

feu, les vésicatoires volants, au moins contre l'élément douleur, le tamponnement dialyseur du vagin à la glycérine, la columnisation au moyen de tampons médicamenteux serrés, la compression élastique de Wernitz, au moyen d'un sac de menu plomb, le traitement hydro-minéral, qui ne convient qu'à certains cas à évolution fibreuse et dont le choix est subordonné à l'état général autant qu'à la forme locale de la lésion, etc.

Le *massage* bimanuel est utile contre les adhérences, les résidus tardifs d'une inflammation éteinte; cependant l'école de Thüre-Brandt en a sensiblement étendu les indications. C'est ainsi qu'on le conseille dans les formes parenchymateuses et dans les collections tubaires encore perméables et même purulentes qu'on arriverait à exprimer par la cavité utérine. Kelly (1) en décrit les indications et la technique. Mais il faut, croyons-nous, une grande expérience de cette méthode pour l'appliquer d'une façon utile et inoffensive et nous ne saurions la conseiller aussi généralement.

Il en est de même de l'*électrolyse intra-utérine*, de l'*électricité faradique*, des *séances répétées de redressement*, tous moyens qui peuvent avoir leur utilité dans des cas bien déterminés et rares, mais dangereux au voisinage d'une collection virulente. Le *cathétérisme des trompes*, proposé dès 1849 par Tyler Smith, aurait été réalisé par Frankenhauer, Duncan, Hildebrand, Boursier, etc. Martin doute de la réalité de ces faits et croirait plutôt à une perforation utérine. Il est certain que, en raison de l'exiguïté de l'ostium utérin normal, de la coudure et de l'obstruction si fréquentes de l'isthme enflammé, il faut admettre une disposition bien exceptionnelle pour qu'une sonde quelconque puisse pénétrer dans le conduit tubaire. Ce moyen est donc à rejeter comme trop exceptionnellement applicable, aveugle et dangereux.

Bien différent est le *traitement intra-utérin*, et particulièrement la *dilatation* suivie du *drainage* et complétée ou non par le *curettage* et l'*excision du col*. La dilatation doit être progressive, lente, commencée à la laminaire, continuée à l'éponge préparée (Le Dentu) cylindrique et non conique, et prolongée pendant cinq, huit, dix jours, si la malade la tolère. Dans le cas contraire, on pourra la compléter ou même la faire extemporanément sous le chloroforme à l'aide de bougies dilatatrices; mais alors, il faudra prolonger davantage le tamponnement et le drainage intra-utérins. Le *curettage* peut être alors pratiqué comme moyen complémentaire. Il offre l'avantage de supprimer l'endométrite causale, de réveiller la contractilité de l'utérus et peut-être aussi des trompes. De même l'*excision du col*, en cas d'hypertrophie et de cervicite, provoque l'involution de tout l'appareil utéro-annexiel et peut faire cesser les poussées paramé-

(1) HOWARD A. KELLY, Operative Gynecology, 1898, t. II, p. 222.

triques ou ovariennes (Bouilly). Mais la dilatation est l'élément primordial, nécessaire et souvent suffisant, du traitement.

