

est souvent le fait d'une salpingite surajoutée, et que c'est là, d'ailleurs, une lésion rare, l'intestin prolabé a des caractères particuliers et il suffit généralement de songer à la possibilité d'une telle confusion pour l'éviter.

Il faut avoir fait prendre un lavement à la malade avant de procéder à l'examen, pour éviter l'erreur grossière qu'a causée parfois une accumulation de matières dures dans l'intestin. La confusion est possible encore entre un *petit kyste néoplasique* de l'ovaire ou du ligament large et la salpingite enkystée, l'hydrosalpinx en particulier. Cependant le kyste est une tumeur plus régulièrement lisse et sphérique, plus nettement fluctuante; ses parois sont plus minces, elle a évolué silencieusement, sans poussées inflammatoires, et l'utérus conserve sa mobilité. Certains *kystes dermoïdes*, en raison de leur consistance inégale, de l'inflammation et de la douleur dont ils peuvent être le siège, peuvent très bien simuler une salpingo-ovarite purulente. Le diagnostic en est souvent fort délicat et requiert une interprétation judicieuse des signes observés et de l'allure de la maladie.

Les *phlegmons du ligament large* s'observent à la suite d'un accouchement ou d'un traumatisme septique, et leur évolution est rapide. Ils ne pourraient guère, d'ailleurs, être confondus qu'avec les gros abcès tubo-ovariques aboutissant à la paroi, en raison du plastron abdominal qui existe dans les deux cas. Les diverses localisations de la *cellulite* sont étudiées à part et la *paramérite juxta-cervicale* est ordinairement sous la dépendance d'une déchirure du col facilement reconnaissable.

La consistance pâteuse, œdémateuse, et la rapide disparition sont caractéristiques de l'*œdème aigu périlymphatique*. La douleur de la *psoïtis* est plus profonde, continue, irradiée à la hanche, et la cuisse se met en faible flexion parfois avec une légère rotation en dehors.

L'*appendicite* (1) peut être prise pour une salpingite, et inversement; ou bien les deux affections peuvent coexister, et le diagnostic peut s'imposer à la période aiguë, avec fièvre et phénomènes de péritonite limitée ou étendue, ou à la période chronique, c'est-à-dire à froid et sans réaction péritonéale actuelle.

Dans le premier cas, et en dehors de la puerpéralité, le tableau de l'*appendicite aiguë*, avec sa triade douloureuse et sa réaction intense, peut être au complet et aussi net que chez l'homme. Mais il n'en est pas toujours ainsi et le diagnostic devient alors d'une grande difficulté, en même temps que de sa précision peut dépendre la vie de la malade. Voici à quelles nuances il est possible, d'après Bouilly, de discerner les deux affections. Dans l'*appendicite*, les phénomènes péritonitiques sont, d'emblée et dès le début, plus étendus et plus

(1) Voy. thèse de BARNSBY, Paris, 1898.

graves, le ballonnement plus prononcé, la sensibilité abdominale plus grande, la douleur plus intense, bien que sans irradiations aussi lointaines. Les troubles digestifs sont plus marqués, les vomissements, bilieux, plus fréquents, plus abondants, la parésie intestinale plus absolue. Le faciès s'altère plus vite; la température est plus élevée et reste haute plus longtemps. Après quelques jours, l'état est stationnaire ou s'aggrave, bien qu'il faille tenir compte des accalmies trompeuses qui surviennent parfois à la veille d'une mort rapide. Dans la *salpingite*, au début même violent succède bientôt une amélioration progressive. La douleur, moins vive, moins précisément localisée, s'irradie aux jambes, aux cuisses, etc., s'exaspère par le toucher vaginal. Enfin, la coexistence d'une métrite, la bilatéralité des lésions, seront en faveur de la salpingite.

Dans les *formes chroniques*, et en dehors des poussées aiguës, l'interrogatoire a une importance primordiale, car il renseigne sur le passé appendiculaire ou génital de la malade. Dans la *salpingite*, la douleur provoquée siège plus bas que le point de Mac Burney: elle est ordinairement bilatérale et intermittente à paroxysmes menstruels. En cas d'unilatéralité droite, il faut d'ailleurs toujours songer à l'*appendicite* (Routier). La douleur de celle-ci est continue, sans rapport appréciable avec la menstruation et coïncide avec des troubles digestifs plus caractérisés. A l'examen, la tumeur appendiculaire n'est jamais exclusivement pelvienne et elle est indépendante de l'utérus. Le toucher rectal peut donner d'utiles renseignements et on ne doit pas hésiter à recourir au chloroforme pour s'éclairer complètement.

