

(endométrite, etc.) jouait le rôle d'épine irritative; de là, l'utilité de la traiter consécutivement. L'ablation seule des trompes, par contre, n'amène pas la cessation des règles, quoique L. Tait ait fait jouer à ces organes le rôle prépondérant dans la fonction menstruelle. Toutefois, la salpingotomie seule (sans oophorotomie) entraîne, on le comprend, la stérilité.

Gravité.

Gravité de l'opération (*oophoro-salpingotomie pour lésion inflammatoire, opération de L. Tait*). — Les statistiques, pour avoir une véritable valeur et permettre de juger de la gravité de l'opération, devraient être dressées en établissant soigneusement les catégories suivantes :

- 1° Oophoro-salpingites aiguës catarrhales (non suppurées);
- 2° Oophoro-salpingites suppurées;
- 3° Oophoro-salpingites chroniques;
- 4° Oophoro-salpingites kystiques, séreuse et hématique.

Malheureusement, il est peu de séries publiées où l'on puisse établir ces distinctions. Quoi qu'il en soit, on est en mesure, d'après les documents connus, d'affirmer que l'opération est ordinairement bénigne. Elle ne devient réellement grave que si la suppuration a dépassé les annexes, envahi le tissu cellulaire et le péritoine voisins. La présence d'une fistule purulente amène aussi, sans aucun doute, à elle seule, et même avec une poche d'ailleurs bien limitée et énucléable, une aggravation au pronostic opératoire. L'état général de la malade doit, enfin, entrer en grande considération; il en est qui sont arrivées à un tel degré d'épuisement que l'opération faite *in extremis* a bien peu de chance de succès. On observe pourtant alors de véritables résurrections et le chirurgien n'a pas le droit de refuser à une malade ce seul espoir de salut.

Je me bornerai à rapporter quelques-unes des séries le plus récemment publiées. Je fais de nouveau remarquer que ces documents réunissent des faits disparates où l'extirpation des annexes a été faite pour des lésions inflammatoires de gravité très dissemblable.

Imlach¹, sur 41 opérations, a noté 5 morts; Lawson Tait², sur une série de 526 cas, 10 morts. Schlesinger³, sur 274 laparotomies pour inflammations des trompes qu'il a réunies, a trouvé 8,76 pour 100 de mortalité. A. Martin⁴ donne une statistique de 72 cas avec

¹ IMLACH. *Liverpool med. chir. Journ.*, cité dans *Lancet*, 30 oct. 1886. — Chez deux malades où il avait fait l'ablation unilatérale, la grossesse est survenue et a été menée à terme.

² LAWSON TAIT. *Brit. med. Journ.*, 16 avril 1887, t. I, p. 825 et *Bull. méd.*, 7 nov. 1889.

³ SCHLESINGER. Dissert. inaug., St.-Petersbourg, 1887 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 550).

⁴ A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1886, Bd. XIX, p. 510.

12 morts. Westermarck¹ a réuni 498 cas provenant de 8 opérateurs avec 41 morts (8,25 pour 100).

Zweifel² a pratiqué 77 salpingo-oophorectomies avec 1 mort. Breisky³ a fait cette opération dans 40 cas, avec 2 morts. Boldt⁴, sur 68 pyo-salpinx, a obtenu 22 guérisons et 12 améliorations; il a eu 6 morts et 4 insuccès. Le reste des malades a été perdu de vue; sur 24 salpingites catarrhales, 1 mort, 2 insuccès, 5 améliorations et 16 guérisons; sur 2 salpingites tuberculeuses, 2 améliorations; sur 9 hydro- et hémato-salpinx, 6 guérisons et 5 insuccès. Mundé⁵ a fait l'ablation des annexes dans 45 cas, avec 2 morts et 4 insuccès. Lusk⁶ n'a observé que 2 morts sur 65 cas.

Toutes ces séries ne se rapportent malheureusement pas à des lésions d'intensité égale et déterminée. Dans une série d'opérations uniquement relative à des pyo-salpinx, Gusserow⁷ a obtenu 29 guérisons sur 50 cas. Landau⁸ sur 52 laparotomies pour pyo- et hydro-salpinx n'a observé qu'une seule mort (obstruction intestinale, au bout de 8 jours).

