

les douleurs vives, les poussées de pelvi-péritonite, les troubles de la menstruation consistant plutôt en ménorrhagies qu'en métrorrhagies proprement dites, constitueront une forte présomption en faveur d'une salpingo-ovarite, surtout si ces symptômes s'observent chez une femme de vingt à trente ans. De plus, en cas de lésion des annexes, la tumeur sera plus bosselée, plus irrégulière, plus douloureuse surtout. Enfin, le cathétérisme utérin montrera si la cavité utérine est agrandie, ce qui est la règle dans les fibromes. Il est bien entendu qu'il ne saurait être ici question que de petits fibromes développés dans le ligament large ou sur les côtés de l'utérus. Les grosses tumeurs fibreuses, même quand elles sont kystiques par places, n'ont aucune ressemblance avec les salpingo-ovarites.

Les kystes de l'ovaire, au début, peuvent, dans certains cas, provoquer des douleurs et des troubles menstruels qui font croire à la salpingite. Ce sont surtout les kystes papillaires doubles ou les kystes dermoïdes suppurés ou non qui prêtent à pareille méprise. Les kystes développés dans le ligament large ne seront guère soupçonnés qu'en l'absence de toute cause de tubo-ovarite. On les reconnaîtra à leur siège spécial, à leur fluctuation. Mais quand la suppuration ou la pelvi-péritonite viennent altérer leur physionomie propre, le diagnostic devient impossible à poser.

Le corps de l'utérus rétrofléchi en impose parfois pour une salpingo-ovarite prolabée dans le cul-de-sac de Douglas. Si l'examen ne permet pas de trouver les annexes sur les côtés de l'utérus, l'hystérométrie empêchera toute erreur. Quant au diagnostic d'une salpingite avec une corne utérine supplémentaire, il n'est le plus souvent possible, qu'après l'ouverture du ventre<sup>(1)</sup>.

La simple névralgie ovarienne, sans substratum anatomique, peut simuler la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire au point de décider le chirurgien à intervenir. Ce sont les mêmes phénomènes douloureux intenses à exaspérations menstruelles, et souvent les mêmes troubles nerveux. Cependant quelques signes, bien étudiés par Charcot<sup>(2)</sup>, permettront le plus souvent de faire le diagnostic. L'ovarialgie s'accompagne généralement d'anesthésie du même côté et d'attaques hystéro-épileptiformes. La douleur est spéciale : la pression progressive provoque une crise hystérique d'intensité variable, tandis qu'une pression énergique fait avorter l'attaque. D'autre part, cette douleur est bien localisée dans l'ovaire; Charcot l'a démontré en suivant, chez une femme enceinte, l'ascension de la zone douloureuse à mesure que se développait l'utérus. Enfin les signes ordinaires de l'hystérie, points hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, etc., devront être recherchés avec soin. Ce qui augmente encore les difficultés, c'est que bien souvent la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire évolue chez des nerveuses dont elle aggrave encore l'état. On conçoit donc que certains auteurs<sup>(3)</sup> aient voulu établir une relation de cause à effet entre l'altération microkystique de l'ovaire et l'hystérie. De là à proposer la castration comme traitement de l'hystéro-épilepsie, il n'y avait qu'un pas. Malheureusement, les déceptions ont été trop nombreuses pour ne pas s'ingénier à bien rechercher les lésions de l'ovaire avant de songer à la castration, et, comme l'a justement observé Bouilly, savoir ainsi reconnaître la part qu'il faut

(1) E. NITOT, *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 1891, n° 9, p. 218.

(2) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 525.

(3) TILT, *Obst. transact.*, 1850, vol. XV, p. 102. — HEGAR, *Arch. für Gyn.*, 1886, p. 29.

attribuer aux lésions ou au nervosisme dans la production des douleurs ne peut être, au demeurant, qu'une « affaire de tact et de prudence<sup>(1)</sup> ».

Notons enfin que la grossesse extra-utérine, à son début, possède pour seuls caractères différentiels : la suppression des règles, le ramollissement du col et l'augmentation de volume de l'utérus. C'est en un mot une salpingite avec des symptômes de grossesse, et les erreurs doivent être, par conséquent, fréquentes à la période de début. Le déplacement précoce de l'utérus, l'apparition des symptômes douloureux et des troubles de défécation ou de miction dans le cours du deuxième mois, sont à la vérité des signes dont l'analyse peut être instructive; mais, comme l'a dit Pinard<sup>(2)</sup>, la grossesse extra-utérine se présente sous des aspects si variés et si peu connus encore, qu'en bien des cas, il est « sinon impossible, du moins extrêmement difficile » de la reconnaître. Plus tard, il va de soi que le diagnostic s'impose ou devient tout au moins beaucoup plus aisé.

