

La première convient donc aux déchirures cervicales, la seconde aux inflammations.

Souvent ces deux états pathologiques sont réunis; il faut alors combiner

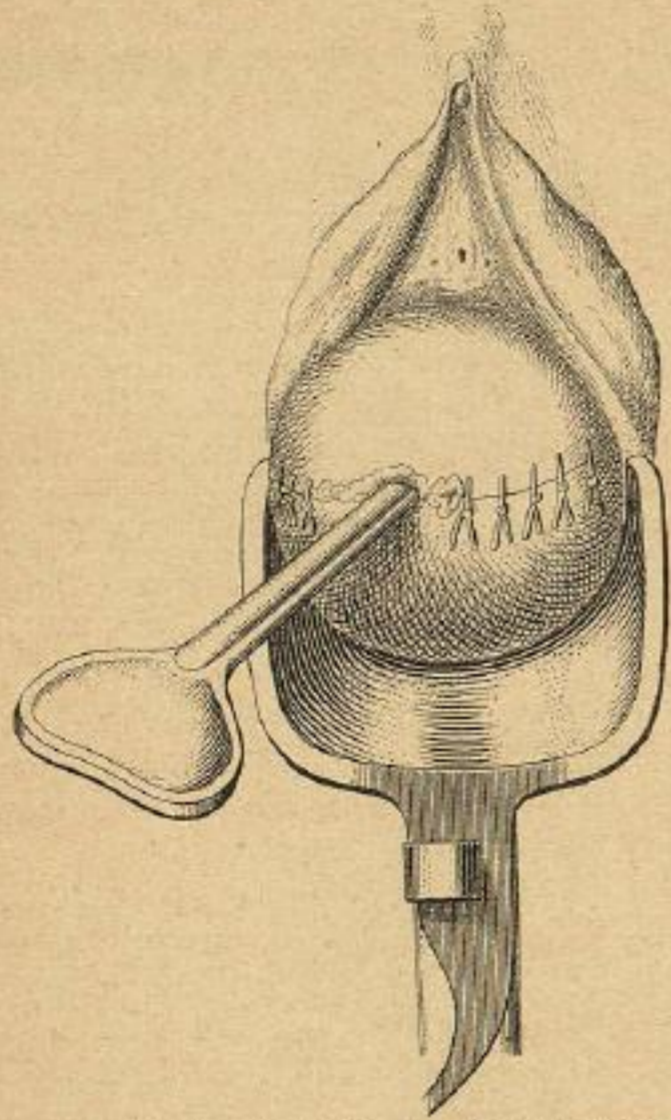


Fig. 305. — Opération terminée (opération de Sanger).

les deux opérations et faire un *Schröder-Emmet*, une *trachéloraphotomie*.

Dans ce but on pratiquera du côté de la déchirure un avivement comme pour une opération d'*Emmet* ordinaire (fig. 306), bilatérale si la déchirure est double, et on continuera ensuite par un avivement, qui simulera celui produit par la section du col dans la trachéloraphie ordinaire, et par l'amputation des lèvres comme dans l'opération de *Schröder*.

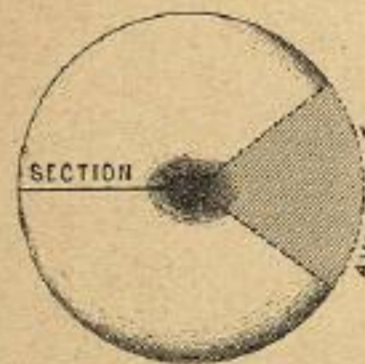


Fig. 306. — Incision simple à gauche. Avivement à droite où il y a une déchirure.

L'opérateur comprendra facilement la manière de combiner ces deux opérations, pourvu qu'il ait l'instinct chirurgical et saura ainsi arriver sans difficulté à la *réparation du col* et à sa restitution *ad integrum*.

Le traitement chirurgical de la métrite généralisée, tel qu'il vient d'être indiqué, fait par une main habile et antiseptique,

ne présente aucun danger; c'est une opération essentiellement bénigne.

