

dangers. Laroyenne a montré, en effet, que la paroi supérieure de l'abcès pelvien était généralement très friable et pouvait être dilacérée, rien que par des injections un peu fortes.

Pour éviter de blesser les uretères et les artères utérines ou vaginales<sup>1</sup>, il faudra se conformer aux règles suivantes dans le choix du lieu de l'incision.

Tumeur postérieure : incision transversale ou verticale, dirigée selon le grand axe de la tumeur.

Tumeur latérale : incision oblique en arrière et en dehors, ne dépassant pas en avant le prolongement du diamètre transversal du col.

Tumeur antérieure : très petite incision transversale combinée avec une incision antéro-postérieure plus longue.

Je crois que cette incision par le vagin doit être réservée à un petit nombre de cas particulièrement favorables, et que, comme procédé général, elle est infiniment inférieure à la laparotomie. En effet, ce n'est qu'après l'exploration directe, après ouverture du ventre, qu'on peut être assuré de ne pouvoir faire l'extirpation de la poche, traitement qui guérit définitivement, tandis que l'incision laisse subsister des causes de rechutes incessantes. Enfin, quand on choisit la voie vaginale, on n'est jamais tout à fait à l'abri de la blessure d'anses intestinales agglutinées dans le cul-de-sac de Douglas.

Incision par le rectum.

B. L'abcès proémine vers le rectum. — Faut-il, pour cela, l'inciser par cette voie, si défavorable au point de vue de l'antisepsie ultérieure du foyer? Je ne le crois pas, contrairement à Byford<sup>2</sup>, qui l'a vantée outre mesure. En pareil cas, du reste, le pus serait de préférence évacué par l'incision para-sacrée ou par la périnéotomie.

C. L'abcès est également éloigné du vagin et de la paroi abdominale. — Diverses voies ont été proposées pour l'atteindre :

1° La voie périnéale (Hegar, Sânger, O. Zuckerkandl).

2° La voie pelvienne ou sacrée (E. Zuckerkandl, Wiedow, Sânger).

3° L'incision au-dessus du ligament de Poupert et le décollement du péritoine jusqu'au niveau du foyer (Hegar)<sup>3</sup>, par une opération analogue à celle qu'on fait pour la ligature de l'iliaque, et que j'ai proposé d'appeler laparotomie sous-péritonéale.

4° La laparotomie proprement dite ou trans-péritonéale, préconisée surtout par L. Tait<sup>4</sup> : celle-ci comprend elle-même deux procédés,

<sup>1</sup> REEVES JACKSON (cité par MUNDÉ, *loc. cit.*, p. 419) a rapporté un cas de mort par hémorrhagie, à la suite d'une ponction aspiratrice pour un cas d'abcès pelvien. — CLINTON CUSHING (de San Francisco) a proposé d'employer un instrument analogue à une pince à gants, mais pointu, de manière à pouvoir par simple ponction et écartement de ses branches introduire un tube et éviter l'incision.

<sup>2</sup> H. BYFORD (de Chicago). *Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, p. 425.

<sup>3</sup> HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynécolog. opér.*, trad. franç. de BAR, p. 464.

<sup>4</sup> LAWSON TAIT. *The pathology and treatment of the diseases of the ovaries*. Birmingham, 1885.

selon qu'on suture les parois de l'abcès à l'abdomen, ou qu'on les résèque, en drainant par le vagin la cavité aussi réduite que possible (Martin).

5° L'incision en deux temps.

Je passerai rapidement en revue ces divers procédés.

1° Voie périnéale. — Hegar<sup>1</sup> a, depuis longtemps, proposé d'aller à la recherche des abcès pelviens, à travers le creux ischio-rectal, par une incision allant de la tubérosité ischiatique à la pointe du coccyx.

La périnéotomie verticale, qui a été recommandée par Sânger<sup>2</sup>, n'est que l'incision périnéale de Hegar agrandie; elle consiste en une incision à côté de la ligne médiane, commençant au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et finissant à 2 centimètres en dehors de l'anus, entre cet orifice et la tubérosité ischiatique; elle permet de pénétrer au-dessus du releveur de l'anus, en l'incisant (fig. 551).

