

notre époque, et donner crédit à une opinion parfaitement inexacte. Ce qu'il faut proclamer, c'est que, dans le traitement des inflammations péri-utérines, les interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie doivent être toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Mais encore une fois, il serait contraire à la raison de méconnaître le sens de ce précepte au point de faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou résignée, mais déplorable de nos anciens maîtres.

Comme le dit Bouilly (1), « l'ablation des annexes peut être indiquée dans les salpingites catarrhales et interstitielles de date ancienne, dans les ovarites kystiques avec péri-ovarite, dans l'hydrosalpinx, l'hématosalpinx et toutes les formes de pyosalpinx ». Je répète enfin que, dans ces divers cas, nous ne devons pas tant nous guider sur l'étiquette anatomo-pathologique probable des lésions, que sur l'âge, l'incurabilité, l'intensité ou la gravité des symptômes locaux ou généraux qu'elles provoquent. D'une manière générale, on pourrait dire que les patientes réclamant notre intervention se divisent ici en deux catégories : les unes sont des malades, les autres sont des infirmes. Les premières se recrutent surtout parmi les femmes atteintes de lésions péri-utérines suppurées. Elles sont aux prises avec l'épuisement par suppuration pelvienne chronique, fistuleuse ou non fistuleuse, avec les dangers créés par la rupture ou tout autre complication d'une collection purulente préexistante, ou bien encore avec les périls inséparables de toute poussée aiguë qu'elle soit ou non greffée sur des lésions anciennes. Les autres, généralement atteintes de lésions non suppurées, ne sont point, à la vérité, menacées dans leur vie; mais les souffrances qu'elles endurent sont telles que leur activité est à jamais compromise et que leur état général subit souvent les atteintes les plus graves. Dans toutes ces conditions, l'intervention s'impose. Quant à déterminer l'heure précise à laquelle il convient de prendre le bistouri, la chose est difficile et cette question restera toujours affaire de tact et d'expérience. Il n'est pas jusqu'à la situation sociale de la malade qui ne possède ici sa valeur et l'opération trouve certainement « une indication plus hâtive chez les femmes du peuple obligées de travailler pour vivre, ne pouvant subir les longues périodes de repos indispensables au traitement, ni prendre les précautions et les soins auxquels les condamne leur affection (2) ». Je me contenterai donc de rappeler une fois encore le précepte formel de ne jamais songer à l'ablation des annexes, sans être certain qu'il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice. C'est bien la seule règle générale à poser, en ajoutant que d'habitude l'opération doit être faite de préférence en dehors des poussées aiguës. Il n'y a d'exception à cette règle que si les symptômes démontrent « la formation d'un abcès et la menace de son ouverture spontanée, ou si une collection déjà faite entraîne des accidents aigus d'infection générale » (Bouilly).

Ceci bien compris, je puis passer en revue les diverses opérations préconisées. Nous en discuterons ensuite la valeur et les indications particulières.

(1) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 475.

(2) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 475.

A. INTERVENTIONS PAR LAPAROTOMIE. — 1° Ablation simple des annexes par laparotomie. — Hegar (1) paraît être le premier chirurgien qui ait fait de propos délibéré l'ablation des trompes par laparotomie. Mais Lawson Tait (2) a tellement vulgarisé cette opération qu'il est d'usage de la désigner sous le nom d'opération de Tait. Elle est aujourd'hui du domaine chirurgical courant et je me contenterai de signaler ici les quelques particularités de la laparotomie appliquée aux phlegmasies des annexes.

L'incision faite sur la ligne médiane doit mesurer de 6 à 7 centimètres, de quoi permettre l'introduction de deux à trois doigts. L'opérateur, s'orientant sur le fond de l'utérus, va à la recherche des annexes dont il libère les adhérences. Lorsqu'il s'agit de pyosalpinx volumineux, il peut être avantageux de vider la poche avant de la décortiquer, si l'on juge les parois trop faibles pour résister aux manœuvres d'énucléation. Cependant, en règle générale, il est préférable de ne la point évacuer; on se guide alors sur les contours de la tumeur pour la séparer des organes voisins, tandis que lorsqu'elle est vide et flasque, il est assez difficile de la distinguer du rectum ou de l'S iliaque auxquels elle adhère fréquemment. Nombre de chirurgiens se contentent de lier le pédicule par deux points en chaîne ou par le nœud de Tait, le touchent avec le thermocautère et l'abandonnent dans le ventre. Cette façon de faire simple et expéditive a l'inconvénient de laisser la surface de section d'un pédicule parfois volumineux en contact avec l'intestin. Pour y remédier, la plupart des chirurgiens américains ont supprimé la ligature en masse. En France, Delbet (3), imitant leur exemple, a proposé la modification suivante : sans ligatures préalables on sectionne le ligament large au niveau de son bord supérieur, au-dessous des annexes; au niveau de l'utérus, la section se relève et porte plutôt sur la corne utérine que sur la trompe elle-même. Les vaisseaux sont pincés et liés isolément les uns après les autres. L'orifice interne de la trompe est cautérisé. La plaie longitudinale qui va du bord du détroit supérieur à la corne utérine est fermée par un surjet dont chaque point est passé à la manière de Lambert pour obtenir un bon affrontement séro-séreux. De la sorte, il ne reste aucune surface cruentée, toutes les ligatures et la corne utérine elle-même sont enfouies sous le péritoine.

