contact de la paroi vaginale. Entre le vagin et le foyer inflammatoire, il n'y a rien. Dans la salpingite, au contraire, il y a toute l'épaisseur de la gaine hypogastrique saine qui s'étend entre la trompe et le cul-de-sac vaginal. La pelvi-péritonite peut, il est vrai, au niveau du cul-de-sac de Douglas, être en contact avec le vagin. Mais elle est postérieure, tandis que le phlegmon du ligament large siège sur le côté, et a une tendance à contourner l'utérus en avant en respectant sa partie postérieure.

En réalité il y a souvent, sinon presque toujours, une combinaison de ces divers symptômes parce que ces infections péri-utérines sont rarement absolument localisées. De même que les pelvi-péritonites sont presque toujours compliquées de salpingo-ovarites, de même il est rare de voir une infection celluleuse du petit bassin sans un certain degré de réaction tubaire ou péritonéale.

D'ailleurs ce sont là des points qui n'ont, en réalité, qu'un intérêt secondaire, car ce qu'il y a de plus important dans ces cas difficiles, ce n'est pas de se rendre un compte parfaitement exact de la localisation anatomique de lésions inflammatoires qu'il est la plupart du temps impossible de préciser rigoureusement, c'est de savoir ce qu'il faut faire et de choisir le traitement.

TRAITEMENT

DES SUPPURATIONS PELVIENNES

TRAITEMENT MÉDICAL

Les merveilleux succès de la chirurgie contemporaine ne doivent pas faire oublier que les inflammations et les suppurations péri-utérines sont presque toujours, au moins au début, justiciables d'un *traitement médical*.

Toutes ces infections peuvent guérir spontanément. A plus forte raison guérissent-elles à la suite d'un traitement bien dirigé, mais dans lequel le bistouri ne tient aucune place.

La base de ce traitement est bien simple, c'est le *repos*. A vrai dire il n'agit pas autrement qu'en mettant la malade dans les conditions les plus favorables à une guérison spontanée, mais cela suffit dans un bon nombre de cas, et c'est par là qu'il faut commencer.

Pour peu que les phénomènes soient accentués, pour peu que les douleurs soient vives, pour peu que la fièvre apparaisse, on mettra la malade au repos absolu, repos au lit qu'on exigera complet pendant un temps suffisant, un mois, six semaines deux mois au besoin. Il est évident que si, malgré un repos absolu, les phénomènes allaient en s'aggravant, on n'hésiterait pas un instant à abandonner ce moyen de traitement qui pourrait devenir funeste, et on aurait immédiatement recours aux moyens énergiques que nous offre la chirurgie. De même on n'attendrait pas indéfiniment et on interviendrait si, après quelque temps d'un repos complet, l'état restait stationnaire. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi et les cas sont très fréquents dans lesquels le traitement médical est

bientôt suivi soit d'une guérison radicale, que je crois assez peu commune, soit beaucoup plus souvent d'une amélioration suffisante pour engager à continuer. Et il n'est pas rare de voir des femmes qui, tout en conservant des lésions légères, peuvent sans grands inconvénients reprendre leurs occupations ordinaires.

On mettra donc avant tout la malade au lit avec ordre de n'en sortir sous aucun prétexte.

Avec le repos, les larges *irrigations vaginales* à l'eau très chaude sont un des meilleurs moyens de décongestionner l'utérus et de provoquer la résorption des exsudats pelviens. On a coutume de charger cette eau d'une substance antiseptique, comme le sublimé à 1/1000e. Sans doute, il est bon d'aseptiser autant que possible la cavité vaginale, mais en dehors des cas de vaginite, je crois que l'adjonction de substances antiseptique n'a ici qu'une valeur très secondaire. C'est la chaleur qui agit avant tout. Aussi, s'il faut user largement des injections vaginales, est-il bon d'user plus largement encore des irrigations rectales et en particulier des *lavements chauds*. Ceux-ci ont, en effet, sur les injections vaginales une supériorité évidente. L'injection vaginale, même lorsqu'elle est prise par la femme couchée, ne fait guère qu'entrer et sortir, effleurant à peine le col et n'entrant pas en contact avec les poches purulentes situées au niveau des trompes et souvent assez élevées.

L'action de la chaleur sur les trompes malades et les exsudats péri-utérins est donc pour ainsi dire nulle dans les irrigations vaginales : les lavements chauds, au contraire, ont une action directe. Ces lavements doivent être gardés pendant tout le temps qu'ils mettent à se refroidir et à équilibrer leur température avec la température du corps. Ils doivent donc être peu abondants : un quart de litre, un demi-litre chez les femmes qui en ont une grande habitude et chez lesquelles une certaine tolérance n'a pas tardé à s'établir.

