

d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être elle aussi, dans certains cas, *utilement exploratrice* et que, même, après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore *s'arrêter à temps*. Bref, je le répète : si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle, et, pour ma part, malgré le nombre important des interventions vaginales que je possède à mon actif, je n'ai pas hystérectomisé une seule femme dont un laparotomiste eût épargné les annexes. L'inverse, en revanche, m'est arrivé, et, plus d'une fois déjà, croyant le diagnostic de bilatéralité douteux, j'ai laparotomisé des femmes qui auraient eu grand avantage à être hystérectomisées.

D'après les considérations précédentes, voici comment on peut résumer l'ensemble des règles qui doivent, à mon avis, nous guider dans le traitement chirurgical des salpingites, abstraction faite des cas particuliers et rares dans lesquels l'incision simple d'une collection purulente accessible par la paroi abdominale ou le vagin peut suffire à la guérison. Je parle donc seulement des cas justiciables de la laparotomie ou de l'opération de Péan, et, pour éviter tout malentendu, je tiens à répéter que ces deux grandes opérations doivent être 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. Or, chez les malades qui remplissent les conditions précédentes, quelle que soit la nature des lésions ovaro-salpingiennes, qu'elles soient suppurées ou non, fistuleuses ou non fistuleuses, ce qui doit commander avant tout le choix de l'opération, c'est l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions. Dans le premier cas, la laparotomie est la seule opération possible parce que, sauf exception très rare, je crois que l'ovariotomie vaginale, sans hystérectomie, est, en cas de lésions inflammatoires, une opération mauvaise, difficile et dangereuse. La laparotomie est encore la seule opération rationnelle toutes les fois qu'il existe le moindre doute sur la bilatéralité des lésions. Par contre, lorsque cette bilatéralité paraît certaine, lorsqu'elle est dûment constatée sous le chloroforme, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut donner la préférence : parce que, dans les cas où l'ablation des annexes par laparotomie est bénigne et sûre dans ses résultats thérapeutiques, l'opération de Péan jouit exactement des mêmes privilèges; parce que, dans les cas sérieux, elle est moins grave et guérit mieux; parce que, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes opérées par le vagin ont plus de sécurité et de satisfaction, sans cicatrice sur le ventre, qu'avec le plus séduisant des surjets. Je rappelle enfin que l'hystérectomie vaginale donne des résultats excellents chez nombre de femmes dont les souffrances persistent après l'opération de L. Tait, et que, pour les cas de suppurations pelviennes dans lesquelles toute laparotomie commencée devrait, sous peine de tuer les malades, rester purement exploratrice, l'opération de Péan permet souvent d'obtenir des guérisons parfaites.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale, elle est le complément nécessaire de l'ablation bilatérale des annexes par laparotomie. Lorsque, au cours d'une laparotomie faite pour lésion unilatérale, on trouve les annexes des deux côtés suffisamment altérées pour qu'il soit indiqué d'en pratiquer l'ablation, il faut enlever l'utérus. L'hystérectomie devient alors, suivant l'expression de Richelot,

une opération de correction. Enfin dans le cas de lésions annexielles bilatérales volumineuses et haut placées, plus abdominales que pelviennes, où l'opération de Péan est parfois incomplète et toujours laborieuse, je lui préfère actuellement l'hystérectomie abdominale totale suivant le procédé que j'ai décrit.

En résumé, s'il est admis sans discussion que la laparotomie demeure uniquement indiquée dans les cas de lésions franchement unilatérales ou bilatérales douteuses, si l'on admet que les lésions annexielles bilatérales haut situées, plus abdominales que pelviennes, sont plutôt justiciables de l'hystérectomie abdominale totale, on peut conclure, comme le faisait Bouilly au Congrès de Genève, que la laparotomie ne vit plus que des contre-indications de l'hystérectomie vaginale.