On en complète l'effet en drainant pendant plusieurs jours la cavité utérine au moyen d'une lanière de gaze imprégnée de glycérine créosotée, ichtyolée, etc., renouvelée chaque jour. Comment agit la dilatation? La principale modification qu'elle imprime à l'utérus est un ramollissement de toute l'épaisseur de sa paroi, depuis le col jusqu'au fond et aux angles. C'est pourquoi il est indispensable de dilater très largement et avec des éponges cylindriques. Cet assouplissement de la paroi fait ainsi disparaître la rigidité et l'occlusion de l'orifice tubaire (Doléris, Le Dentu). Pour Landau, elle agit en rectifiant la cavité utérine et en facilitant ainsi le drainage des trompes. Poulet, Walton attribuent au curettage, qui désobstrue les cornes utérines, le maximum d'effet. Pour d'autres, les antiseptiques dont sont imprégnées les éponges et la gaze seraient absorbés par les lymphatiques et véhiculés jusque dans le foyer inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, cette méthode a donné à ses initiateurs: Walton, Poulet, Doléris, Gottschalk, à nous-mêmes et à bien d'autres, des résultats inespérés. Que ce soit par évacuation directe ou par une sorte de drainage capillaire, nous avons vu maintes fois les éponges largement imbibées de liquide, parfois hématique ou même purulent, et de grosses tuméfactions disparaître, comme fondues, en quelques jours. Ce traitement peut sans doute n'être pas définitivement curatif, mais, aseptiquement conduit, il est inoffensif, il guérit souvent la métrite, cause permanente des poussées annexielles, et peut suffire à la cure de celles-ci. On est donc autorisé à l'employer comme moyen d'essai et d'attente, en dehors des phases aiguës, au moins dans les cas de salpingites profluentes, d'infections récentes catarrhales, de poussées répétées du côté de l'ovaire et même contre les exsudats anciens dont il facilite la résorption.

Traitement direct. — La salpingo-ovarite ayant été reconnue incurable par le traitement *indirect*, il faut se résigner à l'aborder *directement* par le moyen le moins dangereux et en même temps le plus efficace, et nous entrons ici dans le traitement chirurgical proprement dit. Il est peu de questions aussi complexes, qui aient donné lieu à plus de discussions et de publications, qui aient autant stimulé l'ingéniosité et la hardiesse opératoires. Aujourd'hui, après de multiples oscillations entre le traitement d'attente et le traitement actif, entre la salpingectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale, entre les méthodes radicales et les procédés conservateurs, beaucoup de chirurgiens sont arrivés à faire abstraction de toute conception systématique et absolue, à poser des indications opératoires et conservatrices appropriées autant que possible à chaque cas particulier.

Le Congrès de Genève, de 1896, grâce aux communications dont

il a été l'occasion, grâce surtout au rapport si remarquable et si lucide de Bouilly, a dissipé définitivement l'obscurité qui planait encore sur la question.

A. *Opérations extrapéritonéales.* — Cette dénomination est légitimée par ce fait que, dans ces interventions, on s'attaque à des foyers purulents adhérents et exclus en quelque sorte de la séreuse abdominale.

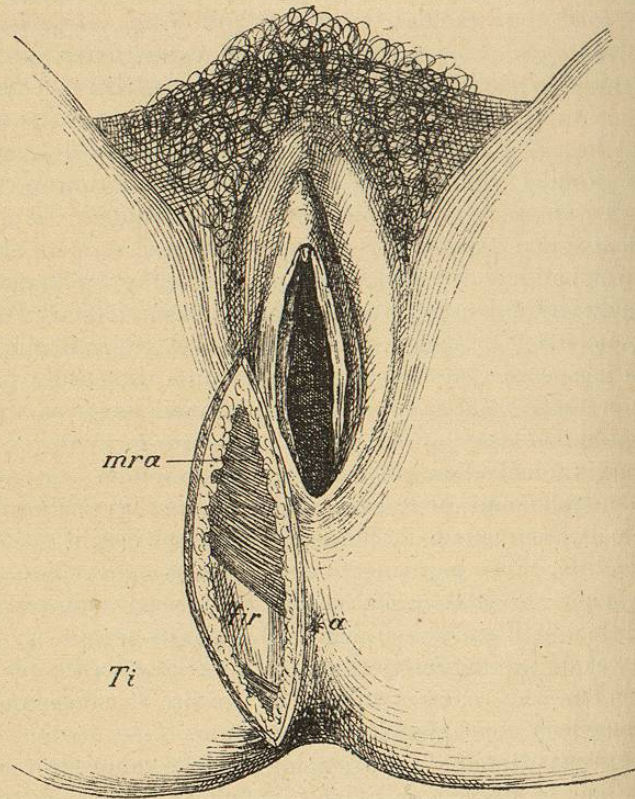


Fig. 207. — Périnéotomie verticale (Hegar et Säger). — a, anus; mra, muscle releveur de l'anus; Ti, tubérosité ischiatique; Fir, fosse ischio-rectale.

