

valle la santé fût bonne, la vie commune très possible, cette malade se voyait tous les deux mois entravée dans son travail, et elle se décidait enfin au commencement de 1898 à accepter une opération, dont, jusqu'alors, on avait eu à plusieurs reprises à lui faire entrevoir la perspective comme nécessaire.

Au toucher, je trouvais à gauche une trompe du volume de trois doigts, tombée dans le cul-de-sac postérieur, mobile, douloureuse au toucher; l'ovaire était confondu dans la masse et je n'arrivai pas à l'isoler. Du côté droit, je sentais moins bien la trompe; elle était un peu altérée, puisque très perceptible, mais ce n'étaient après tout de ce côté que de très petites lésions. J'opérais donc pour enlever le côté gauche et l'opération confirma mes prévisions.

Le 16 septembre 1898, j'enlevais la trompe gauche et l'ovaire correspondant; l'un et l'autre étaient libres et sans adhérences sérieuses, l'ovaire avait le volume d'un gros œuf de pigeon et contenait un kyste sanguin. La trompe était remplie, bosselée; de son orifice s'échappait par pression une grosse goutte de pus. Je l'enlevai.

A droite, les lésions étaient, comme je le pensais, beaucoup plus minimes; l'ovaire était sain, la trompe était légèrement renflée, le pavillon oblitéré: je l'ouvris, c'était un petit hydrosalpinx et je suturai la muqueuse du pavillon de manière à créer un orifice permanent, je faisais une salpingostomie. Je n'étais pas sûr de la pureté du contenu de cette trompe, je laissai donc par prudence une mèche de gaze, qui selon mon habitude fut enlevée le troisième jour.

Dans les premiers jours d'octobre, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, la malade, quoique toujours alitée, était considérée comme guérie: les fils depuis huit jours étaient enlevés, lorsque je la trouvai un jour fatiguée, souffrante avec 40° de température. Je palpe son ventre; et je trouve une grosse tumeur qui fait saillir la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic.

La tumeur est régulière, symétrique, elle est très tendue, peu dépressible; elle est d'ailleurs très douloureuse au palper. Cependant la vessie est vide, je m'en assure par le cathétérisme, et je diagnostique une collection septique. Je pensai que derrière la mèche retirée depuis quinze jours, une rétention de pus s'était faite qui élevait la température et produisait cette distension douloureuse de la zone sous-ombilicale.

J'opère de suite: la malade est portée dans la salle d'opération, endormie, et ouvrant l'angle inférieur de la plaie abdominale à peine cicatrisée, j'évacue plus d'un litre et demi d'un liquide absolument

clair, citrin, et qui ne fut louche que dans ses dernières gouttes.

Un tube de caoutchouc assura pendant quelques jours la béance de l'orifice et l'évacuation de la cavité; et trois semaines après, la malade quittait le service, cette fois définitivement guérie.

Voici donc une énorme collection pelvienne séreuse, qui se développe à la suite d'une laparotomie, provoquée par une lésion tubaire minime.

De la trompe ouverte par moi, une infection légère, atténuée, s'échappa les jours suivants, et apporta au péritoine une irritation insuffisante pour occasionner les grandes réactions de la péritonite mais suffisante cependant pour provoquer une réaction de défense. Et la sérosité s'est ainsi collectée dans le cul-de-sac postérieur qu'elle a rempli tout entier, jusqu'au jour où le volume de la collection, son infection secondaire produisirent avec la rétention les accidents qui me forcèrent la main.

Que les lésions annexielles soient légères ou importantes, la pathogénie de la collection séreuse reste donc la même. Infection tubaire, voilà le point de départ: autour de ce foyer s'élèvent les adhérences protectrices, mais là où l'irritation inflammatoire est moins intense, sur les confins des grosses adhérences, l'infection arrive atténuée, tamisée en quelque sorte par les barrières déjà élevées, et l'irritation qui se fait sur la séreuse à ce niveau n'est plus suffisante pour faire de grosses productions fibreuses d'adhérences; elle produit la sécrétion séreuse, qui trouve dans les dépôts fibrineux voisins le moyen de s'enkyster.

Adhérences celluleuses, collection séreuse, ce ne sont que des modalités particulières de la réaction de défense d'un péritoine pelvien aux prises avec une infection. Voilà comment vous devez comprendre la production de ces collections, dont les modalités anatomiques variables s'expliqueront ensuite aisément.