Pour ma part, j'ai recours à un procédé beaucoup plus simple qui m'a été enseigné par les chirurgiens américains. Je lie le pédicule en masse par deux points en chaîne et je conserve les deux chefs d'un des fils. Passant alors une aiguille mousse d'avant en arrière à travers le ligament large, à deux centimètres environ au-dessous du pédicule, je ramène un des chefs. Le second chef est ramené de la même façon à 1 centimètre en dehors du premier. Il suffit alors de serrer et de nouer ces deux fils pour que la surface de section du pédicule, retournée de haut en bas et d'arrière en avant, vienne s'accoler à la face postérieure du ligament large.

Le lavage du péritoine peut être indiqué quand on ne peut éviter l'effusion du pus, et surtout quand on redoute une virulence particulière du liquide épanché. Mais, pour ma part, j'estime que, dans la grande majorité des cas, on doit se contenter de la simple toilette avec des éponges ou des compresses

(1) HEGAR, *Centr. für Gyn.*, 1878, n° 2.

(2) L. TAIT, *British med. Journal*, 11 mai 1877.

(3) P. DELBET, *De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1896, p. 915.

stérilisées. On sait, en effet, que les grands lavages du péritoine ne sont pas sans danger⁽¹⁾. L'eau chaude stérilisée⁽²⁾ ou additionnée de 6 pour 1000 de chlorure de sodium⁽³⁾ me semble être le liquide de choix; au contraire, les solutions même faibles de biiodure de mercure (au 1/20000)⁽⁴⁾ ou de sublimé (à 1/5000)⁽⁵⁾ ne sont pas inoffensives et entraînent des manipulations vraiment trop compliquées (lavages préalable et consécutif à l'eau salée) pour être neutralisées.

Le drainage du péritoine, toujours indispensable quand on a fait le lavage, reste encore une précaution particulièrement tutélaire dans tous les cas où la simple toilette ne semble pas suffisante pour déterger complètement le petit bassin. Un *suintement sanguin* persistant est une autre indication du drainage sur laquelle nombre de chirurgiens insistent avec raison. C'est surtout après l'ablation des trompes fortement adhérentes qu'on observe ce suintement en telle abondance qu'on ne doit plus compter sur l'action résorbante du péritoine. Dans ce cas, comme après épanchement de liquide septique, un tube en verre ou en caoutchouc ou une simple mèche de gaze iodoformée suffisent à drainer la séreuse. Il en est autrement s'il faut enrayer ou prévenir une hémorrhagie sérieuse, ou aseptiser des débris d'adhérences infectés; il faut alors recourir au tamponnement du péritoine avec la gaze iodoformée à la manière de Mikulicz⁽⁶⁾. Ajoutons qu'il peut être utile de compléter le drainage abdominal par le drainage vaginal. La durée du drainage est entièrement subordonnée à l'abondance de l'écoulement. En général, quarante-huit heures suffisent; mais, dans bien des cas, il faut en prolonger la durée et ne retirer le drain que d'une façon progressive.

Après ablation simple des annexes sans drainage, le ventre est complètement refermé. On tend à substituer aujourd'hui à la suture en masse, par points séparés, la suture à étages⁽⁷⁾ plus ou moins modifiée sous le prétexte qu'elle donne des garanties plus sérieuses au point de vue des hernies ultérieures. Pour ma part, après avoir essayé, pendant un an, la suture à étages, j'en suis revenu à la suture à un seul plan, au fil d'argent. Je la trouve plus simple, plus rapide, et tout aussi solide quand elle est bien faite.

Dans les cas où le petit volume des lésions annexielles donne l'assurance qu'une petite incision sera suffisante, j'ai coutume de procéder de la manière suivante:

Je fais une incision cutanée transversale de quatre à cinq travers de doigt, un peu au-dessous de la ligne d'implantation des poils supérieurs de la région pubienne. En réclinant, par en haut, la lèvre supérieure de cette incision cutanée, on a tout l'espace voulu pour faire à la paroi musculo-aponévrotique une incision verticale que l'on suture, après ablation des annexes, par un surjet au catgut. Ce surjet se cache donc, en fin de compte, sous une peau intacte, la ligne cicatricielle transversale cutanée se perd dans les poils, et la suppression de toute trace apparente de l'opération se trouve ainsi réalisée.