Il constitue le traitement de choix pour toutes les métrites chroniques où le col est atteint, ce qui est la règle.

C'est donc au traitement chirurgical qu'il faudra donner la préférence, et réserver le traitement médical pour les cas légers, et pour les femmes, qui ne veulent pas accepter d'intervention opératoire.

Dans le traitement de la métrite, j'ai omis volontairement toute une série de moyens autrefois en honneur, notamment les *cautérisations au fer rouge*.

Si je mentionne ces cautérisations, ce n'est que pour les proscrire absolument.

Le bistouri est bien plus sûr et plus inoffensif que le fer rouge.

Ce dernier moyen, outre qu'il est parfois suivi d'inflammations péri-utérines graves, détruit mal les tissus malades, son action est toute superficielle de telle sorte que, dans le tissu cautérisé, on laisse des glandes pathologiques, qui continuent à entretenir la maladie.

Au lieu d'améliorer la situation par ces cautérisations, on ne fait que l'aggraver, en fermant par du tissu cicatriciel les orifices de ces glandes enflammées.

La grande supériorité du bistouri est qu'il permet de voir et d'atteindre tout le tissu malade; son intervention est radicale; en outre son action est plus douce et moins dangereuse que celle du fer rouge; on ne saurait donc hésiter à lui accorder la préférence.

3° Salpingo-ovarite.

La salpingo-ovarite peut être simple ou kystique et dans ce dernier cas le contenu est tantôt du sang, tantôt de la sérosité, tantôt du pus.

Le diagnostic et le traitement des salpingo-ovariés kystiques seront exposés avec les tumeurs génitales.

Quant à ce qui concerne l'hématosalpinx et l'hydrosalpinx, pyosalpinx, le diagnostic et le traitement seront étudiés avec les suppurations pelviennes (voir p. 290); je ne m'occuperai ici exclusivement que des *salpingo-ovariés non kystiques*.

La trompe à l'état normal n'est pas perceptible par le toucher vaginal combiné au palper.

Toute trompe qu'on sent avec le doigt par le toucher vaginal est donc pathologique.

Si la sensation est celle d'un cordon dur, roulant sous le doigt, mince au niveau de la corne utérine, un peu plus gros en se rapprochant du pavillon et de l'ovaire, il s'agit d'une *salpingite parenchymateuse*.

La salpingite a pour cause habituelle la métrite dont elle est la simple propagation.

C'est-à-dire qu'il y a autant de variétés étiologiques de salpingites que de métrites.

Parmi elles, les plus fréquentes sont les variétés puerpérale, blennorragique et tuberculeuse; la salpingite tuberculeuse peut être primitive ou secondaire, tantôt à la péritonite, tantôt à la métrite de même nature.

Quand le chirurgien est amené à faire la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse, il devra toujours examiner les trompes qui peuvent être le point de départ de la maladie ou qui, en tout cas, constituent un foyer tuberculeux et, s'il les trouve pathologiques, en pratiquer l'ablation.

L'ovaire est souvent perceptible au toucher dans les conditions physiologiques.

On le trouve sous forme d'une amande douloureuse, soit au niveau de la fossette rétro-ovarienne, soit du cul-de-sac de Douglas.

La sensation qu'il donne au doigt explorateur et celle toute spéciale dont il est la source pour la femme examinée, ne permet guère l'erreur; un gynécologue exercé sait de suite reconnaître l'ovaire.

Cette recherche devient encore plus aisée, quand l'organe est enflammé, car l'exagération de son volume, sa plus grande sensibilité, sa proéminence dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas rendent son accès plus facile.

Gordon douloureux partant de la corne utérine pour aller à l'ovaire ordinairement accessible dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas, et augmenté lui-même de volume quand il est pathologique, telle est la caractéristique de la salpingo-ovarite non kystique.

Aucune affection péri-utérine ne peut à un examen attentif être confondue avec cette maladie.