Ces lavements seront donc pris par la femme couchée, avec de l'eau très chaude, à 50 et même 55°, suivant le conseil de Reclus.

Lorsque l'ampoule rectale est pleine, la face postérieure de

l'utérus, les annexes malades, les exsudats péri-utérins, séparés de la masse liquide par la seule épaisseur des tuniques intestinales, en sont pour ainsi dire baignés et restent sous l'influence directe de la chaleur aussi longtemps que la température du liquide n'est pas descendue au niveau de celle du corps. Quelle que soit la façon dont agissent ces irrigations rectales chaudes, et il est probable que c'est en entraînant des phénomènes de

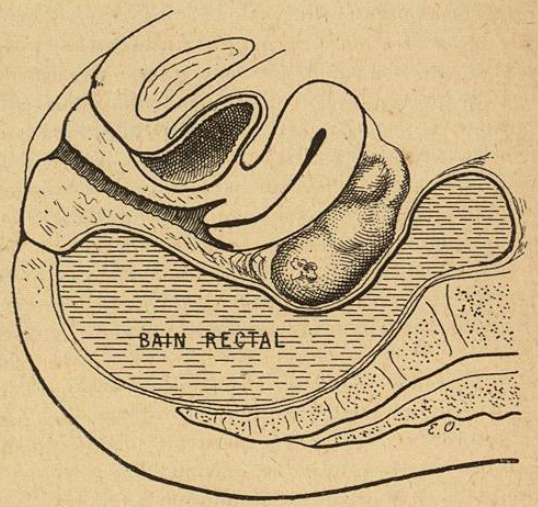

Fig. 58.
Demi-schématique, montrant le mode d'action des irrigations rectales.

vaso-dilatation et de suractivité circulatoire, il est certain qu'elles agissent et on ne saurait trop les recommander.

Sous l'influence de ce traitement, on voit parfois survenir une amélioration considérable. Les accidents aigus, la fièvre, les douleurs peuvent disparaître et les phénomènes physiques eux-mêmes peuvent s'atténuer dans des proportions incroyables. On voit parfois des poches volumineuses, des indurations étendues fondre pour ainsi dire à vue d'œil, et il est

certain qu'un bon nombre de femmes atteintes d'infections annexielles étendues et graves et qui semblaient fatalement vouées à une opération, peuvent guérir et guérir rapidement.

Ce traitement doit donc toujours être essayé, à moins que la gravité des symptômes ne commande une intervention immédiate.

J'ajoute que, sous l'influence de ces moyens simples, les lésions auront d'autant plus de chances de guérir qu'elles seront plus aiguës, ou plutôt plus récentes. Dans les lésions chroniques, dans les suppurations invétérées, il n'en est malheureusement pas de même, et si bien des femmes guérissent de leur première atteinte, il est beaucoup moins fréquent de voir revenir à la santé celles qui sont sujettes à des poussées inflammatoires renouvelées, à de véritables salpingites à répétition. La plupart du temps, chez ces malades, le traitement médical ne guérit que la poussée aiguë qui vient compliquer les lésions chroniques : celles-ci persistent et les malades se retrouvent, après le traitement, dans un état à peu près semblable à celui qu'elles présentaient auparavant. Ce sont encore des malades.

Dans d'autres cas, lorsqu'on se trouve en présence de la première manifestation infectieuse du côté des annexes, les phénomènes inquiétants, fébriles et aigus, peuvent disparaître. Mais il existe des lésions profondes qui, refroidies pour un temps, ne demanderont qu'à se réveiller. La maladie passe à l'état chronique.

S'il est vrai qu'il y ait une chirurgie des riches et une chirurgie des pauvres, et cela n'est malheureusement que trop évident, c'est ici plus que partout ailleurs que cette distinction doit être faite.

Beaucoup de femmes de la classe aisée qui peuvent s'astreindre à un repos prolongé, à des traitements répétés, qui peuvent passer plusieurs heures par jour étendues sur leur chaise longue et s'aliter sans inconvénient pendant plusieurs jours chaque mois, peuvent à la longue voir des lésions chroniques, même lorsqu'elles sont sérieuses, s'améliorer peu à peu, et finir par guérir. Mais chez les femmes que la nécessité

astreint au dur travail de chaque jour, les conditions ne sont malheureusement plus les mêmes.