En présence d'une lésion inflammatoire des annexes, est-il possible d'affirmer la nature de la tumeur? A ce point de vue, l'accord est unanime; on se trompe fréquemment, 1 fois sur 4, dit Terrier.

L'ovaire scléro-kystique, outre les troubles fonctionnels sur lesquels je viens d'insister, se présente à l'exploration combinée comme un petit corps ovoïde, généralement prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, de consistance dure, irrégulière, très souvent adhérent et toujours extrêmement douloureux. Les salpingites kystiques seront reconnues à leur volume. On peut admettre, avec Terrillon, que toute tuméfaction des annexes, dont le volume dépasse celui d'un œuf, contient un liquide quelconque, pus, sang ou sérosité. L'hématosalpinx sera soupçonné : si la lésion est unilatérale; si la tumeur s'est manifestée après un retard menstruel; si la malade a été prise subitement d'une métrorrhagie; si l'utérus est augmenté de volume et le col ramolli. Le pyosalpinx sera indiscutable, si la pression de la tumeur provoque un écoulement de pus par l'utérus; mais c'est là un fait exceptionnel. En règle générale, on sera conduit à diagnostiquer la purulence par les commémoratifs, l'évolution fébrile, les poussées aiguës. Encore faut-il ajouter que les erreurs n'en restent pas moins fréquentes; car, en maintes circonstances, on peut très bien trouver du pus et même beaucoup de pus dans les annexes, sans qu'il existe la moindre réaction générale révélatrice. La ponction exploratrice elle-même n'est point ici le guide infallible dont on se plaît trop souvent à vanter les vertus plus que douteuses; car, suivant une remarque de Terrier<sup>(3)</sup>, lorsqu'elle ramène du pus, rien ne prouve qu'il soit dans l'ovaire, la trompe, le péritoine ou ailleurs. Même incision, lorsqu'on veut déterminer la nature tuberculeuse d'un abcès tubo-ovarien. On soupçonne, à la vérité, la spécificité, quand les malades sont des tuberculeuses avérées, mais on ne peut rien affirmer sans l'examen bactériologique des sécrétions utérines, et surtout sans l'étude anatomo-pathologique directe des parties malades, après l'opération. Quant aux salpingo-ovarites parenchymateuses, aux hydrosalpinx, il n'est guère possible d'en poser le diagnostic. La consistance plus ligneuse des unes, la fluctuation des autres sont des signes trop infidèles pour créer plus qu'une présomption. C'est généralement avec les pyosalpingites qu'on les confondra.

(1) BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 475.

(2) PINARD, *Ann. de gyn.*, avril 1889, p. 241, et juillet 1892, p. 1.

(3) TERRIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 245.



les douleurs vives, les poussées de pelvi-péritonite, les troubles de la menstruation consistant plutôt en ménorrhagies qu'en métrorrhagies proprement dites, constitueront une forte présomption en faveur d'une salpingo-ovarite, surtout si ces symptômes s'observent chez une femme de vingt à trente ans. De plus, en cas de lésion des annexes, la tumeur sera plus bosselée, plus irrégulière, plus douloureuse surtout. Enfin, le cathétérisme utérin montrera si la cavité utérine est agrandie, ce qui est la règle dans les fibromes. Il est bien entendu qu'il ne saurait être ici question que de petits fibromes développés dans le ligament large ou sur les côtés de l'utérus. Les grosses tumeurs fibreuses, même quand elles sont kystiques par places, n'ont aucune ressemblance avec les salpingo-ovarites.

Les *kystes de l'ovaire*, au début, peuvent, dans certains cas, provoquer des douleurs et des troubles menstruels qui font croire à la salpingite. Ce sont surtout les kystes papillaires doubles ou les kystes dermoïdes suppurés ou non qui prêtent à pareille méprise. Les *kystes développés dans le ligament large* ne seront guère soupçonnés qu'en l'absence de toute cause de tubo-ovarite. On les reconnaîtra à leur siège spécial, à leur fluctuation. Mais quand la suppuration ou la pelvi-péritonite viennent altérer leur physionomie propre, le diagnostic devient impossible à poser.

