

et qui permet de faire passer plusieurs litres par le rectum, dans l'intervalle d'un quart d'heure environ.

4° Comme *moyens généraux*, on emploiera les calmants, tels que les grands bains quotidiens, simples, sulfureux ou alcalins.

Ils exercent une action sédative locale en même temps que générale et sont un heureux adjuvant du reste du traitement,

On emploiera aussi les calmants, tels que le chloral, le sulfonal, de manière à rendre l'existence tolérable à la malade, mais on interdira l'usage des opiacés, notamment de la morphine.

Le traitement après la suppuration sera vu à propos des suppurations pelviennes, dont j'aborde maintenant l'étude.

5° Suppurations pelviennes.

SOMMAIRE

1° Existe-t-il une collection purulente ?

2° Quelle en est la variété ?

a. Siège :

Cellulaire.
Péritonéal.
Tubaire.

b. Nombre :

Unique.
Multiple.

3° Quels sont les moyens d'évacuation ?

Généralités : 1° Ponction, 2° Incision, 3° Résection.

a. Voies exceptionnelles.

1° Voie périnéale.
2° Voie rectale.
3° Voie sacrée et fessière.

b. Voies habituelles.

1° Voie utérine.
2° Voie vaginale.
3° Voie abdominale.

4° Quel est le traitement qui convient à chaque cas en particulier ?

Abscès multiples.

Abscès unique. { Tubaire.
Cellulaire ou péritonéal.

L'étude du diagnostic et de la thérapeutique des suppurations pelviennes comprend quatre questions que nous allons envisager tour à tour, à savoir :

1° Existe-t-il une collection purulente ?

2° Quelle en est la variété ?

3° Quels en sont les moyens d'évacuation ?

4° Quel est le traitement qui convient à chaque cas particulier ?

1° EXISTE-T-IL UNE COLLECTION PURULENTE ?

La solution de cette question est de la plus haute importance, car du moment où il existe une goutte de pus enkystée dans le bassin, la guérison de la femme ne pourra être obtenue que par son évacuation.

Pour résoudre cette question le médecin aura à sa disposition :

1° Les signes fournis par l'état général ;

2° Les signes fournis par l'état local ;

3° La ponction exploratrice.

1° **État général.** — Toute suppuration importante quelle qu'en soit le siège amène un état fébrile proportionnel à son étendue et à sa gravité.

La fièvre, surtout quand elle est accompagnée d'oscillations accentuées de la température, sera donc un des signes, dont on devra tenir compte pour le diagnostic de la suppuration pelvienne.

Malheureusement dans les petites collections purulentes, soit uniques, soit multiples, dont la marche et le développement, sont le plus souvent chroniques, elle fait défaut ou n'est que trop peu accentuée pour être facilement appréciée, de telle sorte qu'elle ne vient à l'aide du diagnostic que dans les cas relativement faciles à reconnaître, c'est-à-dire alors que la collection purulente est volumineuse.

En d'autres termes la fièvre ne sera que d'un faible secours pour le diagnostic des suppurations pelviennes.

2° **État local.** — Localement l'exploration bimanuelle permettra de reconnaître dans le petit bassin la tumeur suspectée de purulence.

Trois circonstances peuvent se produire.

a. Ou la tumeur est nettement fluctuante, et la fluctuation peut être perçue de l'abdomen au vagin, ainsi que cela arrive dans les vastes collections liquides, enveloppées d'une paroi peu épaisse. — Cette fluctuation n'est pas pathognomonique d'une collection purulente, mais simplement d'une collection liquide c'est-à-dire séreuse, sanguine ou purulente, par exemple d'un hydrosalpinx, d'une hématocele, ou d'un abcès ; en dehors de la ponction exploratrice dont il sera ultérieurement question ce n'est que par les antécédents, par l'état général actuel (fièvre ou absence de fièvre), par la douleur et le gonflement locaux plus marqués en cas de suppuration, qu'on pourra arriver au diagnostic. — Mais il est rare que la collection liquide se présente avec des dimensions aussi marquées, le plus ordinairement on aura affaire à l'une des deux catégories suivantes :

b. La fluctuation ne peut être perçue que par l'exploration vaginale ou rectale ; le doigt en parcourant la surface de la tumeur rencontre une région de consistance moindre qu'il peut déprimer facilement ; l'extrémité du doigt s'enfonce à ce niveau, et en retirant le doigt les tissus l'accompagnent jus-

qu'au niveau du point de départ. — C'est le liquide qui, chassé par la pression du doigt, reprend sa première place, alors que le refoulement cesse de s'exercer. — Cette sensation est bien différente de celle fournie par la rénitence, dans laquelle les tissus déprimés conservent pendant un certain temps l'impression du doigt en forme de godet. — Cette fluctuation *unipolaire*, par opposition à la *bipolaire* perçue à la double palpation vagino-abdominale indique une collection liquide. — S'il s'agit comme dans le cas précédent de déterminer si cette collection est séreuse, sanguine ou purulente, on y parviendra par les mêmes moyens.

c. Dans une troisième catégorie de cas, aucune trace de fluctuation ne peut être perçue, la tumeur semble dure dans toute son étendue; il peut néanmoins y avoir une collection purulente dans son épaisseur, mais qui ne peut être révélée à l'exploration digitale à cause de l'épaisseur des parois et des adhérences qui l'entourent. — La ponction exploratrice est, en pareil cas, seule capable de donner des renseignements précis sur le contenu de la tumeur.

3° La ponction exploratrice sera faite avec toutes les précautions antiseptiques devenues aujourd'hui classiques; on se servira d'un appareil aspirateur et d'un trocart assez fin.

Pour exécuter cette ponction le manuel opératoire est très important et embarrasse souvent le gynécologue, ce manuel a été très heureusement précisé par Vuillet au premier congrès de gynécologie (Bruxelles, 1892) dans les termes suivants :

« La malade étant dans la position sacro-dorsale, je me place sur le côté que je vais ponctionner et je fais passer sa jambe par-dessus ma tête, de façon que cette jambe repose sur mon épaule et que le torse et le bassin s'inclinent du côté opposé. Je signale ce décubitus parce qu'il dégage mieux qu'aucun autre la région à explorer.

« La respiration étant tranquille et bien rythmée, la main externe descend en dedans de l'aire du bassin, en même temps que deux doigts de la main qui touche, remontent le long des plans de la symphyse sacro-iliaque. Les deux mains finissent par se sentir l'une à l'autre, enserrant entre elles tout ce qui peut se trouver dans les annexes. Alors commence la palpation minutieuse qui permettra de découvrir la région fluctuante. Une fois qu'elle est découverte, je fais placer la main de mon assistant sous ma main extérieure et je renouvelle les pressions jusqu'à ce que j'aie à travers sa main la sensation que j'enserme bien la tuméfaction d'une façon bipolaire. Alors mon assistant continue seul la pression et prend à son tour la jambe de la malade sur son épaule.

« Sans quitter de la main qui touche le point précis où je vais ponctionner, je me place devant la malade, et saisissant le trocart je le plonge dans la tuméfaction en visant le point où appuient les doigts de l'aide.

« Il est évident qu'on peut passer deux ou trois fois à côté de la poche, car ces collections sont fort petites surtout lorsqu'elles sont multiples. Les difficultés

techniques sont certainement plus grandes que si les collections étaient superficielles et toujours uniques; mais ces difficultés sont loin de pouvoir arrêter un gynécologue familiarisé avec la palpation bimanuelle. »

Ces ponctions aspiratrices pourront sans inconvénient être pratiquées en cinq ou six points différents de la tumeur.

Elles devront autant que possible être suivies de l'évacuation complète du liquide, car outre le but explorateur elles peuvent être curatrices.

Alors en effet que le contenu est ancien, faiblement virulent, la reproduction du pus peut ne pas se faire et l'abcès se trouve ainsi guéri, c'est là, il est vrai, une circonstance assez rare, mais il suffit qu'elle soit possible pour qu'on doive la rechercher.

Des considérations qui précèdent il résulte que sauf le cas de collection volumineuse facilement reconnaissable, et dont l'histoire des accidents laisse peu de doute sur la nature purulente du contenu, la ponction exploratrice est presque constamment nécessaire pour le diagnostic précis et certain des supurations pelviennes.

Les chirurgiens, qui, actuellement, posent le diagnostic pyosalpinx, et proposent une intervention en conséquence sans son aide, prennent pour point de départ un simple diagnostic de probabilité d'ailleurs souvent infirmé par l'opération, mais étant donné les progrès du traitement gynécologique, et la plus grande précision des indications thérapeutiques, ce diagnostic devient de plus en plus nécessaire et la ponction s'impose dans les cas douteux qui constituent en somme la majorité.

