite chronique suppurée.....	1

J'ai eu six accidents mortels, dont trois pour des cancers très étendus sur les parois vaginales, une suppuration disséquante du pelvis, un épuisement par cachexie et un cas de blessure de l'intestin par l'aiguille au moment de la fermeture du ventre ¹.

Le procédé opératoire peut se résumer ainsi :

Premier temps : Laparotomie. — Incision médiane commençant sur le pubis et remontant plus ou moins suivant les dimensions de la tumeur utérine ou annexielle. Position de Trendelenburg et isolement des anses intestinales par de larges compresses stérilisées.

Deuxième temps : Exploration du pelvis. — Destruction des adhérences.

Troisième temps : Isolement des annexes. — Ligature et section des vaisseaux utéro-ovariens. Ligature et section du ligament rond. — Si l'utérus est petit on applique sur son fond une pince de Museux, qu'on confie à l'aide, qui par des tractions suffisantes attire l'utérus et ses annexes dans la plaie abdominale; si l'utérus est volumineux, la traction n'est pas nécessaire, car par son propre poids l'utérus sorti du ventre tend ses ligaments. On commence l'isolement des annexes par le côté gauche, c'est-à-dire du côté de l'opérateur. Sous chacun des faisceaux vasculaires : pédicule annexiel, ligament rond, on passe avec l'aiguille de Cooper un fil de soie double et l'on sectionne le faisceau entre deux ligatures. La même manœuvre est répétée du côté droit. On se trouve alors en présence de l'utérus armé de ses annexes et celles-ci isolées du pelvis sans que pendant l'acte opératoire il y ait trace de sang.

Quatrième temps : Castration utérine. — Incision du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement de la vessie. Ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur. Pincement et luxation du col de l'utérus. Isolement, ligature et section des artères utérines. Circoncision du col de l'utérus. — Après avoir incisé transversalement et sans conducteur vésical ou vaginal le cul-de-sac vésico-utérin, on décolle la vessie de l'utérus et du vagin avec le doigt, ou, si l'adhérence est trop intime, avec les ciseaux courbes, en suivant fidèlement la paroi utérine pour éviter l'ouverture de la vessie; quelques artérioles vésicales ouvertes ne demandent pas l'hémostase. Puis on ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur au niveau du col utérin facile à déterminer par le palper entre le pouce et

1. A ces 35 cas, je dois ajouter un où la castration abdominale totale n'a pas été commandée par des lésions utérines ou annexielles mais par de graves phénomènes d'hystérie. Après l'enlèvement des organes génitaux internes, tous ces phénomènes ont disparu et actuellement, un an après l'intervention, la malade est parfaitement guérie de son hystérie.

l'index gauches. Une pince de Museux est appliquée sur la lèvre antérieure du col, que l'aide attire en haut et luxe en avant.

De chaque côté du col on décolle avec la pince à disséquer et la sonde cannelée le feuillet péritonéal antérieur du ligament large, dans une direction oblique en bas et en avant, et on aperçoit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, le long du bord de l'utérus, sur les flancs de la portion supra-vaginale du col, l'artère utérine, flexueuse, battant sous le doigt, et souvent très volumineuse dans les gros fibromes. On l'isole des veines quelquefois très volumineuses qui l'entourent, et à 1 centimètre et demi à 2 centimètres en-dehors du bord utérin, c'est-à-dire avant d'avoir donné les vaisseaux vaginaux et vésicaux, on lie l'artère et on la sectionne entre deux ligatures. L'uretère ordinairement n'est même pas vu; s'il apparaît, on l'écarte facilement sans jamais risquer de le blesser ou de le prendre dans le fil. Après avoir lié et sectionné les deux utérines, on achève la castration utérine en sectionnant le vagin près de son insertion utérine, sur les côtés, puis en arrière. La *castration utéro-annexielle* est terminée; la pièce extraite est formée de l'utérus, dont le col disséqué présente à la limite des portions vaginale et supra-vaginale une collerette; les annexes pendent de chaque côté de l'utérus.