En cas de coexistence des deux lésions, le diagnostic a pu être fait un certain nombre de fois: il est difficile, mais moins important que dans la forme aiguë, l'indication opératoire étant la même. Quelques chirurgiens pratiquent même systématiquement l'*appendicectomie* chaque fois qu'ils ont à enlever la trompe droite.

La douleur de la *névralgie lombo-abdominale* est superficielle avec points maxima au niveau de l'émergence des filets nerveux, et l'exploration pelvienne est négative.

La *névralgie ovarienne* est fréquente, en dehors de l'hystérie ou en relation avec elle: dans tous les cas, on devra rechercher les stigmates de la névrose, et la présence ou l'absence de lésions réellement constatées aideront à élucider ce diagnostic, souvent très délicat.

Quant aux phénomènes douloureux, graves et rebelles, auxquels on a donné le nom de *névralgies pelviennes*, qui semblent siéger dans l'utérus ou les ovaires, sans lésions bien définies, ce ne sont probablement que des névralgies symptomatiques de lésions réelles mais minimes, ou des douleurs de névrites impossibles à reconnaître.

DIAGNOSTIC DES VARIÉTÉS BACTÉRIOLOGIQUES. — On peut résumer

ainsi, d'après Howard A. Kelly, les caractères respectifs propres aux deux formes types de l'affection annexielle :

Salpingo-ovarite d'origine gonococcienne. — Le début est plus lent, précédé ordinairement de vulvo-vaginite, d'urétrite ou de cervicite blennorragique. La douleur est localisée à une ou aux deux régions annexielles, mais elle peut rester longtemps unilatérale. Après la fièvre du début, qui n'a pas dépassé 38°,5, rarement 39°, la maladie devient apyrétique au bout de quelques jours. Le pouls est accéléré, mais fort. Les crises ne durent guère que de cinq à quinze jours. La santé générale est peu altérée. On peut enfin retrouver des gonocoques dans les parties génitales externes ou chez le mari.

Salpingo-ovarite à streptocoques. — Début plus brusque, souvent avec frisson, après un accouchement, un avortement ou un traumatisme. Douleur plus généralisée et plus intense dans tout le bas-ventre. Phénomènes de péritonite plus marqués. Température pouvant atteindre et dépasser 40°. Pouls rapide et plus faible; faciès péritonéal. Crises durant jusqu'à deux, trois mois et plus. État général plus défectueux: anémie et faiblesse. Pas de gonocoques chez le mari.

Les autres variétés microbiennes ne donnent pas à la salpingo-ovarite de caractères bien spéciaux et évoluent suivant l'une ou l'autre des modalités précédentes. On peut cependant soupçonner la présence du colibacille dans les collections adhérentes à l'intestin ou en communication fistuleuse avec lui.

DIAGNOSTIC DES FORMES ANATOMIQUES. — Lorsque le début a été insidieux, sans phase aiguë, que les douleurs annexielles apparaissent d'abord espacées, surtout menstruelles, sans jamais être très vives, sans fièvre, sans réaction péritonéale bien marquée, que, d'autre part, on trouve à l'examen, au lieu d'une grosse lésion, une trompe simplement allongée, sensible, mais souple, on peut conclure à la *salpingite catarrhale*.

La *salpingite purulente* ou la purulence secondaire d'une salpingite catarrhale se signale au contraire par un début plus ou moins dramatique, mais très net: la malade est obligée de s'aliter, il y a de la fièvre, des phénomènes de péritonite, une douleur plus vive et plus étendue, etc. Plus tard, les douleurs sont plus rapprochées et plus intenses; il y a de la constipation, souvent de l'élévation de température le soir; les poussées subaiguës sont fréquentes; la santé générale et le faciès sont altérés. On peut souvent déceler l'origine streptococcique de l'infection. Enfin, l'examen révèle une tuméfaction plus sensible, plus volumineuse, adhérente, enveloppée de membranes péritonitiques, et dans laquelle il n'est pas toujours possible de différencier la trompe de l'ovaire.

