

Faut-il enfin creuser son diagnostic, jusqu'à vouloir faire la part exacte des lésions de la trompe et de celles de l'ovaire? Je ne le pense pas, et, si j'en excepte l'ovarite scléro-kystique ou les grosses trompes à disposition cylindroïde et flexueuse, le diagnostic est le plus souvent impossible. Et d'ailleurs, il ne faut point le cacher, les erreurs si fréquentes sur le caractère anatomopathologique des lésions n'ont pas des inconvénients très graves, en ce sens, qu'elles ne modifient nullement les indications opératoires. Celles-ci sont, en effet, dictées le plus souvent non point par la nature des lésions, mais par l'intensité et la gravité des troubles locaux ou généraux qu'elles provoquent<sup>(1)</sup>.

Un dernier point, très important à connaître dans le diagnostic général des péri-métra-salpingites, concerne les variations de volume, de consistance, et même de situation, que les lésions inflammatoires péri-utérines peuvent offrir, sous l'influence de poussées congestives périodiques d'origine menstruelle. Comme l'a très bien écrit Stapfer, ces variations sont telles qu'à peu de jours, parfois à peu d'heures de distance, deux médecins, ou le même médecin, posent un diagnostic différent parce que, selon le moment du mois, l'infiltration augmente ou diminue dans des proportions notables. Il faut donc se méfier beaucoup des diagnostics précipités et le protéisme possible des lésions pelviennes doit toujours être présent à l'esprit, lorsqu'il s'agit de se prononcer définitivement sur la nature, l'étendue ou la gravité des tuméfactions annexielles dans tel ou tel cas particulier.

**Traitement.** — Le traitement des affections inflammatoires des annexes est sans doute dicté, dans une certaine mesure, par la nature des lésions, mais il varie surtout avec leur âge, et notamment avec les caractères ou la gravité des troubles qu'elles provoquent. La *salpingite aiguë*, par exemple, est, on le sait, rarement justiciable d'un traitement chirurgical. Le repos au lit, la cessation de tous rapports sexuels, les révulsifs sur la paroi abdominale, les injections vaginales chaudes (40 à 50 degrés), l'application de sangsues sur le col, constituent les éléments d'un traitement en général suffisant. Les sédatifs ordinaires, bromure de potassium, morphine, chloral, sont indiqués pour combattre la douleur. Cependant, quand l'allure foudroyante de certains cas fait craindre une péritonite généralisée, il ne faut point hésiter à ouvrir le ventre, à laver le péritoine et à enlever les annexes malades. Recherchons donc, sans plus insister sur les exemples particuliers, quelles sont les diverses ressources dont nous disposons pour guérir les ovaro-salpingites et comment il faut en user.

<sup>(1)</sup> Quelques publications récentes insistent sur la valeur que pourrait avoir l'électricité dans le diagnostic des lésions des annexes. Ne possédant aucune expérience personnelle à cet égard, je crois utile de reproduire ici les conclusions d'une note manuscrite que je dois à l'obligeance de M. Apostoli :

a. *Courant faradique.* — Étant donnée une douleur ovarienne d'origine douteuse et méconnue, il faut d'abord faradiser l'utérus. Ou la douleur disparaît momentanément, ou elle n'est nullement influencée : dans le premier cas, elle est d'origine hystérique; dans le second, elle tient à une affection méconnue des annexes qui réclamera un examen complémentaire et peut-être une intervention spéciale.

b. *Courant galvanique.* — Toute tolérance galvanique intra-utérine à des doses moyennes de 100 à 150 milliampères exclut toute inflammation vive du côté des annexes. Toute intolérance galvanique intra-utérine à des doses inférieures à 50 milliampères ne peut tenir qu'à deux causes : l'hystérie ou une inflammation plus ou moins aiguë de la périphérie utérine et en particulier des annexes. Il est facile de faire leur diagnostic différentiel et de déterminer les conséquences cliniques et opératoires qui en découlent.

Le traitement des salpingites doit être divisé en *traitement indirect* et *traitement direct*.

A. *Traitement indirect.* — Le traitement indirect comprend à la fois l'ensemble des moyens *médicaux* capables de combattre l'élément douleur, d'enrayer la marche du mal ou de relever l'état général, et toute la série des manœuvres locales plus directes, constituant la thérapeutique utérine proprement dite. Parmi les premiers, figurent surtout l'emploi rationnel des *médicaments sédatifs* ou *reconstituants*, le *repos local et général*, les *grands bains*, les *révulsifs locaux* (pointes de feu, etc.), les *injections vaginales chaudes* (45 à 50 degrés) et *prolongées*, les *grandes irrigations rectales* à 48 degrés. Sans avoir la puissance souveraine que leur accordaient les gynécologues d'autrefois, ces divers moyens n'ont pas moins une valeur indiscutable, et leur emploi judicieux ne doit jamais être négligé. Ils ne peuvent guérir que les cas infiniment légers, mais ils sont dans tous les autres cas des adjuvants très précieux. Cette réflexion s'applique surtout aux révulsifs, *loco dolenti*, au repos et aux injections chaudes, qui ont le double résultat d'entraîner les sécrétions utéro-vaginale et de décongestionner les organes du petit bassin. En tout cas, ces trois principaux facteurs de la thérapeutique médicale possèdent à eux seuls une influence certainement plus positive que d'autres moyens cependant très pronés, tels que les *pansements vaginaux* ou les *cures thermales*.