2° QUELLE EST LA VARIÉTÉ DE LA SUPPURATION PELVIENNE ?

Variété de *siège* et variété de *nombre*, telles sont les deux questions qui intéressent le thérapeute.

- a. Siège : 1. cellulaire ;
2. péritonéal ;
3. tubo-ovarien.

- b. Nombre : 1. unique ;
2. multiple.

On concevra facilement l'importance de ce diagnostic, en se rendant compte de la différence du traitement suivant le cas.

C'est ainsi que l'abcès dans le tissu cellulaire se traitera plus volontiers par l'incision et le drainage consécutif; l'abcès péritonéal par l'ouverture du cul-de-sac postérieur alors qu'il s'agit de rétropéritonite; l'abcès salpingo-ovarien par la laparotomie et l'extraction de la trompe et de l'ovaire malades; l'abcès unique est justiciable d'un des traitements qui précèdent, tandis que les abcès multiples réclament la castration utérine par la voie vaginale.

Chaque variété comporte donc un traitement spécial, d'où la nécessité d'un diagnostic différentiel.

a. Siège.

Le siège cellulaire péritonéal ou tubo-ovarien de la collection purulente se diagnostiquera en pratique surtout par le rapport de la tumeur avec l'utérus.

Les trois aphorismes suivants résument ce que l'exploration directe peut nous apprendre en pareille circonstance :

Un abcès franchement latéral par rapport à l'utérus siège habituellement dans le tissu cellulaire du ligament large.

Un abcès franchement antérieur ou postérieur est ordinairement péritonéal.

Quand la tumeur est latéro-médiane, c'est-à-dire que partant d'un des côtés de l'utérus (une des cornes) elle se dirige en arrière, l'abcès siège probablement dans la trompe ou l'ovaire; il s'agit d'un pyo-oophoro-salpinx.

b. Nombre.

L'abcès est-il unique ou multiple?

Quand la tumeur est nettement limitée, quand tout le pourtour de l'utérus, sauf le point occupé par elle, est libre, il est vraisemblable que l'abcès est unique et il doit être traité comme tel.

Lorsque, au contraire, tout le pourtour de l'utérus est envahi par l'induration pathologique, que l'utérus est en quelque sorte emprisonné au milieu du tissu enflammé, les abcès sont certainement multiples.

Entre ces deux cas extrêmes de limitation et d'extension, on peut observer une série d'intermédiaires, où le diagnostic devient plus ardu, mais où l'étendue des lésions constituera toujours le meilleur point de repère pour se prononcer.

3° QUELS SONT LES MOYENS D'ÉVACUATION DES COLLECTIONS PURULENTES¹

Dans cette étude, il est deux points à considérer :

L'un concerne la voie à suivre pour arriver jusqu'à la collection purulente; l'autre le mode d'évacuation du pus, ponction, incision ou résection.

Examinons d'abord les trois modes d'évacuation : ponction, incision ou résection.

a. *Ponction.* — La ponction qui se pratique par la voie rectale, vaginale ou abdominale, se fait au niveau du bassin, comme en toute autre région à l'aide d'un trocart avec ou sans aspiration. Elle n'est parfois que le premier temps de l'incision, ainsi que nous le verrons à propos de la méthode vaginale de Laroyenne.

b. *Incision.* — L'incision se pratique à l'aide du bistouri, en sectionnant les tissus qui séparent de la collection purulente; elle peut se faire par l'une

¹ Consulter Maquart-Moulin, *Des méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péricérévicales*. Thèse, Paris 1892.

quelconque des voies qui seront ultérieurement décrites; elle est en général complétée par le drainage destiné à maintenir le trajet d'évacuation béant pendant le temps nécessaire.

c. *Résection.* — La résection consiste, soit dans l'ablation de l'organe qui renferme le pus (ablation du pyo-oophoro-salpinx), soit dans l'enlèvement d'un organe pour permettre l'évacuation facile du pus (ablation de l'utérus par la voie vaginale, afin de créer une brèche où les abcès du voisinage viendront se déverser).

À propos de chaque voie nous verrons le détail de ces diverses opérations.

Parmi les diverses voies choisies par l'opérateur pour arriver jusqu'à la collection purulente, il en est d'exceptionnelles et d'habituelles; je passerai rapidement sur les premières pour m'appesantir sur les secondes.

a. Voies exceptionnelles :

- 1° Voie périnéale;
- 2° Voie rectale;
- 3° Voie sacrée et fessière.

b. Voies habituelles :

- 4° Voie utérine;
- 5° Voie vaginale;
- 6° Voie abdominale.

1° Voie périnéale.

La voie périnéale, encore désignée sous le nom de périnéotomie, et proposée par Hégear, consiste à pratiquer une incision allant de la tubérosité ischiatique à la pointe du coccyx. L'incision pénètre progressivement dans la fosse ischio-rectale, et est continuée jusqu'à ce qu'elle arrive à la collection purulente. Diverses modifications ont été proposées, inutiles à relater ici, car sauf quelques rares exceptions cette voie est abandonnée.

2° Voie rectale.

L'abcès s'ouvre parfois spontanément dans le rectum et s'échappe au dehors par l'anus, aussi quand la collection purulente fait saillie du côté du rectum, ainsi qu'on peut s'en assurer par le toucher anal, le gynécologue est-il tenté d'évacuer le pus par cette voie naturelle avec ou sans dilatation préalable de l'anus. Nous ne mentionnons cette ouverture possible que pour la condamner, car les suppurations pelviennes ouvertes dans le rectum sont interminables et n'aboutissent que bien rarement à la guérison.

3° Voie sacrée et fessière.

La voie sacrée présente deux variétés :

L'une (Kraske) avec résection du coccyx et d'une partie du sacrum,

L'autre (Zuckerkandl et Wölfler) consistant en une simple incision para-sacrée.

Cette incision commence au voisinage de l'articulation sacro-coccygienne,

arrive au voisinage de l'ischion en présentant une courbe à concavité externe et vient se terminer au voisinage de la fourchette. On pénètre de la sorte dans la grande échancrure sciatique et on peut par cette voie arriver jusque dans le bassin.

Ces deux procédés et surtout celui de Kraske qui nécessite des délabrements considérables sont généralement abandonnés comme étant trop compliqués.

La *voie fessière* est analogue à la sacrée, elle consiste dans l'incision des abcès, qui viennent proéminer à la fesse par la grande échancrure sciatique.

Les voies sacrée et fessière seront à peu près exclusivement réservées à ces suppurations, qui se font jour au dehors par la grande échancrure sciatique.

4° Voie utérine.

La voie utérine ne s'applique qu'aux pyosalpinx et consiste dans l'évacuation de la collection tubaire dans l'utérus à travers l'orifice tubo-utérin normal.

Cette évacuation a été recherchée par deux moyens :

Le cathétérisme des trompes
et la dilatation prolongée de l'utérus.

Le *cathétérisme des trompes*, pratiqué par l'utérus au moyen d'un hystéromètre assez fin a été préconisé par *Frankenhauser*, mais s'il a pu devenir possible dans quelques cas exceptionnels il est généralement considéré comme impraticable dans la plupart des cas; aussi est-il actuellement banni de la thérapeutique gynécologique.

La *dilatation prolongée de l'utérus*, obtenue à l'aide de lamineires d'éponges préparées ou de tamponnement à la gaze iodoformée, a pour but en dilatant tout l'utérus d'ouvrir simultanément les orifices utérins des trompes et de rétablir par ce mécanisme la communication des trompes avec la cavité utérine.

Ce procédé préconisé par *Walton*, *Gottshalk*, *Doleris*, semble avoir donné d'assez bons résultats entre les mains de ses promoteurs.

Il semble en effet qu'un certain nombre de cas de salpingo-ovarite dont la nature exacte et surtout le contenu purulent n'ont pu être exactement déterminés, aient guéri ou aient été notablement améliorés par cette méthode.

Mais il reste à savoir si cette méthode agit bien comme le veulent ses promoteurs en amenant l'évacuation du pyosalpinx par l'utérus, or dans les diverses observations le diagnostic pyosalpinx est loin d'être net, d'autre part la sécrétion muco-purulente que l'on voit s'échapper par l'utérus provenait peut-être de l'utérus lui-même et non des trompes.

Les essais faits par d'autres auteurs n'ont pas été très encourageants, pour ma part je n'ai pas eu à m'en louer.