Il est d'ailleurs certains traitements qui ont sur les infections chroniques de l'utérus et de ses annexes, l'influence la plus heureuse. Ce sont les traitements par les *eaux minérales* et le *massage gynécologique*.

Il est hors de doute que les eaux minérales bien employées ont une grande valeur, et on ne saurait trop les recommander aux malades suffisamment riches qui se refuseraient à employer les moyens plus rapides et plus énergiques, mais aussi plus dangereux qu'offre la chirurgie.

Un très grand nombre de *stations thermales* jouissent d'une grande réputation pour la cure des affections gynécologiques. Il est vraisemblable qu'il faut faire en cette matière la part de l'exagération. Mais les bons effets de beaucoup d'entre elles sont incontestables. Il faut donc savoir que c'est là une ressource précieuse, mais l'étude détaillée de cette question dépasserait le cadre de ce livre plus spécialement destiné à la thérapeutique chirurgicale ; il dépasserait surtout la compétence de son auteur. Je préfère donc renvoyer aux ouvrages qui s'occupent de cette question plus spécialement médicale, et, en particulier à l'excellent chapitre que lui a consacré Labadie-Lagrave [1].

Les inflammations chroniques, les exsudats péri-utérins, les adhérences pelviennes, reliquats de lésions plus graves, sont également justiciables d'une autre méthode de traitement. Je veux parler du *massage gynécologique*. L'étude de sa technique m'entraînerait beaucoup trop loin. On la trouvera exposée dans tous ses détails dans les travaux de Stapfer qui a surtout fait connaître en France la méthode de Thure-Brandt [2]. Mais je ne puis passer sous silence ses bons effets. Le massage bien fait donne des résultats excellents, surtout dans les cas chroniques, les vieilles inflammations refroidies qui sont si souvent rebelles

[1] Voyez surtout Labadie-Lagrave et Legueu, p. 144.
[2] Voyez Labadie-Lagrave et Legueu, p. 202.

à tous les traitements. Sous son influence, la cavité pelvienne indurée, infiltrée d'exsudats et d'adhérences, reprend sa souplesse, l'utérus, souvent fixé en position vicieuse reprend sa place et sa mobilité, et les malades sont nombreuses, chez lesquelles tous les traitements avaient échoué et qui, de véritables infirmes qu'elles étaient, ont, grâce au massage, recouvré une santé à peu près parfaite.

Mais le massage doit être bien fait — le massage gynécologique plus que tout autre — et il faut se garder de le confier à des mains inexpérimentées. C'est à cette seule condition qu'on en obtiendra des résultats favorables.

Il va sans dire que les symptômes douloureux seront grandement soulagés par les moyens habituels : lavements laudanisés, cataplasmes, application de glace sur le ventre. Ce sont là des ressources précieuses et qu'on aura très souvent l'occasion de mettre en pratique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est d'abord des moyens simples qui peuvent donner de bons résultats, et en donnent souvent. On peut en effet modifier heureusement les salpingites, en agissant sur l'utérus.

Des diverses applications médicamenteuses sur le col, je ne dirai rien. Le mieux qu'on en puisse dire, c'est qu'elles ne peuvent pas faire grand mal. Quant à avoir une action quelconque sur les lésions salpingo-ovariennes, je n'en crois rien, convaincu que je suis qu'elles n'en ont aucune, ou à peu près aucune, sur les lésions de l'utérus lui-même.

L'action sur la cavité utérine, et en particulier la *dilatation* utérine suivie de *drainage* prolongé, proposée par Valton en 1887, a eu et a encore de chauds partisans. Labadie-Lagrave lui doit de nombreux succès. Quel que soit le mécanisme qu'on invoque, ce sont là des faits auxquels la personnalité de leur auteur donne une grande valeur. Mais je suis convaincu que la dilatation échoue très souvent, et je suis d'autre part certain, pour l'avoir vu, que les manœuvres intra-utérines, loin de guérir les infections annexielles peuvent, dans certains cas, les aggraver et déterminer du côté des trompes malades des poussées aiguës très inquiétantes. C'est surtout, à mon avis, le *curettage*, qui suit souvent de près la dilatation utérine, qu'il faut rendre responsable de ces accidents, et pour ma part cette dernière opération constitue un traitement que je ne puis accepter.