Cinquième temps : Toilette du pelvis. — Traitement sous-péritonéal du pédicule; fermeture du plancher pelvien péritonéal; fermeture ou bordage du vagin. — Avec un surjet au calgut ou à la soie, on ferme le péritoine pelvien de gauche à droite. Les pédicules vasculaires sont placés sous le péritoine. Celui-ci est adossé à la manière de Lembert. J'emploie pour cela soit l'aiguille courbe de Reverdin, soit l'aiguille de Hagedorn. L'orifice vaginal sera fermé si l'opération a été aseptique, ou laissé ouvert pour permettre le drainage pelvien par le vagin si le contenu des annexes suppurées s'est déversé dans le pelvis. Dans le premier cas on prend dans le même surjet les lèvres de l'orifice vaginal; l'aiguille traverse à la fois la lèvre postérieure péritonéale et l'épaisseur de la paroi vaginale jusqu'à la surface de section de la muqueuse, où elle est sortie, et introduite dans l'épaisseur de la paroi vaginale antérieure et ressortie à travers le péritoine de la lèvre antérieure. Le fil ainsi passé invagine les lèvres vaginales, en accolant les surfaces péritonéales, ce qui met le pelvis à l'abri de la cavité vaginale et de l'infection secondaire toujours possible. Si l'orifice vaginal doit être conservé, on borde les lèvres du vagin. On continue le surjet péritonéal sur la lèvre antérieure, d'abord, en passant l'aiguille à travers toute l'épaisseur de la paroi et on adosse muqueuse contre séreuse. On en fait de même

pour la lèvre postérieure où l'on applique un deuxième surjet.

Quand l'orifice vaginal interne a été laissé ouvert, on fait le drainage pelvien. Une longue pince introduite par le vagin et ressortant par le pelvis attire à la vulve deux ou trois lanières de gaze stérilisée. L'extrémité postérieure de ces lanières est placée dans le cul-de-sac de Douglas; l'antérieure, sectionnée à la vulve, est repoussée dans le vagin jusqu'au voisinage de l'orifice interne. Ces mèches profondes, je les laisse en place cinq à six jours. Le reste du conduit vaginal est tamponné avec de la gaze stérilisée qui doit être presque journellement changée.

Sixième temps : Fermeture de la cavité abdominale. — Je la fais en quatre étages : étage péritonéal à la soie fine, étage musculo-aponévrotique à la soie; étage *hypodermique* au catgut, et suture *intra-dermique* au catgut fin.

Les suites opératoires sont des plus simples et jamais je n'ai eu des accidents comme la blessure des conduits ou des organes creux voisins. Pas d'hémorragie primitive ou secondaire. L'opération dure pour l'enlèvement de la masse utéro-annexielle six à dix minutes, pour la réfection du plancher pelvien quinze minutes. De façon qu'en tout, dans les cas assez simples, il faut vingt à vingt-cinq minutes pour terminer complètement l'opération.

Ce procédé me paraît présenter les avantages suivants :

1° On enlève en une seule masse l'utérus et ses annexes, on évite ainsi l'infection possible du pelvis par l'écoulement du contenu annexiel souvent septique;

2° La suppression des pinces tant permanentes que temporaires, permet l'évolution facile dans la profonde cavité pelvienne, qu'un nombre même restreint de pinces peut rétrécir et rendre difficiles les manœuvres opératoires. De plus les pinces placées sur les pédicules qui restent dans la cavité pelvienne devant être remplacées par des ligatures, constituent un temps perdu, car si en apparence l'opération paraît plus rapide parce que la masse utéro-annexielle a été enlevée plus vite en usant des pinces, en réalité l'hémostase définitive demande un certain temps, qu'on doit bien malgré tous les artifices de parole faire entrer dans la durée de l'opération. Enfin les pinces placées sur le pédicule utérin peuvent saisir l'uretère qu'on peut lier ou tout au moins meurtrir;

3° L'ouverture en premier lieu du cul-de-sac antérieur, facilite l'opération, car, quoi qu'on dise, c'est bien le cul-de-sac antérieur qui est le plus facilement abordable;

4° Le placement sous-péritonéal des moignons vasculaires et la reconstitution du plancher pelvien, sur toute l'étendue de sa

surface cruenté, écartent la possibilité des adhérences des anses intestinales au plancher pelvien et toutes les conséquences de l'étranglement interne.