Il nous reste maintenant à voir comment nous saurons les reconnaître cliniquement et les traiter.

III

Née d'une réaction de défense du péritoine, la collection séreuse n'a pour se caractériser que les signes subjectifs qui traduisent cette réaction elle-même: c'est à une péritonite pelvienne qu'on assiste

d'habitude, et suivant que celle-ci sera aiguë, subaiguë ou chronique, les allures de la collection séreuse seront plus ou moins bruyantes.

Douleurs abdominales aiguës, fièvre, vomissements, ventre sensible au palper, culs-de-sac douloureux et empâtés, voilà ce qu'on trouve presque toujours au début. Après quelques jours, la crise se calme, l'orage s'apaise, et quand on examine à froid la cavité pelvienne, on la trouve remplie par des masses d'adhérences annexielles ou péri-annexielles.

C'est au milieu de ces masses qu'on trouvera à l'opération et qu'on reconnaîtra seulement à ce moment, des petits kystes séreux, dont rien à l'avance ne venait indiquer la présence. Toutes les fois que j'opère au lendemain de ces poussées aiguës, je suis à peu près sûr de trouver de ces lésions secondaires, et leur nombre m'a toujours paru d'autant plus important que la crise avait été plus violente ou les attaques plus souvent répétées.

Mais, et j'insiste sur ce point, au milieu de ces adhésions diffuses, je ne vois aucun caractère auquel on puisse les reconnaître, à moins que, débordant par un volume excessif les limites des adhésions, elles ne viennent d'un côté ou de l'autre se mettre à portée de l'exploration.

Toutes différentes sont les *grandes* collections : elles se révèlent de bonne heure à l'exploration. Tantôt c'est au milieu des signes bruyants d'une pelvi-péritonite aiguë, que l'on voit s'élever de la cavité pelvienne la saillie de la tumeur : il en était ainsi sur notre première malade. Tantôt la réaction péritonéale qui précède est plus légère, plus atténuée, la collection se développe insidieusement : c'est ce qui se passait chez notre seconde malade. Chez elle, la fièvre, la douleur, les vomissements ne sont venus qu'au moment où la collection avait déjà d'énormes proportions.

Lorsque la collection est formée, c'est du côté du vagin, du côté de l'abdomen, ou de ces deux côtés à la fois qu'elle devient appréciable : elle est en un mot *vaginale*, *abdominale* ou *abdomino-vaginale*, et sa constatation va ouvrir au diagnostic des horizons nouveaux.

De quelque côté qu'elle saille en effet, la régularité de la tumeur, sa dépressibilité, sa tension la feront toujours reconnaître, à défaut de la fluctuation, pour une collection liquide, et il n'y a qu'à discuter si la collection est *hématiche*, *purulente* ou *séreuse* : autrement dit, le diagnostic se pose entre l'*hématocèle*, l'*abcès pelvien*, ou la collection *séreuse*.

Le diagnostic avec l'*hématocèle* sera toujours difficile : début brusque

dans les deux cas, douleur et réaction péritonéale. Mais la fièvre dans l'hématocèle est moins intense, moins précoce que dans la péritonite : ce qui domine au début, ce sont les signes d'hémorragie, la syncope, la pâleur des téguments, le pouls petit.

Il y a des pertes sanguinolentes, et la notion de ces accidents, alors même qu'on voit la malade à la période de localisation de l'hématocèle ne manque pas d'avoir une réelle valeur. Pour s'y tromper, il faut donc des conditions spéciales, il faut surtout n'avoir pas été à même de suivre la malade pendant toute l'évolution des accidents.

Et c'est le diagnostic avec l'*abcès pelvien*, avec la *suppuration* qui vous offrira les plus sérieuses difficultés. Quand, au milieu ou à côté de salpingites reconnues, vous trouverez une collection liquide chez une malade qui a de la fièvre et termine une poussée péritonéale, vous aurez bien des raisons de dire : abcès.