J'admets avec Labadie-Lagrave que la dilatation et le drainage de l'utérus, surtout le drainage, lorsqu'il est fait avec soin, ce qui n'est pas toujours facile, puissent amener quelquefois l'évacuation des trompes. Divers mécanismes ont été invoqués qui peuvent expliquer ce phénomène : ramollissement du tissu utérin et, par ce fait même, diminution de la résistance au niveau de l'ostium uterinum comme le croit Le Dentu, redressement d'un utérus antéfléchi dont la coudure provoquait la rétention purulente, comme le pense Landau. Ce sont là des explications qui peuvent parfaitement convenir à certains faits particuliers. Mais je ne vois pas en quoi le curettage peut agir sur ces divers mécanismes et influer sur l'évacuation et la désinfection des trompes. Lorsque celles-ci sont infectées et elles le sont bien au cours des salpingites, je ne crois pas qu'un peu plus ou un peu de moins de lésions infectieuses, au niveau de la cavité utérine puisse influer sensiblement sur leur état, et je pense que les cas de salpingites guéris à la suite du curettage ont été guéris malgré lui, grâce au repos, au drainage et aux soins de toute sorte, qui suivent une intervention aussi sérieuse. Je crains, au contraire, que cette dilacération brutale de la muqueuse, cette ouverture de mille voies lymphatiques dans un milieu largement infecté ne puisse produire des infections nouvelles, des lymphangites plus ou moins violentes qui retentissent à distance sur les annexes déjà malades. C'est là, d'ailleurs, un fait, et les poussées aiguës à la suite d'un curettage fait dans ces conditions, sont loin d'être rares.

Le curettage, s'il peut, ce dont je doute, améliorer quelquefois les poussées salpingiennes, peut donc aussi les aggraver. C'est pourquoi je conseille de s'en abstenir. Dans les cas aigus,

nous avons mieux, et je crois que toute suppuration pelvienne qui n'aura pas cédé au repos et au drainage ne cédera pas aux coups de curette. Dans les cas chroniques, nous avons mieux également et si l'on prononce le grand mot d'opération, autant choisir une opération qui ait au moins chance d'être efficace.

Quant au *cathétérisme de la trompe* qui, s'il a été fait, l'a certainement été par hasard, c'est une opération qu'il faut citer, puisqu'on en parle dans les livres et qu'elle a été proposée, mais c'est une opération de hasard, impraticable dans l'immense majorité des cas. Elle a cent fois plus de chances de provoquer des accidents que de produire un résultat utile. Il n'en faut donc parler que pour la proscrire.

Considérations générales. — Interventions directes. — Le véritable traitement chirurgical des suppurations pelviennes est celui qui s'attaque aux collections purulentes elles-mêmes, soit pour les ouvrir comme on ouvre un abcès ordinaire, soit pour les extirper lorsque l'énucléation de la poche qui les renferme est matériellement possible [1].

C'est qu'en effet nous nous trouvons ici dans des conditions un peu particulières et qui ne se rencontrent nulle part ailleurs, au moins au même degré, et avec la même fréquence.

Les abcès ordinaires, qui se développent dans des espaces celluleux ou dans le parenchyme de certains organes, guérissent en général par la simple ouverture et la libre évacuation du pus. La paroi de l'abcès élimine les détritus nécrosés qui la recouvrent, elle bourgeonne plus ou moins rapidement et lorsque le drainage est bien assuré, la guérison survient sans autre incident. Dans les salpingo-ovarites suppurées et surtout dans les collections tubaires que je prends pour type, on se trouve en présence d'un abcès tout autrement constitué. Le pus qu'il s'agit d'évacuer est en effet limité par une paroi d'un

[1] Je ne saurai trop recommander la lecture de la thèse de Roger. C'est un travail excellent et aux conclusions duquel je souscris complètement : Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes : Th. Paris, 1900.

genre spécial et qui n'est autre que la paroi de la trompe elle-même, plus ou moins altérée par la maladie. Or la trompe est le plus souvent extirpable en totalité avec le pus qu'elle renferme; on est donc tout naturellement conduit non seulement à ouvrir la collection purulente intra-tubaire, mais encore à extirper la trompe elle-même, toujours plus ou moins malade et qui, lorsqu'elle reste en place, peut provoquer des suppuration nouvelles.

Il se passe ici en quelque sorte ce qui se passe dans certains abcès contenus dans une paroi malade, les abcès tuberculeux en particulier. Tout le monde sait qu'il vaut beaucoup mieux, lorsque la chose est possible, extirper complètement la paroi d'un abcès tuberculeux plutôt que de se borner à l'incision simple et à un drainage, qui, trop souvent, n'en finit pas.