La périnéotomie transversale, de Otto Zuckerkandl, par dédoublement de la cloison recto-vaginale, a été surtout recommandée pour l'extirpation du cancer du col de l'utérus (p. 417), mais elle a été aussi indiquée (Sânger), comme pouvant servir à l'évacuation des collections situées dans le cul-de-sac de Douglas. L'incision va d'un ischion à l'autre,

Incision par la voie périnéale.

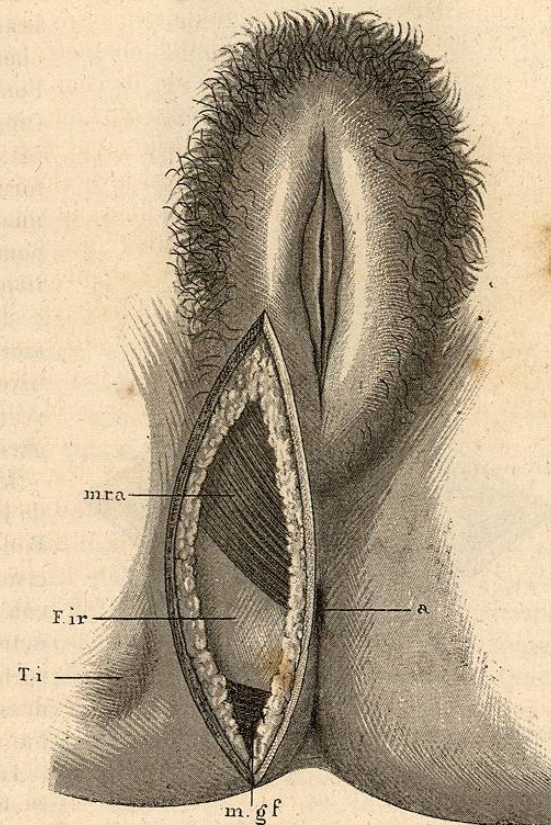


Fig. 551. — Périnéotomie verticale (Hegar, Sânger).  
a. Anus. T.i. Tubérosité de l'ischion. m. gf. Muscle grand fessier.  
m. r. a. Muscle releveur de l'anus. F.ir. Fosse ischio-rectale.

<sup>1</sup> HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*, p. 464.

<sup>2</sup> M. SÂNGER. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Heft 1, p. 100.

(fig. 552), et à ses deux extrémités on peut faire un petit prolongement oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors qui lui donne la forme d'un trapèze auquel manquera sa base. On arrive

ainsi très profondément jusque dans le cul-de-sac de Douglas, et on peut évacuer les collections d'une manière qui offre beaucoup moins de chance d'infection que l'ouverture par le rectum. Mais, comme la plaie est infundibuliforme, on ne peut pas y manœuvrer assez à l'aise pour pratiquer une extirpation de pyo-salpinx.

2° Voie pelvienne ou sacrée<sup>1</sup>. — On a proposé divers procédés nouveaux pour arriver aux abcès :

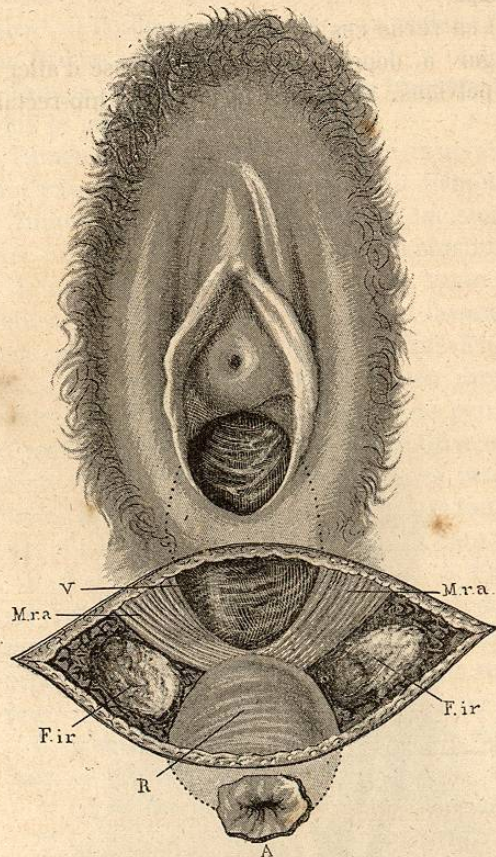
L'incision para-sacrée de E. Zuckerkandl et de Wölfler, grâce à une incision profonde sur les côtés du sacrum, pénètre dans l'espace pelvi-rectal supérieur, au-dessus du releveur de l'anus.

