

me suis si longuement étendu, occupe également le premier plan sur la scène symptomatique; je noterai cependant les points spéciaux qui permettront de diagnostiquer l'inflammation des trompes et des ovaires.

Coliques salpingiennes.

La douleur offre le caractère de crises pseudo-névralgiques qui siègent à la région même des annexes ou à la région lombaire; il y a des irradiations en haut, vers l'épigastre, en bas, vers la cuisse; parfois, mais nullement dans tous les cas, ce sont de véritables coliques qu'on a appelées salpingiennes, et leur cessation peut être marquée par l'évacuation d'une certaine quantité de muco-pus, provenant, quoi qu'on en ait dit, moins des trompes que de la cavité de l'utérus dont les contractions réflexes ont été provoquées par les crises douloureuses.

La pression au niveau des annexes est pénible, par le palper abdominal et par le toucher vaginal. Si l'on comprime entre les deux mains l'ovaire enflammé, on réveille une douleur *exquise* (Gallard)¹, surtout à gauche, car c'est le côté gauche qui est le plus souvent atteint; de même, on sait que chez l'homme le testicule gauche est de beaucoup le plus vulnérable (varicocèle, épидидymite, etc.). La plus grande fréquence de la déchirure du col à gauche et la propagation plus directe de l'inflammation qui se fait de ce côté, soit par endométrite ascendante, soit par lymphangite, peuvent être aussi invoquées.

La douleur au niveau des flancs et des lombes est souvent accompagnée de gastralgie et de vomissements; elle se manifeste le plus ordinairement au moment du molimen cataménial; on observe exceptionnellement que les règles coïncident avec une période d'accalmie et que les crises se produisent dans l'intervalle (*dysménorrhée intermenstruelle*).

Troubles de la menstruation.

La ménorrhagie est un symptôme à peu près constant; mais il y a souvent des périodes assez longues d'aménorrhée, d'où une grande irrégularité dans la menstruation.

Tumeurs des annexes.

L'examen des organes enflammés est très difficile dans la tubo-ovaire aiguë, à cause de la douleur provoquée; on devra endormir les malades, si l'on a quelque hésitation et si l'on doit se décider à une intervention rapide. Je ne saurais trop m'élever contre la négligence systématique de ce précieux auxiliaire pour l'investigation, et contre la substitution d'un seul élément de diagnostic, la douleur localisée². On s'expose ainsi à multiplier à l'excès les laparotomies exploratrices.

¹ DALCHÉ. *De l'ovarite*. Thèse de Paris, 1885. — Pour l'étude des symptômes, consulter encore A. FERRAND, art. OVARITE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 1882, t. XVIII, p. 760 et suiv. — O. TERRILLON. *Salpingites et ovarites*. Paris, 1891, p. 33 et suiv. — OZENNE. *Des salpingites*. (*Arch. gén. de méd.*, mai-juin 1890).

² L. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, déc. 1888, p. 927.

On fera la palpation des annexes en se conformant aux excellents préceptes de Schultze¹. Pour l'examen du côté droit, on introduit l'index et le médius de la main droite dans le vagin, la main gauche étant placée sur l'abdomen; pour l'ovaire gauche, c'est l'inverse. La malade est couchée sur le dos, ses genoux sont relevés et ses cuisses placées dans la rotation en dehors: les muscles psoas sont ainsi tendus. On doit suivre comme point de repère le bord interne de ces muscles jusqu'au détroit supérieur, et diriger alors l'exploration un peu plus en dedans, vers les cornes de l'utérus. On y rencontre une petite tumeur ovoïde, normalement de la grosseur d'une amande, qu'on saisit entre les deux mains. Une lésion des annexes ne peut guère échapper à une exploration bien conduite suivant ces règles, durant l'anesthésie.

Nöggerath² a proposé de faire l'exploration des trompes par le toucher vésico-rectal, et il a ainsi apprécié des détails qu'il serait évidemment impossible de reconnaître autrement; mais on n'emploiera qu'à la dernière extrémité ce moyen qui n'est pas dépourvu d'inconvénients. Quoique Hegar affirme pouvoir reconnaître au toucher la dégénérescence microkystique de l'ovaire et la salpingite catarrhale, il faut avouer que cette finesse de tact ne sera jamais l'apanage que d'un nombre infime de cliniciens. Toutefois, dans la salpingite aiguë, on percevra souvent bien plus facilement les lésions qu'on ne pourrait le penser d'après leur médiocre étendue, parce qu'il s'y joint de l'œdème périphérique qui double ou triple le volume de la trompe enflammée. Dans la salpingite chronique, on sentira la trompe comme un cordon résistant, immobilisé par des adhérences aux côtés du bassin. Quand, avec ces signes physiques et des antécédents avérés de métrite, on trouvera une douleur fixe localisée au niveau des annexes, offrant les caractères que j'ai indiqués, s'accompagnant de temps à autre de poussées aiguës de péri-salpingite que je décrirai plus loin, on pourra diagnostiquer une salpingite avec certitude; on soupçonnera la purulence si les phénomènes rationnels ont une acuité extrême et si le point de départ est une blennorrhagie récente ou réchauffée par une infection septique *post abortum*.