On aborde les lésions par des voies diverses, les unes exceptionnelles, les autres habituelles. Les premières sont :

a. *VOIE RECTALE.* — Byford, en 1886, ayant eu à traiter une annexite suppurée ouverte dans le rectum, dilata l'anus et la fistule, cautérisa la poche et obtint la guérison. Ce succès le poussa à généraliser cette méthode. Mais il n'a pas rencontré beaucoup d'imitateurs et on ne saurait préconiser comme mode de traitement ce qui est, avec raison, considéré comme un incident fâcheux dans l'évolution des annexites.

b. *VOIE PÉRINÉALE.* — La *périnéotomie verticale* (fig. 207), conseillée

par Säger, ne diffère de celle d'Hegar que par sa plus grande étendue. L'incision commence en dehors et au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et se termine à 2 centimètres de la pointe du coccyx. Elle permet d'atteindre le foyer en traversant la fosse ischio-rectale et le releveur.

La *périnéotomie transversale* (fig. 208), indiquée par O. Zuckerkandl en 1889, employée par Willems (Congrès de Bruxelles), ouvre les

tissus d'une tubérosité ischiatique à l'autre et donne un large accès vers le cul-de-sac de Douglas par le dédoublement de la cloison recto-vaginale.

c. *La voie sacrée*, avec ou sans résection, temporaire ou définitive, du sacrum, telle qu'elle a été suivie pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, donne beaucoup de jour et pour-
rait convenir aux collections

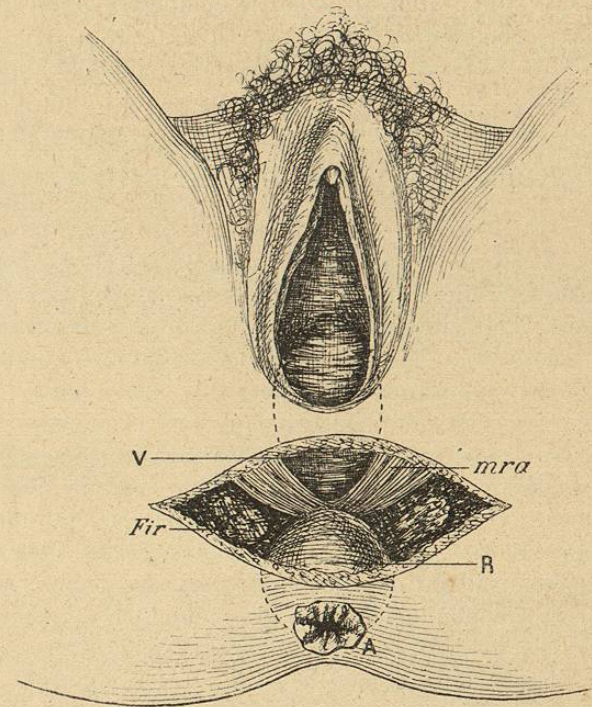


Fig. 208. — Périnéotomie transversale (O. Zuckerkandl). — V, vagin; A, anus; R, rectum; mra, muscle releveur de l'anus; Fir, fosse ischio-rectale.

voisines de l'échancrure sciatique (Pierre Delbet). Elle a été adoptée par Wiedow en 1889; mais elle est généralement condamnée comme trop audacieuse (Säger) et causant de trop grands délabrements (Doyen).

d. *VOIE PARAPÉRITONÉALE.* — *Incision ou laparotomie sous-péritonéale.* — Pozzi avait appelé sur cette voie l'attention de la Société de chirurgie, en 1886. Bardenheuer, l'année suivante, tenta de la généraliser. Picqué et d'autres l'ont employée en diverses circonstances. L'incision, parallèle au ligament de Fallope, de 8 à 10 centimètres de longueur, est à peu près celle de la ligature de l'iliaque externe. Après section couche par couche des tissus, on décolle et récline le péritoine, puis on aborde la collection et on l'ouvre avec le doigt ou la sonde cannelée. Cette méthode, de choix pour certaines collections

du tissu cellulaire, n'a, depuis les progrès de la laparotomie, que des indications exceptionnelles pour le traitement des annexites. Elle n'est recommandable que dans certains cas de pyosalpinx accompagnés d'un état général grave et inaccessibles par le vagin.