Aussi tout en reconnaissant que cette méthode dont le mode d'action reste d'ailleurs à déterminer, peut rendre quelques services dans certaines inflammations chroniques péritéritines probablement en tarissant la source des accidents, vaut-il mieux ne pas l'appliquer alors qu'il s'agit d'un pyosalpinx

avéré, et de même s'il y a une autre suppuration pelvienne; il est probable que si l'expérience confirme son efficacité dans certains cas, ce sera dans les cas où il n'y a pas de collection purulente mais une simple inflammation péritéritine sans collection purulente.

5° Voie vaginale.

Par la voie vaginale, trois opérations sont praticables :

La ponction,

L'incision ou opération de *Laroyenne*,

La résection de l'utérus ou opération de *Péan*.

Examinons successivement ces trois interventions.

1° *Ponction*. — La ponction a déjà été décrite à propos du diagnostic; le manuel opératoire étant sensiblement le même que la ponction soit exploratrice ou curatrice, je n'y reviens pas ici.

2° *Incision ou opération de Laroyenne*. — J'emprunte à M. *Goullioud*¹ la description exacte de ce procédé, dont je tiens à donner tous les détails indispensables pour sa bonne application et par là même pour sa réussite :

« Le procédé opératoire de M. *Laroyenne* consiste à ponctionner les collections pelviennes de pus avec un trocart spécial, à les débrider largement avec le métrotome, à faire une hémostase immédiate avec une éponge fine à cheval sur la large brèche du cul-de-sac postérieur, et enfin à maintenir béante et drainée la cavité de l'abcès jusqu'à cicatrisation.

« *Ponction*. — Le trocart à canule, dont se sert M. *Laroyenne*, est puissant, d'un diamètre supérieur à celui du trocart à hydrocèle; il a la courbe et la longueur de l'hystéromètre. On le tient bien en main, car il faut quelquefois agir avec force, par un mouvement combiné de propulsion et de rotation, pour pouvoir traverser une couche inflammatoire de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur. Sa courbe, celle de l'hystéromètre, est très avantageuse, parce qu'il faut ponctionner en arrière de l'artère utérine, ou, si on ne la sent pas battre, en arrière d'une ligne passant par le museau de tanche, et cependant la collection proémine à peine en arrière de l'utérus, bien qu'un aide presse sur l'abdomen à son niveau, soit pour fournir un point de résistance à la ponction, soit pour rendre la tumeur plus accessible en arrière. Cette courbe du trocart permet à l'instrument, après avoir traversé la muqueuse vaginale en arrière du col, de revenir suffisamment en avant. On doit d'ailleurs diriger le trocart comme on dirige l'hystéromètre dans le cathétérisme de l'utérus, dans une antéversion normale. Ce détail est important; il permet de ne pas s'égarer, dans les cas difficiles, en glissant obliquement en arrière dans l'épaisseur de la coque de la collection. Grâce à ce mouvement de bascule, et grâce à la courbe du trocart qui le favorise, on arrive à ponctionner de petits abcès inclus dans le ligament large, en passant en arrière de l'artère

¹ Congrès français de Chirurgie, 4^e session 1889.

utérine et de l'uretère et sans toucher au péritoine. Pour donner au trocart une flexibilité qui lui permet, après avoir traversé la partie rectiligne de la canule, de s'incurver pour franchir son extrémité recourbée, on l'a aminci en forme de lame sur une longueur de quelques centimètres (fig. 310).

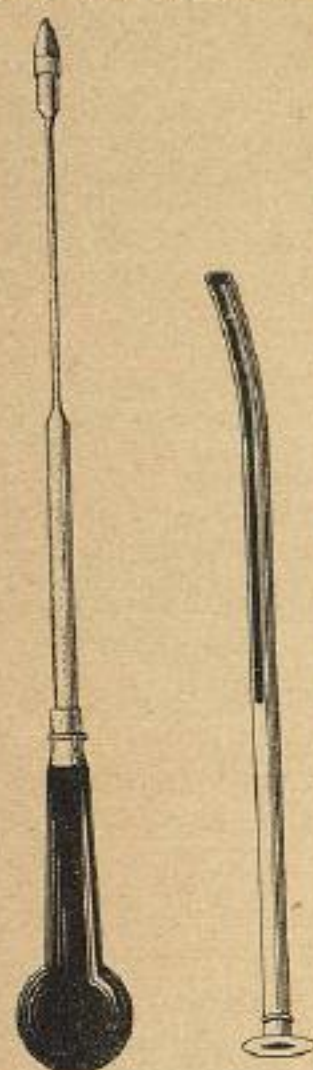


Fig. 310. — Trocart-sonde de M. Laroyenne.

« La canule est fendue dans la moitié de sa longueur, qui doit remplir l'office d'une sonde cannelée. Elle permet de conduire sans hésitation dans le foyer l'instrument de débridement, sans risquer de s'égarer au milieu des couches de tissu, non adhérentes, de consistance inégale.

« **Débridement.** — La présence du liquide bien constatée, on introduit dans la cannelure directrice de la canule laissée en place, un *métrotome de Simpson*, qui chemine aisément jusqu'au bout de la cannelure et, par suite, jusque dans la cavité pathologique. On évite ainsi tout tâtonnement pour retrouver l'ouverture et le canal qui conduisent à l'épanchement.

« Le métrotome, dont on a préalablement limité l'écartement maximum, est retiré transversal, divisant les tissus assez largement pour donner accès dans le foyer à un, deux ou trois doigts, suivant l'importance de la cavité. Ce large débridement doit porter et sur la coque de l'abcès et sur la muqueuse vaginale. Il est quelquefois nécessaire de réintroduire le métrotome, pour donner au débridement l'ampleur désirable.

« **Edmond Blanc** a fait, avec des données anatomiques, fournies par **M. Jaboulay**, professeur agrégé d'anatomie, une étude de tous les points des culs-de-sac vaginaux où la ponction est possible, et de la direction à donner au débridement.

« La région dangereuse est à la *partie antérieure des culs-de-sac latéraux, de chaque côté du col*; on rencontre là les artères utérines croisant les uretères.

« Pour le cul-de-sac antérieur, nous ne croyons pas la méthode de la ponction avantageuse. Dans les cas de pelvi-péritonite du cul-de-sac vésico-utérin, c'est par la voie abdominale qu'il faut chercher à évacuer le pus. Le pus est-il simplement sous-jacent à la muqueuse vaginale, et jamais nous n'avons vu une collection occuper un tel siège, nous croyons que là la méthode de **M. Laroyenne** n'a aucun avantage sur une incision couche par couche au bistouri.

« Quant aux *tumeurs latérales*, dit **E. Blanc**, *l'observation clinique montre que c'est par le cul-de-sac postérieur qu'il faut les attaquer*: c'est là en effet qu'elles proéminent, les trois quarts de la masse se développant en arrière d'une ligne passant par le col. » Nous n'avons qu'à souscrire à ces paroles.

« Un grand tort et une grande tentation, c'est de ponctionner trop en avant, sur les côtés du col utérin, au lieu de se tenir en arrière de lui. Dans ces cas on est gêné pour le débridement transversal par le col même, les hémorragies sont plus fréquentes, et, quoique parfaitement arrêtées par l'éponge, elles doivent être évitées. La crainte de léser l'artère utérine ou l'uretère dans le débridement peut obliger à des procédés plus timides, mais alors avantageux à réparer la faute d'une ponction dans la zone dangereuse, nous voulons dire la dilatation du trajet avec un instrument tel que le dilateur-gouttière du professeur **L. Tripier**, ou même la dilatation du trajet avec le bout du doigt.

« La vraie méthode de **M. Laroyenne** est le large débridement transversal des collections de la périmérite par le cul-de-sac postérieur, en se tenant en arrière de l'artère utérine, en arrière d'une ligne passant par le col.

« Les cas où son application nous a paru spécialement difficile, sont les cas où l'utérus, en rétroflexion prononcée et adhérente, occupe le cul-de-sac postérieur. Si les annexes, avec les collections adjacentes, sont aussi prolabées et portées en arrière, la ponction est possible. Mais si les collections sont antérieures par rapport à l'utérus, elles deviennent très difficiles, sinon impossibles, à atteindre sans danger par la voie vaginale.

« Dans le débridement, sur le côté du cul-de-sac de Douglas, **M. Laroyenne** donne volontiers au métrotome une légère obliquité en arrière et en dehors, pour fuir la zone dangereuse.