À cet égard, je partage absolument l'avis de Bouilly. « Les tamponnements vaginaux, dit-il, pratiqués soit à la gaze iodoformée, soit avec diverses substances dites résolutive, pommade mercurielle, ichthyol, etc., destinées à produire la résolution des exsudats péri-utérins, ne m'ont pas semblé donner de meilleurs résultats que le repos et les injections chaudes. Le traitement par les cures thermales peut avoir une influence favorable sur certains éléments de l'affection; il peut modifier avantageusement la constitution générale, soulager des phénomènes douloureux, améliorer des accidents dyspeptiques ou neurasthéniques; il ne m'a pas semblé avoir sur la lésion elle-même une action bien évidente<sup>(1)</sup> ». J'ajouterai même qu'en voulant trop demander aux cures thermales au point de vue des lésions locales, on s'expose en plus d'une circonstance à dépasser le but et à provoquer des accidents parfois très sérieux.

À côté des réserves que je viens d'exprimer, je tiens à mettre en lumière la puissance curative bien autrement grande de la *thérapeutique utérine* proprement dite. Comme je l'ai dit ailleurs, je crois qu'on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une *thérapeutique utérine bien dirigée*, c'est-à-dire « conduite avec rigueur et ténacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital ». Doléris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'*antisepsie vaginale*, le *curettage*, la *dilatation large* et le *drainage de l'utérus* sont des armes toutes puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier, on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations. C'est qu'en effet toutes nos connaissances sur la pathogénie démontrent, comme le dit Le Dentu<sup>(2)</sup>, « que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de l'utérus », et, dans ces conditions, on comprend très bien

<sup>(1)</sup> G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 475.

<sup>(2)</sup> LE DENTU, *Gazette des hôpitaux*, 27 février 1892, n° 25, p. 225.

comment certaines formes de phlegmasies tubo-ovariennes, telles que les salpingites catarrhales, les salpingites purulentes au début, les hydrosalpinx peuvent s'améliorer et même guérir complètement par le simple traitement des lésions utérines concomitantes.

Le but essentiel de la thérapeutique utérine étant la guérison de l'endométrite infectieuse, point de départ des lésions, l'importance primordiale de la dilatation se conçoit aisément. Elle seule permet, à la fois, d'agir directement sur la muqueuse malade et d'assurer le drainage de la cavité utérine. Il est donc bien entendu qu'il faut la considérer comme la base du traitement. Quant au curettage, il est presque toujours le complément indispensable de la dilatation, mais il ne doit jamais la précéder ni la remplacer. La même réflexion s'applique évidemment aux cautérisations modificatrices ou autres préconisées en pareil cas (teinture d'iode, glycérine créosotée, etc.).

Le curettage, prudemment fait et sans abaissement de l'utérus<sup>(1)</sup>, agit, en quelque sorte, par une propagation de guérison; la salpingite rétroécède parce que la métrite, foyer primitif de l'infection, a disparu. Quant à la dilatation, son rôle serait tout différent; elle aurait une véritable action mécanique sur l'*ostium uterinum* dont elle rétablirait la lumière oblitérée, de façon à permettre l'évacuation des collections tubaires dans l'utérus. Certes, je ne nie pas que, dans certains cas, les choses ne puissent se passer ainsi pour les hydrosalpingites en particulier. Mais c'est, à mon sens, un leurre que de compter sur l'évacuation d'un pyosalpinx ancien par une simple dilatation; l'anatomie pathologique nous démontre, en effet, que dans les cas auxquels je fais allusion, le segment interne de la trompe est oblitéré bien en dehors des parois utérines. Aussi, la dilatation me paraît agir surtout parce qu'elle permet, en même temps qu'un bon drainage, une antiseptie sérieuse de la cavité utérine. Ce moyen n'est pas d'ailleurs sans danger; on connaît les accidents aigus que peut produire le curettage, même le plus aseptique, quand il existe des lésions suppurées des annexes, en particulier la rupture des trompes distendues<sup>(2)</sup>. Aussi je ne saurais souscrire aux préceptes de Walton<sup>(3)</sup> et de Pouillet (de Lyon)<sup>(4)</sup>, qui préconisent le curettage et la dilatation dans tous les cas d'exsudats périmétriques.