e. Nous signalerons simplement les voies HYPOGASTRIQUE, ILIAQUE, INGUINALE, FESSIÈRE, comme sollicitant le bistouri dans les cas exceptionnels où le pus viendrait faire saillie en ces régions. Mais il s'agit alors de suppurations pelviennes complexes plutôt que de salpingo-ovarites proprement dites.

f. VOIE VAGINALE. — C'est celle qui se prête le mieux aux simples évacuations et qui, pour d'autres opérations, radicales ou conservatrices, associée ou non à l'hystérectomie, permet de faire face à un grand nombre d'indications.

1° La ponction, simple ou suivie de lavages et de drainage, est généralement condamnée comme dangereuse pour l'intestin ou insuffisante à assurer l'évacuation et la guérison (Pozzi, Segond, Bouilly). Cependant, elle a donné à Simpson, Vulliet, More Madden, à nous-mêmes, d'incontestables succès (1). Elle peut très bien suffire, unique ou renouvelée, à la guérison de l'hydrosalpinx (Landau) et même de certaines suppurations enkystées à évolution aiguë.

2° L'incision complète ordinairement la ponction et l'association des deux constitue la méthode dite de Laroyenne. L'incision simple, sans ponction préalable, est une vieille méthode qui était familière à Velpeau (1830), Chassaignac, Récamier et Bourdon, Demarquay, Nonat, Barnes, Simpson, etc., et s'employait dans tous les cas de collection saillant dans le vagin. Délaissée depuis l'avènement de la chirurgie abdominale, elle a été réhabilitée et généralisée dès 1886 pour le traitement des collections enkystées de la trompe et de l'ovaire par l'École chirurgicale de Lyon, sous l'impulsion de Laroyenne. Sous son inspiration, de nombreux travaux ont été publiés par Blanc, Goullioud, Vincent, La Bonnardière, Condamin, etc. Le Congrès de Genève lui a donné sa consécration par la bouche de ses rapporteurs : Bouilly, Kelly, Sängier, Henrotin, et des orateurs tels que Doléris, Léopold, Mangin, Goullioud, Adenot, etc. Enfin, plus récemment, Monod (4 mai 1898), rapportant à la Société de chirurgie vingt-cinq opérations personnelles, a démontré de nouveau l'utilité de cette opération dans les collections suppurées unilatérales de la trompe, même haut placées; en outre, deux cas de suppuration bilatérale ont été heureusement traités par lui de cette manière. Cette communication laissait en défiance Quénu, Ricard, Pozzi, Richelot, Potherat, etc., sinon sur la bénignité, au moins sur l'efficacité définitive de l'intervention, et ils ne l'acceptaient qu'avec restriction. Mais Tuffier, Chaput, Hartmann, Picqué rappelaient les succès qu'ils lui doivent

(1) LE DENTU, *Gaz. des hôpitaux*, 1892.

et Le Dentu et Bouilly n'ont pas varié sur l'appréciation qu'ils en ont déjà portée en 1892 et 1900. Au dernier Congrès, il en a été peu question : cependant Hartmann a rapporté 16 nouveaux cas avec 12 guérisons.

La méthode de Laroyenne consiste essentiellement dans la ponction, au moyen d'un trocart spécial (fig. 209), suivie d'une incision faite avec un métrotome. La canule adaptée au trocart est fendue sur sa longueur dans sa moitié supérieure et sert comme une sonde cannelée. Sur l'index gauche servant de guide, on enfonce le trocart dans la tuméfaction, en suivant la paroi interne; lorsqu'il a pénétré dans la poche, on le retire en laissant en place la canule qui sert de guide au métrotome. Celui-ci glissant sur la canule est introduit fermé, puis, après avoir retiré la canule, on ramène le métrotome au dehors en l'ouvrant. La poche et la muqueuse vaginale se trouvent ainsi largement débridées. Avec le doigt on recherche alors et on ouvre, s'il y a lieu, les poches secondaires. Une éponge fine est placée dans l'ouverture et remplacée, au bout de vingt-quatre heures, par un tube de verre, un gros drain en croix ou le double drain à pavillon de Vincent.



