

GYNÉCOLOGIE

I

DES INDICATIONS DE L'OPÉRATION DANS LES SALPINGO-OVARITES

Dans les salpingites *aiguës* post-abortives, l'opération immédiate est toujours nécessaire; dans les salpingites blennorragiques, dans les poussées de pelvi-péritonite péri-annexielle, l'expectation est préférable.

Dans les salpingites *chroniques*, les indications de l'opération proviennent de plusieurs facteurs : 1° *De l'état général*; opérez les salpingites *fébriles, phlébitiques* et celles qui font maigrir; 2° *de l'état local*; opérez les grosses lésions, même quand elles ne font pas souffrir; opérez les salpingites fistuleuses; 3° *des douleurs*; conduite différente et motivée à l'hôpital et en ville; opérez toujours après que l'inefficacité d'un traitement médical prolongé et méthodique aura été prouvée.

MESSIEURS,

A plusieurs reprises, j'ai opéré devant vous des malades atteintes de lésions inflammatoires ou suppurées des annexes; souvent aussi vous m'avez vu au cours de la visite renvoyer après examen des malades qui étaient venues pour se faire opérer. Je les renvoyais parce que je ne jugeais pas les lésions suffisantes pour intervenir, et je prescrivais le repos et le traitement médical classique. Le moment me semble venu de vous présenter quelques considérations générales sur les indications du traitement chirurgical dans les lésions inflammatoires des annexes, de poser et de discuter devant vous la question suivante: *Quelles sont les salpingites qu'il faut opérer!*

Cette question intéresse tous les praticiens, elle ne s'adresse pas seulement au chirurgien qui a à la résoudre; elle s'adresse aussi, elle se pose d'abord au médecin qui voit le premier la malade. C'est lui qui est d'abord appelé à saisir l'indication et à donner à la malade les premiers renseignements qu'on ne manquera de lui demander.

Je n'ai pas besoin de vous dire que toutes les salpingites ne doivent pas être opérées. Je crois même pouvoir affirmer que le nombre de celles

qui sont opérées est encore très restreint par rapport à celles qui guérissent spontanément.

A une certaine époque, qui n'est pas encore très éloignée de nous, la chirurgie a peut-être été trop radicale, en matière d'annexites : mais heureusement la réaction est vite venue, on a bientôt reconnu que des lésions qui autrefois auraient été opérées, pouvaient guérir spontanément, et depuis le Congrès de Genève, la chirurgie est entrée dans une phase heureusement conservatrice. Ces tendances se manifestaient déjà dans la première édition de mon traité¹ : depuis lors, je les ai encore accentuées, et elles sont devenues une des règles fondamentales de la chirurgie des annexes.

Quoi qu'il en soit, le nombre est encore considérable des malades, qui, dans nos services, doivent être opérées ; sur quels éléments devons-nous nous baser pour dire d'une salpingite qu'elle doit être opérée ? Voilà ce que je veux aujourd'hui développer dans cette leçon.

I

Les salpingo-ovarites se présentent à nous dans deux conditions différentes : elles sont *aiguës* ou *chroniques*, et dans les deux cas, les indications opératoires ne se présentent pas de la même façon.

Les salpingites aiguës se voient elles-mêmes, tantôt après, tantôt en dehors de l'accouchement.

Quand elles succèdent immédiatement à l'accouchement, elles se développent au milieu du grave et bruyant cortège de l'infection puerpérale. La fièvre, l'état général grave, l'adynamie, la langue typhique, tout cela fait craindre une issue fatale, lorsque la constatation des lésions pelviennes, en montrant une localisation vient donner encore une lueur d'espoir.

Ici, opérez et opérez le plus tôt possible : opérez, s'il en est temps encore, car seule, l'opération hâtive peut tarir la source ou éteindre la localisation principale de l'infection en drainant une cellulite phlegmoneuse, une pelvi-péritonite puerpérale suppurée.

Colpotomie ou hystérectomie : peu m'importe l'opération pour l'instant, nous y reviendrons plus tard, mais aujourd'hui, retenons l'urgence, la nécessité d'une opération de drainage, quelle qu'elle soit, et qui seule peut sauver l'existence.

1. Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 2^e édition, Paris, F. Alcan, 1901.