Ce sont les mêmes douleurs, la même tension, les mêmes lésions de salpingite concomitante, la même réaction générale. Si cependant il n'y avait pas de fièvre, vous auriez là un signe pour plaider contre le diagnostic de suppuration : et encore ne devez-vous pas trop vous y fier, car il est des abcès sans fièvre, alors qu'avec les collections séreuses la température peut monter jusqu'à 40°. Aussi bien l'erreur me paraît-elle difficilement évitable : je ne saurais beaucoup le regretter, car le traitement est le même, qu'il s'agisse de pus ou qu'il s'agisse de liquide séreux collecté.

Quel est l'avenir de ces collections séreuses abandonnées à elles-mêmes ? que deviennent-elles ?

Les unes persistent sans s'accroître, sans se modifier : c'est le fait de ces petites collections, trouvées au cours d'une laparotomie autour d'un foyer central. D'autres fois elles suppurent, le liquide se trouble, se transforme en pus : cette transformation s'explique aisément ; à côté d'une poche séreuse, il en est souvent de suppurées. L'infection se transmet de l'une à l'autre.

Ces poches se modifient sans doute aussi, par régression, elles se résorbent et disparaissent : c'est ce qui se passe souvent, je pense, pour les petits kystes, ils se produisent après une poussée, ils disparaissent plus tard et récidivent après une nouvelle attaque.

Enfin la poche peut aussi se rompre, et c'est peut être pour certaines de ces tumeurs une manière de disparaître. La rupture est spontanée ou artificielle : il m'est arrivé, il y a quelques jours à peine, de rompre sous vos yeux une collection de cette nature.

Nous avons, au dernier lit de la salle Saint-Jean, une femme de vingt-cinq ans, qui nous était arrivée en pleine poussée de pelvi-péritonite : le petit bassin était rempli de ces masses indurées qui sont constituées à la fois par des annexes enflammées et par les adhérences qui les entourent. Tout l'abdomen était sensible, douloureux : je prescrivis de la glace et j'attendis pour opérer que la crise soit calmée.

Cependant, au bout d'une dizaine de jours, j'examinai à nouveau la malade, et je fus très étonné de trouver à gauche de la ligne médiane une saillie appréciable, qui tournait du côté de l'ombilic un contour régulier et arrondi. La tumeur était dépressible, tendue : il y avait encore de la fièvre. Je me demandais si c'était un abcès ou une collection séreuse, lorsque sous mes doigts la tumeur s'affaissa brusquement : je l'avais rompue.

C'est toujours une circonstance fâcheuse que cette rupture, car si la poche contient du pus, une péritonite peut rapidement se développer. Aussi bien, toutes les fois que vous verrez sous vos yeux se rompre une collection intra-abdominale, c'est une règle, la laparotomie s'impose.

Et ici même je me conformai à cette règle ; je fis porter la malade à la salle d'opération et je l'opérai de suite. Or, je ne trouvai dans l'abdomen que du liquide citrin, et à gauche de la ligne médiane, les débris déchirés d'une poche flétrie : au-dessous, la cavité du petit bassin était comblée par des adhérences, mais je n'avais pas ce matin-là de plan incliné à ma disposition, l'opération ayant été imprévue ; je n'avais pas les instruments nécessaires pour faire bien l'opération complète, telle que la comportaient les lésions, et je me contentai de faire le drainage, qui prévenait tout accident. Et plus tard je pratiquai à cette malade l'hystérectomie abdominale totale.

Que serait-il arrivé, si je n'avais pas drainé tout de suite après la rupture de cette collection septique ? Probablement rien du tout : peut-être même pas la plus légère réaction péritonéale. La rupture eût passé inaperçue et je pense qu'il en est quelquefois ainsi : des poches se rompent spontanément et disparaissent sans qu'on s'en aperçoive.

Ce n'est là toutefois qu'une évolution très exceptionnelle et d'ailleurs pleine de péril. La septicité de ces poches est relative et variable ! il en est peut-être dont le contenu est infecté. La collection séreuse, est donc un danger, vous ne devez pas l'abandonner à elle-même : il faut l'opérer. Comment ?

J'envisagerai seulement le traitement des grandes collections séreuses : les autres, les petites sont lésions secondaires à côté de salpingites volumineuses, leur présence est ignorée, on ne les découvre qu'au cours de l'intervention ; la salpingite seule dicte l'opération à faire et la voie à suivre.

Si vous enlevez par l'abdomen les annexes malades, vous ouvrez, chemin faisant les kystes séreux rencontrés ; en les ouvrant vous les détruisez, et lorsque les salpingites seront enlevées, des kystes il ne restera plus trace.