Le traitement chirurgical de la salpingo-ovarite non kystique consiste dans l'ablation des annexes par la laparotomie, mais cette ablation ne devra être conseillée et pratiquée que dans des cas exceptionnels, alors que, malgré les moyens médicaux employés, les douleurs sont telles qu'elles rendent à la femme la vie réellement intolérable.

Le traitement médical comprendra :

- Le repos au lit;
- Les reconstituants et laxatifs;
- Les révulsifs;
- Le massage et l'électricité;
- La compression intermittente;
- Le traitement de la métrite concomitante.

Le repos au lit doit être absolu; la malade ne mettra pas le pied à terre pendant plusieurs semaines.

Le repos horizontal, dont l'importance est mal comprise de beaucoup de médecins et de la plupart des malades, n'est réellement efficace qu'à la condition d'être radical.

Cette suspension complète de la vie debout, doit être accompagnée d'une quarantaine sexuelle rigoureuse; le mari fera lit à part.

Ce repos général et local, que je désignerai sous le nom de *repos gynécologique*, pourrait être suffisant dans un certain nombre de cas pour la guérison d'affections gynécologiques variées, alors qu'elles ne sont pas accompagnées de lésions profondes.

Reconstituants et laxatifs habituels.

Révulsifs : vésicatoires ou pointes de feu. — Les vésicatoires sont préférables, quand l'élément inflammatoire est prédominant; les pointes de feu, au contraire, quand l'élément douloureux et névropathique joue le rôle principal dans la maladie.

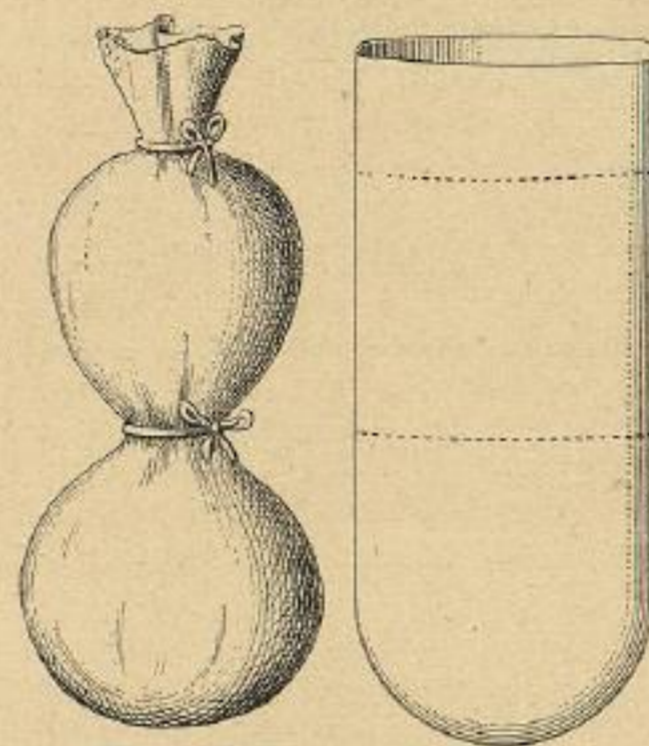


Fig. 307. — Sac en toile ou en flanelle, disposé grâce à deux ligatures pour la compression intermittente.

Alors que les phénomènes aigus ou subaigus sont tout à fait calmés, on se trouvera bien pour calmer la douleur de l'emploi de l'électricité galvanique ou mieux faradique, un pôle dans le vagin, l'autre sur la paroi abdominale, et pour diminuer le volume de la tumeur du massage, fait trois fois par semaine pendant dix minutes à chaque séance.

Il sera bon de masser, non seulement la trompe malade, mais l'utérus et les ligaments larges, de manière à fortifier tout l'appareil génital et à régulariser la circulation dans son intérieur.

La compression intermittente que j'ai employée depuis quelques mois dans les cas de salpingo-ovarite parenchymateuse avec inflammation péri-ovario-salpingienne m'a donné les meilleurs résultats et bien que je n'aie pas encore publié les faits relatifs à son emploi, je vais exposer la manière de la pratiquer.