« Dans les collections du cul-de-sac postérieur proprement dites les plus faciles à atteindre, l'espace inter-utéro-rectal est suffisant pour autoriser à la rigueur une ouverture antéro-postérieure; mais le débridement, s'il veut donner une sécurité absolue, devra être transversal, dirigé de droite à gauche. Dans ce sens, le champ opératoire est vaste, il mesure 10 centimètres, et a pour limites latérales les limites internes de cette partie du péritoine pelvien, en dehors duquel cheminent les uretères en haut, et plus bas les branches hémorroïdales moyennes des vaisseaux hypogastriques.

« **Hémostase.** — Un des avantages de cette manière de procéder, ponction et large débridement au métrotome, c'est la facilité de l'hémostase. La brèche, faite du cul-de-sac vaginal au foyer, a partout la même largeur; on entre directement dans la cavité pathologique deux ou trois doigts. Rien donc de plus facile que d'y introduire avec une longue pince une éponge qu'on laissera à cheval sur la plaie, sa partie profonde se dilatant dans la cavité de l'abcès, sa partie superficielle dans le vagin.

« Si l'éponge est d'un volume suffisant, à mailles fines, et par suite plus élastique, plus hémostatique, elle arrêtera d'une façon absolument certaine les hémorragies quelquefois effrayantes, voire même de l'artère utérine ou d'une de ses principales branches. Nous n'avons pas vu d'hémorragie résister à ce mode d'hémostase, même dans les cas où une ponction ou un débridement trop antérieur atteignait des artères importantes.

« Cette éponge est enlevée le lendemain, ou le surlendemain, en tirant sur l'anse de fil, dont on a eu soin de la garnir. Cette ablation de l'éponge

est douloureuse, car elle est solidement maintenue par la rétraction de la plaie vaginale. Si l'hémorragie est nulle, lors de l'opération, un léger tamponnement à la gaze iodoformée peut remplacer l'éponge.

« Quand on enlève l'éponge après vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'hémorragie peut obliger, bien rarement, à en placer une nouvelle de la même manière.

« En résumé, le procédé opératoire, dans le cas d'abcès périmétritique latéral, est le suivant :

« Après désinfection et anesthésie, la malade étant maintenue couchée avec les cuisses fléchies sur le bassin, il faut rechercher par le palper bimanuel la sensation d'une poche affleurant le cul-de-sac postérieur, assez pour qu'on puisse la ponctionner par ce cul-de-sac, en restant en arrière d'une ligne rasant le col utérin ;

« L'aide du côté de la collection appuie sur la paroi abdominale à son niveau, pour la faire proéminer en arrière et fournir une résistance à la ponction ;

« L'opérateur applique la pointe du trocart au niveau de la tumeur inflammatoire, sur le côté du cul-de-sac postérieur, en arrière de l'artère utérine que l'on sent, ou en arrière du col utérin ;

« Il pénètre dans les tissus par un mouvement combiné de propulsion et de rotation : en même temps, il relève la pointe du trocart, comme dans le cathétérisme de l'utérus, pour embrocher la collection, qui ne proémine que partiellement en arrière du point de la ponction ;

« Le trocart, que l'on a senti pénétrer dans la cavité pathologique, est retiré, la canule étant maintenue en place ;

« Dans la rainure de la canule, le métrotome de Simpson est introduit et conduit jusque dans l'abcès. La canule retirée, le métrotome est ouvert et ramené ouvert, débridant transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale ;

« Injection vaginale, à faible tension ;

« Enfin une éponge, armée d'un fil et trempée dans la pétrovaseline iodoformée, est introduite dans l'abcès et laissée à cheval sur l'incision. »

Les complications auxquelles exposent ce procédé sont :

D'une part les hémorragies,

D'autre part, les accidents de rétention, qui se font à une époque tardive alors que l'orifice d'évacuation se referme.

Les hémorragies seraient, d'après l'auteur, toujours maîtrisées par le procédé de l'éponge précédemment décrit, même quand il y a blessure d'une branche artérielle assez importante.

Quant aux accidents de rétention on les éviterait en maintenant le drainage pendant un temps suffisant pour que le kyste purulent soit considérablement réduit ; il faut néanmoins reconnaître que dans un certain nombre de cas rares, d'après l'auteur, relativement fréquents d'après la plupart des gynécologues, ces accidents de rétention se produisent quelles que soient les

précautions prises, et jettent par là même un certain discrédit sur la méthode qui se montre souvent incapable d'aboutir à une guérison définitive.

Voici d'ailleurs à son égard les conclusions mêmes de M. Goullioud¹, qui nous éclairent sur les avantages et les résultats de la méthode :

« La méthode de M. Laroyenne qui ouvre largement par le vagin les collections de la périmérite chronique, et les maintient béantes jusqu'à cicatrisation, mérite une place importante dans le traitement de la périmérite chronique.

« Elle est d'une bénignité remarquable, en suivant le procédé opératoire que nous indiquons.

« Son résultat est le soulagement du débridement d'un abcès.

« Sur 70 ponctions (toujours avec débridement), nous avons trouvé du pus dans 42 cas.

« Des guérisons persistantes ont été constatées chez des malades, après des périodes de deux, trois, cinq ans.

« Chez d'autres, le retour des douleurs et des poussées de pelvi-péritonite indique une opération plus radicale, l'ablation des annexes.

« Nous ne sommes pas encore parvenu à spécifier les cas où la guérison est durable, ceux où l'ablation des annexes deviendra nécessaire.

« Volontiers nous admettrions, par crainte des récidives, que l'ablation des annexes doit être primitive dans les cas de poches tubaires, réservant à notre opération les poches de péritonites enkystées, les abcès du ligament large ou du paramétrium, les cas trop mauvais pour l'ablation des annexes.

« Cependant nous apportons trois observations où les diagnostics de *pyosalpinx*, d'*hydrosalpinx*, d'*hématosalpinx* étaient certains et où la méthode de M. Laroyenne a donné un résultat parfait et durable. »

Ces conclusions sont peut-être optimistes, mais elles nous montrent cependant que nous sommes en présence d'une méthode sérieuse que les gynécologues ne sauraient négliger.

3° *Castration utérine par la voie vaginale ou opération de Péan.* — Cette

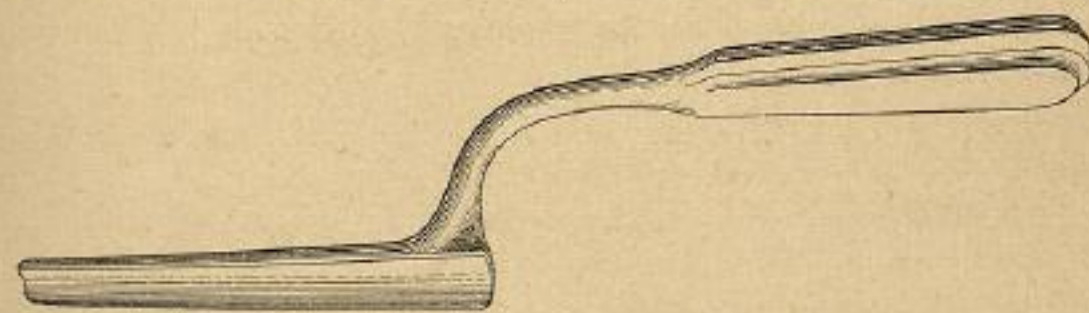


Fig. 311. — Écarteur vaginal supérieur.

opération est applicable aux abcès multiples du bassin, aux cas où les tissus pelviens sont convertis en une véritable *éponge purulente*.

¹ Loc. cit.

Elle nécessite comme instruments spéciaux de vigoureuses pinces de Museux (fig. 313), des pinces à forci-pression à mors long et aplati pour



Fig. 312.
Écarteur vaginal inférieur.

pouvoir pincer les ligaments larges (fig. 314), de larges et longs écarteurs (fig. 311-312).

Précautions antiseptiques habituelles.

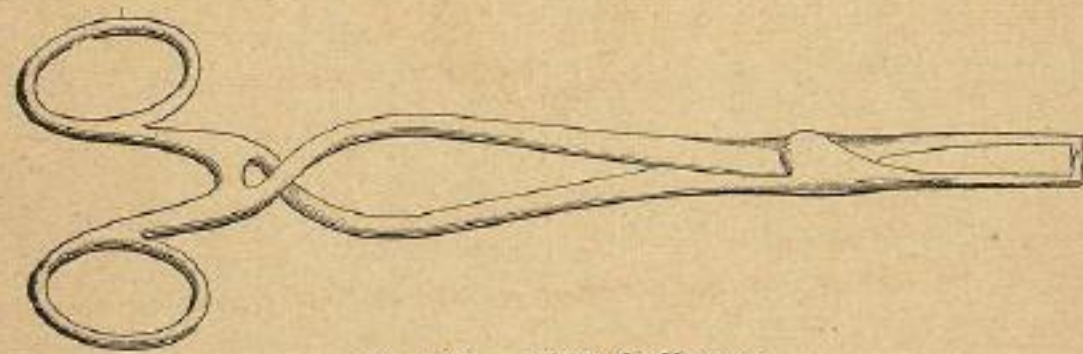


Fig. 313. — Pince de Museux.