II

PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE

Le phlegmon du ligament large peut se localiser en deux régions distinctes. L'une constitue à elle seule presque tout le ligament. Le repli péritonéal qui la limite enveloppe les annexes, les vaisseaux utéro-ovariens et les lymphatiques qui naissent du fond de l'utérus, des trompes et des ovaires, pour se rendre aux ganglions prévertébraux lombaires. L'autre répond à la base du ligament large, à l'espace pelvi-rectal de Richet, au *parametrium* des Allemands. Delbet lui donne le nom de *gaine hypogastrique* parce qu'elle contient les branches pelviennes de l'iliaque interne. Il lui assigne les limites suivantes : en arrière, l'aponévrose sacro-recto-génitale; en avant, la partie inférieure et postérieure de l'aponévrose ombilico-vésicale; en haut, la convergence de ces deux feuillets : en bas, l'aponévrose périnéale supérieure. Elle repose, en arrière, sur l'échancrure sciatique, par laquelle sortent les branches externes de l'hypogastrique; en dedans, sur le col de l'utérus et le vagin; en dehors, sur la région obturatrice. Outre les vaisseaux hypogastriques, elle renferme encore des ganglions, des lymphatiques, des nerfs et l'uretère. Ces lymphatiques venus du col et de la partie supérieure du vagin se rendent aux ganglions situés sur les parois pelviennes, en formant autour du col un lacis très dense dans lequel Poirier (1) n'a jamais rencontré le ganglion décrit par L. Championnière (2). A chacune de ces régions correspond une variété de phlegmons : l'un est le *phlegmon de la gaine hypogastrique*; l'autre, le *phlegmon du ligament large proprement dit*.

A. *Phlegmon de la gaine hypogastrique*. — Cette forme clinique à laquelle Bouilly (3) donne le nom de *phlegmon juxta-utérin* est de beaucoup la plus fréquente. Entrevue par Gendrin (4), elle a été très bien décrite par Nonat (5), Val-

(1) POIRIER, *Progrès médical*, 1889, nos 47 à 51, et 1890, nos 2 et 4. — CANTIN, *Des lymphangites utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889.

(2) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Lymphatiques utérins, etc.* Thèse de Paris, 1870.

(3) BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 479.

(4) GENDRIN, cité par Bennet. Trad. Aran, 2^e édit., 1850, p. 59.

(5) NONAT, *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 97, 110, 129.

leix⁽¹⁾ et surtout Gallard⁽²⁾. Elle répond à la *paramétrite* de Virchow⁽³⁾, à l'inflammation du *tissu paramétral* de Spiegelberg⁽⁴⁾. Schröder⁽⁵⁾ en a parfaitement localisé le siège à la base du ligament large, la partie supérieure restant libre, et Delbet⁽⁶⁾ en a publié une observation des plus démonstratives.

B. *Phlegmon du ligament large proprement dit.* — Cette variété est beaucoup moins fréquente que la variété juxta-utérine. Elle est même complètement niée par quelques auteurs; A. Guérin⁽⁷⁾ pense qu'il faut en rapporter les signes à un adéno-phlegmon juxta-pubien. Avec le même chirurgien, Terrillon et Lallement⁽⁸⁾ prétendent qu'il existe entre les deux feuilletts du ligament large une quantité de tissu cellulaire trop minime pour engendrer une collection purulente de quelque importance. Enfin, pour les besoins de la même cause, Lebec a décrit, à la base du ligament, une lame aponévrotique qui serait assez résistante pour empêcher le pus de fuser dans le tissu cellulaire du bassin, et de venir se collecter derrière la paroi abdominale. Qu'on insiste sur le caractère exceptionnel de cette localisation du phlegmon, rien de mieux. Je pense même, avec Bouilly⁽⁹⁾, qu'en bien des cas « les symptômes cliniques qu'on lui attribuait auparavant doivent peut-être recevoir une autre localisation anatomique ». Mais le phlegmon des ligaments larges n'existe pas moins; Delbet⁽¹⁰⁾ en a donné la preuve, en s'appuyant sur une autopsie et sur des expériences concluantes.

Ces deux variétés, peut-être un peu schématiques, du phlegmon du ligament large doivent, dans bien des cas, se confondre au point de vue anatomo-pathologique. Cliniquement leur histoire ne saurait être faite séparément, sans s'exposer à des redites incessantes.

Étiologie et pathogénie. — L'infection puerpérale est la cause la plus fréquente des phlegmons du ligament large, et l'accouchement normal comme l'avortement accidentel ou provoqué y prédisposent également. L'inflammation paramétritique peut même se développer au cours de la grossesse⁽¹¹⁾; deux ou trois observations fort nettes en témoignent. Contrairement à l'ancienne opinion de Piotay⁽¹²⁾, de Grisolle⁽¹³⁾ et de Nélaton⁽¹⁴⁾, les relevés de Winkel⁽¹⁵⁾ et de Delbet⁽¹⁶⁾ semblent indiquer que les multipares sont plus souvent affectées que les primipares. On a beaucoup discuté pour savoir qu'elle était le côté le plus ordinairement atteint, et chacun a conclu suivant ses propres observations. Le fait offre d'ailleurs un bien minime intérêt. Un point à établir dont

(1) VALLEIX, *De l'inflammation du tissu péri-utérin. Union médicale*, 1855, 5^e série, p. 285 et 419.