5° La fermeture du vagin, quand elle est possible, supprime tout contact de la cavité pelvienne avec le conduit vaginal et les infections secondaires possibles. Enfin le drainage vaginal, quand il est réclamé par la nature septique des produits épanchés dans le pelvis, assure un drainage idéal; il évite le drainage abdominal, toujours incertain et souvent mauvais.

Indication. — En me basant sur ma pratique personnelle, je vais tâcher de préciser les indications des deux voies vaginale et abdominale dans la castration totale, et voir quand cette dernière s'impose.

La castration totale s'impose dans deux ordres de cas : 1° Quand une affection utérine grave (cancer, sarcome, fibrome, métrite parenchymateuse grave, métrite hémorragique grave, tuberculose utérine), impose l'ablation de l'organe; car, dans ces cas, laisser les annexes sans utérus serait une erreur, ces organes ne pouvant plus être utiles, et souvent pouvant devenir dangereux ultérieurement par les douleurs qu'ils provoquent et le développement plus ou moins tardif d'une tumeur et d'une infection de la nature de celle qui avait réclamé l'ablation de l'utérus; 2° Quand une affection bilatérale septique ou non des annexes impose leur ablation. Garder l'utérus dans ces cas serait faire une opération incomplète, donc irrationnelle. Car alors même que l'utérus paraît et est peut-être indemne au moment de la castration bilatérale, il devient dans la suite nuisible : mobile, mal soutenu, l'utérus ainsi abandonné peut donner lieu à tous les troubles dus aux déviations utérines; de plus, après la salpingo-oophrectomie, l'utérus conserve des pédicules, des ligatures donnant lieu à des séries de troubles et des symptômes douloureux. Enfin l'ablation de l'utérus, dans certains cas de suppuration pelvienne septique, permet un drainage excellent par le conduit vaginal, autrement bon que le drainage abdominal.

En somme, je crois que dans tous les cas où l'ablation totale et bilatérale des annexes s'impose, il faut remplacer la castration simple par la castration totale.

Mais à quelle voie faut-il s'adresser de préférence? Certains recommandent toujours la voie vaginale, comme plus facile, d'autres l'abdominale. Je crois qu'il faut être éclectique, quoique je trouve la voie abdominale de beaucoup supérieure à la voie vaginale. Car la voie abdominale évite toute méprise sur l'étendue et la gravité des lésions; la castration abdominale est

une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile; elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables; contrairement à la castration vaginale totale, elle met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : l'hémorragie primitive ou secondaire, la blessure des organes voisins : uretère, vessie, rectum, et l'infection secondaire pendant l'élimination des eschares. Enfin, grâce à l'asepsie, elle est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par le vagin.

Pourtant la voie vaginale trouve ses rares indications.

Dans les *fibromes*, la dimension de la tumeur indique la voie à suivre : est-il petit et l'utérus mobilisable, on peut l'enlever par le vagin, mais dès que ses dimensions nécessitent le morcellement, je crois qu'il n'y a pas à hésiter de recourir à la voie abdominale qui permet de faire une opération rapide, bénigne, et grâce à la fermeture du vagin et à la réfection du plancher péritonéal du pelvis, obtenir une guérison autrement rapide qu'à la suite du morcellement par le vagin.

Le *cancer*, s'il est bien limité au col, et si l'utérus est mobilisable et abaissable, je n'hésite pas de recommander la voie vaginale; s'il est au contraire propagé au corps, ou dans le sarcome total de l'utérus, la voie abdominale est préférable, car par sa dimension la tumeur rendrait l'opération vaginale longue et laborieuse, ce qu'il faut éviter, car la longueur dans ces cas, surtout quand la cachexie est déjà assez prononcée, est un mauvais facteur dans les chances de succès. Enfin, pour les cancers étendus plus ou moins aux parois vaginales, je crois que l'abstention est encore la meilleure attitude à recommander, non pas tant à cause des difficultés opératoires, mais parce que les résultats définitifs ne légitiment pas une intervention aussi grave dans ce cas.

Dans le *prolapsus* grave, j'ai employé l'hystérectomie et par le vagin et par le ventre; dans le premier cas je la complétais souvent par la colporraphie antérieure et postérieure. L'hystérectomie abdominale je la complète par la cystopexie et la colopexie, et par la fixation du moignon vaginal aux flancs du petit bassin. Cette opération combinée m'a donné d'excellents résultats; aussi je suis convaincu que c'est encore à la voie abdominale qu'il faut donner le pas dans les interventions pour prolapsus grave de la matrice.