Il est, en un mot, beaucoup plus satisfaisant d'enlever à la fois l'organe malade et le pus qu'il renferme que de se borner à évacuer ce pus. Pour prendre un autre exemple, ne voit-on pas souvent des bartholinites à répétition ne se terminer que par l'extirpation de la glande de Bartholin et certaines suppurations intarissables, constituées par des lésions rénales ne céder qu'à la néphrectomie.

C'est là un fait hors de doute et qui n'entraînerait aucune discussion si l'extirpation de la trompe malade, malgré sa bénignité relative, n'était en somme une opération beaucoup plus sérieuse et beaucoup moins élémentaire que la simple évacuation du pus qu'elle renferme. C'est pourquoi la discussion est permise, et même nécessaire, d'autant plus qu'il n'est pas rare de voir la simple ouverture de la collection purulente suivie d'une guérison définitive, et il est de toute évidence que lorsqu'on arrive à ce résultat, qui est, en somme, celui que l'on cherche, mieux vaut l'avoir obtenu par une opération aussi simple et aussi bénigne qu'une simple ouverture d'abcès, plutôt que par une opération aussi sérieuse qu'une extirpation d'annexes, qui, tout en faisant courir des risques de mort, ne donne la guérison qu'au prix d'une mutilation irréparable.

Nous verrons plus loin qu'il y a moyen de concilier ces

deux méthodes : *simple ouverture des collections purulentes* et *extirpation des annexes malades*, ou plutôt de déterminer les cas dans lesquels on doit se décider pour l'une ou pour l'autre.

Ce n'est pas tout, et sous l'impulsion de Péan, une troisième méthode est née qui sembla devoir un jour, même en faisant la part de la faveur qui accueille toujours les opérations nouvelles et de l'ardeur que mettent les chirurgiens à les exécuter, qui sembla, dis-je, devoir avant longtemps rallier autour d'elle la grande majorité des opérateurs. Péan a proposé le premier de traiter les suppurations annexielles par l'*hystérectomie vaginale* et de sacrifier l'utérus en même temps que les annexes.

Péan conseillait ce sacrifice de l'utérus dans le but de faciliter et, dans un grand nombre de cas, de rendre praticable par le vagin l'ouverture et l'extirpation des poches purulentes péri-utérines. Mais on n'a pas tardé, surtout sous l'influence des chirurgiens américains, à conseiller l'ablation de cet utérus non plus comme une nécessité opératoire, mais comme un complément destiné à parfaire l'opération.

Les Américains ont en effet préconisé l'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. L'hystérectomie ne se présente donc plus ici comme une nécessité opératoire, comme dans l'opération de Péan, puisqu'on peut, par le ventre, enlever les annexes sans toucher à l'utérus, mais bien comme une opération complémentaire destinée à débarrasser la malade d'un organe presque toujours compromis, qui, après l'extirpation des annexes, n'est plus d'aucune utilité physiologique et contribue par les hémorragies dont il est la source et l'infection chronique dont il est le siège, à entretenir un état de maladie que l'extirpation des annexes n'a fait qu'améliorer.

Cette façon d'envisager les choses a fait de nombreux adeptes. Leur nombre croît de jour en jour, et il est certain qu'aujourd'hui l'*hystérectomie abdominale* voit grossir les rangs de ses partisans de beaucoup de chirurgiens qui, tout récemment encore, lui préféraient l'hystérectomie vaginale. Cela tient aux grands perfectionnements de la technique opératoire dans l'hystérectomie abdominale, à l'amélioration constante des

résultats qu'on obtient avec elle et qui font qu'aujourd'hui elle n'est pas sensiblement plus grave que l'hystérectomie vaginale.

D'ailleurs, dans cette question où tout se transforme chaque jour, ce que je disais il y a un instant sur la différence entre l'hystérectomie vaginale — opération de nécessité — et l'hystérectomie abdominale — opération complémentaire — n'est plus qu'à moitié vrai.

Les perfectionnements de la technique de l'hystérectomie abdominale ont été tels dans ces dernières années qu'il est permis d'affirmer que, dans bien des cas de suppurations pelviennes et en particulier dans la plupart des cas compliqués, l'hystérectomie redevient, si l'on sait bien choisir son procédé, non plus une opération complémentaire, mais une opération de nécessité, — en ce sens que l'énucléation et l'extirpation des annexes qui seraient presque impossibles si on laissait l'utérus en place, deviennent presque faciles si on le sacrifie, de sorte qu'il est beaucoup plus simple d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules. C'est là un fait que l'on observe assez souvent dans les procédés de Kelly et de Terrier, et presque toujours dans le procédé que j'ai été le premier à décrire et à employer.