La résection définitive ou temporaire du coccyx

et du sacrum, suivant la méthode de Kraske, qu'a modifiée Hegar (p. 419). Mais cette opération n'est utile que lorsqu'on a besoin de beaucoup de jour, comme pour l'extirpation d'une tumeur; une incision évacuatrice ne la nécessite pas.

Tous ces procédés sont ingénieux et peuvent rendre des services

<sup>1</sup> WIEDOW. 5° Congrès des gynéc. all., Fribourg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 520) et *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 18, p. 202. — SINGER. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 542. — S. САХТОРН (de Copenhague). *Hosp. Tid.*, 1890, p. 1245, 1265, et 1891, p. 75. Le premier cas d'incision d'abcès pelvien par la voie sacrée a été publié par WIEDOW (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars 1889). — Il rapporte en même temps une salpingotomie faite par cette voie.



Incision par la voie pelvienne.

Fig. 552. — Périnéotomie transversale (O. Zuckerkandl).  
A. anus. R. rectum. V. vagin. M.r.a. muscle releveur de l'anus.  
F.ir. fosse ischio-rectale.

dans des cas spéciaux. Mais ils ont cette infériorité sur la laparotomie, que celle-ci seule permet de faire une véritable incision exploratrice assez large et assez bien disposée pour qu'on puisse se rendre compte si l'on a affaire à un pyo-salpinx énucléable ou à un abcès pelvien justiciable seulement de l'incision; on risque donc beaucoup d'inciser simplement des poches qu'on aurait pu extirper, ce qui aurait procuré une guérison incomparablement plus rapide et plus complète.

5° La laparotomie sous-péritonéale<sup>1</sup> présente le grand avantage de ne pas faire courir à la malade les risques de l'effusion du pus dans la cavité séreuse; elle est infiniment plus bénigne, en pareil cas, que la laparotomie proprement dite ou trans-péritonéale. Mais elle a l'inconvénient de ne permettre qu'une incision du foyer, sans réserver la possibilité d'une extirpation, dans le cas où la poche serait énucléable, quoique adhérente. Aussi, en suis-je bien moins partisan depuis que nos connaissances sur le pyo-salpinx sont devenues plus précises. Cette opération peut, toutefois, rendre de réels services dans des cas déterminés. Je la décrirai donc rapidement.

Il faut d'abord se rendre compte, par le toucher et l'exploration bi-manuelle, des connexions exactes de l'abcès. On fait alors, à un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 centimètres, allant couche par couche jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. On décolle la séreuse, avec les doigts comme dans la ligature de l'iliaque externe, en se dirigeant vers la branche horizontale du pubis. Le péritoine est maintenu soulevé en dedans par un large rétracteur ou les doigts d'un aide, tandis que l'opérateur, portant l'index au fond de la plaie, tâche de sentir la résistance de l'abcès. On arrive ainsi peu à peu jusqu'à la base du ligament large, dans la partie la plus profonde de la cavité pelvienne. Quand on a atteint le foyer purulent, qu'on reconnaît à sa fluctuation, on l'incise, on déterge soigneusement sa cavité et on pratique le drainage, soit par la paroi abdominale, soit par le vagin à l'aide d'un tube en croix qu'on passe très facilement avec la pince de Wölfler (fig. 48); pour cela, il faut que l'exploration faite à la fois par le toucher vaginal et par l'examen du fond de la plaie, montre que la cavité de l'abcès est à une assez courte distance du vagin. J'ai obtenu par ce moyen plusieurs guérisons<sup>2</sup>.

Il peut arriver que le décollement du péritoine ne suffise pas pour parvenir sur le foyer, soit qu'on ait fait erreur sur sa situation, soit qu'une inflammation ancienne ait rendu la séreuse adhérente et

<sup>1</sup> S. Pozzi. *De la laparotomie sous-péritonéale*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886.) — BARDENHEUER. *Der extra-peritoneale Explorativschnitt*. Stuttgart, 1887.

<sup>2</sup> Voir les observations contenues dans VERSEPVY. *De la périmérite et de son traitement*. Thèse de Paris, 1888.

friable et que des déchirures soient à craindre. On peut alors, séance tenante, appliquer l'ingénieux procédé indiqué par Hegar : l'ouverture en deux temps que je décrirai plus loin.