(2) GALLARD, *De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice. Thèse de Paris*, 1865.

(3) VIRCHOW, *Virchow's Archiv*, 1862, t. XXIII, p. 415.

(4) SPIEGELBERG, *Samml. klin. Vortr.*, n° 71, p. 552.

(5) SCHROEDER, *Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, 1887.

(6) DELBET, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1888, p. 479.

(7) GUÉRIN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 mai 1887, p. 555.

(8) LALLEMENT, *Thèse de Paris*, 1881.

(9) BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 481.

(10) P. DELBET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 475, et *Loc. cit.*, p. 165.

(11) MÉGRAT, *Thèse de Strasbourg*, 1867. — DUNCAN, *Clinical lectures on diseases of women*. London, 1879, p. 68.

(12) PIOTAY, *Thèse de Paris*, 1857.

(13) GRISOLLE, *Arch. gén. de méd.*, 1859, 5^e série, t. XIII, p. 157-595.

(14) NÉLATON, *Pathologie externe*, t. V, p. 509.

(15) CHARITÉ ANNALEN, Berlin, 1877, t. V, p. 570.

(16) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 199.

l'importance est autrement grande, c'est la proportion des phlegmons non puerpéraux, par rapport à ceux dont l'origine puerpérale est incontestable. Si l'on réunit les statistiques de West⁽¹⁾, de Beigel⁽²⁾, de Schröder et de Martin⁽³⁾, on trouve, sur un total de 158 phlegmons du ligament large, 48 cas non-puerpéraux, soit plus de 30 pour 100. Cette proportion considérable s'explique par l'époque relativement ancienne à laquelle ces statistiques ont été recueillies : toutes, en effet, datent d'une période où l'antisepsie n'existait pas, et, par conséquent, il est naturel que des traumatismes chirurgicaux aussi légers que des incisions ou des cautérisations du col des injections intra-utérines, des pessaires intra-utérins aient pu, dans 16 cas sur 61 (Beigel), déterminer des phlegmons du ligament large. L'application rigoureuse des lois de l'antisepsie aux petites opérations de gynécologie modifie déjà des proportions dans la statistique de Schröder et de Martin, où, pour 38 cas, on n'en compte plus que 5 non puerpéraux, soit seulement 15 pour 100. Aussi l'hypothèse émise par Delbet⁽⁴⁾, qu'on observera bientôt plus de phlegmons en dehors que pendant la puerpéralité, ne me semble point justifiée. L'antisepsie diminuera de plus en plus le nombre des phlegmons puerpéraux et non puerpéraux, mais je ne crois point qu'elle en change jamais la proportion relative.

En résumé, si l'infection puerpérale est la cause ordinaire de l'affection qui nous occupe, elle n'est pas la seule, comme l'a prétendu Frasier⁽⁵⁾. En dehors de cette étiologie trop restreinte⁽⁶⁾, « les affections de l'utérus et des annexes, les diverses formes de métrites, la blennorrhagie, les néoplasmes du petit bassin, les excès sexuels, surtout pendant les règles, les opérations pratiquées sur les organes génitaux et surtout sur le col utérin, quelquefois simplement l'introduction d'un hystéromètre, une douche utérine ou un toucher vaginal peuvent être le point de départ des accidents. Dans ce dernier cas, il est permis de supposer qu'il existait des phénomènes inflammatoires latents, réveillés par le traumatisme, ou qu'il s'est produit une véritable infection septique par le doigt ou les instruments⁽⁷⁾. » Beigel, dans sa statistique, rapporte 11 cas de phlegmon du ligament large, consécutifs à des opérations sur la grande lèvre et la glande de Bartholin, ou à des déchirures du périnée. Sans rien préjuger de ces observations peu explicites, je crois qu'il faut plutôt voir là une simple coïncidence qu'une relation de cause à effet.