Ce sont là des points très importants et sur lesquels je reviendrai longuement. J'ai en effet l'intention de discuter à fond ces détails de technique, car je suis de plus en plus convaincu que, dans ces opérations délicates et qui ont pour enjeu la vie des malades, la technique opératoire a une importance absolument prépondérante. Sur les indications opératoires, nous sommes tous, au moins en principe, à peu près d'accord. Nous ne différons que sur la façon d'exécuter l'opération et c'est certainement parce que les idées ou les habitudes des divers chirurgiens diffèrent sur ce point, que les uns y rencontrent et y proclament des difficultés que les autres n'y trouvent pas.

Avec une bonne technique, les opérations les plus délicates paraissent souvent très faciles. Avec une technique défectueuse, les opérations les plus simples se hérissent de difficultés ! Ce sont là des considérations presque évidentes et qui peuvent paraître banales. Il est certain qu'elles le sont moins

qu'elles ne le paraissent, — et c'est pourquoi je crois devoir insister sur leur importance.

Indications du traitement chirurgical. — Avant d'étudier les méthodes et les procédés opératoires qu'il faut employer, suivant les cas, il faut d'abord s'entendre sur les cas qu'il faut opérer.

Il est certain qu'on opère moins de salpingo-ovarites qu'on n'en opérait il y a une dizaine d'années. On a, il est vrai, beaucoup reculé la limite des cas opérables et on fait ainsi un grand nombre d'opérations qu'on n'eût pas osé tenter à cette époque. Mais on se hâte moins dans les cas relativement bénins et bien des salpingites qu'on eût cru dangereux d'abandonner à elles-mêmes, à l'époque pourtant bien rapprochée dont je parle, guérissent maintenant sans opération ou s'améliorent suffisamment pour qu'on puisse presque les considérer comme guéries.

Il ne faut donc pas se hâter d'opérer, dès qu'elles sont reconnues, les lésions suppurées, à moins, bien entendu, de danger imminent. J'ai dit plus haut qu'elles pouvaient guérir sous l'influence du seul traitement médical. Lorsqu'elles ne guérissent pas, elles s'améliorent souvent beaucoup. Les poches purulentes diminuent, les phénomènes d'inflammation périphérique disparaissent, et au bout de quelque temps on se trouve en présence de lésions infiniment moindres. Il se passe en somme, ici, ce qui se passe dans l'appendicite aiguë qu'on laisse refroidir. Après l'apaisement des phénomènes aigus, on se trouve pour opérer, si l'on juge toujours l'opération indispensable, dans des conditions infiniment meilleures, et du fait de la moindre étendue des lésions, et surtout du fait de leur moindre virulence, car il est loin d'être indifférent d'opérer des suppurations récentes ou des suppurations anciennes, puisque nous savons que, dans ces dernières, le pus que l'on rencontre est souvent stérile.

On attendra donc, et ce n'est que si les phénomènes locaux ou généraux ne s'atténuent pas malgré le repos et le traitement médical, c'est surtout s'ils vont en augmentant, qu'on

aura la main forcée et qu'on interviendra malgré l'acuité des lésions.

Si, après une période d'amélioration manifeste, les lésions persistent sans changement du côté des désordres locaux et sans atténuation du côté des douleurs et des phénomènes généraux, on interviendra encore sans attendre indéfiniment. Les annexites qui ne guérissent pas ou ne s'améliorent pas assez rapidement, et j'entends par là dans un délai de un ou deux mois environ, ont peu de chances de s'améliorer beaucoup par la suite, et le temps que l'on passe à attendre une guérison qui ne vient pas est du temps bien mal employé. La malade qui souffre et qui suppure est une malade qui s'affaiblit et qui voit de plus en plus diminuer les chances heureuses que lui offre l'opération.

En somme, dans les *annexites suppurées*, la conduite à tenir est simple. Il faut intervenir lorsque, malgré le traitement médical, les lésions s'aggravent ou restent stationnaires. Mais il faut, autant que possible, éviter d'intervenir au cours d'une poussée aiguë.