Laparotomie  
trans-périto-  
néale.

4° L'incision par la **laparotomie** proprement dite, ou **trans-périto-néale**, a été faite d'abord par Lawson Tait, puis par beaucoup de chirurgiens, à son exemple<sup>1</sup>. On ouvre l'abdomen par une incision assez petite (7 à 10 centimètres) ; on introduit les doigts pour reconnaître la tumeur ; on l'évacue par une ponction aspiratrice ; on attire la poche entre les lèvres de la plaie abdominale, on l'ouvre, et on suture ses parois aux lèvres de la paroi abdominale ; on la nettoie ensuite exactement, et on la bourre de gaze antiseptique ou on y place deux gros drains. On a obtenu ainsi de très beaux succès, mais on a eu aussi quelques revers. On peut rencontrer de grandes difficultés ; il n'est pas toujours possible d'attirer la poche, très solidement adhérente au pelvis et de petite dimension, jusque entre les lèvres de l'incision abdominale<sup>2</sup>, ou bien, si on l'y fixe avec effort, elle se déchire consécutivement et il y a effusion de matière septique dans la cavité péritonéale. Emmet rapporte qu'il a vu Lawson Tait lui-même renoncer à l'opération, parce qu'il ne parvenait pas à isoler la poche des anses intestinales agglutinées qui la recouvraient.

On doit procéder, si possible, de la façon suivante : après s'être assuré que l'énucléation de la poche est impraticable, et dans les cas rares où ses parois sont nettement distinctes, on videra la poche par la ponction, on l'ouvrira en protégeant exactement le péritoine, on la nettoiera avec soin et, explorant simultanément son fond et le cul-de-sac postérieur du vagin, on se rendra compte de la possibilité du drainage par cette voie. S'il est reconnu facile, on poussera un gros trocart ou la pince de Wölfler par le cul-de-sac vaginal jusqu'au fond de la poche et on attirera ainsi dans le vagin la longue branche d'un tube en croix dont les bras seront amenés au fond de l'abcès ; il ne reste plus qu'à réséquer la plus grande partie possible de la poche purulente et à la fermer exactement du côté du ventre par un surjet et quelques points séparés, de renfort, au catgut. Toilette exacte du péritoine et suture complète de la plaie abdominale (Martin).

Si la paroi de l'abcès ne forme pas une poche distincte qui se prête à la manœuvre précédente, on se contentera de la nettoyer très

<sup>1</sup> L. TAIT. *Loc. cit.* — Au mois de juillet 1889, il avait ainsi opéré et guéri 58 abcès pelviens. (*Edinb. med. Journ.*, juill.-août 1889, t. XXXV, p. 1 et 97.) — Voir aussi CHRISTIAN FENGER. *Soc. obst. de Chicago. (Amer. Journ. of Obstet., 1886, t. XIX, p. 428.)* — MAC KAY. *Lancet*, 12 févr. 1887. — TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1<sup>er</sup> juin 1887, p. 567.

<sup>2</sup> WIEDOW. *Loc. cit.*

exactement, puis on la remplira de gaze iodoformée, selon le procédé de tamponnement antiseptique du péritoine qui a été décrit (p. 78)<sup>1</sup>.

5° Enfin Hegar<sup>2</sup> a proposé de faire, de propos délibéré, l'**ouverture en deux temps**, comme Volkmann l'a pratiquée pour les kystes hydatiques du foie. Dans un premier temps, on fait la laparotomie et on tamponne avec de la gaze iodoformée de façon à créer un canal reliant la poche à l'incision abdominale. Dans un second temps, on incise la poche, après quatre ou cinq jours, quand les adhérences sont assez fortes. On peut mettre en usage ce procédé à travers le cul-de-sac postérieur du vagin.

Incision en deux  
temps.

D. L'abcès est plus rapproché de la paroi abdominale. — On devra alors aller à la recherche du pus par une incision faite immédiatement au-dessous du ligament de Poupart et, s'il est nécessaire, décoller le péritoine dans une faible étendue. Il faut remarquer, du reste, que, même une boutonnière dans la séreuse, faite quand la poche purulente est volumineuse et voisine des téguments, n'offre que peu d'importance, car la pression intra-abdominale pousse la poche entre les lèvres de l'incision et l'y maintient de façon que l'introduction du pus dans le péritoine ne soit guère à redouter.