Mais pour les grosses collections, il en va tout autrement ; celles-ci ont une part importante dans la détermination des troubles observés.

Par leur volume, elles prennent sur les lésions adjacentes une importance prépondérante, elles constituent parfois la maladie tout entière. Elles doivent donc être traitées pour elles-mêmes.

Eh bien ! pour celles-là, Messieurs, le traitement ne saurait faire de doute : il consiste exclusivement dans l'*incision* de la poche, et je dirai même dans l'*incision vaginale*.

Incisez-les largement, ces collections, comme vous le feriez d'une suppuration : souvent d'ailleurs, vous croiriez opérer pour un abcès et vous reconnaîtrez seulement à l'ouverture que ce n'est pas du pus. Ici comme là, l'évacuation est nécessaire et l'incision suffit à cette indication.

Incisez-les par le vagin : la colpotomie me paraît la voie de choix à utiliser dans ces cas, à condition toutefois que la collection soit saillante et abordable de ce côté.

Chez ma seconde malade, j'ai eu recours à l'incision abdominale, il est vrai ; chez elle la collection faisait au-dessus du pubis une énorme saillie et me dictait ainsi et la conduite à tenir et la voie à suivre. Mais l'incision au point déclive est mieux faite pour assurer l'évacuation de la poche, et c'est pour cela que je la préfère et vous la recommande.

Si l'incision est le traitement de choix, elle ne pourra cependant suffire à elle seule le plus souvent. L'incision agit sur la collection comme elle agit sur un abcès pelvien, elle permet l'évacuation et le drainage, mais c'est tout. Elle ne fait rien contre les lésions annexielles préexistantes ou contemporaines. Celles-ci après l'incision persistent et nécessiteront le plus souvent une opération spéciale, hystérectomie vaginale ou hystérectomie abdominale.

Aussi bien, quand à la collection séreuse s'associent de grosses lésions tubaires, des lésions si évidentes que leur ablation sera à

brève échéance nécessaire, faites dans la même séance l'évacuation de la poche et la castration utéro-annexielle : inutile d'opérer en deux temps ; en une seule séance vous pourrez tout faire, comme je l'ai fait sur ma première malade.

Mais lorsque, au contraire, la collection si importante masque les lésions de salpingite qui lui sont associées, lorsqu'il y a doute sur l'existence ou le degré de ces lésions, lorsque surtout la collection est considérable, il n'y a à se préoccuper que d'elle seule, et vous pouvez négliger pour l'instant les lésions préexistantes. Évacuez la collection, drainez largement, et vous verrez plus tard, lorsque la malade sera guérie de cette première opération, s'il persiste encore des lésions justiciables d'une seconde intervention.

STATISTIQUE

DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES A LA CLINIQUE

Du 1^{er} mars au 30 octobre 1901

MESSIEURS,

Lorsqu'à l'approche du soir, le laboureur quitte son travail pour rentrer au logis, il se retourne au bord du chemin pour revoir une fois encore la terre qu'il creusa tout le jour ; il compte les sillons ouverts, mesure, d'après ce qu'il a fait, ce qu'il lui reste à faire et raffermi son courage à l'espérance de la moisson prochaine.

Faisons ainsi, Messieurs, aujourd'hui que ma mission est déjà terminée : avant de nous séparer, arrêtons-nous une dernière fois sur le seuil de cet Hôtel-Dieu où nous ne nous retrouverons plus jamais ensemble. Jetons un regard en arrière ; voyons quelle a été notre œuvre, quels furent nos résultats et, surtout, sachons y trouver la leçon du passé et le conseil du lendemain.

	NOMBRE	GUÉRIS	MORTS
Gynécologie			
Laparotomie pour éventration	2	2	
— pour hématocele	4	4	
Opération conservatrice sur l'ovaire ou les annexes	4	4	
Salpingectomie unilatérale	10	9	1
— double pour lésions suppurées	21	21	
Hystérectomie abdominale pour suppuration	37	36	1
Hystérectomie abdominale pour tumeur végétante des ovaires	2	2	
Laparotomie pour cancer de la trompe	1	1	
— pour kyste et tumeur de l'ovaire	13	12	1 (hémorragie).
<i>A reporter</i>	94	91	3