Diagnostic. — On évitera de confondre la douleur de la salpingite avec celle de la névralgie ovarienne, ovarialgie ou ovarie, qui est simplement un symptôme d'hystérie. Elle a son siège généralement à gauche, mais elle peut être bilatérale. Charcot a démontré qu'elle est souvent accompagnée d'anesthésie du même côté et d'attaques

Diagnostic avec Ovarie.

¹ B. S. SCHULTZE. *Zur Kenntniss von der Lage der Eingeweide im weiblichen Becken* (*Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX, p. 262).

² NÖGGERATH. *The vesico-vaginal and recto-vaginal touch*. (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1875, t. VIII, p. 125.)

hystéro-épileptiformes. Cette douleur se manifeste spontanément pendant les attaques de grande ou de petite hystérie : la pression la réveille, et comme elle est fréquemment associée à la dysménorrhée d'origine nerveuse, on peut alors être tenté d'attribuer ce symptôme à une inflammation de l'ovaire¹.

La façon dont la malade se défend contre la douleur provoquée par la pression est, par elle-même, caractéristique ; dans les cas d'inflammation des annexes, la femme se plaint et se débat instinctivement par des mouvements destinés à écarter la main de l'explorateur ; dans les cas d'ovarie, les mouvements n'ont rien de coordonné et affectent le type de convulsions irrégulières.

La **névralgie lombo-abdominale**, qui peut exister seule, et qui accompagne si souvent la métrite, a pour signe distinctif de siéger surtout dans la paroi abdominale et d'y être réveillée par une pression superficielle, spécialement aux points d'émergence bien connus des filets nerveux. La pression des annexes par la palpation bi-manuelle peut alors paraître douloureuse parce qu'on comprime en même temps les parois du ventre : il est facile de s'en assurer, en répétant successivement les deux modes d'exploration.

Métrite.

L'**inflammation de l'utérus** sera reconnue à ses signes spéciaux, sur lesquels je n'ai pas à revenir. Il est rare qu'il n'en existe pas au moins des vestiges chez les malades atteintes d'inflammation tubaire caractéristique. J'ai déjà dit, en effet, que ces deux affections étaient rarement isolées. Même lorsqu'elle est prépondérante, la métrite s'accompagne très souvent d'un léger degré de salpingite ascendante, trop atténué pour donner lieu à des signes physiques appréciables par le toucher, pour mériter de prendre part à la dénomination de l'affection ou pour modifier le traitement, mais pourtant suffisante pour provoquer de la sensibilité des annexes.

¹ C'est bien, suivant **CHARCOT**, dans l'ovaire et non pas seulement dans la région que siège la douleur. Ayant observé une grossesse chez une hystéro-épileptique atteinte d'ovarie prononcée, il a pu suivre l'ascension de la zone douloureuse, à mesure que l'ovaire s'élevait dans l'abdomen, entraîné par le développement de l'utérus. Les caractères de cette douleur ont quelque chose de spécial qui peut empêcher d'en méconnaître la nature. La pression progressive amène l'apparition d'une crise hystérique plus ou moins marquée, débutant par une constriction épigastrique, des nausées, des palpitations de cœur, l'accélération du pouls, la boule hystérique ; puis surviennent des sifflements d'oreille, une douleur vive à la tempe, une obnubilation de la vue, phénomènes marqués surtout du côté affecté d'ovarie ; enfin, il peut y avoir perte de connaissance plus ou moins complète. D'autre part, une pression énergique sur la région ovarienne peut faire avorter ou arrêter l'attaque. On doit, parfois, employer toute sa force pendant quelques minutes, pour vaincre la contracture des muscles de l'abdomen. Il est difficile, d'après cet ensemble de particularités cliniques, de méconnaître la nature purement névralgique d'une pareille douleur : le diagnostic sera encore assuré par la présence d'autres névralgies, de paralysies, de contractures, d'attaques hystéro-épileptiques. On pourra, d'autre part, retrouver les *stigmates* de l'hystérie : zones hystérogènes (points sous-mammaire, dorsal), régions anesthésiques, rétrécissement du champ visuel, etc.