Fig. 209. — Trocart de Laroyenne.

Pozzi, Reverdin, Segond, Doyen, ont depuis longtemps signalé l'inutilité et même le danger de l'instrument de Laroyenne, et tous les chirurgiens pratiquent plus volontiers l'incision transversale franche et sans ponction, au bistouri ou aux ciseaux. Il est inutile d'inciser en deux opérations séparées comme le conseillent Hegar et Wiedow, et même de suturer la poche à l'incision vaginale avant de l'ouvrir. Chaput se sert d'une pince-trocart; Kelly, de ciseaux pointus (fig. 210) avec lesquels il ponctionne d'abord et qu'il ouvre pour dilater l'ouverture. Battey a conseillé l'incision longitudinale et interligamentaire. L'incision antérieure n'est que rarement indiquée. Les uns font un lavage et des irrigations antiseptiques quotidiennes (Vincent, Picqué, etc.); d'autres vont jusqu'à curetter la poche (Byford, Munde, Kelly); le lavage nous semble inutile et le curettage dangereux.

Quels que soient les détails de technique, les seuls préceptes à retenir, dit Bouilly, sont que l'incision doit toujours être placée dans le cul-de-sac postérieur, même quand il s'agit d'une collection latérale, et ne pas dépasser 3 à 4 centimètres d'étendue transversale; que l'ouverture de la collection doit être aussi large que possible et souvent complétée par l'introduction du doigt ou d'un instrument dilatateur et qu'elle doit être suivie d'un drainage longtemps main-

tenu en place et assuré au moyen d'un tube en T. C'est le drainage qui assure la guérison et prévient la formation des fistules. Vincent, dans sa large pratique de la colpotomie, n'a jamais eu de guérisons durables.

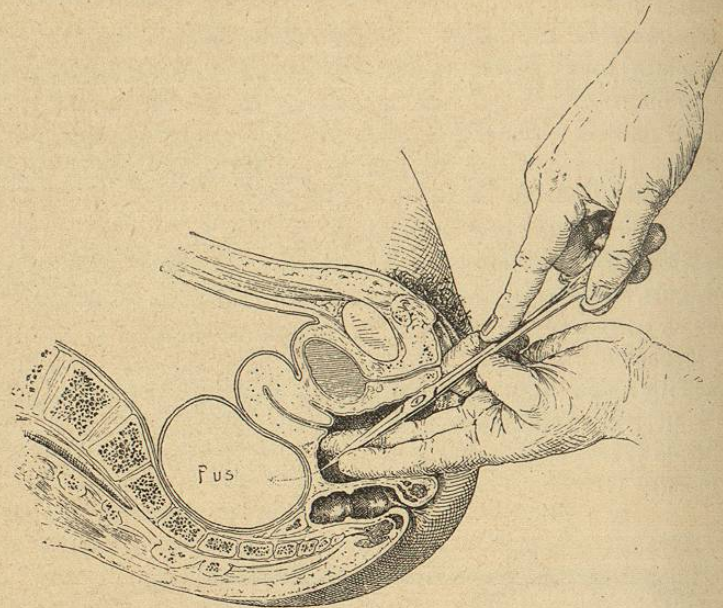


Fig. 210. — Ponction d'une collection rétro-utérine au moyen des ciseaux de Kelly (d'après HOWARD A. KELLY).

Les dangers de l'opération sont : l'hémorragie, la blessure de l'intestin et la péritonite septique. La vessie et l'uretère sont hors d'atteinte si l'on se guide sur la paroi postérieure de l'utérus. Ces accidents sont évitables si l'on a fait une exploration préalable suffisante et si l'on procède couche par couche en se guidant avec le doigt. Ses avantages principaux sont la bénignité, la facilité d'exécution, l'absence de choc, la guérison rapide et la convalescence tranquille, le drainage plus parfait, et, par suite, les chances moindres d'infection, l'absence de cicatrice abdominale, la possibilité souvent constatée de grossesses ultérieures (Goullioud, Doléris, Isaac, Fraipont, Jacobs, etc.). Enfin, elle est maintes fois définitivement curative; les observations de guérison complète ne se comptent plus.