En France, L. Championnière⁹ a publié les résultats suivants : 65 ablations d'annexes et 10 libérations d'adhérences avec 1 seule mort. Le Dentu¹⁰ n'a perdu qu'une malade (péritonite septique) sur 54 opérations (une opérée n'est pas guérie et une autre présente une fistule stercorale). Terrillon a fait l'ablation des annexes dans 140 cas, 82 fois pour salpingite parenchymateuse, 36 fois pour salpingite purulente, 10 fois pour hémato-salpinx, 8 fois pour salpingite tuberculeuse et 4 fois pour hydro-salpinx; il a eu 9 morts. Bouilly, de 1887 à 1892, a pratiqué 79 laparotomies avec 9 décès. Sur 59 pyo-salpinx, 6 décès; sur 40 lésions non suppurées, 5 morts; soit en bloc une mortalité de 11,5 p. 100 (pour les pyo-salpinx, 15,5 p. 100, et pour les autres, lésions 7,5 p. 100).

P. Segond¹¹ a fait 18 laparotomies pour lésions des annexes sans aucun décès.

Voici les résultats les plus récents de ma pratique dont une

¹ WESTERMARK. *Nord. med. Arch.* Stockholm, 1887, n° 29.

² P. ZWEIFEL. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XXXIX, p. 557.

³ VOIR V. ROSTHORN. *Ibid.*, Bd. XXXVII, Heft. 5, p. 358 et suiv..

⁴ BOLDT. *Med. Record*, New-York, 17 mai, 1890, p. 545.

⁵ P. F. MUNDE. *Annals of Gyn. and Pædiatry*, 1890, p. 20.

⁶ LUSK. *Amer. Journ. of Obstet.* 1891, p. 1502.

⁷ A. GUSSEROW. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, p. 165.

⁸ LANDAU. *Diagnostische und therapeutische Erfahrungen über Tubensäcke*, lu au congrès de Berlin, août 1890. (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 16, supplément).

⁹ J. L. CHAMPIONNIÈRE. *Ovarite, salpingite, adhérences, etc.* (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, août 1889).

¹⁰ LE DENTU. *Comptes rendus du Congrès franç. de chir.*, 5^e session. Paris, 1891, p. 175.

— O. TERRILLON, *ibid.*, p. 180. — G. BOUILLY, *ibid.*, p. 184.

¹¹ P. SEGOND, *ibid.*, p. 215.

partie a été publiée¹. Elle comprend mes salpingectomies de février 1889 à janvier 1892. Elle m'a donné les résultats suivants : sur 155 ablations d'annexes pour toutes lésions, 6 morts. Parmi elles, 80 laparotomies ont été faites pour des salpingo-ovarites parenchymateuses, des hémato- et hydro-salpinx, des ovaires scléro-kystiques avec un seul décès ; il s'agissait, dans ce cas, d'un hémato-salpinx consécutif à une grossesse tubaire et compliqué d'une hémato-cèle ; l'utérus très friable avait été déchiré par la rupture des adhérences et j'avais dû terminer l'opération par l'hystérectomie abdominale. Enfin 55 de ces laparotomies faites pour des pyo-salpinx m'ont donné 5 morts, soit 9,1 pour 100.

Castration
utéro-ovarienne.

Quelques chirurgiens (Péan² Segond³) ont récemment proposé de substituer à la laparotomie la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale, dans les lésions inflammatoires bi-latérales des annexes et ont trouvé de nombreux imitateurs. Je crois pour ma part qu'on s'est avancé beaucoup trop loin dans cette voie : les avantages de cette opération sont plus apparents que réels, ainsi que je vais essayer de le montrer brièvement.

L'opération de l'hystérectomie est-elle moins grave que l'ablation des annexes par la laparotomie ? Je n'insisterai pas sur les difficultés opératoires différentes de la laparotomie et de l'hystérectomie ; dans une discussion aussi importante, le raisonnement doit céder le pas à l'expérience représentée par la statistique. Nous ne pouvons opposer aux nombreuses séries de laparotomies que nous avons énumérées plus haut, que la statistique de P. Segond, la seule importante jusqu'ici publiée. Or, sur 64 hystérectomies pour lésions des annexes de tout ordre, Segond a observé 8 décès⁴, soit 12,5 pour 100. Si l'on considère que dans cette série sont confondus les ovarites scléro-kystiques et les abcès pelyiens, il faut bien reconnaître qu'aucune statistique de laparotomies pour lésions des annexes prises en bloc, ne présente une pareille mortalité.

L'hystérectomie, a-t-on encore soutenu, donne des guérisons plus parfaites et plus durables.

