

hystérectomie. Les pinces à ligaments larges sont laissés en place pour n'être retirés que 48 heures plus tard, tamponnage du vagin à la gaze iodoformée et pansement antiseptique sur la vulve. Les bandes de gaze iodoformée placées entre les pinces, sont enlevées avec ces dernières deux jours après l'opération. On fait alors, deux ou trois fois par jour, des irrigations vaginales antiseptiques chaudes, que l'on fait toujours suivre de l'application de nouvelles bandes iodoformées et pommadées, jusqu'à la guérison qui, généralement, ne se fait pas attendre plus d'une douzaine de jours.



Les suppurations pelviennes ne se présentent pas sous un type unique. Il en est de nombreuses variétés qui peuvent exiger une thérapeutique différente; aussi ont-elles été divisées à ce sujet, par presque tous les auteurs qui ont pris part à la discussion, en trois catégories bien distinctes: 1^o La pelvi-péritonite, où l'inflammation diffuse remplit presque en entier le petit bassin de ses exudats et de ses adhérences.

2^o Les ovaro-salpingite volumineuses et adhérentes.

3^o Les pyosalpingites petites et peu adhérentes.

1^o Presque tous ont alors reconnu les avantages qu'offre dans les suppurations de la première division, l'hystérectomie vaginale sur la laparatomie.

En effet, dans ces cas que M. Reclus, dans sa communication à la *Gazette hebdomadaire*, a si bien définis par le mot pachy-pelvi-péritonite, la laparatomie est insuffisante, et même dangereuse. Il n'y a qu'une seule opération possible; c'est l'hystérectomie vaginale.

Que l'on ait recours à l'une ou l'autre méthode, on ne peut penser qu'à vider, par un drainage, ces poches à parois épaissies et partout adhérentes, que l'on ne pourrait décoller sans causer de grands dégâts, et faire courir à la malade les plus grands risques. Or, puisqu'il faut se contenter d'un drainage, il est facile de comprendre que celui que l'on ferait par la voie vaginale est infiniment supérieur à celui que permet la laparatomie, qui n'est fait que par capillarité, à travers un orifice péritonéal étroit et placé au-dessus de la collection. Ce drainage à la Mikulicz est la plupart du temps insuffisant, car, à part la mauvaise chance que peut avoir le chirurgien d'oublier intacts dans la cavité abdominale quelques foyers purulents qui continuent à infecter l'organisme, les membranes épaissies et rigides qui forment comme une cloison résistante au niveau des intestins ne s'affaissent pas. Il reste un foyer béant où la suppuration, par sa persistance, finit par épuiser la malade.

Plusieurs orateurs de la Société de chirurgie ont cité de ces cas