Mais pour les salpingo-ovarites qui se développent en dehors de l'accouchement, la conduite à tenir est toute différente. Ici le plus souvent, la blennorrhagie est la cause des salpingites aiguës auxquelles je fais allusion. Eh bien ! ici, il vaut mieux ne pas opérer ; quelque bruyantes que soient les manifestations, n'opérez pas immédiatement, car à attendre il y a tout à gagner.

Rappelez-vous, par exemple cette malade de trente ans, que nous avons gardée quelques semaines au numéro 10 de la salle Notre-Dame. Elle était venue à l'hôpital avec une salpingite blennorrhagique aiguë : huit ou dix jours avant, alors qu'elle était en plein écoulement, elle avait ressenti dans le ventre, à gauche, une vive douleur : elle était forcée de s'arrêter. La fièvre vint ; les vomissements aussi se répétaient toutes les deux ou trois heures ; la constipation était absolue.

Et le médecin effrayé, croit à une appendicite ; il m'envoie la malade. A son entrée, nous la trouvons avec une bonne apparence, sans facies péritonéal, le poul était fort, bien frappé.

Au toucher, l'utérus est douloureux, quand on le mobilise : à gauche, dans le cul-de-sac, je trouve, ou plutôt je devine une tuméfaction, très sensible, très vague. Cela me suffit ; ce ne peut être une appendicite, je reconnais une salpingite aiguë, et je prescris le repos et l'expectation.

Un mois après, la malade était guérie, on ne sentait plus rien de sérieux dans les annexes droites, il n'y avait plus aucun phénomène douloureux de localisation, et je serais étonné si cette malade avait dès longtemps besoin d'une opération de ce côté.

D'autres fois, c'est dans le cours d'une salpingite chronique que vous verrez se produire des poussées brusques et violentes de pelvi-péritonite, qui déroutent par leur violence, et vous conduiraient, si vous n'étiez prévenus, à faire ou à conseiller une opération dans de mauvaises conditions. Le diagnostic, je le sais, est quelquefois délicat avec l'appendicite surtout. Je vous ai dit ailleurs (voy. p. 199) sur quels éléments, sur quelles nuances vous pouviez vous baser pour l'établir. Je ne puis que vous redire ici combien cette notion est importante, puisqu'elle commande votre attitude : vous devez opérer, si vous avez affaire à une appendicite : il vaut mieux attendre s'il s'agit d'une péri-salpingite.

Ne vous laissez pas tromper par la diffusion des signes, par l'intensité de la douleur, par les vomissements, par la fièvre, tous ces signes qui vous donnent l'illusion d'une péritonite généralisée, et confiant

dans une expectation armée, laissez passer l'orage, et attendez pour intervenir que la température soit tombée. C'est l'affaire de quelques jours, et vous pourrez alors juger plus utilement sur un foyer refroidi de l'opportunité ou non d'une opération (fig. 49).

A attendre, il n'y a qu'avantage : il y aurait des dangers à intervenir au milieu de la poussée aiguë. D'abord, vous agissez à ce moment sur un foyer d'infection mal limité; l'inflammation de la trompe s'est étendue au péritoine et a diffusé à toute la cavité pelvienne

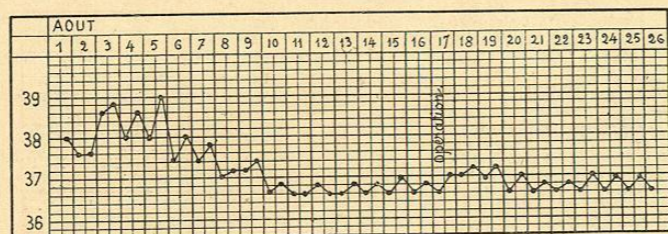


Fig. 49. — Poussée de périsalpingite. Opération à froid (salle Saint-Jean, n° 10). Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Salpingite double supprimée.

les effets de la virulence. En opérant, vous courez risque d'étendre encore ces ravages et de propager cette infection.