Il est au moins prématuré de se prononcer sur ce dernier point. Les malades opérées par la méthode de Péan adoptée par Segond, le sont depuis trop peu de temps pour qu'il soit permis de se prononcer sur leur compte. C'est à l'avenir qu'il appartient d'établir

¹ S. Pozzi. *Le traitement des suppurations pelviennes*, etc. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, avril 1891).

² PÉAN. *Compte rendu du Congrès de Berlin et Bull. Acad. Méd.*, 1890, p. 9. (*Bull. méd.* 1890, p. 655).

³ P. SEGOND. *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes*. Paris, 1891, (*Annal. de Gyn. et d'Obstet.*, 1891, p. 161 et suiv.).

⁴ P. SEGOND. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, nov. 1891, t. XVII, p. 644.

si, sur ce point, l'hystérectomie peut marcher de pair avec la laparotomie, dont les succès définitifs ne sont plus à énumérer depuis de longues années.

Plus parfaits, les résultats le seraient sans doute, si, dans tous les cas, l'ablation des annexes complétait l'extirpation de l'utérus. Mais leur décortication est souvent impossible à travers le vagin encombré de pinces ; si on la tente quand même, elle expose à des déchirures intestinales et à des hémorrhagies. Aussi les hystérectomistes conseillent-ils de se contenter d'une « ablation incomplète, de la simple ouverture des collections purulentes accessibles à l'œil et au doigt¹. »

Que deviennent alors ces résidus inflammatoires abandonnés à la déhiscence ou à la résorption spontanées ? Le *microbisme latent* ne pourra-t-il pas se réveiller un jour dans ces débris de pyo-salpinx, comme on le voit renaître, après des mois et des années, dans de vieux séquestres invaginés ? Sans doute, les laparotomistes laissent en place l'utérus plus ou moins atteint d'endométrite, mais les écoulements ou les douleurs, dont il peut être le siège après l'ablation des annexes, cèdent facilement au curetage.

Enfin on a insisté sur ce fait que l'hystérectomie évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne. Il est possible que cette considération ne soit pas sans valeur auprès des malades, mais elle ne peut vraiment peser beaucoup, actuellement, dans la balance. Si l'on fait une petite incision (5 à 7 centimètres), ce qui est généralement suffisant, surtout si l'on s'astreint à en réunir les bords par le procédé de suture à étages que j'ai décrit, la cicatrice n'est plus une difformité : au bout de quelques mois les malades peuvent se dispenser de la ceinture, sans crainte d'une éventration².

Il est un dernier argument sur lequel je veux particulièrement insister, c'est la valeur diagnostique de la laparotomie. L'hystérectomie est une opération qui suppose l'infailibilité du diagnostic, puisqu'il n'est ordinairement plus temps de s'arrêter, dès qu'on a commencé l'opération ; très rares, en effet, sont les cas où l'on peut faire une exploration suffisante des organes pelviens par la boutonnière vaginale que donne l'incision du cul-de-sac postérieur dans le premier temps de l'opération : la laparotomie, au contraire, permet de rectifier les erreurs et de lever les doutes ; elle est toujours exploratrice, dans son premier temps, et souvent elle a permis de laisser en place des organes dont on supposait les lésions plus avancées qu'elles n'étaient en réalité.

Pour toutes les raisons que je viens de résumer, je repousse l'hys-

¹ P. SEGOND. *loc. cit.* p. 184.

² S. Pozzi. *Comptes rendus du Congrès franç. de chir.*, 5^e session. Paris, 1891, p. 210.

térectomie dans toutes les lésions énucléables des annexes (salpingites catarrhales accompagnées ou non de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, salpingites parenchymateuses, hémato-salpinx, pyo-salpinx); pour ces lésions la laparotomie me semble l'opération de choix.

Je reviendrai sur le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, à propos des abcès pelviens, pour lesquels je l'admets dans des cas exceptionnels.

CHAPITRE III

PÉRI-MÉTRO-SALPINGITE

(INFLAMMATION PÉRI-UTÉRINE, PÉRIMÉTRITE, PARAMÉTRITE, PELVI-PÉRITONITE, PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE, ADÉNO-LYMPHITE, ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN, ABCÈS PELVIEN, CELLULITE PELVIENNE).