(1) POLAILLON, *Sur un danger du lavage du péritoine*. Bull. de l'Acad. de méd., 28 août 1888, p. 527.

(2) L. TAIT, *British med. Journal*, 1806, p. 921.

(3) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 53.

(4) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 375.

(5) G. WYLIE, *Amer. Journal of obst.*, 1887, p. 54.

(6) MIKULICZ, *Ueber die Ausschaltung tochter Raume aus der Peritonealhöhle*. Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Chir. Berlin, 1886, p. 187.

(7) S. POZZI, *Note sur la suture perdue*. Comptes rendus du Congrès franç. de chir., 1888, p. 515.

Je n'ai considéré, dans toute cette description, que les cas simples ou moyens, ceux qui répondent aux salpingo-ovarites énucléables, quel que soit leur degré d'adhérences. Le chirurgien opère au travers d'une boutonnière abdominale petite, du bout des doigts, sans chercher à y voir. Mais il est des cas où les adhérences épiploïques et intestinales sont tellement fortes, les poches suppurées tellement confondues avec les parties voisines, qu'il est nécessaire d'avancer sous le contrôle de la vue. L'agrandissement de l'incision ne suffisant pas toujours, on a conseillé deux manœuvres spéciales, la *position déclive* et l'*éviscération*. Préconisée par Trendelenburg⁽¹⁾, la position déclive a le grand avantage de débarrasser le champ opératoire des anses intestinales qui retombent, entraînées par la pesanteur, vers le diaphragme. Sans doute, il est à craindre qu'en vertu du même principe le pus ne suive le même chemin. Mais il est facile de conjurer ce danger, en protégeant avec soin, en matelassant pour ainsi dire les anses intestinales avec des compresses stérilisées qui s'imbibent au passage des liquides septiques et en arrêtent l'effusion. Quant à l'*éviscération* ou extraction temporaire du paquet intestinal hors du ventre, c'est une manœuvre véritablement grave. Elle a pu donner quelques rares succès⁽²⁾, mais elle ne doit pas moins être proscrite, d'autant que la *position déclive* en restreint singulièrement les exceptionnelles indications.

2^o *Incision simple et drainage des poches suppurées annexielles*. — Dans certaines suppurations pelviennes, particulièrement graves, l'ablation des poches suppurées peut être impossible ou incomplète. Les collections sont simplement ouvertes et drainées. Je ne puis insister ici sur tous les artifices opératoires qui réalisent cette double indication. Le drainage sus-pubien avec ou sans suture de la poche aux lèvres de l'incision abdominale⁽³⁾, les combinaisons variables du drainage sus-pubien et du drainage vaginal sont les moyens les meilleurs et les plus souvent employés. On peut aussi, d'après Martin, obtenir des succès en drainant seulement par le vagin les poches purulentes suturées du côté du péritoine. Le ventre est alors complètement fermé sans drainage. Quant à l'ouverture en deux temps proposée par Hegar⁽⁴⁾ en cas de collection unique, c'est à mon avis un procédé très défectueux auquel on doit toujours préférer l'incision par voie inguino-sous-péritonéale, à laquelle Pozzi⁽⁵⁾ donne le nom de *laparotomie sous-péritonéale*.

3^o *Opérations conservatrices*. — Par les détails qui précèdent, on voit qu'une fois le ventre ouvert la conduite varie beaucoup suivant les cas particuliers, et cependant je n'ai encore envisagé que les types les plus graves. Le chirurgien n'a qu'un but : enlever ou détruire pour le mieux toutes les parties malades, sans avoir un instant la pensée de sauver des fonctions physiologiques à jamais compromises par l'évolution même de la maladie. Des difficultés opposées surgissent, quand on tombe sur des organes peu malades et l'ambition de les guérir sans les supprimer devient alors un sentiment très légitime. Cette tendance à la chirurgie conservatrice s'accuse dans nombre de publications.

(1) TRENDLENBURG, *Berl. klin. Woch.*, 1877, n^o 2. — H. DELAGENIÈRE, *Du plan incliné dans certaines laparotomies*. Progrès médical, 14 et 21 mars 1891.

(2) S. POZZI et BAUDRON, *Rev. de Chir.*, 1891, p. 640.

(3) L. TAIT, *Edinburg med. Journal*, juillet-août 1889, t. XXXV, p. 1 et 97.

(4) HEGAR (cité par Wiedow), *Zur operativen Behandlung der Pyosalpinx*. Centr. für Gyn., 1885, n^o 10, p. 145.

(5) S. POZZI, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886.