Ce n'est pas tout : en intervenant à ce moment, vous êtes trompés sur le degré des lésions et vous êtes exposés à les juger plus graves qu'elles ne sont. Sans doute les inflammations annexielles qui donnent ces violentes poussées, sont presque toujours suppurées : mais ce n'est pas fatal, les lésions ne sont pas nécessairement bilatérales : et si elles le sont, elles ne le sont pas au même degré. En opérant de suite, vous vous exposez donc à supprimer des trompes qui, abandonnées à elles-mêmes, ne demandent peut-être qu'à s'améliorer spontanément. Vous faites une opération grave et certainement sur un foyer limité, et si vous attendez, au contraire, vous gagnerez d'opérer sur des lésions condensées et refroidies ; vous n'opérerez qu'à coup sûr et s'il y a lieu, et votre intervention sera exactement proportionnée aux lésions observées.

C'est pour ces raisons qu'à chaque instant, vous me voyez ici prescrire à des malades le repos et la glace, lorsqu'elles font de la fièvre et présentent autour de leur salpingite des poussées de pelvi-péritonite. Je laisse la poussée se refroidir, et la fièvre tomber, et je n'interviens que deux ou trois semaines après, alors que le calme revenu, me permet une décision sage et une opération sûre (fig. 50).

Il n'est qu'une circonstance où cette attitude pourrait avoir des dangers, c'est lorsqu'une vraie péritonite se développe par perforation autour d'une trompe. Ici, en effet, la laparotomie est de rigueur, et doit être faite aussi rapidement que possible : le diagnostic malheureusement est difficile et délicat. Mais alors les signes sont plus marqués et surtout la réaction générale plus intense ; vous trouvez le facies péritonéal, un pouls très rapide, il y a dissociation du pouls et la température et tout cela donne à ces malades un cachet spécial qui

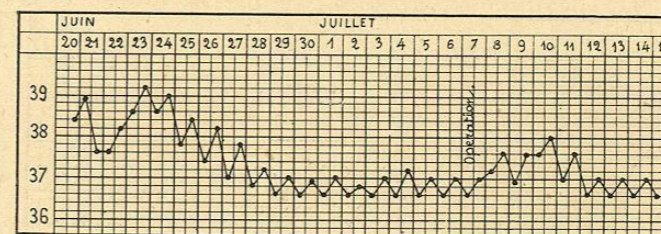


Fig. 50. — Poussée aiguë de périsalpingite. Opération à froid, après la défervescence (salle Saint-Jean, n° 12). Hystérectomie abdominale supravaginale pour lésion double et suppurée des annexes.

permet à un œil exercé de soupçonner la péritonite généralisée et de poser immédiatement l'indication de l'opération.

II

J'en viens maintenant aux *salpingo-ovarites chroniques*, froides, observées en dehors de toute poussée inflammatoire ; voyons aussi pour celles-là sur quels éléments nous devons nous baser pour juger qu'une opération est utile ou nécessaire.

En principe, on peut poser comme règle que toute salpingite suppurée doit être opérée aussitôt que possible ; et cette formule ne soulèvera, j'en suis sûr, aucune objection parmi vous. Mais voici tout de suite une difficulté qui se présente : à quoi reconnaît-on qu'une salpingite est suppurée ? La suppuration des salpingites n'est pas un de ces caractères qui se traduisent par des réactions nettes et évidentes. Au contraire, souvent la suppuration reste latente, il faut la soupçonner, la chercher, et encore n'arrive-t-on sur ce point qu'à des présomptions. D'ailleurs les salpingites suppurées ne sont pas les seules qu'il nous faille opérer.

Je ne puis donc proposer cet élément, la suppuration de la trompe, comme base à notre intervention chirurgicale, et je dois chercher d'autres indications.

Je me base pour opérer : 1° sur l'état général ; 2° sur l'état local ; 3° sur la douleur.

1° D'abord, il faut opérer toujours les *salpingites fébriles* : j'entends ainsi les salpingites qui en dehors de toute poussée péritonéale, font ou continuent à faire de la fièvre.