Dans un sac de toile, de flanelle ou de peau de chamois on enferme du plomb de chasse aussi fin que possible (cendrée) en commençant par le poids

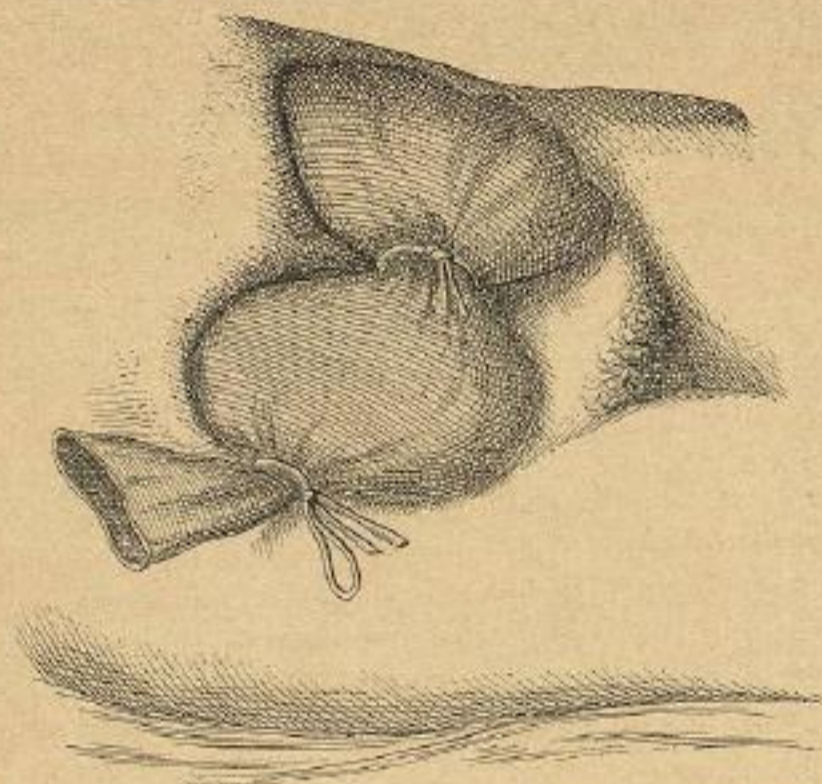


Fig. 308. — Bissac en toile ou en flanelle rempli de plomb et appliqué sur le bas-ventre.