Définition. Localisation. Types cliniques. — Aperçu historique des doctrines. Rôle du tissu cellulaire, du péritoine pelvien, des lymphatiques, de l'inflammation des annexes. — Anatomie pathologique. Péri-méthro-salpingite séreuse. Noyaux d'œdème inflammatoire. Collections séreuses. Péri-méthro-salpingite suppurée. Abcès pelviens. Phlegmons du ligament large. Abcès résiduels tardifs. Cellulite pelvienne diffuse. — Étiologie générale. — Symptômes et diagnostic. Noyaux d'œdème inflammatoire : diagnostic avec les corps fibreux; le prolapsus de l'ovaire; les kystes ovariens; les scybales. — Abcès pelviens : diagnostic avec le pyo-salpinx, le phlegmon du ligament large, l'hématocèle pelvienne. — Phlegmon du ligament large : diagnostic avec l'abcès pelvien; l'abcès de la fosse iliaque; la périphlébite; l'abcès ossifluent; le cancer de l'os iliaque. — Cellulite diffuse pelvienne. — Pronostic. — Traitement. Ponction par le vagin. Incision par le vagin, par le rectum, par la voie périnéale, par la voie pelvienne. Laparotomie sous-péritonéale et trans-péritonéale. Incision en deux temps. Incision par la paroi abdominale des abcès devenus superficiels. Hystérectomie vaginale pour les abcès infiltrés dans le plancher pelvien. Manuel opératoire. — Résidus d'inflammations anciennes. Massage. Électricité. Libération des adhérences. — Paramétrite chronique. Paramétrite chronique atrophique.

Définition. Localisation

La confusion qui a longtemps régné dans l'interprétation et la dénomination des inflammations diffuses du petit bassin n'est pas

encore entièrement dissipée. Cependant, grâce aux notions sur l'inflammation des trompes récemment acquises par l'étude plus éclairée des faits cliniques, puissamment aidée des particularités observées pendant les opérations, nous commençons à arriver à une vue à la fois plus nette et plus simple. On le sait aujourd'hui : si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une oophoro-salpingite comme centre que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus, ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien. Il est donc juste de faire entrer les annexes dans la dénomination de la maladie et de réunir toutes ces lésions sous le nom générique de péri-méthro-oophoro-salpingite, ou seulement par euphonie, de **péri-méthro-salpingite**.

Cet envahissement présente des caractères cliniques très différents par sa marche et son intensité, selon les conditions étiologiques où il s'opère. De là, une série de **types cliniques** distincts, quoiqu'une même pathogénie réunisse toutes ces espèces dans un genre commun.

Aperçu historique. — Ce furent d'abord les formes les plus violentes qu'on observa, et on décrit les grandes et rapides suppurations qui succèdent à une septicémie localisée d'origine puerpérale. Grisolle et Bourdon¹ marquèrent par leurs travaux cette première étape² : le phlegmon du ligament large y était encore confondu avec les abcès de la fosse iliaque de toute autre origine.

Nonat, Valleix, et leurs élèves³ firent faire un pas de plus à la connaissance clinique des inflammations péri-utérines, en décrivant les collections purulentes plus limitées qui se produisent en arrière et sur les côtés de l'utérus; ces auteurs les localisaient dans le **tissu cellulaire**, qui existerait, d'après eux, non seulement entre les feuillets du ligament large, mais encore autour de la portion sus-vaginale du col, surtout en arrière, comme une bague dont le chaton serait dirigé vers le cul-de-sac de Douglas, suivant une comparaison de Gallard.

D'interminables discussions, plus théoriques que pratiques, s'élevèrent à ce propos; au même moment, une autre interprétation des

¹ GRISOLLE. *Arch. gén. de méd.*, 1839, 5^e sér., t. IV, p. 59 et suiv. — H. BOURDON. *Revue méd.*, 1841, t. III, p. 5 et suiv.

² Il convient de mentionner seulement les notions antérieures : MAURICEAU attribuait toutes les tumeurs post-puerpérales à la rétention des lochies; Puzos croyait à une métastase laiteuse et son opinion, soutenue jusqu'au commencement de ce siècle par RITGEN, A. E. SIEBOLD, BUSCH, etc., a laissé des vestiges encore vivaces dans les préjugés populaires.

³ NONAT. *Gaz. des Hôp.*, 1850, p. 97, 110 et 129. — ELEUTHÈRE MARTIN. Thèse de Paris, 1851. — VALLEIX. *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin.* (*Union méd.*, 1855, 5^e sér., t. IX, p. 285 et 419). — GALLARD. *De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice.* Thèse de Paris, 1855.

Types cliniques.

Aperçu historique des doctrines.

Rôle du tissu cellulaire.