Exemple : voici l'histoire d'une jeune femme de vingt-six ans, que j'ai opérée en 1900. Quand je la vis, elle était depuis quarante jours en état de fièvre : chaque soir, sa température montait à 38°,5 et 39° ;

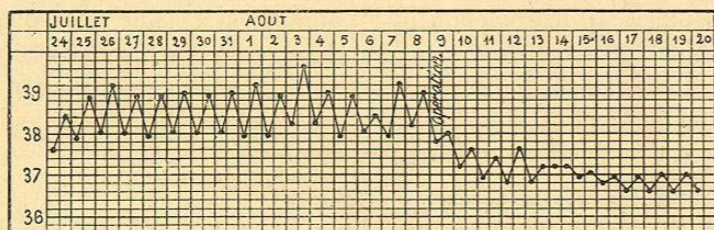


Fig. 51. — Salpingite fébrile. Défervescence après l'opération (salle Saint-Jean n° 13). Hystérectomie abdominale supra-vaginale : pyosalpinx à droite : à gauche, lésions inflammatoires non suppurées.

le matin, elle tombait à 38°. C'était une fièvre rémittente continue. Cette fièvre n'avait d'autres raisons qu'une salpingo-ovarite qu'on percevait nettement dans le cul-de-sac droit. Douleur et basse, cette lésion était froide, c'est-à-dire qu'il n'y avait à son pourtour aucune réaction péritonéale aiguë. Par ailleurs, cette femme maigrissait, ne mangeait plus.

Au lieu d'attendre pour voir la fièvre tomber, j'opérai de suite pour faire tomber la fièvre. C'est parce qu'il y avait fièvre que j'opérais : je trouvai un abcès communiquant de la trompe et de l'ovaire. J'enlevai l'une et l'autre sans ouvrir la poche. Le soir, la malade n'avait plus que 38° ; deux jours après, la température était tombée à la normale, et il n'y eut plus de fièvre. Ainsi se trouvait légitimée mon opération.

C'est dans les mêmes conditions que j'ai opéré ces jours-ci une malade de la salle Saint-Jean. Elle avait à droite une assez grosse lésion : elle n'en souffrait pas, mais elle avait de la fièvre, une fièvre rémittente et continue comme vous pouvez le voir sur le tracé (fig. 51).

Malgré le repos, malgré la glace, la fièvre ne tombait pas : il n'y avait d'ailleurs aucun malaise, pas de vomissements, pas de douleurs. Il y avait fièvre sans poussée de péritonite, fièvre par résorption de toxines au niveau d'un foyer septique. Dans ces cas-là, enlevez le foyer, et la fièvre tombera.

C'est ce que j'ai fait, et vous voyez comment après l'opération, la température revient à la normale : au cours de la laparotomie, je trouvais un pyosalpinx à droite, du volume d'une orange, à gauche des lésions simplement inflammatoires. J'ai fait la castration bilatérale et l'hystérectomie supravaginale, et la malade a guéri.

Dans ces conditions, Messieurs, vous pouvez en toute sécurité poser l'indication de l'opération ; à attendre vous n'auriez aucun bénéfice, vous courez le risque de voir une brusque poussée se développer qui modifiera en le compliquant le cours de la maladie ; vous laissez au moins votre malade s'anémier, et se cachectiser sous la fièvre. Donc, toutes les fois qu'il y a fièvre sans qu'aucune autre lésion que la salpingite puisse l'expliquer, opérez. Cela suffit : la salpingite fébrile est toujours une salpingite suppurée.

2° Il faut opérer aussi les *salpingites phlébitiques* : celles-ci encore sont toujours suppurées.

Une malade de trente ans est prise un jour de phlébite de la jambe gauche : bien portante jusqu'alors, sans enfants, sans fausses couches, on s'étonne de cette phlébite inexplicable, et plusieurs hypothèses sont soulevées, toutes également discutables. La phlébite guérit. A peine était-elle finie, que voici la jambe droite qui se prend. La malade est à nouveau condamnée au repos, pendant quelques mois. Elle se remet, et au moment où elle allait enfin être rendue à la vie, voici qu'une nouvelle phlébite se déclare sur le bras droit. Les médecins deviennent de plus en plus hésitants : l'état général d'ailleurs devient mauvais, le repos, la fièvre, l'anorexie ont anémié profondément cette jeune femme. On commence à parler de tuberculose et on fait à l'entourage quelques insinuations dans ce sens.

On se décide à ce moment à faire un examen génital, et on découvre au grand étonnement de la malade et de sa famille une salpingo-ovarite double suppurée, qui nécessite une hystérectomie : et à partir de ce moment la jeune malade retrouve et conserve une santé parfaite.

Voilà, Messieurs une histoire qui s'est passée sous mes yeux et qui est très instructive : elle vous montre qu'il y a des salpingites