Dans les *annexites non suppurées*, l'opération est plus rarement indiquée. Il ne suffit pas qu'un ovaire et qu'une trompe soient un peu augmentés de volume pour qu'il faille les enlever. On a extirpé autrefois, peut-être avec un peu trop de précipitation, bien des annexes qui ne présentaient que des lésions légères et auraient certainement pu être conservées. Bien des ovaires scléro-kystiques, sacrifiés il y a encore un certain nombre d'années, sont maintenant laissés en place ou soumis simplement à quelques opérations partielles, résection ou ignipuncture.

Il n'y a pas à s'étonner et moins encore à s'indigner des opérations peut-être un peu précipitées qu'on a fait autrefois dans des cas semblables. Toutes les fois qu'apparaît une opération nouvelle, dont les indications ne sont pas encore bien précises, on en abuse un peu, et on ne peut pas ne pas en abuser. L'esprit humain est ainsi fait et il n'en saurait être autrement. Ce n'est que peu à peu que les inconvénients apparaissent, que les indications se précisent et que l'équilibre s'établit.

Après les premières opérations de Lawson Tait et ses succès retentissants il était impossible que, dans une affection aussi fréquente que l'inflammation des annexes, on ne dépassât pas un peu la mesure. La réaction s'est faite aujourd'hui, l'équilibre s'est établi et il nous est maintenant permis de penser qu'à moins de découvertes nouvelles et qui bouleverseraient du tout au tout la thérapeutique des infections, l'avenir ne changera pas grand'chose au traitement actuel des suppurations pelviennes.

Il est donc beaucoup d'annexites non suppurées qui seront respectées et soumises simplement au traitement médical. Elles peuvent persister indéfiniment sans danger, et ce n'est pas leur présence seule qui doit les faire extirper, ce sont les accidents qu'elles déterminent, lorsqu'elles en déterminent.

Ceux-ci sont presque exclusivement des *accidents douloureux*. Et si une malade souffre par trop de ses annexes, si celles-ci lui rendent tout travail impossible et font d'elle une infirme, ce qui est loin d'être rare, je crois qu'il ne faut pas pousser trop loin le scrupule de ne vouloir enlever que des annexes très malades; il faut opérer et le soulagement des femmes qui souffrent doit passer avant les idées préconçues et les principes abstraits.

COLPOTOMIE

La méthode qui se présente comme la plus simple et la plus naturelle pour la cure des suppurations pelviennes, c'est l'*incision des collections purulentes*.

Lorsque du pus s'est produit dans le petit bassin, il faut l'évacuer comme on le fait partout ailleurs. Et c'est en effet la conduite qu'on a suivie depuis longtemps. Récamier, Velpeau, Demarquay et tous les chirurgiens de l'époque préaseptique ouvraient par le vagin les collections purulentes qui bombaient dans le cul-de-sac postérieur. Et, ce faisant, ils suivaient simplement l'aphorisme *ubi pus, ibi evacua*, qui fait encore loi en pathologie générale. Mais le siège exact de la plupart des collections purulentes du petit bassin était alors fort mal connu, et

on ne pouvait songer à autre chose qu'à ouvrir des abcès que nul, à cette époque, ne supposait pouvoir être énucléés. Ces opérations étaient cependant assez rares, comme toutes les interventions gynécologiques.

La découverte de Lawson Tait vint bouleverser cette pratique et lorsque le chirurgien anglais eut montré que la plupart des collections pelviennes étaient renfermées dans les trompes dilatées, lorsque sa pratique hardie eut rendu évidents aux yeux de tous les succès que donnait l'extirpation des trompes, l'incision des suppurations pelviennes tomba peu à peu dans l'oubli, détrônée qu'elle fut par la laparotomie. Sans doute, on ouvrait bien encore certaines collections très bas situées, bombant fortement dans le cul-de-sac postérieur, comme certaines hématocèles, mais en somme l'ancienne pratique ne fut plus employée qu'à titre exceptionnel.

C'est au professeur Laroyenne[1], de Lyon, que revient le mérite de l'avoir tirée de l'oubli, et pour ainsi dire ressuscitée. Il étendit en outre ses indications et montra comment on pouvait, par le vagin, atteindre des collections plus élevées que celles qu'on avait coutume d'ouvrir, et comment les poches tubaires elles-mêmes, les salpingites proprement dites, pouvaient être traitées par l'ouverture et le drainage vaginal. Il inventa même à cet effet un trocart particulier qui d'ailleurs n'est guère employé que par son auteur.