La *salpingite parenchymateuse* se reconnaît à la consistance, aux bosselures de la trompe, à l'ancienneté de la lésion, au défaut de

rapport qu'il y a entre le volume des annexes et les manifestations douloureuses.

Hydrosalpinx. — Il s'agit généralement d'une tumeur ancienne, latérale ou postéro-latérale, indépendante de l'ovaire, unique ou coexistant avec une forme suppurée de l'autre côté, peu douloureuse, à parois minces, et dans laquelle la fluctuation est perceptible. Landau considère comme pathognomonique la sensation de ressort que donne au doigt l'utérus repoussé en arrière et reprenant brusquement sa place dès que cesse la pression, comme si on l'appuyait sur un coussin plein d'air ou d'eau.

Pyosalpinx. — L'utérus est immobilisé; la tumeur, fixée aussi par des adhérences, est latérale et ordinairement bilatérale. En raison de la coque membraneuse épaisse, souvent comme ligneuse, qui la recouvre, la fluctuation n'est pas toujours perceptible, si ce n'est quelquefois par le rectum, ou par le vagin en cas de grosses collections.

Les culs-de-sac vaginaux sont plus ou moins effacés et ont perdu leur souplesse. Il peut y avoir de la pyométrorrhée intermittente. La santé générale est plus altérée que dans le cas précédent; cependant, de vieux pyosalpinx stérilisés peuvent être indolents et étonnamment bien tolérés.

Hématosalpinx. — Le début en est brusque, et nous verrons, à propos de la grossesse ectopique, quelle en est la marche ordinaire. Ses signes plus particuliers sont l'indolence et l'augmentation de volume au moment des règles. Dans les formes secondaires, indépendantes de la grossesse tubaire, le diagnostic n'est pas toujours facile, d'autant qu'elles sont liées à une salpingite préexistante; cependant, Landau estime que la consistance kystique est plus en faveur d'une collection purement sanguine. On pourra, en outre, soupçonner la transformation hématique d'une collection antérieure si l'on a assisté aux incidents assez caractéristiques de la torsion du pédicule.

Ovarite kystique. — Les troubles menstruels sont plus accentués et se manifestent sous forme de dysménorrhée souvent très douloureuse, de ménorragies et d'hémorragies intarissables (Tait). La douleur, constante, siège sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la symphyse, à trois doigts au-dessus de l'arcade (Bouilly). A l'exploration, on trouve, séparé de l'utérus par un sillon, un ovaire bosselé, marronné, gros comme une noix ou même une mandarine, libre ou fixé par des adhérences. Cette exploration est généralement très douloureuse.

Ovarite purulente. — On peut soupçonner un abcès de l'ovaire lorsqu'il y a eu une infection à streptocoques, ou une maladie générale, lorsque la tuméfaction, arrondie, bien limitée, recouverte d'une épaisse coque de fausses membranes, semble développée entre les feuillets du ligament large, ou remonte jusque vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

Pronostic.— Il n'y a guère que les formes suppurées de la salpingo-ovarite qui mettent directement en danger la vie des malades, soit par rupture dans le péritoine, soit par septicémie chronique, soit même par effusion directe et sans rupture du pus à travers l'ostium abdominal, ainsi que Gosset et Mouchotte en ont récemment cité un exemple (1). L. Tait évalue à 50 p. 100 et Pierre Delbet à 33 p. 100 seulement la mortalité dans ces cas. Mais il est bon de dire que les chances de rupture sont assez rares, car, d'une part, les grosses collections sont les moins communes, et la grande séreuse est, par ailleurs, protégée par des adhérences. Les suppurations ouvertes, si le drainage rapide n'est pas assuré, exposent à la septicémie chronique. L'ouverture spontanée par le vagin est la moins défavorable à ce point de vue. Les autres formes sont de beaucoup moins graves, quant à la vie des malades : la salpingite catarrhale est susceptible de guérison spontanée ou après guérison de la métrite causale. La rupture d'une collection kystique non suppurée de la trompe ou de l'ovaire dans le péritoine est relativement bien tolérée.