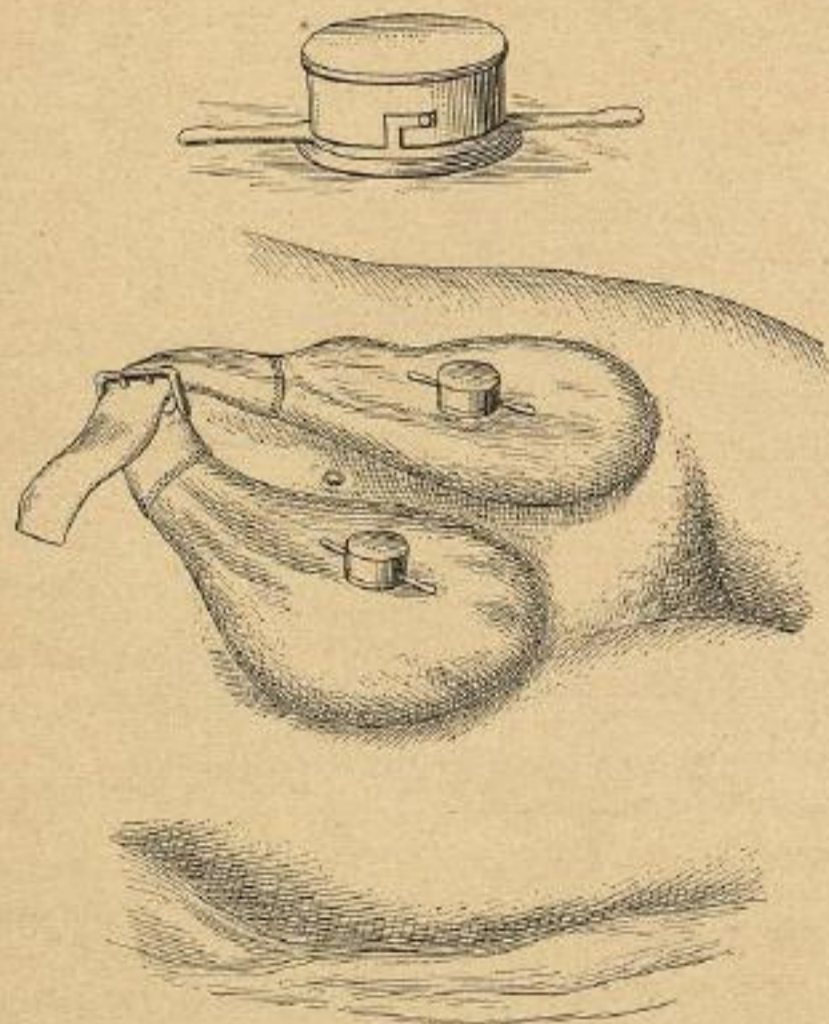


Fig. 309. — Double sac en peau de chamois avec ouverture métallique.
Un des bouchons métalliques formant une mesure de 50 grammes pour le plomb est détaché et montré séparément.

de 300 à 500 grammes environ et en augmentant progressivement jusqu'à 3 kilogrammes de chaque côté, rarement davantage.

Ce sac est appliqué matin et soir, pendant deux heures, avant le lever et après le coucher, au niveau de la région ovarique au-dessus du pli de l'aîne.

Le sac déprime les parties molles et se trouve maintenu en place par la conformation même de la région, alors que la femme est dans la position horizontale et dans le décubitus dorsal.

Sous l'influence de cette pression intermittente, la femme se trouve rapidement soulagée et on peut suivre par l'examen digital répété de temps en temps la diminution de la tumeur et l'assouplissement du ligament large et de son voisinage.

Cette compression doit être continuée d'une façon ininterrompue pendant un à trois mois, elle peut être continuée pendant les règles tout en diminuant légèrement le poids s'il est moins bien supporté à ce moment.

Ce traitement qui ne présente aucun danger et pendant lequel la femme peut continuer en partie ses occupations habituelles m'a permis de guérir complètement certains cas jugés justiciables de la castration et d'en améliorer un certain nombre d'autres.

Il devra nécessairement être associé aux autres moyens employés d'habitude, tels que le traitement général tonique, sédatifs nerveux, laxatifs intestinaux, injections vaginales chaudes et antiseptiques.

Enfin il ne faudra pas omettre de *traiter la métrite*, qui existe presque toujours simultanément. On appliquera contre elle les moyens indiqués précédemment.

Après la guérison de la métrite on obtient généralement une notable amélioration et parfois la guérison de la salpingo-ovarite non kystique; les deux traitements pourront d'ailleurs être concomitants.

1° Pelvi-cellulite et pelvi-péritonite.

Je réunis la *pelvi-cellulite* et la *pelvi-péritonite*, car le traitement présente la plus grande analogie dans les deux cas, que l'inflammation aboutisse ou non à la suppuration.

Le diagnostic de ces inflammations péri-utérines peut être résumé dans les trois propositions suivantes, que j'emprunte à M. Delbet¹.

« Une tumeur franchement postérieure, qui déprime le cul-de-sac vaginal et repousse l'utérus directement en avant, n'est jamais un phlegmon, quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'est développée. Si cette tumeur s'est développée rapidement avec des symptômes inflammatoires manifestes, si elle est régulière, rappelant par sa forme la grosse extrémité d'un œuf, ce ne peut être qu'une hématocele ou une pelvi-péritonite. »

¹ Les suppurations pelviennes chez la femme, 1891, p. 260.