La pratique de Laroyenne, exposée dans la thèse de Blanc[2], défendue avec conviction par Gouilloud, gagna peu à peu du terrain. Bouilly, dès 1890, vint à la Société de chirurgie la recommander dans certains cas, et peu à peu elle a fait des adeptes au point de s'imposer aujourd'hui à l'attention de tous les chirurgiens, qui l'ont tous plus ou moins pratiquée. Elle a donné lieu dans ces derniers temps à un assez grand nombre de travaux et de discussions, comme celle qui a eu lieu à la Société de chirurgie, en mai 1898. Tout dernièrement, paraissaient plu-

[1] Laroyenne. Lyon médic., 21 février 1886.

[2] Blanc. De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents. Thèse Lyon, 1887.

sieurs thèses, dont celle de MORELY[1] dans laquelle on trouve un historique très complet de cette intéressante question et celle de D'HERBÉCOURT[2] qui confirme les bons résultats que l'on obtient souvent par cette méthode.

Le *manuel opératoire* de l'incision des collections pelviennes est des plus simples, à condition qu'on veuille bien ne pas le compliquer à plaisir.

C'est ainsi que je ne crois pas à l'utilité d'instruments spéciaux, pas plus de la pince trocart de CHAPUT, dont je crains l'extrémité trop effilée, que de l'instrument de LAROYENNE. Celui-ci me paraît même devoir être proscrit, surtout parce qu'il engage à opérer d'une façon trop aveugle.

L'instrument de LAROYENNE se compose en effet d'un trocart légèrement recourbé, qui a la longueur d'un hystéromètre. Il est enfermé dans une canule fendue sur la moitié de sa longueur, et dans laquelle, après avoir retiré le trocart, on engage une lame particulière, le métrotome de SIMPSON, construit sur le principe du lithotome et qui permet, en retirant la canule, d'inciser les tissus sur une assez grande longueur.

LAROYENNE, après avoir examiné avec beaucoup de soin la situation de la poche purulente, introduit l'index gauche dans le vagin et glisse sur lui son trocart dont il amène ainsi la pointe au contact de la muqueuse vaginale. Il pousse alors et pénètre dans la poche à travers le vagin, la paroi de la poche et les tissus intermédiaires, s'il en existe. Lorsqu'il est parvenu dans la poche, il enlève le trocart, le remplace par la lame coupante et débride largement en retirant l'instrument. Ce manuel opératoire est évidemment fort simple lorsque la poche fait saillie dans le vagin où elle ne demande pour ainsi dire qu'à crever. Mais pour peu que la poche tubaire ne soit pas en contact immédiat avec le vagin et qu'il faille s'avancer à sa rencontre à travers les tissus, il n'en est pas de même. C'est alors une

[1] MORELY. Essai sur l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale. Th. Paris, 1899.

[2] D'HERBÉCOURT. De la voie vaginale sans hystérectomie. Th. Paris, 1900.

opération aveugle et si la grande expérience du professeur lyonnais l'autorise à opérer ainsi sans risque d'accidents, il

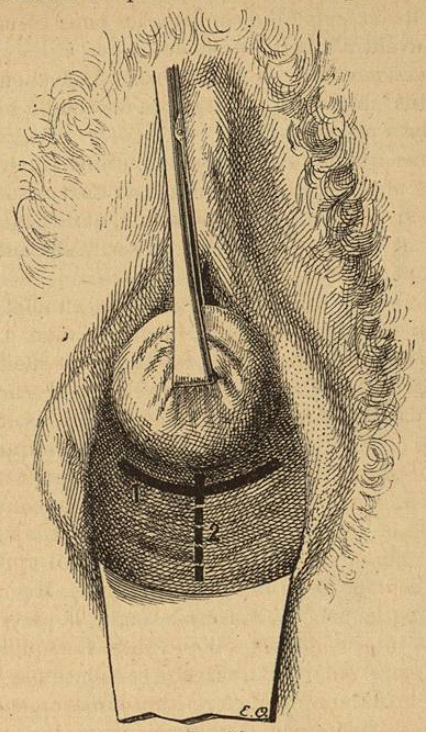

Fig. 59.
Disposition du col utérin pour la colpotomie postérieure.
1, Trait plein : incision de choix. — 2. Trait interrompu : incision antéro-postérieure.

n'en est pas de même pour tout le monde, et je crois qu'on peut faire mieux.

J'en dirai autant de la pince trocart de CHAPUT qui a le défaut de devoir être poussée directement à travers la paroi vaginale, avant toute exploration avec le doigt de la région rétro-utérine,