Pour les *affections doubles des annexes*; la voie abdominale est presque toujours indiquée; elle seule permettant un diagnostic précis de la bilatéralité et l'intensité des lésions. Pour les affections aseptiques des annexes elle permet de faire une

opération complète, et empêche de la faire trop complète. Pour les affections septiques, les salpingites suppurées, les deux voies présentent leurs indications; celles-ci peuvent être divisées en effet en plusieurs variétés : celles à évolution franchement pelvienne et vaginale, s'accolant à l'utérus et faisant corps avec lui, et celles à évolution abdominale, adhérentes ou non aux flancs de l'orifice supérieur du bassin et paraissant indépendantes de l'utérus. Les premières seront facilement atteintes par le vagin et leur extirpation totale par cette voie sera possible. Les secondes, au contraire, sont le plus souvent inaccessibles par le vagin et en intervenant par cette voie on risque de les laisser en place et d'enlever seulement l'organe qui n'est pas ou est très peu malade, l'utérus; aussi faut-il les aborder par le ventre. Du reste il s'agit là de tendances personnelles : ceux qui comme les chirurgiens américains et moi-même préfèrent d'une façon absolue la voie abdominale à la voie vaginale, trouveront à la première beaucoup plus d'indications que ceux au contraire qui de parti pris préfèrent la voie vaginale.

Dans une seule forme de suppuration pelvienne je crois qu'il faut s'adresser exclusivement à l'hystérectomie vaginale : c'est l'*abcès pelvien compliqué de Landau*, c'est-à-dire la combinaison simultanée de suppurations bilatérales des annexes avec des foyers purulents dans la cavité pelvi-péritonéale et dans le tissu conjonctif pelvien, circonscrite par un dôme d'adhérences qui les séparent de l'abdomen; l'opération de Péan sera alors une opération évacuatrice, et établira le drainage vaginal, sans mettre en communication le foyer purulent avec la cavité abdominale.

Je conclurai que sauf de rares affections, et surtout des formes rares d'infections utéro-annexielles, la castration abdominale totale est et restera l'opération de choix; c'est l'opération de l'avenir, à laquelle se rendront, j'en ai la certitude, la plupart de nos collègues qui soutiennent encore la castration vaginale quand même.

M. PÉAN. — Notre habile confrère M. Jonnesco déclare que le procédé d'hystérectomie abdominale qu'il vient de décrire est nouveau, inconnu en France et qu'il doit être préféré à l'hystérectomie vaginale dans tous les cas où celle-ci a été proposée, sauf lorsqu'il s'agit du cancer.

J'avoue tout d'abord que je ne comprends pas pourquoi il donne le nom d'américain à ce procédé, puisque je l'ai mis en pratique dès 1868. La seule différence est qu'à cette époque je n'opérais que les grandes tumeurs de l'utérus, tandis qu'aujourd'hui les Américains, ainsi que nos compatriotes, opèrent toutes

les petites, suivant le précepte que j'ai posé en 1882. C'est même ce qui explique le grand nombre de succès qu'ils obtiennent.

Lorsque je fis l'hystérectomie abdominale totale en 1868, mes pinces n'étaient pas encore vulgarisées. Je me servais habituellement de mes doigts et de ceux de mes aides pour comprimer les vaisseaux des ligaments larges, j'incisais le péritoine qui recouvrait la face antérieure de l'utérus au-dessus de la vessie, je disséquais celle-ci jusqu'au vagin, je passais mon aiguille courbe, à manche, d'avant en arrière, sur la ligne médiane, au-dessous du col, à travers le fond du vagin, et je la faisais ressortir en arrière, entre la vessie et le rectum. Celle-ci me permit de considérer par la même voie un double fil métallique dont je coupais l'anse unissante. A l'aide de chacun de ces fils, je liai de chaque côté l'artère utérine, le fond du vagin et la base des ligaments larges de chaque côté de l'utérus de façon à avoir une hémostase suffisante et j'enlevais dans leur intervalle le corps et le col de l'utérus avec les ciseaux. Au lieu des fils de soie, qui étaient dans la pratique courante, je pris des fils métalliques afin d'obtenir, à l'aide du serre-nœud, une constriction plus grande des vaisseaux et d'empêcher les tissus épais des ligaments larges de glisser.

