lorsque les phénomènes sont arrêtés, elle est beaucoup moins facile au début, et il est impossible de savoir si telle hématocèle qui paraît aujourd'hui localisée au petit bassin, et qui semble justiciable de la colpotomie, ne changera pas demain d'allure, et, à la suite d'une poussée nouvelle, ne s'étendra pas vers l'abdomen.

« Je pense donc, et tel me paraît être également l'avis de Pierre Delbet, qu'il faut, dans la détermination de la voie à suivre, tenir compte avant tout de l'ancienneté des accidents et du moment auquel on observe l'hématocèle. Et je poserais volontiers en principe que si, dans les hématocèles anciennes, avec arrêt des accidents, c'est par le vagin qu'il faut intervenir, il vaut mieux au contraire pratiquer la laparotomie, si l'hématocèle est récente et si l'arrêt des accidents ou des poussées hémorragiques n'est pas à peu près certain.

« Lorsque les accidents sont arrêtés, que l'hématocèle est fermée, limitée vers le ventre par des adhérences, qu'elle n'augmente plus et que, par conséquent, la source de l'hémorragie est tarie, lorsqu'il n'y a aucune tendance à sa réapparition, la simple colpotomie, l'ouverture de la poche, est une opération trop simple, trop facile, trop bénigne et trop efficace pour qu'on puisse lui en préférer une autre. Elle a à son actif d'innombrables succès. J'estime donc qu'il est excessif de conseiller la laparotomie dans toutes les hématocèles, et je suis convaincu que, dans toutes les collections anciennes et qui semblent bien arrêtées, on court infiniment moins de risques par la colpotomie postérieure que par la laparotomie. Sans doute on pourra rencontrer tel cas, très rare, dans lequel une hémorragie inquiétante, ou n'importe quel autre accident, suffira à faire regretter de ne pas avoir choisi la voie haute. Mais les cas seront certainement beaucoup plus nombreux dans lesquels, en pratiquant la laparotomie, on pourra voir survenir des accidents plus ou moins graves, peut-être même mortels qui n'auraient certainement pas eu lieu si on avait eu la prudence de s'en tenir à la simple colpotomie.

« D'ailleurs, dans un cas un peu ancien, très limité du côté du ventre, et qui ne demande qu'à guérir par la simple incision

vaginale, la laparotomie peut avoir des dangers. La trompe malade peut être englobée dans les fausses membranes qui limitent la collection sanguine. Il peut y avoir, et il y a souvent des adhérences pelviennes, intestinales, rectales, qui rendent la décortication difficile et même dangereuse. Je crois donc qu'ici la chose n'est pas discutable et qu'il faut, de parti pris, *ouvrir par le vagin les hématocèles anciennes.*

« Mais pour les hématocèles récentes, il n'en est pas de même.

« En réalité, on ne sait pas, et il est impossible de savoir, à moins d'y regarder, quel est l'état de la trompe rompue, si l'hémorragie est arrêtée, ou si, au contraire, il se fait encore un suintement sanguin. Il est impossible de savoir, dans les premiers jours, si le fond du petit bassin est isolé du péritoine par des fausses membranes solides, ou si, au contraire, il y a communication entre les caillots du cul-de-sac de Douglas plus ou moins grossièrement isolés et la cavité abdominale.

« Il y a donc là des points inconnus et qui peuvent devenir l'origine de graves accidents. Il y a parfois des hémorragies difficiles à arrêter à la suite de la colpotomie postérieure. Si Pozzi les a toujours vues céder au tamponnement, d'autres n'ont pas été aussi heureux que lui et Reynier a été obligé de faire, séance tenante, la laparotomie pour arrêter une hémorragie qu'il ne parvenait pas à maîtriser par le vagin.

« Mais l'hémorragie n'est pas le seul accident qu'on ait à redouter après la colpotomie dans une hématocèle récente et mal limitée. Il y a aussi l'infection, infection qui peut, en raison des conditions anatomiques du foyer malade, s'étendre au loin et se généraliser. Les cas n'en sont certainement pas rares, et pour ma part, j'ai eu malheureusement l'occasion d'en observer. Chez une malade, j'ai vu, après une colpotomie, des accidents d'infection qui n'ont pu être arrêtés par une laparotomie. L'ouverture du ventre a permis de se rendre compte de ces accidents, et il suffit de voir un petit bassin rempli de caillots dans lesquels viennent, pour ainsi dire, baigner les anses intestinales pour comprendre combien, après ouverture

du vagin et pénétration d'un drain dans ces caillots qui s'évacuent mal ou se reproduisent, l'infection peut être facile.