Sa

Est-il possible de déterminer, dans l'oophoro-salpingite, d'après l'examen physique et indépendamment des commémoratifs, la part qui revient à la trompe ou à l'ovaire ? C'est là, il faut l'avouer, un diagnostic le plus souvent impossible, et qui, du reste, heureusement, n'est pas nécessaire, au point de vue de l'indication opératoire. L'altération scléro-kystique de l'ovaire peut, à la vérité, exister sans lésion salpingienne notable. Toutefois les lésions des deux organes sont rarement dissociées. L'ovaire est même très souvent plus ou moins étroitement uni à la trompe par des adhérences, si bien que la tumeur qu'on rencontre est mixte, tubo-ovarienne. Il existe des cas, cependant, où le toucher, par la palpation bi-manuelle, permet de différencier le cordon épais que forme la trompe, de la tumeur oblongue que forme l'ovaire. Celle-ci est incomparablement plus mobile et plus détachée des bords de l'utérus ; elle demande souvent, pour être trouvée, une assez longue recherche, et l'introduction profonde de deux doigts, médius et annulaire, dans les culs-de-sac postérieur et latéraux du vagin ; dans certains cas, la palpation bi-manuelle combinée au toucher rectal sera préférable. Outre ces caractères de forme et de mobilité, l'ovaire présente, quand il est enflammé, une sensibilité excessive, qui arrache un cri à la malade et provoque un mouvement de recul, dès qu'il a été seulement frôlé par le doigt explorateur. Enfin, c'est quand l'ovarite est prédominante, surtout des deux côtés, que la métrorrhagie ou la dysménorrhée sont le plus intenses, et qu'on observe des augmentations subites de la tumeur au moment des règles, soit qu'il y ait alors simple congestion ou qu'il se produise même une extravasation sanguine dans les cavités microkystiques¹.

Diagnostic de la prédominance de l'ovarite ou de la salpingite.

Les **salpingites kystiques** et les **péri-salpingites** seront reconnues d'après le volume, les caractères et les connexions de la tumeur, incomparablement plus volumineuse.

Salpingite kystique. Péri-salpingite.

Toutefois, il n'est pas inutile de remarquer qu'à très peu de jours d'intervalle le clinicien peut rencontrer, tour à tour et à diverses reprises, soit la tumeur allongée et comme funiculaire de la salpingite aiguë ou chronique, soit la tuméfaction arrondie et plus ou moins diffuse de la péri-salpingite provoquée par une poussée aiguë de courte durée.

Marche et pronostic. — L'inflammation de la muqueuse des trompes est infiniment plus rebelle que celle de l'utérus. Quand l'élément septique s'est cantonné dans les replis multiples du tiers externe de l'organe, il est inaccessible aux moyens thérapeutiques directs, et, si la maladie guérit, on peut dire justement que c'est d'elle-même

Marche et pronostic.

¹ **EUG. BÖCKEL**. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79. — **F. ROLLIN**. *De l'hémorrhagie de l'ovaire* (*Annal. de Gyn.*, nov. 1889, t. XXII, p. 554).

et par destruction des microbes sur place. On sait que cette heureuse évolution naturelle n'est pas impossible dans d'autres régions. Elle peut donc se produire là aussi, surtout si un traitement attentif dirigé sur la muqueuse utérine, dont celle des trompes dépend anatomiquement et physiologiquement, met, pour ainsi dire, le siège autour de l'inflammation salpingienne et fortifie incessamment les éléments anatomiques des tissus dans leur lutte contre les microbes.

La guérison peut-elle se faire complètement avec *restitutio ad integrum*? Assurément; mais elle doit être excessivement rare. La trompe guérie d'une inflammation aiguë demeure le plus souvent très altérée. Les faits anatomiques, pareils à ceux qu'à observés Boldt, montrent aussi la possibilité d'une guérison avec atrophie; d'autre part, en clinique, la persistance des symptômes morbides, lorsqu'une fois les annexes ont été atteintes, prouvent combien cette maladie est rebelle et laisse des vestiges tenaces.

Poussées aiguës.
Noyaux
inflammatoires
(pseudo-adénite
péri-utérine).

