

cuatrice pure qui soient susceptibles d'une certaine généralisation sont l'*incision par voie inguino-sous péritonéale* et l'*incision par voie vaginale*. Comme je l'ai dit plus haut, l'une et l'autre trouvent leurs indications nettes dans plus d'un cas particulier et notamment dans les *collections phlegmoneuses* proprement dites, où même dans certaines *hématocèles suppurées*. Je rappelle enfin que leur manuel opératoire est fort simple. L'évacuation par voie inguinale s'adressant aussi bien aux collections *plastron abdominal* qu'aux *abcès plus profonds*, dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le *débridement le plus banale* de la *laparotomie sous péritonéale* telle que la comprend Pozzi.

A son tour, l'évacuation par voie vaginale présente deux variétés principales, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine. Mais, dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'incision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je crois l'intervention passible des plus graves objections. La seule *incision vaginale* recommandable est celle qui permet l'évacuation du pus sans ouverture du péritoine, ainsi qu'il arrive pour les *abcès pelviens* proprement dits et pour les *pyosalpingites adhérentes*. Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sac vaginale étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'inciser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne. Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement tout ce qu'il faut pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'évacuation par incision simple doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la *laparotomie* et l'*hystérectomie* constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la *laparotomie*, la démonstration n'est plus à faire. Il est en effet de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indications; et, si le traitement des *suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes* constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de *pyosalpingites adhérentes*, de *pelvipéritonite*, d'*hématocèle suppurée* ou de *suppurations mixtes* à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'*hystérectomie*, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et peu de questions ont eu le