INDICATIONS. — L'incision vaginale est l'opération de choix dans les suppurations aiguës de la trompe ou de l'ovaire s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la friabilité de l'utérus et surtout la grande virulence du pus contre-indiquent l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie d'emblée (Bouilly, Richelot, Le Dentu, Mangin, etc.). Henrotin voudrait même qu'on la pratiquât dès que le diagnostic d'inflammation annexielle est posé. Elle rend l'hystérectomie vaginale plus bénigne si l'on se trouve obligé de la prati-

quer quand même ultérieurement. Dans les lésions chroniques, elle est indiquée surtout chez les femmes jeunes dans les cas d'hydrosalpinx, de pyosalpinx ou d'ovarite suppurée, lorsque la lésion est unilatérale, à condition que la poche soit adhérente à la muqueuse, et encore dans le cas de salpingite suppurée double, à condition que les deux poches suppurées soient accolées et peu élevées dans le bassin.

B. *Opérations transpéritonéales.* — Elles comprennent la colpocœliotomie vaginale, postérieure ou antérieure, l'hystérectomie vaginale et l'ovario-salpingectomie abdominale.

a. *COELIOTOMIE VAGINALE* (1). — Par ce terme ou par *colpocœliotomie*, on doit entendre l'ouverture du péritoine par le vagin. Il n'y a donc comme limite, entre cette opération et la précédente, que l'épaisseur de la séreuse, barrière bien fragile et que devaient franchir facilement les opérateurs familiers de la colpotomie. L'histoire des deux opérations repose à peu près sur les mêmes noms et, dans les statistiques ou les observations, il n'est pas toujours possible de faire la part de chacune : c'est ainsi que celle de Mignon (1878), portant sur 113 cas, ne comporte que deux cas d'excisions d'organes. Cependant l'*incision simple* ne prétend qu'à l'évacuation d'un foyer reconnu. La cœliotomie, plus compréhensive, ne préjuge pas toujours de la décision à prendre : elle permet de compléter rapidement le diagnostic, de reconnaître la nature des lésions, d'évacuer, sans contaminer le péritoine, une collection virulente et de se limiter à une *ovariotomie*, à une simple incision ou au drainage de poches péri-utérines, ou, au contraire, de pratiquer une excision unilatérale et de préparer l'hystérectomie, si celle-ci est jugée nécessaire.

Bien qu'elle ait été exécutée par Atlee en 1856 et par Battey en 1869, c'est Gaillard Thomas qui, après un premier succès en février 1870, posa les règles de l'opération. Les chirurgiens la pratiquèrent jusqu'au moment où la laparotomie antiseptique la remplaça dans leur pratique, puis elle fut reprise par Becker en 1882, Greig Smith, Byford, etc. En France, Péan, Terrillon, Bouilly, Segond en publièrent des observations isolées. Mais sa vraie renaissance, chez nous, date de 1893 et des efforts de l'École de Lyon. En Allemagne, elle compte de nombreux partisans : Chrobak, Martin, Landau, Mackenrodt, Dürhssen Sanger, etc. Le Congrès français de chirurgie de 1895, ceux de Genève et de Moscou ont révélé ses succès et les progrès qu'elle a réalisés au détriment de l'hystérectomie vaginale dans la pratique d'un grand nombre d'opérateurs, surtout en Amérique et en Allemagne.

La colpocœliotomie se fait par le cul-de-sac postérieur ou par le cul-de-sac antérieur.

Colpocœliotomie postérieure. — La voie postérieure est la plus

(1) Voy. pour l'histoire : PICHEVIN, *Sem. gynécol.*, 1897, p. 147 et 153, et thèse de CASTELLO, Paris, 1897.