Ce qui fait la gravité particulière de la salpingite aiguë ou chronique, ce sont les **poussées de péri-salpingite** (pelvi-péritonite) qui sont toujours imminentes. Il suffit d'une fatigue, d'un écart de régime, pour que les symptômes reçoivent un coup de fouet et pour que l'état de la malade devienne subitement plus sérieux. Lawson Tait pense qu'en pareil cas quelques gouttes de muco-pus sont tombées dans le péritoine et l'ont irrité. Quoi qu'il en soit de cette théorie un peu grossière, on constate alors au toucher un empâtement périphérique, causé par l'infiltration ou œdème aigu du tissu cellulaire sous-péritonéal. Le plus souvent, la résolution est obtenue par le repos et des soins appropriés, jusqu'à de nouvelles rechutes. Celles-ci peuvent aussi se produire durant des mois et même des années, remarquables chaque fois par la soudaineté de l'apparition et de la disparition des tumeurs inflammatoires, constatées dans les culs-de-sac. Ces tumeurs formées par de petits noyaux assez circonscrits, éveillent la sensation de masses ganglionnaires, et ont été, par suite, attribuées par beaucoup d'auteurs à des ganglions enflammés sans autre constatation anatomique: d'où le nom d'*adénite péri-utérine*, d'*adéno-lymphite* donné à cette affection¹. Il n'existe pas de ganglions à ce niveau, par suite, pas d'adénite; mais cet œdème aigu se produit sans doute autour des troncs lymphatiques, et constitue de la péri-lymphangite. On l'observe précisément au-dessus du cul-de-sac vaginal, sur les côtés du col, en un point où Poirier a décrit une sorte d'enroulement

¹ GUÉNEAU DE MUSSY. *Clin. méd.*, t. I, p. 474. — MARTINEAU. *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus*, p. 779. — COURTY. *Annal. de gyn.*, 1881, t. XV, p. 241. — J. S. CARREAU. *Med. Record*, 2 juill. 1881, t. XX, p. 5. — EMILE TILLOT. *De l'adénite péri-utérine chronique en petits noyaux et de son traitement thermal*, 1885. — A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 1887, p. 404.

des vaisseaux lymphatiques qui partent du col et se rendent dans les ganglions iliaques.

La **stérilité** ne paraît pas être la conséquence fatale de la salpingite, qui peut guérir sans oblitération du pavillon. Cependant, quand une inflammation tubaire ancienne a oblitéré les deux trompes, la fécondation est impossible, et telle est sans doute la cause de la stérilité de la plupart des femmes de mauvaise vie.

Traitement. — Il ne suffit pas, quoi qu'en aient dit certains opérateurs, qu'une femme souffre avec persistance dans la région des annexes pour qu'on soit autorisé à pratiquer la laparotomie, dût-elle demeurer à l'état d'incision exploratrice. Après une période de véritables excès chirurgicaux, surtout à l'étranger où, selon l'expression d'Emmet¹, « l'ablation des annexes était pratiquée d'un cœur léger par des gens compétents et incompétents », on est arrivé à ne plus faire si aisément le sacrifice de la fécondité des femmes et à essayer de guérir, au lieu d'extirper².

Le traitement de la tubo-ovarite catarrhale se confond, on peut le dire, avec celui de la métrite, comme celui de la pyélo-néphrite ascendante coïncide avec celui de la cystite qui lui a donné naissance. Repos absolu, purgatifs légers, antiseptie exacte du vagin, irrigations vaginales chaudes et prolongées: tels sont les premiers remèdes à prescrire. On y joindra, au besoin, des émissions sanguines, soit par la scarification du col, soit par des sangsues placées dans les fosses iliaques; c'est un excellent moyen pour calmer les douleurs aiguës quand il n'y a pas de contre-indications. Les applications de petits vésicatoires successifs avec du chlorhydrate de morphine (1 centigramme) sur la surface dénudée, les pointes de feu répétées dans la région iliaque, les bains tièdes prolongés, les lavements au laudanum, à la valériane, au chloral, sont les meilleurs moyens de calmer la douleur.

On peut, comme je l'ai dit plus haut, conserver l'espoir de guérir la salpingite en même temps que l'endométrite, pourvu que les lésions n'aient pas le temps de s'invétérer. Le **curettage utérin** suivi d'injections répétées de teinture d'iode, selon le procédé longuement décrit dans le chapitre des MÉTRITES, m'a plus d'une fois permis de guérir, d'une manière indubitable, des salpingites au début³.

¹ T.-A. EMMET. *Congrès de Baltimore*, sept. 1886 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 570).

² HENRY COE. *Is disease of the uterine appendages as frequent as it has been represented to be?* (*Amer. Journ. of obstet.*, juin 1886, p. 561). — SARAH POST, W. POLK. *New-York med. Journ.*, 24 sept. 1887 et *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 651. — P. MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 150.

³ ALEX. RIZKALLAH. *Étude critique du traitement des salpingites et, en particulier, valeur du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale*. Thèse de Paris, 1889. — M. CUÉLLAR. *Du curettage utérin dans les affections péri-utérines*. Thèse de Paris, 1891.