La femme est placée en position vulvaire. Pourtant M. Péan, pour les utérus difficilement abaissables, se sert plus volontiers de la position latérale de Sims.

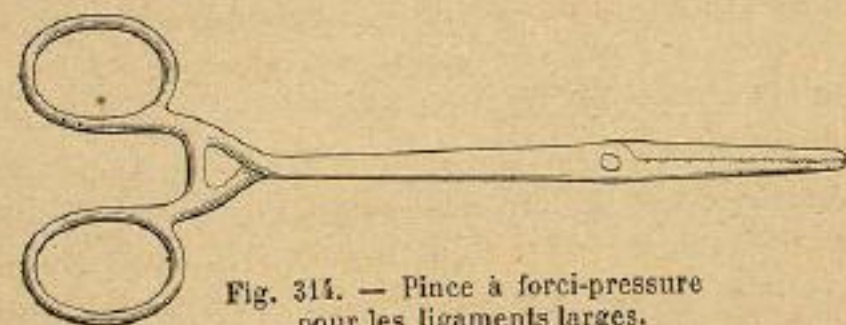


Fig. 314. — Pince à forci-pression pour les ligaments larges.

Je vais décrire l'opération dans la position vulvaire, qui me semble la plus commode.

Figure 315. — Le col étant attiré dans la direction de la vulve avec les pinces de Museux, incision circulaire au niveau supposé des insertions du vagin.

Figure 316. — Détachement du vagin avec l'ongle de l'index dans une étendue de 3 centimètres en avant et en arrière, jusqu'à ce qu'on trouve le

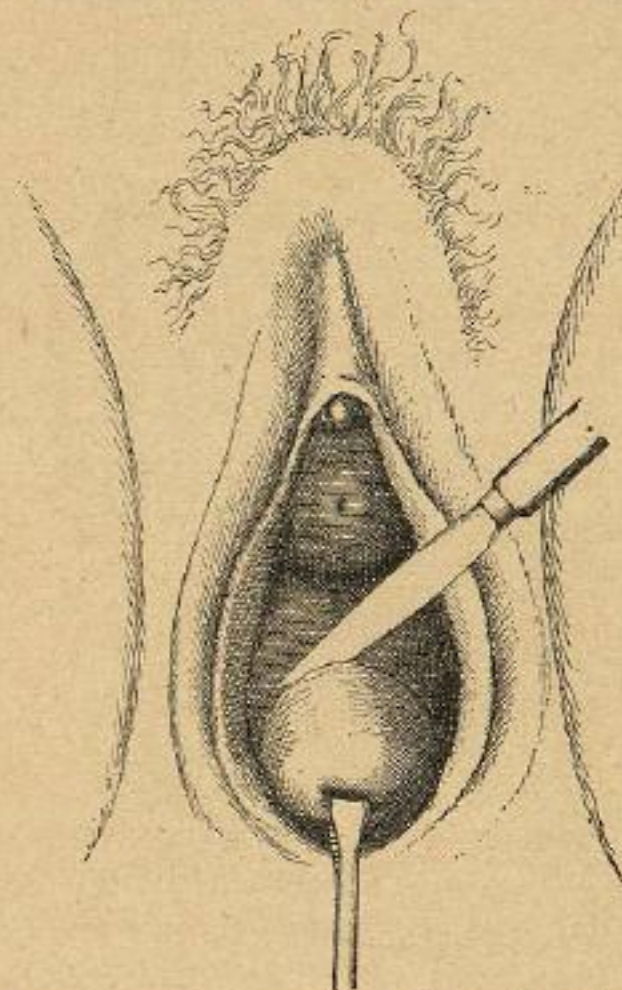


Fig. 315. — Incision circulaire du vagin au niveau du col, pour le désinsérer.

tissu cellulaire sous-péritonéal, ou qu'on tombe dans le péritoine même qu'on ouvrira de suite.

Figure 317. — Placement des écarteurs en avant et en arrière, côtoyant les faces antérieure et postérieure de l'utérus.

Figure 318. — Pincement des ligaments larges dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, et section de la partie saisie entre la pince et l'utérus.

Même opération du côté opposé.

Figure 319. — Le col se trouvant ainsi détaché et dénudé dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, on le fend transversalement à l'aide de ciseaux, et on le fait bâiller en écartant les pinces de Museux (fig. 320); chacun des lambeaux est coupé à sa base, et l'utérus est saisi au niveau du point sectionné, une pince en avant de l'orifice et l'autre en arrière, comme tout à l'heure pour le museau de tanche.

Figure 321. — On recommence la même manœuvre que tout à l'heure,

c'est-à-dire pincement d'une nouvelle partie des ligaments larges, section de la partie saisie. Même opération des deux côtés. Nouveau morcellement de l'utérus.

On continue ainsi jusqu'à ce qu'on soit arrivé au fond de l'utérus; chemin

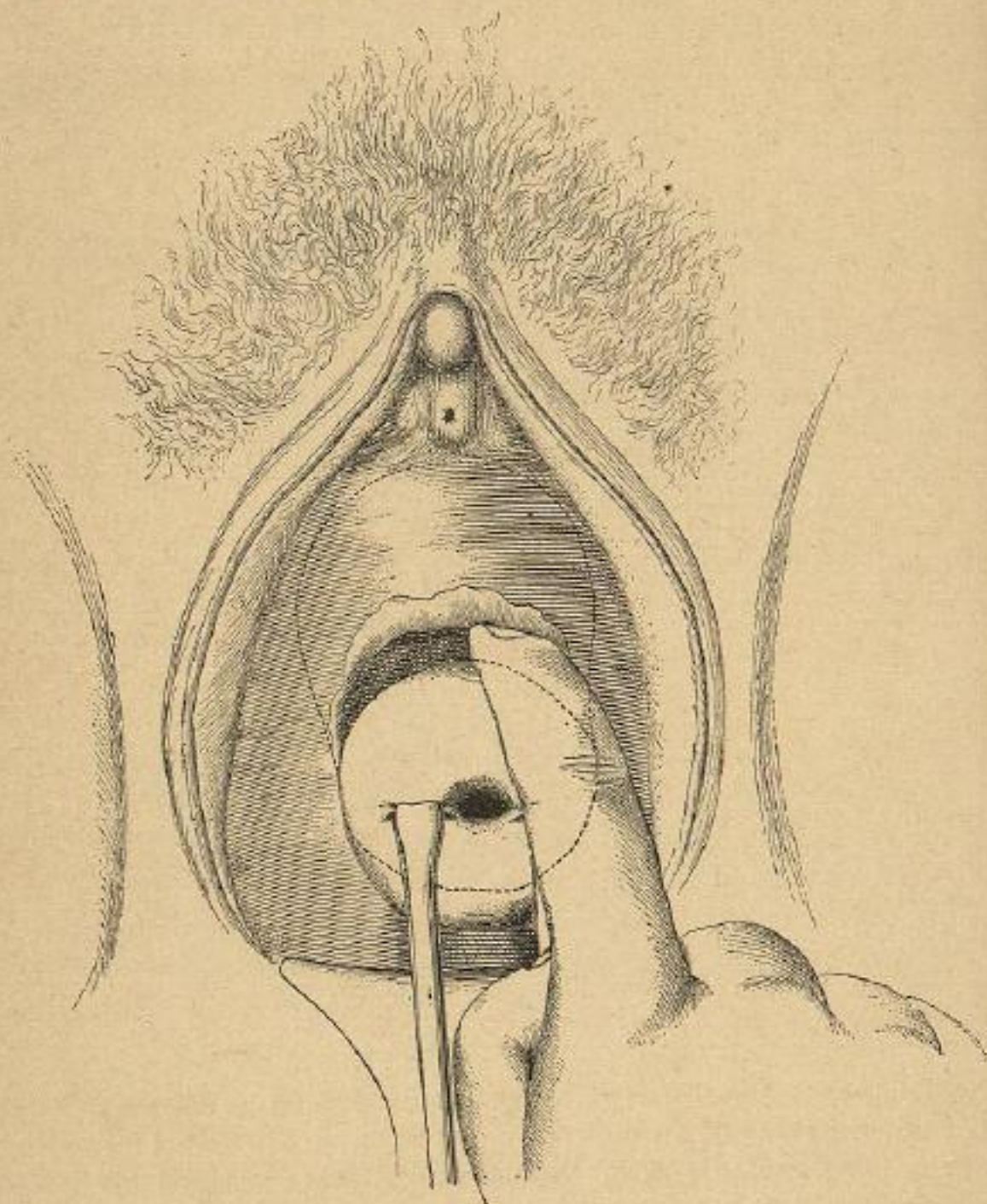


Fig. 316. — Décollement du vagin avec le doigt.

faisant on ouvre les collections purulentes qu'on peut sentir avec le doigt, en les dilacérant avec l'extrémité digitale; injection dans le champ opératoire après chaque ouverture d'abcès.