L'infection du ligament large ne peut se faire que par deux voies, la *voie veineuse* et la *voie lymphatique*. Toutes les causes que nous venons d'énumérer agissent d'une même façon en transformant la totalité ou une partie de l'utérus en une plaie septique vulgaire. La *voie veineuse* a été successivement incriminée par Dance⁽⁸⁾, Bernutz⁽⁹⁾, Frasier⁽¹⁰⁾, Hervieux⁽¹¹⁾, Courty⁽¹²⁾. La voie lymphatique

(1) WEST, *Maladies puerpérales*. Trad. par Mauriac. Paris, 1870.

(2) BEIGEL, *Krankh. der weibl. Geschl.*, 1875, t. II, p. 86.

(3) *Charité Annalen*, Berlin, 1877, t. V, p. 370.

(4) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 201.

(5) FRASIER, *Étude sur le phlegmon du ligament large. Thèse de Paris*, 1866.

(6) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 755.

(7) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 479.

(8) DANCE, *Arch. gén. de méd.*, 1828, p. 475.

(9) IN PARIS, *Thèse de Paris*, 1866.

(10) FRASIER, *Loc. cit.*

(11) HERVIEUX, *Traité clinique des maladies puerpérales*. Paris, 1870, p. 550.

(12) COURTY, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2^e édit., 1870, p. 597.

tique, dont Boyer (1), Nonat (2), furent les principaux défenseurs, fut consacrée d'une manière irréfutable en 1870 par L. Championnière (3). Les thèses de Fioupe (4) et d'Auger (5), les leçons de Guérin (6) n'ont fait qu'étayer de nouvelles preuves les théories de Championnière, et, malgré la tentative de Charpy (7) pour réhabiliter la phlébite, il est maintenant admis que les phlegmons circonscrits du ligament large sont d'origine lymphangitique, tandis que les formes graves et généralisées de l'infection puerpérale se propagent surtout par voie veineuse.

Quoi qu'il en soit, on pense aujourd'hui que l'infection a pour agents les micro-organismes nombreux qui pullulent dans l'utérus septique. Mais les différences d'action et de virulence que nous avons déjà indiquées au chapitre des salpingo-ovarites s'accusent ici avec une plus grande netteté. Il résulterait en effet, des expériences de Bumm (8), que le gonocoque n'est pas pyogène et qu'il n'a d'autre rôle que de préparer le terrain aux infections secondaires. D'autre part, d'après Vidal (9) et Cornil (10), on doit admettre que la muqueuse utérine remplit à l'égard des microbes le rôle d'un véritable filtre. Elle ne se laisse traverser que par le streptocoque, et, suivant le terrain qu'il rencontre, suivant son degré de virulence, cet unique agent des suppurations du ligament large donne lieu à de simples engorgements facilement résorbés (11), ou aux diverses variétés cliniques du phlegmon proprement dit. Notons enfin que Delbet accepte l'existence des abcès tuberculeux du ligament large. Mais les faits de Byford (12) et de Fenger (13), sur lesquels il base son opinion, sont peu démonstratifs.

Anatomie pathologique. — Parfois l'infection septique n'a pour ainsi dire pas le temps de se localiser tant elle est foudroyante. A l'autopsie, on trouve la totalité du tissu cellulaire pelvien infiltré. « Les tissus œdématisés ont une couleur livide, les lymphatiques sont remplis de microcoques, les veines contiennent des caillots ou du pus (Pozzi). » C'est à ce type clinique que Virchow (14) donne le nom d'*erysipelas malignum puerperale*, et Bouilly celui de *cellulite pelvienne diffuse*. Dans les formes ordinaires, l'infiltration œdémateuse qui marque le début du phlegmon n'a pas semblable extension; on se trouve en présence d'une lésion localisée. Le liquide épais, jaunâtre, qui remplit les mailles du tissu conjonctif peut se résorber et la guérison survenir; mais, en général, la lésion continue son évolution et suppure. Le liquide se trouble, devient opalescent, et les mailles distendues du tissu conjonctif tendent à se fusionner

(1) BOYER, *Maladies chirurgicales*, 4^e édit., 1831, t. VII, p. 526.

(2) NONAT, Thèse de Paris, 1852.

(3) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Loc. cit.*

(4) FIOUPE, Thèse de Paris, 1876.

(5) AUGER, Thèse de Paris, 1876, p. 52.

(6) ALPH. GUÉRIN, *France médicale*, 1876, n° 1.

(7) CHARPY, *Lyon médical*, 1886, p. 557, 581.

