

feu, les vésicatoires volants, au moins contre l'élément douleur, le tamponnement dialyseur du vagin à la glycérine, la columnisation au moyen de tampons médicamenteux serrés, la compression élastique de Wernitz, au moyen d'un sac de menu plomb, le traitement hydro-minéral, qui ne convient qu'à certains cas à évolution fibreuse et dont le choix est subordonné à l'état général autant qu'à la forme locale de la lésion, etc.

Le *massage* bimanuel est utile contre les adhérences, les résidus tardifs d'une inflammation éteinte; cependant l'école de Thüre-Brandt en a sensiblement étendu les indications. C'est ainsi qu'on le conseille dans les formes parenchymateuses et dans les collections tubaires encore perméables et même purulentes qu'on arriverait à exprimer par la cavité utérine. Kelly (1) en décrit les indications et la technique. Mais il faut, croyons-nous, une grande expérience de cette méthode pour l'appliquer d'une façon utile et inoffensive et nous ne saurions la conseiller aussi généralement.

Il en est de même de l'*électrolyse intra-utérine*, de l'*électricité faradique*, des *séances répétées de redressement*, tous moyens qui peuvent avoir leur utilité dans des cas bien déterminés et rares, mais dangereux au voisinage d'une collection virulente. Le *cathétérisme des trompes*, proposé dès 1849 par Tyler Smith, aurait été réalisé par Frankenhauer, Duncan, Hildebrand, Boursier, etc. Martin doute de la réalité de ces faits et croirait plutôt à une perforation utérine. Il est certain que, en raison de l'exiguïté de l'ostium utérin normal, de la coudure et de l'obstruction si fréquentes de l'isthme enflammé, il faut admettre une disposition bien exceptionnelle pour qu'une sonde quelconque puisse pénétrer dans le conduit tubaire. Ce moyen est donc à rejeter comme trop exceptionnellement applicable, aveugle et dangereux.

Bien différent est le *traitement intra-utérin*, et particulièrement la *dilatation* suivie du *drainage* et complétée ou non par le *curettage* et l'*excision du col*. La dilatation doit être progressive, lente, commencée à la laminaire, continuée à l'éponge préparée (Le Dentu) cylindrique et non conique, et prolongée pendant cinq, huit, dix jours, si la malade la tolère. Dans le cas contraire, on pourra la compléter ou même la faire extemporanément sous le chloroforme à l'aide de bougies dilatatrices; mais alors, il faudra prolonger davantage le tamponnement et le drainage intra-utérins. Le *curettage* peut être alors pratiqué comme moyen complémentaire. Il offre l'avantage de supprimer l'endométrite causale, de réveiller la contractilité de l'utérus et peut-être aussi des trompes. De même l'*excision du col*, en cas d'hypertrophie et de cervicite, provoque l'involution de tout l'appareil utéro-annexiel et peut faire cesser les poussées paramé-

(1) HOWARD A. KELLY, Operative Gynecology, 1898, t. II, p. 222.

triques ou ovariennes (Bouilly). Mais la dilatation est l'élément primordial, nécessaire et souvent suffisant, du traitement.

On en complète l'effet en drainant pendant plusieurs jours la cavité utérine au moyen d'une lanière de gaze imprégnée de glycérine créosotée, ichtyolée, etc., renouvelée chaque jour. Comment agit la dilatation? La principale modification qu'elle imprime à l'utérus est un ramollissement de toute l'épaisseur de sa paroi, depuis le col jusqu'au fond et aux angles. C'est pourquoi il est indispensable de dilater très largement et avec des éponges cylindriques. Cet assouplissement de la paroi fait ainsi disparaître la rigidité et l'occlusion de l'orifice tubaire (Doléris, Le Dentu). Pour Landau, elle agit en rectifiant la cavité utérine et en facilitant ainsi le drainage des trompes. Poulet, Walton attribuent au curettage, qui désobstrue les cornes utérines, le maximum d'effet. Pour d'autres, les antiseptiques dont sont imprégnées les éponges et la gaze seraient absorbés par les lymphatiques et véhiculés jusque dans le foyer inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, cette méthode a donné à ses initiateurs: Walton, Poulet, Doléris, Gottschalk, à nous-mêmes et à bien d'autres, des résultats inespérés. Que ce soit par évacuation directe ou par une sorte de drainage capillaire, nous avons vu maintes fois les éponges largement imbibées de liquide, parfois hématique ou même purulent, et de grosses tuméfactions disparaître, comme fondues, en quelques jours. Ce traitement peut sans doute n'être pas définitivement curatif, mais, aseptiquement conduit, il est inoffensif, il guérit souvent la métrite, cause permanente des poussées annexielles, et peut suffire à la cure de celles-ci. On est donc autorisé à l'employer comme moyen d'essai et d'attente, en dehors des phases aiguës, au moins dans les cas de salpingites profluentes, d'infections récentes catarrhales, de poussées répétées du côté de l'ovaire et même contre les exsudats anciens dont il facilite la résorption.

**Traitement direct.** — La salpingo-ovarite ayant été reconnue incurable par le traitement *indirect*, il faut se résigner à l'aborder *directement* par le moyen le moins dangereux et en même temps le plus efficace, et nous entrons ici dans le traitement chirurgical proprement dit. Il est peu de questions aussi complexes, qui aient donné lieu à plus de discussions et de publications, qui aient autant stimulé l'ingéniosité et la hardiesse opératoires. Aujourd'hui, après de multiples oscillations entre le traitement d'attente et le traitement actif, entre la salpingectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale, entre les méthodes radicales et les procédés conservateurs, beaucoup de chirurgiens sont arrivés à faire abstraction de toute conception systématique et absolue, à poser des indications opératoires et conservatrices appropriées autant que possible à chaque cas particulier.

Le Congrès de Genève, de 1896, grâce aux communications dont