Inutile de rappeler que, les années suivantes, je remplaçai les fils métalliques par la soie et le catgut et que, au lieu de lier directement les artères utérines, je les liai en même temps que les ligaments larges, en deux ou trois parties suivant que l'implantation des tumeurs était plus ou moins large et que, au lieu de passer l'aiguille et les fils d'avant en arrière, je les passai souvent d'arrière en avant, suivant les indications.

M. Jonnesco croit que les succès obtenus en Amérique sont plus nombreux que ceux que l'on obtient en France. Les résultats que j'ai obtenus prouvent le contraire.

Mais je suis plus encore disposé à combattre sa manière de voir lorsqu'il affirme que les succès qu'obtiennent nos confrères d'Amérique sont dus à ce qu'ils ne pincent jamais l'artère utérine avant de passer au-dessous d'elle une aiguille de Cooper et de la lier.

Je faisais comme eux à l'époque où l'emploi de mes pinces n'était pas encore très répandu. La seule différence, c'est que, au lieu de me servir de l'aiguille de Cooper pour passer les fils, je me servais de mon aiguille à manche pour les conduire au-dessous des artères utérines. Mais depuis cette époque je n'ai jamais cessé de pincer ces artères et de les lier à deux ou trois hauteurs en même temps que les ligaments larges.

En résumé, je ne puis comprendre ce que M. Jonnesco trouve de nouveau dans le procédé qu'il vient de nous décrire.

Est-ce parce qu'il a vu des opérateurs américains détacher la vessie et le rectum avant de lier les artères utérines? Mais quel est l'opérateur qui n'a pas pris soin de le faire pour désinsérer le col?

Est-ce parce qu'il a vu lier les artères de l'utérus, des ovaires et des ligaments ronds de haut en bas avant de pincer les ligaments larges et de détacher l'utérus? Mais il n'y a aucun avantage à perdre un temps semblable à isoler les vaisseaux de la partie supérieure des ligaments larges avant de les lier et de les couper; c'est une perte de temps inutile, même quand leur volume est normal.

Est-ce parce que, après avoir lié ou coupé de haut en bas l'un des ligaments larges et ses vaisseaux, après avoir disséqué le péritoine, la vessie et le rectum, l'opérateur détache le col au niveau du vagin, et lie les artères vaginales saignantes, fait basculer l'utérus du côté opposé, puis détache et lie de bas en haut l'autre ligament large et ses vaisseaux? Mais cette ligne de conduite n'est pas autre que celle que nous mettions en pratique dès 1868.

Est-ce parce que, après avoir enlevé l'utérus en totalité, il ferme avec soin les lèvres des ligaments larges et du vagin par des fils de soie en surjet ou en anses séparées! Que de fois, depuis trente années, n'avons-nous pas mené nous-même cette ligne de conduite, et prouvé que les deux méthodes ont chacune leurs inconvénients.

Est-ce parce qu'il met les malades la tête en bas pour abaisser les intestins du côté du diaphragme au cours de l'opération?

Il l'oublie donc, comme tant d'autres opérateurs étrangers, que c'est à moi que revient le mérite d'avoir fait construire le premier lit d'opérations qui permet au chirurgien de rester à volonté assis ou debout et d'incliner à volonté le tronc de la malade dans le sens le plus favorable à l'opération.

Est-ce parce qu'il fait une toilette soignée du péritoine? Ce serait également trop tard pour faire une pareille revendication.

Est-ce parce qu'il préfère conserver la méthode que j'ai appliquée dans mes premières hystérectomies, c'est-à-dire se servir des doigts, des éponges et des ligatures pour faire l'hémostase? Ce serait ignorer les avantages du pincement des vaisseaux et laisser les malades exposées à des pertes de sang toujours regrettables. Sans nul doute, l'emploi de ces instruments n'est pas indispensable quand il s'agit d'enlever des utérus dont le volume est presque normal, mais si M. Jonnesco en connaissait bien l'emploi, il saurait qu'au lieu de diminuer l'étendue du champ opératoire, elles l'agrandissent entre les mains d'aides exercés, qu'elles facilitent l'application des fils et que leur séjour dans

les plaies donne beaucoup moins d'eschares que ces derniers.