Stérilité.

Traitement.

Médication indirecte intra-utérine.

Curettage.

Trélat¹ a obtenu des succès analogues par le curettage et les injections à la glycérine créosotée. C'est aussi, tout simplement, au traitement antiseptique de la métrite, bien plutôt qu'à une action mécanique problématique, et à une dilatation assurément bien indirecte de l'*ostium uterinum*, qu'il faut rapporter les guérisons publiées par Walton, Gottschalk et Doléris².

Le curettage doit-il être fait quand la salpingite s'accompagne de péri-salpingite aiguë, caractérisée par des noyaux douloureux dans les culs-de-sac vaginaux? Je ne le pense pas. Il est, je crois, préférable d'attendre que cet empatement ait disparu sous l'influence des antiphlogistiques et du repos, ce qui a lieu très rapidement quand il ne s'agit pas d'une tumeur tubaire enkystée. Cette attente permet de trancher sûrement un diagnostic important. En effet, prôner la dilatation forcée et le curettage comme moyen curatif des exsudats péri-métritiques, ainsi que l'ont fait Walton (de Bruxelles), et Pouillet (de Lyon), c'est formuler un précepte dangereux, parce que c'est supposer qu'on ne fera jamais une erreur de diagnostic. Certes, le traitement de la métrite par le curettage a pu, dans certains cas, guérir ou améliorer la péri-salpingite séreuse en même temps que la salpingite. Mais ce traitement peut, dans des circonstances analogues, tuer les malades atteintes de pyo-salpinx méconnu, en amenant la rupture du kyste. En face de ce terrible danger, et en présence de l'incertitude souvent très grande du diagnostic, ne vaut-il pas mieux attendre, pour faire le curettage de l'utérus, que la poussée aiguë, dont on ne saurait apprécier l'intensité, ait disparu, et que l'on soit certain qu'elle ne masque pas une collection purulente?

Électricité.

C'est encore à propos du traitement indirect qu'il convient de mentionner l'efficacité de l'électricité dans certaines salpingites³. Je

¹ U. TRÉLAT. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 26 déc. 1888, p. 4055 et suiv. — HÉLÈNE FINKELSTEIN. *De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites*. Thèse de Paris, 1889. — Le traitement indirect des complications tubaires de l'endométrite paraît avoir été d'abord décrit par WALTON, *Acad. roy. de Belgique*, 30 juill. et 30 déc. 1887, et 28 janv. 1888. — *Drainage de la cavité utérine, en cas d'abcès pelvien*, Gand, 1888. — POUILLET, de Lyon (*Lyon méd.*, fév., et mars 1888) a formulé, à sa suite, des conclusions analogues, mais en leur donnant une extension qui me paraît excessive.

² DOLÉRIS. *Évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin* (*Comptes rendus Soc. de biol.*, 21 déc. 1888). Le diagnostic de collections enkystées dans les cas cités me paraît plus que douteux; il s'agissait, sans doute, plutôt de ces noyaux d'œdème aigu périphérique qui compliquent souvent la salpingite et donnent la sensation d'une tumeur. C'est ce que DOLÉRIS lui-même semble avoir reconnu plus tard, et ce dont il convient avec loyauté. « Je ne suis pas bien certain que dans quelques-uns des cas où j'ai vu la dilatation de l'utérus et le curage faire évanouir en quelque sorte de semblables tumeurs, il ne s'agissait pas d'enkystements péritonitiques secondaires du bassin. » (*Quelques points du diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite* in *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, août 1889, p. 355).

³ APOSTOLI. *Bull. de thérap.*, 30 sept. 1888. — *Union méd.*, 1889, p. 350, 358 et 358.

crois qu'on en a considérablement exagéré la portée. Il me paraît certain qu'on ne saurait agir sur les collections enkystées des trompes que par une ponction, tout aussi dangereuse avec la pointe *fluidifiante* d'un électrode qu'avec la pointe d'un trocart. S'il s'agit d'un hydro ou d'un hémato-salpinx, on s'expose par cette ouverture incomplète, non seulement à une fistule interminable, mais encore à des accidents septiques. La galvano-puncture vaginale a, de plus, l'inconvénient, si elle n'ouvre pas des collections, d'amener des adhérences, qui elles-mêmes demeurent une cause de tiraillements douloureux et rendent ensuite toute tentative opératoire plus laborieuse. Ces réserves faites, je ne fais nulle difficulté de reconnaître que la galvano-caustique intra-utérine, en modifiant heureusement l'endométrite, peut guérir du même coup une salpingite catarrhale. Seulement, je crois ce moyen plus compliqué et moins sûr que le curettage et les injections intra-utérines.