« Une autre malade à laquelle j'ai pratiqué une hystérectomie abdominale pour accidents d'infection grave du côté des annexes, avait eu, auparavant, une colpotomie postérieure pour une hématocèle récente. Elle a failli mourir à la suite de l'infection de la poche, et, étant donné l'état grave dans lequel elle était lorsque je l'ai opérée, je crois pouvoir affirmer qu'elle serait certainement morte dans un délai peu éloigné. Chez elle encore, la laparotomie a réparé les méfaits de la simple colpotomie.

« N'est-il pas évident, d'ailleurs, que dans les cas douteux, lorsqu'on ne sait, en somme, en présence de quels désordres on se trouve, lorsqu'on ignore si les lésions annexielles sont légères ou graves, si le sang coule ou ne coule plus, si les caillots qui encombrent le cul-de-suc de Douglas sont isolés du péritoine par une barrière néo-membraneuse, ou si, au contraire, ils sont libres dans son intérieur, — n'est-il pas évident qu'une laparotomie qui permet d'y voir, d'explorer, de reconnaître toutes les lésions et d'intervenir immédiatement est une opération beaucoup plus satisfaisante qu'une simple colpotomie ?

« D'ailleurs, je ne vois pas, en vérité, quelle objection on peut faire à cette opération. Combien fait-on de laparotomies exploratrices pour affections mal déterminées, combien de laparotomies pour lésions des annexes moins graves que ne peut l'être une hématocèle, dont on sait bien comment elle commence, mais dont on ne sait jamais comment elle finira ! Je suis convaincu que, dans ces conditions, la laparotomie n'est pas sensiblement plus grave que la simple colpotomie postérieure, qui peut être quelquefois suivie de terribles accidents. En revanche, elle permet de traiter les lésions tubaires ou pelviennes d'une façon beaucoup plus sûre, beaucoup plus correcte, et, en somme, beaucoup plus satisfaisante. »

Il y a aussi une autre raison, et une raison bien simple, qui plaide en faveur de la laparotomie. Malgré la netteté souvent très grande des signes de l'hématocèle, les cas ne sont pas rares

dans lesquels il est extrêmement difficile de la reconnaître, et elle a été souvent confondue avec d'autres affections pelviennes. Il n'est pas très exceptionnel de voir prendre pour une hématocèle des lésions de salpingite compliquée. Seule la laparotomie permet, dans ces cas difficiles, de rectifier son diagnostic et d'agir en connaissance de cause.

Je crois donc, en résumé, qu'il faut, dans les hématocèles enkystées, non suppurées, agir différemment suivant les conditions dans lesquelles on les observe.

Dans les *hématocèles anciennes*, bien enkystées, avec arrêt ou même rétrocession des accidents, c'est à la *colpotomie* postérieure que l'on aura recours.

Dans les *hématocèles récentes*, avec poussées hémorragiques ou arrêt douteux des accidents, c'est la *laparotomie* qu'il faudra pratiquer.

Dans certains cas exceptionnels, on pourra avoir recours à d'autres opérations commandées par les circonstances ou la disposition anatomique des lésions. C'est ainsi que dans l'hématocèle antérieure on pourra être conduit, comme je l'ai été moi-même deux fois, à pratiquer une colpotomie antérieure et à ouvrir la poche sanguine en passant entre le vagin et l'utérus.

Si la malade présente en même temps des lésions d'annexites bilatérales, bien et dûment diagnostiquées, il pourra être indiqué de pratiquer la castration totale, soit par l'abdomen, si les lésions sont refroidies, soit au contraire, par le vagin si l'infection est récente, et qu'il y ait lieu de craindre que sa virulence n'aggrave sérieusement le pronostic d'une intervention abdominale.

Dans les *hématocèles sous-péritonéales* qui ne sont en somme que des infiltrations sanguines dans les ligaments larges et les espaces cellulaires du petit bassin, on peut être, dans quelques cas, d'ailleurs assez rares, conduit à intervenir. Lorsque ces hématocèles seront infectées, il faudra les ouvrir au point le plus favorable pour l'accès de la collection suppurée et son drainage ultérieur. La voie vaginale est évidemment la

meilleure, mais on pourra être conduit à lui préférer l'incision iliaque. Enfin, dans certains cas à évolution abdominale nette, la laparotomie sera indiquée; mais, il faut bien le dire, dans ces conditions le diagnostic est toujours douteux et la laparotomie est surtout commandée par la tendance de l'hématocèle à évoluer vers l'abdomen. C'est seulement au cours de l'opération qu'on découvre que la collection sanguine est située sous le péritoine.