Pour me résumer, je crois à l'efficacité de la dilatation et du curettage dans les salpingites catarrhales; j'estime qu'on ne doit point recourir à une thérapeutique plus radicale avant d'avoir épuisé les ressources de ces deux modes de traitement, dans l'hydrosalpinx et même dans le pyosalpinx récent, à la condition que la tumeur ne soit pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent, et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce qu'on peut dire, et je pense qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indications de la méthode de Walton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe, que de risquer un curettage préalable.

Du cathétérisme des trompes, je ne dirai qu'un mot : impraticable à l'état

(1) J. CHÉRON, *Des salpingo-ovarites*. Revue méd.-chir. des maladies des femmes, 1889, p. 450.

(2) LE TEINTURIER, Thèse de Paris, 1872.

(3) WALTON, *Drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien*. Gand, 1888.

(4) POUILLET (de Lyon), *Lyon médical*, février et mars 1888.

normal, quand l'*ostium uterinum* est sain, il l'est *a fortiori* quand cet orifice est oblitéré. Fût-il même possible, qu'il ne donnerait pas, par un cathéter gros comme une soie de sanglier (ce que la trompe normale laisse passer), une évacuation suffisante d'une collection tubaire. L'électricité a été préconisée dans ces dernières années comme traitement des salpingites<sup>(1)</sup>. La galvanocaustique intra-utérine n'est qu'un mode de curettage; elle n'agit pas autrement, mais avec moins de sûreté et de simplicité.

Parmi les modes du traitement ne relevant pas des opérations proprement dites, il me reste à parler du massage<sup>(2)</sup> ou mieux de la kinésithérapie gynécologique (système de Brandt). Cette méthode thérapeutique, que nous commençons à bien connaître est trop complexe pour que j'en puisse donner ici l'aperçu, même abrégé. Mais je tiens beaucoup à souligner sa haute valeur thérapeutique, et, pour ma part, je ne compte plus les femmes qu'elle m'a permis de guérir, ou de faire guérir sans le secours du bistouri. Il est toutefois capital de ne jamais oublier que cette méthode est très dangereuse quand elle est appliquée mal à propos et que la détermination précise de ses indications réclame, par conséquent, autant de tact que de prudence. Ne pouvant étudier ici cette question dans ses détails, je rappellerai seulement que la kinésithérapie est formellement contre-indiquée, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'accidents péritonéaux, aigus ou subaigus, d'une annexite suppurée ou d'une collection liquide enkystée quelconque. Par contre, dans les états chroniques, notamment dans le traitement des exsudats péri-salpingiens, le massage bien fait n'offre plus aucun danger et donne souvent des résultats merveilleux.

B. *Traitement direct*. — Le traitement direct consiste à extirper simplement les organes malades par voie abdominale ou par voie vaginale ou à compléter l'extirpation des annexes malades par l'ablation de l'utérus (*castration utéro-annexielle, vaginale ou abdominale*). Nous verrons aussi qu'il peut, à l'occasion, se résumer à l'incision pure et simple des collections ovaro-salpingiennes ou péri-annexielles. Mais, avant d'aller plus loin, il importe de bien s'entendre sur la réalité des indications qui peuvent commander l'intervention chirurgicale proprement dite. C'est qu'en effet, si l'on en croyait quelques rares chirurgiens qui, même aujourd'hui, médisent volontiers des progrès de la gynécologie opératoire, sans doute parce qu'ils ne la connaissent pas, on pourrait supposer que notre génération actuelle va souvent beaucoup trop loin. Certes, les abus, d'où qu'ils viennent, doivent être poursuivis avec la dernière sévérité. Mais, s'il est vrai qu'il nous faille parfois déplorer ce que le manque d'expérience, le défaut de jugement, ou la trop grande élasticité de conscience peuvent faire des meilleures opérations, il ne s'ensuit pas qu'on possède le droit d'étendre sa réprobation aux méthodes chirurgicales elles-mêmes. Tant s'en faut, et, dans le cas particulier, crier trop haut que laparotomistes ou hystérectomistes dépassent le but ou laisser entendre « qu'autrefois les femmes guérissaient très bien sans opération », c'est tout simplement méconnaître une des plus grandes conquêtes chirurgicales de

(1) APOSTOLI, *Bull. de thérap.*, 50 sept. 1888, et *Union médicale*, 1889, p. 550, 558 et 558.

(2) SEIFFART, *Die Massage in der Gynäk.* Stuttgart, 1888. — ALF. RESCH, *Thure Brandt's heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten*, 1888. — PROCHOWNICK, *Le massage en gynécologie*, trad. Nitot et Keller. Paris, 1892. — STAPPER, *Traité de kinésithérapie gynécologique*. Paris, 1897.