Mais, absolument, on peut dire que c'est une affection grave en raison des poussées successives qui étendent les lésions, de leur peu de tendance à rétrocéder, des douleurs qu'elles comportent et qui font des malades, encore pleines de jeunesse, de véritables invalides, en raison du retentissement profond qu'elle exerce sur l'état nerveux et le moral, de la stérilité dont elle est une cause ordinaire et des moins curables et des dangers d'avortement, d'infection puerpérale et de mort en cas d'une grossesse éventuelle. A ces divers points de vue, chaque forme comporte une formule particulière de pronostic.

Traitement des salpingo-ovarites. — Le **traitement prophylactique** se résume en deux mots : aseptie rigoureuse dans tout incident ou événement obstétrical ou opératoire. Traitement précoce et judicieux de toute métrite.

Une fois constituée, la salpingo-ovarite requiert un traitement dont le choix constitue certainement un des problèmes les plus complexes et les plus délicats que puisse poser la chirurgie. La multitude et la diversité des moyens proposés, l'importance des discussions scientifiques soulevées à son sujet en sont le témoignage ; et ce n'est que par un sage électionisme, non d'après un parti-pris systématique, qu'il peut être judicieusement résolu. Pendant longtemps, le traitement s'est borné à l'expectation, plus ou moins aidée de quelques moyens médicaux, et de l'ouverture des collections qui venaient s'offrir au bistouri.

L. Tait ayant fait, en 1872, sa première salpingectomie, les chirurgiens suivirent son exemple et la laparotomie abdominale fut la voie désormais suivie pour atteindre les lésions et extirper les organes.

(1) GOSSET et MOUCHOTTE, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, nov. 1900.

En 1887, Péan, craignant l'infection de la séreuse et visant le large drainage de la cavité pelvienne, proposa d'enlever d'abord la *bonde*, c'est-à-dire de faire la castration utérine. Second, à partir de février 1891, se fait le champion de l'hystérectomie vaginale qui rallie, un peu partout, bon nombre de partisans et se voit glorieusement consacrée au Congrès de Bruxelles, en 1892. Cependant, la laparotomie conserve ses fidèles, en Amérique surtout où, à la suite de Polk, elle aboutit à l'hystérectomie abdominale totale qui tend aujourd'hui à se substituer, dans les cas graves, aux deux autres méthodes.

Mais, à côté des opérations radicales, naissent ou renaissent une foule de procédés tendant, soit à atteindre les lésions sans ouvrir la grande séreuse, soit à donner issue aux produits inflammatoires, sans supprimer l'organe ou même en restaurant sa fonction. Tels sont les divers procédés d'incision ou de cœliotomie vaginale ou abdominale permettant l'exploration des annexes et leur traitement adapté à chaque cas, mais visant, autant que possible, leur conservation. On peut même dire que, sous la double influence d'un esprit chirurgical plus sain et de la notion plus parfaite des lésions annexielles et de leur histoire, les méthodes conservatrices gagnent chaque jour des partisans.

Nous allons passer en revue les principales méthodes de traitement en soulignant leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, et nous indiquerons ensuite à quels cas elles sont spécialement applicables.

Traitement médical et indirect. — *A la période aiguë*, et même lors des poussées subaiguës qui marquent l'évolution des salpingo-ovarites, il est plus prudent de s'abstenir de toute intervention active. On conseillera le repos absolu, la glace sur l'hypogastre, les émissions sanguines, les vésicatoires, qui, malgré les critiques dont ils ont été l'objet, rendent, au moins au point de vue de la sédation de la douleur, d'incontestables services ; les onctions mercurielles et belladonnées, l'opium et ses dérivés par le rectum, etc. Les injections vaginales très chaudes, si précieuses contre les métrites, sont, à cette période, souvent mal tolérées et même dangereuses (Sänger) ; il vaut mieux leur substituer un pansement vaginal à demeure et de simples lavages vulvaires.

On n'aura la main forcée que dans les cas de suppuration à marche rapide et état général grave, comme il arrive dans certaines infections à streptocoques, et alors l'incision au point le plus favorable sera, comme nous le verrons, la ressource d'urgence et, assez souvent, pourra tenir lieu de traitement définitif.

Après l'apaisement des accidents aigus, on voit ce qu'il en reste et sous quelle forme va évoluer la lésion devenue chronique. On doit encore, au moins à titre d'essai, et pendant un certain temps, recourir au traitement médical ou indirect, conseiller les injections prolongées et très chaudes, les douches rectales d'Hegar, les pointes de

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.

tritiques 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