Le morcellement de l'utérus se fait en général en trois temps (fig. 322), mais ce nombre peut être inférieur ou supérieur.

Figure 323. — Quand l'utérus est complètement enlevé, on a une vaste cavité bordée latéralement par les ligaments larges saisis par les pinces qui

doivent rester à demeure, en arrière par le rectum, en avant par la vessie, en haut par les anses d'intestins grêles. Toute cette cavité doit être comblée, ainsi que le vagin, de gaze iodoformée, ou mieux de peur d'intoxication par l'iodoforme de gaze aseptique.

Une sonde est fixée à demeure dans la vessie.

Gaze et pinces doivent rester à demeure pendant quarante-huit heures.

Les pansements ultérieurs consistent en injections vaginales faites doucement avec un liquide antiseptique faible.

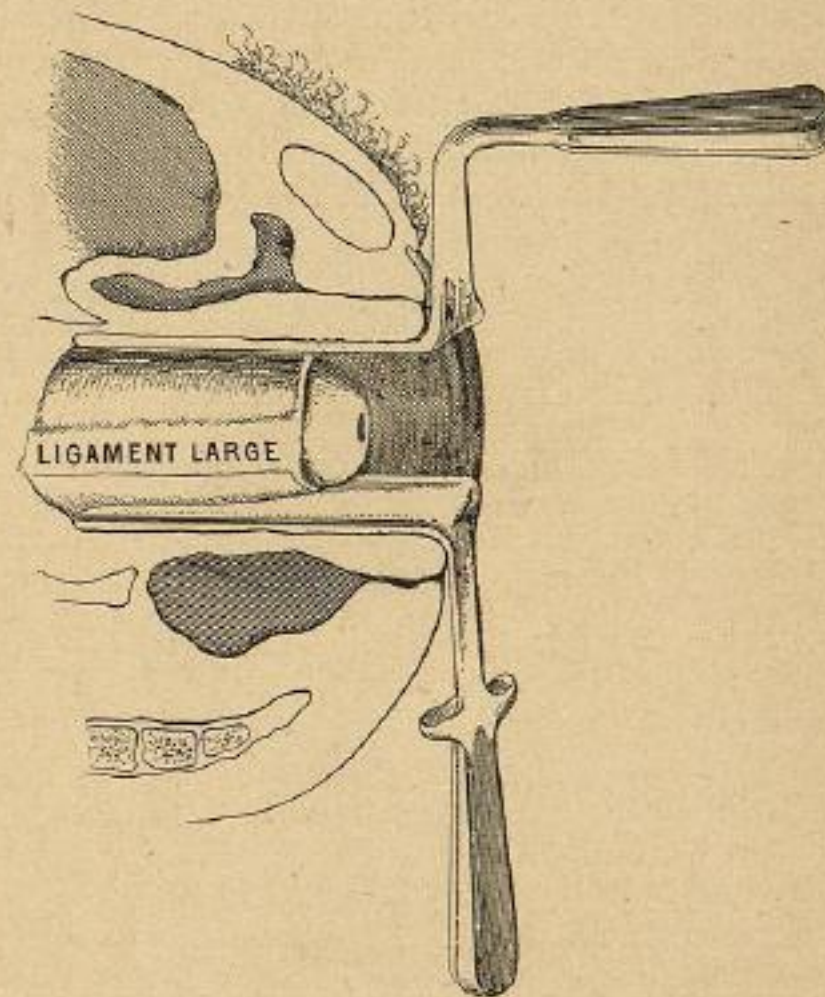


Fig. 317. — Placement des écarteurs vaginaux.

Au Congrès de gynécologie de Bruxelles (septembre 1892), M. Segond a fait connaître les résultats de sa pratique sur cette opération qui sont les suivants : 182 hystérectomies vaginales, 102 faites pour des lésions des annexes dont 55 pour des suppurations et 48 pour des non-suppurées.

Sur ces 102 faits, 11 morts; 1 syncope par embolie probable, 1 au quinzième jour par angine phlegmoneuse, 9 péritonites dont 2 seraient appelées choes par d'autres auteurs; 3 avec physionomie générale analogue à celle décrite par Lacas-Championnière sous le nom d'accidents réflexes; enfin, 4 cas d'accidents manifestement septiques.

Au point de vue des complications ultérieures, M. Segond signale des accidents nerveux qui ont persisté après l'intervention, hystérie, toux, etc., au nombre de 4, et enfin, l'état mental de 2 seulement est devenu regrettable.

L'opération, au point de vue de la difficulté opératoire, est restée rarement

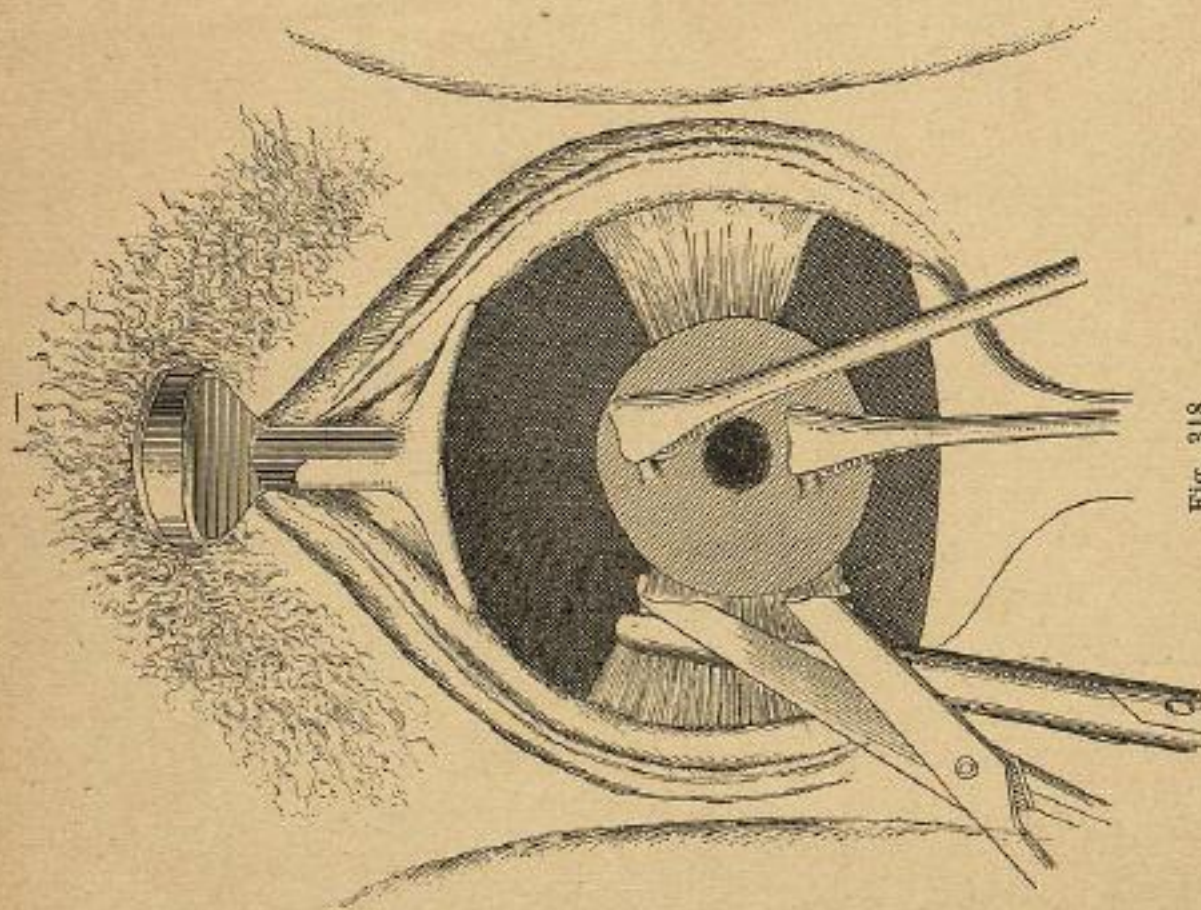


Fig. 318.
Pincement et section de la partie inférieure d'un ligament large
(droit).