La technique opératoire de ces diverses interventions ne présente rien de particulier. La colpotomie postérieure ressemble absolument à celle que j'ai décrite plus haut pour les collections suppurées (voy. p. 148). Personnellement je préfère de beaucoup les ciseaux courbes au bistouri pour toutes les incisions vaginales. L'incision peut être transversale, au niveau de l'insertion postérieure du vagin, ou longitudinale, sur la ligne médiane. Cette incision donne moins de sang, mais elle a plus de tendance à se refermer et draine moins bien. C'est pourquoi je lui préfère l'incision transversale. Les caillots sont évacués doucement. Un lavage à l'eau bouillie est ce qu'il y a de mieux pour le nettoyage de la poche, car il faut éviter la curette de peur de déchirer les fausses membranes qui limitent la cavité et d'entraîner des accidents. On drainera largement avec un ou même, au besoin, avec deux drains, et s'il est nécessaire on tamponnera avec une mèche de gaze pour éviter le suintement sanguin.

Toutes ces incisions vaginales ayant les plus grandes tendances à se fermer spontanément, il faut maintenir le drainage avec le plus grand soin et aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire à l'oblitération complète de la poche rétro-utérine.

Si on se décide pour la voie haute, dans les cas récents avec poussées hémorragiques et accidents encore en évolution, on se mettra dans les mêmes conditions que pour opérer une salpingite et le plan incliné sera plus que jamais nécessaire.

Régulièrement la poche hématique sera ouverte. Il ne faut pas songer à l'énucléer, car elle adhère partout et n'est pas énucléable. On l'ouvrira donc de parti pris et on en enlèvera les caillots. Il reste une paroi irrégulière et tomenteuse adhérente aux intestins et aux parties voisines. On en enlève les morceaux qui viennent sans difficulté. Mais il ne faut pas vouloir l'extirper entièrement. Ce serait s'exposer à des blessures viscérales et à des ennuis de toute nature. C'est là un détail auquel on ne saurait apporter trop d'attention. Dans les hématocèles, plus peut-être que partout ailleurs, il est extrêmement facile de déchirer l'intestin, si l'on tente d'en séparer la paroi néo-membraneuse qui renferme les caillots. C'est là un des écueils de l'opération abdominale. Et le mieux est, une fois le ventre ouvert, de chercher la poche sanguine sans exercer sur les intestins qui lui sont adhérents la plus légère traction. La poche découverte et souvent reconnue à l'aspect bleuâtre de sa paroi, on l'effondre et on la vide de ses caillots sans essayer de l'extirper elle-même. Cette extirpation est impossible, et de plus elle est inutile. Ces parois néo-membraneuses disparaissent en effet complètement sans laisser de traces.

Mais dans le fond d'un petit bassin plein, lui aussi, de lambeaux fibrineux, de fausses membranes, de restes de caillots désagrégés, il est prudent de drainer et de bien drainer.

Si le cul-de-sac de Douglas est bien accessible on le perforera et on drainera par le vagin en reconstituant, si possible, le péritoine au-dessus de la poche hématique. Si l'ouverture du vagin présente des inconvénients à cause de la disposition des lésions, on se bornera à établir avec soin un drainage abdominal. Dans certains cas particulièrement inquiétants, avec suintement sanguin, si l'on craint une infection toujours possible, il pourra être prudent de drainer à la fois par le vagin et par l'abdomen, en associant parfois au drainage, en cas de suintement hémorragique un tamponnement à la Mickulicz.

Les opérations plus complètes que pourront entraîner des

lésions annexielles plus étendues, extirpation des annexes ou hystérectomie, se feront ici comme dans les salpingo-ovarites, en suivant les principes de technique opératoire simple et précise que je me suis efforcé d'exposer dans ce livre.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1
NOTIONS D'ANATOMIE CHIRURGICALE 3
CLASSIFICATION DES LÉSIONS ANNEXIELLES 30

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS INFECTIEUSES

I. SALPINGO-OVARITES 34

Etiologie et pathogénie 35
Anatomie pathologique 41
Lésions des trompes 45
Lésions des ovaires 66
Lésions communes aux trompes et aux ovaires; lésions périannexielles 73
Symptômes 79
Evolution. Accidents. Terminaisons 89
Diagnostic 94

II. INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES 101

A. PELVI-PÉRITONITE 102

Etiologie et pathogénie 103
Anatomie pathologique 105