(8) BUMM, *Ueber gonorrhoeische Mischinfectionen beim Weibe*. *Arch. für Gyn.*, 1887, t. XXXI, p. 48.

(9) VIDAL, Thèse de Paris, 1889, p. 25.

(10) CORNIL, *Fièvre puerpérale et métrite puerpérale*. *Journal des connaissances médicales*, 1880, p. 405.

(11) BUMM, *Ueber die Etiologie der Parametritis*. *Centr. für Gyn.*, 1889, p. 469.

(12) BYFORD, *Chicago gyn. Soc.*, 18 déc. 1885.

(13) FENGER, *Annals of Surgery*, mai 1885, p. 595.

(14) VIRCHOW, *Arch. für path. Anat.*, 1862, Bd. XXIII, p. 415.

pour ne plus former qu'une seule cavité. Le pus peut être bien lié, de bonne nature, sans odeur, ou au contraire être granuleux, d'odeur infecte. Sa quantité peut être considérable, mais, en général, elle varie de 200 à 500 grammes. La poche est presque toujours unique, surtout quand l'abcès est volumineux. La cavité est tapissée de fausses membranes grisâtres, irrégulières, dont les prolongements flottent au milieu du pus. Ces fausses membranes sont parfois tellement confluentes qu'elles en imposent sur une tumeur maligne (1). Il en résulte une épaisseur généralement considérable des parois de la poche, épaisseur qui ne peut atteindre plus de 2 centimètres. Wernick (2) a cependant signalé des phlegmons à parois très minces, très souples, capables de revenir facilement sur elles-mêmes après l'incision. Ce sont surtout les phlegmons à évolution rapide qui présentent cette particularité. Les phlegmons de la gaine hypogastrique sont traversés par les branches de l'hypogastrique; celles-ci, baignées de toute part par le pus, peuvent s'ulcérer et donner lieu à des hémorragies mortelles. Delbet en rapporte plusieurs observations.

Le pus ne reste pas toujours localisé à l'une des deux régions anatomiques que nous avons décrites, et très souvent le phlegmon s'étend dans des directions qu'il importe de bien connaître. Le *phlegmon juxta-utérin* se propage en suivant la direction des vaisseaux hypogastriques. Il peut donc remonter jusque dans la fosse iliaque, s'y cantonner, ou, disséquant les vaisseaux iliaques, fuser sous l'arcade de Fallope jusqu'au triangle de Scarpa. *En arrière*, il trouve une voie d'échappement naturelle au niveau du trou sciatique et *en avant* au niveau du canal sous-pubien. Bérard (3) a rapporté une observation de phlegmon étendu jusqu'à la cavité de Retzius. Du côté des viscères, le pus a tendance à se rapprocher du rectum, de la vessie ou du vagin, et les observations de rupture spontanée dans l'un de ces organes ne sont plus à compter. Bien plus rares sont les ouvertures dans l'utérus, et Delbet (4) n'a pu en réunir que 7 observations. Le même auteur signale encore la possibilité d'une infiltration de l'espace pelvi-rectal supérieur à travers le releveur.

Les *phlegmons du ligament large* proprement dits ont des prolongements un peu spéciaux. Comme les premiers, ils gagnent fréquemment la fosse iliaque, mais en suivant les vaisseaux utéro-ovariens: de là ils peuvent fuser jusqu'au rein, au diaphragme ou redescendre au-dessous du péritoine jusqu'à l'arcade de Fallope, et venir pointer au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans d'autres cas le pus, dédoublant l'aileron antérieur du ligament large, vient faire saillie à la paroi abdominale près de la ligne médiane, ou gagne le trajet inguinal (5) qu'il envahit, soit mécaniquement, soit peut-être aussi en suivant les lymphatiques. Il se peut enfin que, par voie de décollement, la suppuration s'étende en avant et en arrière de l'utérus, là même où mon regretté maître Gallard localisait le *phlegmon rétro-utérin*. Quant au *péritoine*, il est parfois enflammé autour de l'abcès, mais le fait n'est pas constant. Delbet a réuni 17 observations où il n'existait aucune trace de péritonite.

(1) FENGER, cité par Delbet, p. 187.

(2) WERNICK, *Beitr. zur Geburtsh. und Gyn.*, 1872, p. 415.

(3) BÉRARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 186.

(4) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 161.

(5) GUBLER, *Union médicale*, 1850, p. 549 et 552. — E. ANDREWS, *The obst. Gaz. Cincinnati*, 1886, p. 181.