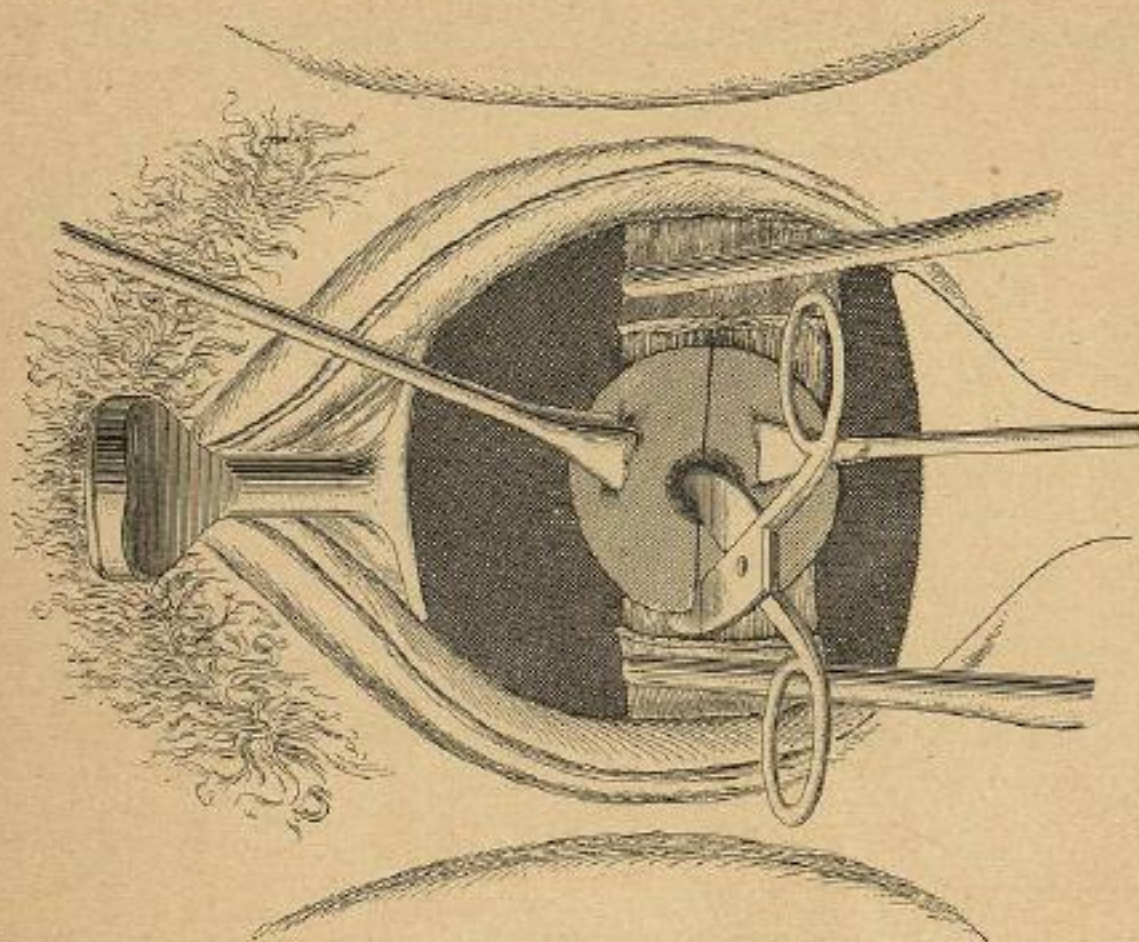


Fig. 319.
Section transversale du col, pour arriver à le morceler.

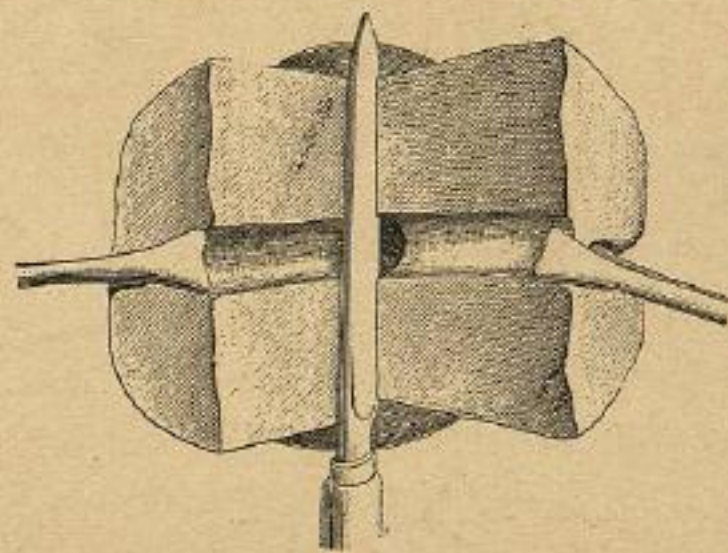


Fig. 320. — Morcelllement de l'utérus.
(Dans les trois figures 318, 319, 320, la surface du col est représentée plane, au lieu de sa forme arrondie normale, afin de rendre le dessin plus intelligible; cette surface plane n'existe en réalité qu'après le premier morcelllement, fig. 321.)

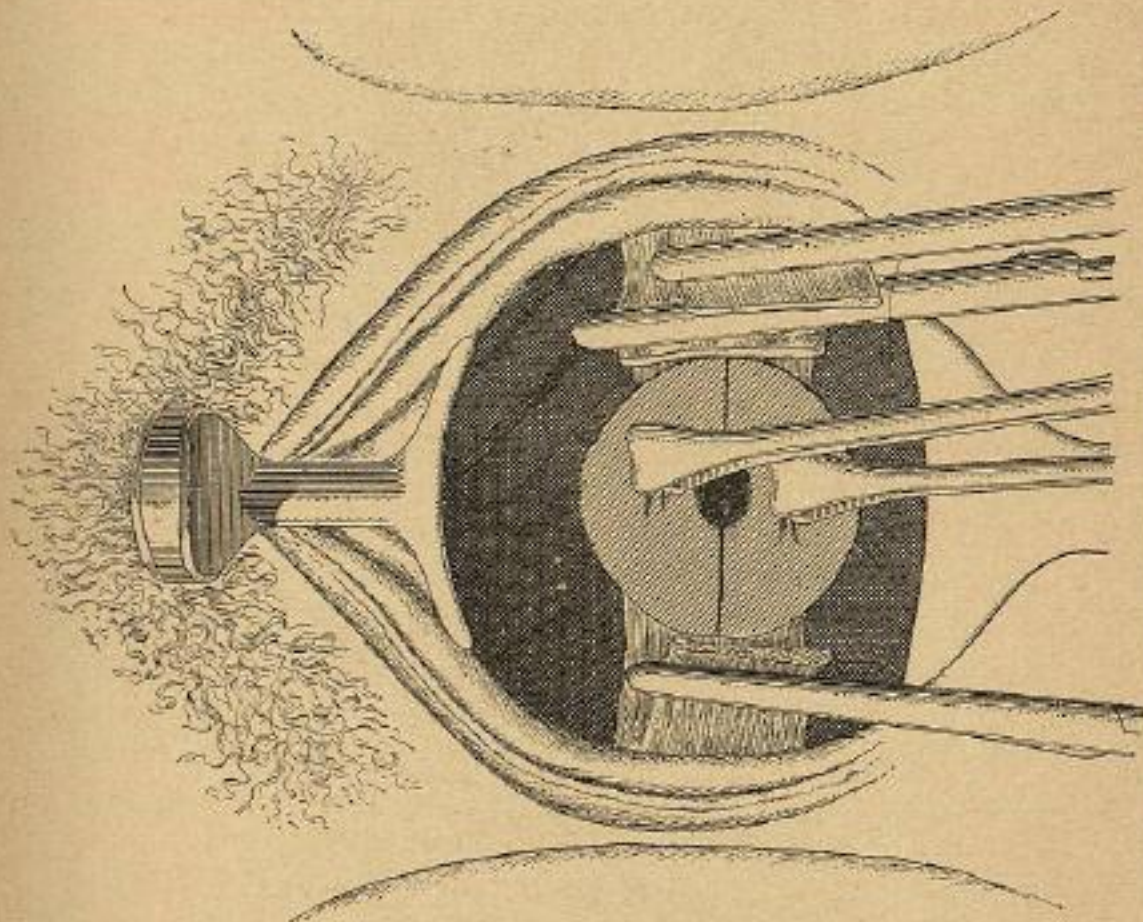


Fig. 321. — Pincement graduel et section des ligaments larges.