Chez les femmes très nerveuses, les courants faradiques continus, portés dans l'utérus avec l'excitateur bipolaire, ont pu amener du soulagement. Mais il faut procéder avec beaucoup de ménagements et toujours craindre la présence larvée du pus : en effet, on a vu l'électrisation de la cavité de l'utérus entraîner la rupture d'un pyo-salpinx⁴.

Le massage a été vivement préconisé dans ces dernières années pour toutes les inflammations de l'utérus et des annexes⁵, et, comme tous les procédés nouveaux, il a excité des enthousiasmes excessifs⁵. Ce moyen est loin d'être inoffensif. Je crois qu'il faut uniquement le réserver aux cas de salpingite chronique, sans aucun soupçon de collection enkystée, car celle-ci peut être accidentellement rompue dans le péritoine, au lieu d'être vidée à travers l'*ostium uterinum*, selon les désirs du masseur. Dans le cas d'inflammation aiguë, le massage est plus nuisible qu'utile. En froissant des tissus friables et gorgés de sang, il peut amener des ruptures et des hémorragies⁴.

Massage.

⁴ KEHRER. *Réunion des natur. et med. all.*, Heidelberg, sept. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 42, p. 736).

⁵ SEIFFART. *Die Massage in der Gynäk.*, Stuttgart, 1888. — ALF. RESCH. *Thure Brandt's heilgymnastische Behandlung weibl. Unterleibskrankheiten*, 1888. — A. SEMÉNNIKOW. *Soc. obst. et gynéc. de Saint-Petersbourg*, 22 sept. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 81).

⁵ WEISSENBURG (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 22, p. 380), propose aux opérateurs qui n'ont pas les doigts assez longs et assez déliés pour pratiquer commodément le massage, de se servir d'une tige de bois semblable à l'embout d'un spéculum et coiffée de caoutchouc, pour remplacer les doigts introduits dans le vagin comme point d'appui aux manipulations externes.

⁴ H. KOPLIK (*Amer. Journ. of Obst.*, fév. 1889, p. 136) a signalé ces dangers d'hémorragie, d'effusion de pus, de rupture de kystes folliculaires, par le massage; il rapporte un cas d'hématome ainsi produit en une seule séance. — DÉRSESSEN (*Soc. obstét. et gyn. de Berlin*, 10 mai 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24, p. 417) cite le cas d'une femme qui avait été opérée par GUSSEROW pour une tumeur ovarienne suppurée, avec

très dangereuses. Cependant je conseillerai d'user de ce moyen pour les cas de *résidus* d'anciennes inflammations depuis longtemps éteintes, brides, adhérences, déviations cicatricielles, entretenant des douleurs pour lesquelles on a trop souvent eu recours d'emblée à la laparotomie.

En somme, le massage antiphlogistique doit suivre, en gynécologie, les règles analogues à celles que la chirurgie générale lui a imposées dans le traitement des arthrites, par exemple.

Si tous les moyens thérapeutiques ont échoué, au bout d'une attente suffisante on est autorisé à avoir recours à une opération radicale, l'*oophoro-salpingotomie*.

Oophoro-salpingotomie
(opér. de Lawson Tait).

Il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer sans retard, lorsque l'intensité des symptômes fait soupçonner une salpingite purulente pouvant devenir rapidement menaçante pour la vie. Il ne faut pas non plus proscrire l'opération, quoiqu'on doive alors être beaucoup plus réservé, dans les cas de tubo-ovarites chroniques, non purulentes. Ces lésions, en effet, tout en ne menaçant pas l'existence, la rendent tout à fait insupportable par les douleurs presque incessantes qu'elles occasionnent et le retentissement qu'elles entraînent sur l'état général. Mais ce n'est qu'après six mois, au moins, de traitement patient par les moyens que j'ai indiqués, qu'on sera autorisé à proposer et à pratiquer la castration pour une salpingite non purulente.

L'ablation des annexes, sauf dans des cas exceptionnels, est une opération bénigne. Elle comprend, en réalité, deux opérations distinctes : 1° la rupture des adhérences périphériques et le redressement de l'utérus, généralement dévié en rétroversion ou en rétroflexion; 2° l'ablation de la trompe et de l'ovaire, le plus près possible de l'utérus.