Incision par la  
paroi abdominale  
des abcès  
superficiels.

Il ne faut pas confondre avec la laparotomie sous-péritonéale l'incision d'une collection située dans la fosse iliaque, accompagnée du décollement très limité de la séreuse, mais sans travail de recherche et pénétration profonde dans la cavité pelvienne. Certains auteurs ont commis cette confusion<sup>3</sup>.

L'incision d'une vaste collection purulente, comme le sont généralement les phlegmons du ligament large, doit être suffisamment grande (6 à 8 centimètres) et sera maintenue béante par le passage de deux gros drains accolés en manière de canons de fusil et poussés doucement jusqu'au fond du foyer. On peut les remplacer par une lanière épaisse de gaze iodoformée. Si l'on pratique des injections, elles devront être faites avec un antiseptique assez faible (eau phéniquée à 10 pour 1000, sublimé à 1 pour 5000), et on devra toujours

<sup>1</sup> S. POZZI, DE LOSTALOT-BACHOUÉ ET BAUDRON. *Remarques clin. et opérat. sur trente laparotomies. (Annal. de Gyn., mai 1890, t. XXXIII, p. 251 et suiv.)*

<sup>2</sup> WIEDOW. *Zur operativen Behandlung der Pyo-salpinx (Centr. f. Gyn., 1885, n° 10, p. 145) et 5<sup>e</sup> Congrès des gyn. all., Fribourg, 1889. (Centr. f. Gyn., 1889, n° 50, p. 520.)*

<sup>3</sup> HOUZEL (de Boulogne). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 856. — Le mot de laparotomie (*λάπαρα*, flanc ; *τέμνω*, je coupe), employé seul, doit conserver la signification que lui a imposée l'usage et signifier l'incision de la totalité de la paroi abdominale, y compris la séreuse. Ce qui constitue un des traits essentiels de la laparotomie, c'est qu'elle est toujours plus ou moins *exploratrice* ; car, quelque assuré que soit le diagnostic, il est de nombreuses particularités qu'on ne peut connaître qu'après l'ouverture du ventre. C'est ce caractère explorateur qui se retrouve aussi dans l'incision du flanc sans ouverture du péritoine, mais avec cheminement sous la séreuse et ce caractère le rapproche assez, m'a-t-il semblé, d'une *laparotomie* complète pour lui donner le même nom générale en y joignant l'épithète spécifique et restrictive de *sous-péritonéale*.

terminer par une injection d'eau filtrée et bouillie pour éviter de laisser séjourner dans la vaste cavité un liquide dont l'absorption pourrait donner lieu à des accidents. Si l'on observait malgré cela du croupissement, on pourrait tamponner avec la gaze iodoformée les parties diverticulaires de la poche. Enfin, si celle-ci s'étend en bas jusque près du cul-de-sac postérieur du vagin, ce que le toucher combiné permet de reconnaître, on ferait aussi le drainage par cette voie. Mais il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas blesser alors la vessie, et guider avec le doigt la pointe des pinces de Wölfler ou du grand trocart de Chassaignac, jusque sur le cul-de-sac vaginal, en procédant de haut en bas, tandis qu'on pratique d'autre part le toucher. Mundé<sup>1</sup> a eu deux fois à déplorer cet accident, qui n'a, du reste, pas eu de suites graves.

E. **L'abcès a infiltré le plancher pelvien.** — L'abcès forme une sorte d'éponge purulente dont les mailles sont constituées par du tissu conjonctif épaissi et des fausses membranes résistantes. Dans ces cas-là, l'utérus et les annexes sont emprisonnés et comme cimentés, à la manière de pierres dans un mur, par les productions inflammatoires. C'est alors que l'intervention par la laparotomie est particulièrement grave. Elle doit se borner à ouvrir les collections et à les tamponner et les drainer à la fois par la boutonnière abdominale et par le vagin, grâce à une contre-ouverture faite dans le cul-de-sac de Douglas. La guérison est toujours longue, difficile et laisse longtemps persister des indurations et des fistules. J'ai pourtant obtenu ainsi de remarquables succès<sup>2</sup> et Bouilly<sup>3</sup> en a cité également.