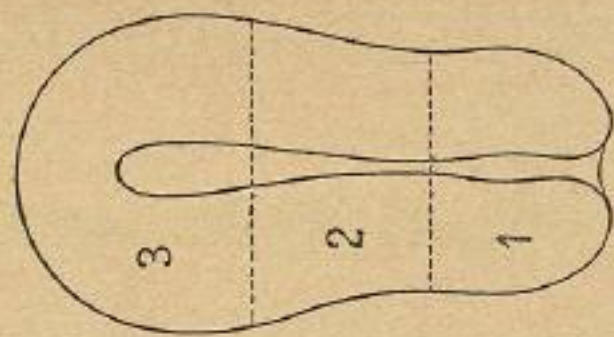


Fig. 322.
Morcelllement de l'utérus
en trois temps : 1, 2, 3.

incomplète et sur 20 cas, dit M. *Segond*, je n'ai été forcé que 11 fois de laisser les annexes, ce qui du reste n'a pas entravé la guérison définitive. Les annexes s'atrophient beaucoup plus rapidement et beaucoup plus complètement après l'hystérectomie que l'utérus après l'oophorectomie.

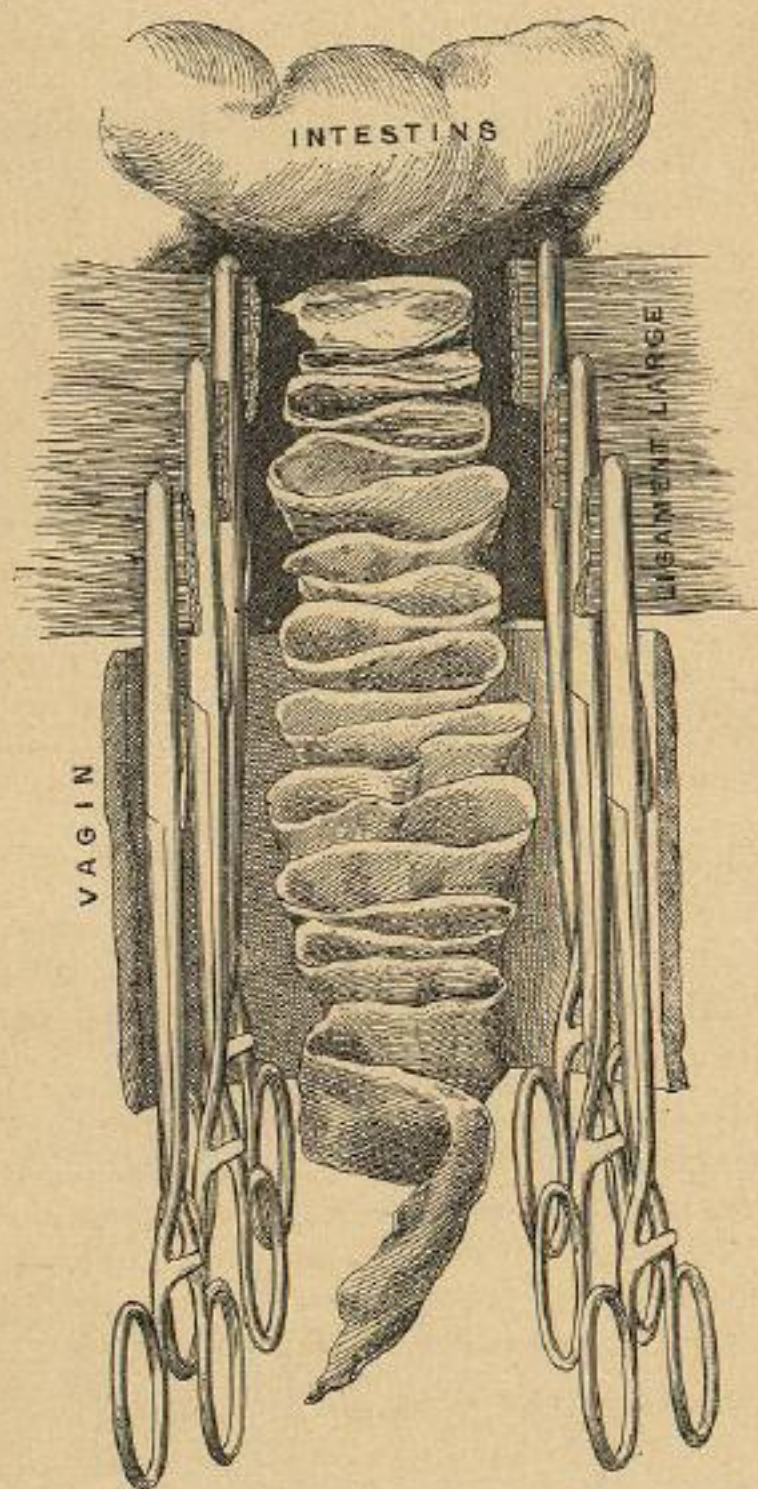


Fig. 323. — Pansement à la gaze iodoformée ou salolée ou simplement aseptique de la plaie opératoire. — Pincés à demeure.

Comme complications opératoires, quelques fistules vésico-vaginales qui ont guéri seules dans la plupart des cas et dont les autres ont été guéries par une intervention ultérieure.

Dans 5 cas, hémorragies importantes après le troisième jour qui se sont arrêtées seules.

Au même Congrès également, M. *Péan*, a fait connaître les résultats de sa pratique, que voici :

« Au mois d'août 1890, j'avais 60 opérations sans un insuccès. Après les vacances, je repris mon service le 17 décembre 1890.

« Voici les résultats que j'ai eus depuis ce moment jusqu'au 1^{er} janvier 1892 :

« 17 décembre 1890. — 1^{er} janvier 1891 : 18 opérations. Pas de mortalité.

« 1^{er} janvier — 31 décembre 1891 : 72 opérations. Une malade morte d'épuisement le sixième jour.

« Sur ces 150 malades, dont les observations ont été régulièrement suivies, 145 sont encore vivantes et complètement guéries.

« 4 ont succombé au cours de l'année qui a suivi l'opération dans les conditions suivantes :

« 2 mortes de tuberculose pulmonaire;

« 1 d'hémorragie cérébrale;

« 1 d'accidents dus à la syphilis viscérale.

« Sur cette statistique de 150 cas, nous avons donc un seul décès qu'on peut mettre au passif de l'intervention. Peu d'opérations fournissent de meilleurs résultats. »

On ne saurait encore, par les résultats fournis par ces deux opérateurs, juger et apprécier l'opération de *Péan*; ils nous démontrent toutefois que nous sommes en présence d'une intervention appelée à jouer un rôle des plus importants dans le traitement des suppurations pelviennes.

6^e Voie abdominale.

Les diverses opérations qu'on peut faire par la voie abdominale comprennent : 1^o la ponction, 2^o l'incision, 3^o la laparotomie sous-péritonéale, 4^o la laparotomie transpéritonéale, 5^o enfin la résection de la trompe malade ou celle de l'utérus.

1^o *Ponction*. — La ponction exploratrice est rarement pratiquée par la voie abdominale, alors qu'elle est nécessaire pour éclairer un diagnostic douteux. On l'exécutera d'après les mêmes principes qu'en toute autre région du corps. A la ponction on préfère en général la laparotomie exploratrice, qui sans être beaucoup plus dangereuse donne des renseignements plus complets et peut être complétée par une opération curatrice.

2^o *Incision*. — L'incision sera pratiquée à l'un quelconque des points où fait saillie la collection purulente dans les régions hypogastrique, iliaque, inguinale, crurale. Elle doit être complétée par le drainage, afin de permettre l'écoulement du pus sans crainte de rétention, et afin de maintenir béant pendant un temps suffisant l'orifice d'évacuation.

3^o *Laparotomie sous-péritonéale*. — Cette laparotomie a pour but de décoller le péritoine, en partant d'une incision faite parallèlement à l'arcade de Fallope, comme pour la ligature de l'iliaque externe; le péritoine est décollé jusque dans le petit bassin au niveau de l'abcès qu'on ouvre après avoir parcouru ce long trajet sous-péritonéal. Il suffit de donner ici