L'incision abdominale doit être la règle. L'incision vaginale, prônée surtout par Gaillard Thomas, et par Byford, en Amérique, par Gottschalk¹, en Allemagne, et que Picqué² a essayé de réhabiliter en France, bonne dans certains cas spéciaux, ne me paraît offrir ici aucun avantage sérieux et présente de graves inconvénients, quand survient la moindre complication opératoire. (Voir pour la technique p. 546, p. 606 et p. 665.) Il faut toujours enlever l'ovaire du côté

péritonite. On trouva la trompe pleine de sang, ce qu'on attribua, ainsi que la péritonite, au massage auquel la femme avait été soumise peu auparavant. La malade succomba.

¹ GOTTSCHALK (*Soc. obstet. et gyn. de Berlin*, 15 fév. 1891, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 15, p. 26) se déclare partisan de l'incision vaginale pour les ovarites suppurées, toutes les fois que le siège de la tumeur le permet.

² BONNECAZE. *Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe*. Thèse de Paris, 1889.

où l'on enlève la trompe, alors même que celle-ci paraîtrait seule malade.

Ne pourrait-on pas, dans certains cas, se borner à la première partie de l'opération, rupture des adhérences, libération et redressement de l'utérus et de ses annexes? B.-E. Hadra¹, le premier, a cru remarquer que les symptômes morbides pour lesquels on a souvent enlevé des ovaires sains, et notamment les douleurs abdominales vives, pouvaient être enrayés par la seule destruction des adhérences, souvent simplement filamenteuses, qui unissent entre eux les divers viscères de l'abdomen. Il a donc proposé, chaque fois qu'on fait la laparotomie dans ces conditions, d'examiner minutieusement tous les organes abdominaux au point de vue des adhérences, de glisser la main avec précaution entre les anses intestinales, sous l'épiploon et au-dessus de lui; il se contente de ces manœuvres si les annexes sont saines, et il ne les enlève que s'il les trouve réellement malades.

Rupture simple
des adhérences
(opér. de Hadra).

Polk² a été plus loin: ayant vu, dans une opération où il n'avait enlevé qu'une trompe, après avoir fait la manœuvre précédente, la malade guérir complètement, quoique l'oviducte laissé en place présentât des signes manifestes d'inflammation, il a proposé d'exprimer simplement le contenu muco-purulent des trompes malades, de laver le péritoine, et de refermer l'abdomen après avoir fait, s'il était nécessaire, l'hystéropexie pour empêcher la rétroflexion de se reproduire.

Expression des
trompes
(opér. de Polk).

Mundé³ s'est théoriquement rallié à cette conduite, et a ajouté à l'expression des trompes l'idée d'en faire le cathétérisme et le lavage par le bout abdominal, avec une solution chaude à 1/5000 de sublimé.

Cathétérisme.

F. Howitz⁴ a aussi remplacé parfois la castration par la libération des adhérences. Il cite une observation remarquable où des phénomènes de salpingite chronique ont été ainsi guéris sans salpingotomie, quoique la trompe droite parût enflammée et tuméfiée. Il insiste surtout sur le rôle pathologique des adhérences de l'épiploon à la symphyse du pubis.

Cette tendance, relativement conservatrice, se manifeste, du reste, maintenant chez beaucoup d'opérateurs. J.-L. Championnière⁵

¹ B.-E. HADRA, d'Austin, Texas. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 20 juin 1885) a reproduit les principaux points de sa communication, pour établir ses droits de priorité sur Polk, dans un article plus récent: *Remarks on intra-peritoneal adhesions* (*Amer. Journ. of Obstet.*, sept. 1887, p. 957).

² W. M. POLK. *Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1887, t. XX, p. 50.

³ MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1888, t. XXI, p. 150.

⁴ F. HOWITZ (de Copenhague), *Hosp. Tidende*, 1889, Bd. VII, n° 27, p. 777 et n° 28, p. 806. (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 549).

⁵ J.-L. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 5 déc. 1888, p. 927.

s'est nettement prononcé dans ce sens à la Société de chirurgie. Terrillon¹ a agi de la sorte, une fois. Polk², sur 31 laparotomies faites pour lésions des annexes, s'est contenté dans 24 cas de détruire les adhérences.

Martin³ ne s'est pas borné à détruire les adhérences, il a pratiqué l'ouverture de l'extrémité oblitérée de la trompe et a même refait un pavillon ou salpingostomie. Je reviendrai, du reste, sur ce point dans le chapitre suivant.