L'hystérectomie vaginale a été proposée par Péan d'abord pour ce cas-là, et il l'a ensuite généralisée à toutes les lésions inflammatoires bi-latérales des annexes. Cette extension me paraît abusive. Mais, bornée à des cas très déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale est parfois supérieure à l'intervention par l'abdomen, ou à la simple incision du cul-de-sac postérieur du vagin, telle que la recommande Laroyenne. Une réelle difficulté consiste à faire exactement le diagnostic entre les lésions que je viens de décrire et le pyo-salpinx médiocrement adhérent et énucléable, entouré d'une zone d'infiltration séreuse. Il faut, pour cela, une expérience consommée, et encore ne peut-on jamais avoir qu'une certitude relative. Il m'est arrivé souvent de faire la laparotomie sans espoir de pouvoir extirper les poches purulentes, et dans la pensée de les ouvrir et de les désinfecter par un tamponnement à la gaze iodoformée, et

<sup>1</sup> MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obst.*, 1886, t. XIX, p. 115. (Observ. VI et IX.)

<sup>2</sup> S. POZZI, DE LOSTALOT ET BAUDRON. *Annal. de Gyn.*, 1890, t. XXXIII, p. 252. — S. POZZI ET BAUDRON. *Revue de chir.*, août 1891, p. 622.

<sup>3</sup> G. BOUILLY. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 520.

de parvenir pourtant, sans trop de peine, à décortiquer la paroi de l'abcès formée par la trompe et l'ovaire.

Or, cette extirpation totale du foyer infecté est, à mes yeux, une garantie bien supérieure pour une guérison complète et durable. On doit donc, je crois, considérablement restreindre les indications de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes et la réserver aux cas où l'extirpation des lésions serait manifestement impossible. Son grand avantage est d'éviter les manœuvres laborieuses destinées à détacher les anses intestinales et à rechercher les collections disséminées dans la masse inflammatoire qui remplit le petit bassin.

Certes, l'hystérectomie est alors loin d'être une opération facile, comme certains de ses partisans enthousiastes l'ont avancé, après un trop court apprentissage. L'utérus est immobile, il ne s'abaisse nullement; autour de lui tout est épaissi, friable et saignant. Il faut une habileté consommée, pour libérer l'organe ainsi enclavé, et lorsqu'on y est parvenu on s'aperçoit souvent qu'on n'est pas entré dans la cavité péritonéale qui est fermée de toutes parts par les produits inflammatoires, si bien que le fond de l'utérus est enchâssé dans cette masse ligneuse à la manière d'un gland dans sa cupule. J'ai donc pu dire, pour mettre ce fait en relief, que « l'hystérectomie n'est indiquée que lorsqu'elle est très difficile ». Mais une fois qu'elle a été effectuée, dans ces cas complexes, elle met les opérées dans de très bonnes conditions de guérison. On a créé ainsi un trou, comme à l'emporte-pièce, au milieu de tout le magma inflammatoire, composé de produits plastiques et de pus. Cette perforation permet un large drainage, dont la déclivité assure l'efficacité. On peut, par cette perte de substance, porter l'antiseptie, sous forme de tampons iodoformés et d'injections détersives, jusqu'au milieu de l'éponge purulente dont les mailles ont parfois été largement ouvertes par l'opération. Du reste, je crois inutile et dangereux d'aller, après l'ablation de l'utérus, à la recherche des collections purulentes. Dans le cas assez fréquent où elles n'ont pas été évacuées d'emblée, la pratique qui a été préconisée par P. Segond et qui consiste à aller, avec les doigts profondément introduits dans le vagin, rechercher les points fluctuants et les effondrer, me paraît offrir plus d'inconvénients que d'avantages.

Je n'admets cette manœuvre que lorsque la collection est facilement reconnaissable par la palpation abdominale combinée au toucher. En effet, si l'on s'obstine à faire une recherche véritable, on s'expose à déranger les pinces qui assurent l'hémostase, à porter l'infection au loin, et même à blesser des anses intestinales tendues, dont on pourrait méconnaître la nature. Après l'extirpation de l'utérus qui, pour moi, constitue l'opération *fondamentale* et non l'opération *préliminaire* (Reclus), je recommande de se borner le plus

Hystérectomie  
vaginale  
pour les  
abcès infiltrés  
dans le  
plancher pelvien.