En résumé le procédé auquel M. Jonnesco donne le nom d'américain ne présente rien de nouveau, sinon qu'il ne convient que pour des utérus petits, à col étroit, et que, en voulant supprimer complètement l'emploi des pinces, il serait dangereux s'il s'agissait, à l'aide de simples ligatures, d'enlever les grandes tumeurs, surtout quand elles sont multiples, largement implantées au fond du bassin et quand elles envoient des prolongements importants.

M. THOMAS JONNESCO (de Bucarest). — L'ouverture en premier du cul-de-sac vaginal antérieur, certes, ne m'appartient pas, d'autres chirurgiens l'ont employée avant moi; mais ce qui m'appartient c'est l'ensemble du procédé opératoire et je puis affirmer que, bon ou mauvais, il m'est personnel. — Je soutiens encore, contre M. Doyen, qu'on peut aborder plus facilement et dans tous les cas le cul-de-sac antérieur, le postérieur étant souvent plus difficile à ouvrir d'emblée. — M. Péan me reproche de faire le procès des pinces et de faire croire que cette admirable conquête de la chirurgie, le pincement des artères, serait dangereuse. Ce n'est ni mon avis ni ce que je dirai tout à l'heure. J'emploie des pinces très souvent et je m'en trouve très bien; aussi je leur rends, ainsi qu'à leur défenseur, l'hommage qui leur convient; mais il est indiscutable, et en cela personne ne pourra le contester, que dans l'hystérectomie vaginale avec pincement des artères on a un sphacèle des ligaments pincés, et l'élimination des eschares, assez longue, prédispose à des infections secondaires ou tout au moins prolonge le temps nécessaire à une parfaite guérison. Dans l'hystérectomie abdominale totale telle que je la pratique, la suppression des pinces évite l'encombrement du champ opératoire souvent déjà très étroit, fait gagner du temps, car après le pincement temporaire des vaisseaux il faudra bien les lier, et commencer par les lier, c'est gagner du temps; enfin le pincement des pédicules utérins est souvent accompagné du pincement aussi des ou d'un uretère, chose qu'on évite parfaitement en isolant et en sectionnant l'artère utérine entre deux ligatures. MM. Doyen et Péan nous disaient tout à l'heure qu'ils ne comprenaient pas comment on pouvait faire l'hystérectomie abdominale totale sans jamais employer une pince; je crois que ma description, aidée par ces planches, vous a assez montré comment on peut se passer des pinces, et je conclurai jusqu'à la preuve du contraire, que c'est là un procédé d'avenir.

M. PANTALONI (de Marseille), répondant à M. Jonnesco, pense qu'il n'y a qu'une seule méthode opératoire d'hystérectomie

abdominale totale basée à la fois sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et sur le mode de vascularisation de la matrice. C'est la *décortication sous-séreuse de la tumeur*; mais cette méthode comporte des procédés différents suivant les cas :

a. Dans les cas simples, le meilleur est d'aborder la masse par le cul-de-sac postérieur.

b. Dans les cas compliqués, lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés et adhérents au Douglas rendant l'abord de celui-ci long et pénible, lorsqu'il s'agit de fibromes annexites suppurés adhérents formant une masse compacte et septique remplissant aussi le Douglas, on peut aborder la matrice par le cul-de-sac antérieur.

Ainsi, on ne perdra pas un temps précieux à trouver le vagin; on ne se contaminera pas les doigts dès le début des manœuvres; enfin on terminera par la zone septique. Au besoin on décortiquera en bloc les masses suppurées en passant sous le péritoine, quitte à suturer le lambeau séreux antérieur, c'est-à-dire ce qui reste de péritoine, à la face antérieure de la région sacrée et à drainer au-dessous par le vagin. Ce sont là les réflexions qui lui ont été suggérées par 32 opérations avec un seul insuccès depuis deux ans.

M. DELAUNAY (de Paris). — On ne peut vraiment pas avoir de procédé fixe en matière d'ablation de l'utérus. Quand l'utérus vient facilement, tous les procédés sont bons, faciles à servir de succès. Mais quand le cas est difficile, il faut s'ingénier, faire comme on peut, et, au besoin, pour le cas particulier, créer un procédé particulier.