Il est impossible de juger ces pratiques encore trop récentes. Peut-être faut-il craindre qu'on ne tombe d'un excès dans l'autre, et qu'après avoir été trop prompt à enlever, on ne substitue à l'extirpation des opérations ingénieuses d'une efficacité illusoire ou précaire. Cependant, les heureux résultats de l'hystéropexie simple, après rupture d'adhérences, dans des cas où il existait manifestement de la salpingite et de la péri-salpingite, montrent qu'on a certainement sacrifié bien des trompes et ovaires qui auraient pu être conservés. Le redressement de l'utérus, la libération des annexes et le nettoyage antiseptique du petit bassin qui est la conséquence forcée d'une pareille opération, sont sûrement appelés à diminuer le nombre des oophoro-salpingotomies.

On pourra, sans doute, réserver l'extirpation des annexes à trois classes de cas : 1^o les ovarites et salpingites où l'on est en droit de craindre la présence du pus et ses conséquences ; 2^o les ovarites scléro-kystiques douloureuses ; 3^o les salpingites chroniques parenchymateuses et kystiques (séreuses et hématisées) où, malgré la marche peu menaçante des lésions, il y a lieu de faire l'opération pour remédier aux accidents ménorrhagiques, dysménorrhéiques et nerveux réflexes.

L'ablation des annexes enflammées, ne contenant qu'une petite quantité de mucus ou de muco-pus sans transformation en poche purulente ou pyo-salpinx, est, on peut le dire, une opération **bénigne**. La réserve n'est pas commandée par la gravité de l'intervention, autant que par la stérilité qui en est la conséquence.

Je présenterai, à la fin du chapitre suivant, les résultats statistiques les plus récents, où, malheureusement, les chirurgiens n'ont pas suffisamment divisé les cas de salpingite en catégories distinctes.

¹ O. TERRILLON. *Annal. de Gyn.*, 1889, t. XXXI, p. 548.

² POLK. *Certain operations designed to preserve the uterine appendages*. (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1891, t. XXIV, p. 1045).

³ A. MARTIN. *Ueber partielle Ovarien-und Tubenextirpation* (*Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, 1889, n^o 545). — W. A. FREUND (*ibid.*, 1888, n^o 525) avait proposé une conduite semblable.

CHAPITRE II

OOPHORO-SALPINGITE KYSTIQUE

Anatomie pathologique. — I. Salpingite kystique : pyo-salpinx ; hydro-salpinx ; hémato-salpinx et apoplexie de la trompe. — II. Ovarite kystique : kystes séreux ; kystes sanguins ; kystes purulents ; kystes lymphatiques. — Symptômes. Salpingite profluente. — Diagnostic de l'hydro-hémato- et pyosalpinx entre eux. Diagnostic différentiel avec : kyste intra-ligamentaire ; grossesse tubaire ; corps fibreux (ponction et incision exploratrices) ; tumeur fibro-kystique ; adénite pelvienne ; grossesse ; entéroécèle adhésive. — Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. Rechutes. Ruptures. Fistules. Propagation. Résidus. — Traitement. Oophoro-salpingotomie. Technique opératoire. Position déclive de Trendelenburg. Eviscération. Résection partielle de la trompe. Salpingostomie. Résection partielle de l'ovaire. Salpingorrhaphie. Résultats immédiats de l'opération. Mortalité. Castration utéro-ovarienne.

Anatomie pathologique. — I. Salpingite kystique. Il convient de mettre en première ligne, parmi les dilatations kystiques de la trompe, celle qui est due à une accumulation de pus. Il semble, en effet, avéré que le pyo-salpinx se transforme souvent en kyste séreux et parfois en kyste hématisé. Lorsque, sans doute par la destruction spontanée des germes, le travail phlegmasique s'est arrêté, l'abcès de la trompe peut, comme un abcès froid, se changer en une collection séreuse par une sorte de *clarification du pus* dont les éléments solides se déposent sur la paroi, tandis que la partie séreuse augmente. Telle paraît être l'origine de la grande majorité des hydro-salpinx. Enfin la rupture de jeunes vaisseaux des parois de la poche d'un ancien pyo-salpinx l'a parfois remplie de sang.

Le **pyo-salpinx**, ou kyste purulent de la trompe, est une conséquence de la salpingite purulente, en particulier de l'infection blennorrhagique ou de l'infection puerpérale, cette dernière agissant principalement *post abortum*. Lawson Tait¹, puis Freund² ont attaché une grande importance, comme je l'ai dit, au développement incomplet, à l'état infantile de l'oviducte, qui le prédisposerait à s'oblitérer et à se transformer en kyste.

¹ LAWSON TAIT. *Traité des maladies des ovaires*, trad. franç., Paris, 1886, p. 78. — *Brit. med. Journ.*, 16 avril 1887, t. I, p. 825.

² W. A. FREUND, *loc. cit.*

Anatomie pathologique. Salpingite kystique.

Pyo-salpinx.