Le *corps de l'utérus rétrofléchi* en impose parfois pour une salpingo-ovarite prolabée dans le cul-de-sac de Douglas. Si l'examen ne permet pas de trouver les annexes sur les côtés de l'utérus, l'hystérométrie empêchera toute erreur. Quant au diagnostic d'une salpingite avec une *corne utérine supplémentaire*, il n'est le plus souvent possible, qu'après l'ouverture du ventre<sup>(1)</sup>.

La simple *névralgie ovarienne*, sans substratum anatomique, peut simuler la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire au point de décider le chirurgien à intervenir. Ce sont les mêmes phénomènes douloureux intenses à exaspérations menstruelles, et souvent les mêmes troubles nerveux. Cependant quelques signes, bien étudiés par Charcot<sup>(2)</sup>, permettront le plus souvent de faire le diagnostic. L'ovarialgie s'accompagne généralement d'anesthésie du même côté et d'attaques hystéro-épileptiformes. La douleur est spéciale : la pression progressive provoque une crise hystérique d'intensité variable, tandis qu'une pression énergique fait avorter l'attaque. D'autre part, cette douleur est bien localisée dans l'ovaire; Charcot l'a démontré en suivant, chez une femme enceinte, l'ascension de la zone douloureuse à mesure que se développait l'utérus. Enfin les signes ordinaires de l'hystérie, points hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, etc., devront être recherchés avec soin. Ce qui augmente encore les difficultés, c'est que bien souvent la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire évolue chez des nerveuses dont elle aggrave encore l'état. On conçoit donc que certains auteurs<sup>(3)</sup> aient voulu établir une relation de cause à effet entre l'altération microkystique de l'ovaire et l'hystérie. De là à proposer la castration comme traitement de l'hystéro-épilepsie, il n'y avait qu'un pas. Malheureusement, les déceptions ont été trop nombreuses pour ne pas s'ingénier à bien rechercher les lésions de l'ovaire avant de songer à la castration, et, comme l'a justement observé Bouilly, savoir ainsi reconnaître la part qu'il faut

(1) E. NITOT, *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 1891, n° 9, p. 218.

(2) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 525.

(3) TILT, *Obst. transact.*, 1850, vol. XV, p. 102. — HEGAR, *Arch. für Gyn.*, 1886, p. 29.

attribuer aux lésions ou au nervosisme dans la production des douleurs ne peut être, au demeurant, qu'une « affaire de tact et de prudence<sup>(1)</sup> ».

Notons enfin que la *grossesse extra-utérine*, à son début, possède pour seuls caractères différentiels : la suppression des règles, le ramollissement du col et l'augmentation de volume de l'utérus. C'est en un mot *une salpingite avec des symptômes de grossesse*, et les erreurs doivent être, par conséquent, fréquentes à la période de début. Le déplacement précoce de l'utérus, l'apparition des symptômes douloureux et des troubles de défécation ou de miction dans le cours du deuxième mois, sont à la vérité des signes dont l'analyse peut être instructive; mais, comme l'a dit Pinard<sup>(2)</sup>, la grossesse extra-utérine se présente sous des aspects si variés et si peu connus encore, qu'en bien des cas, il est « sinon impossible, du moins extrêmement difficile » de la reconnaître. Plus tard, il va de soi que le diagnostic s'impose ou devient tout au moins beaucoup plus aisé.

En présence d'une lésion inflammatoire des annexes, est-il possible d'affirmer la nature de la tumeur? A ce point de vue, l'accord est unanime; on se trompe fréquemment, 1 fois sur 4, dit Terrier.

L'*ovaire scléro-kystique*, outre les troubles fonctionnels sur lesquels je viens d'insister, se présente à l'exploration combinée comme un petit corps ovoïde, généralement prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, de consistance dure, irrégulière, très souvent adhérent et toujours extrêmement douloureux. Les *salpingites kystiques* seront reconnues à leur volume. On peut admettre, avec Terrillon, que toute tuméfaction des annexes, dont le volume dépasse celui d'un œuf, contient un liquide quelconque, pus, sang ou sérosité. L'*hémato-salpinx* sera soupçonné : si la lésion est unilatérale; si la tumeur s'est manifestée après un retard menstruel; si la malade a été prise subitement d'une métrorrhagie; si l'utérus est augmenté de volume et le col ramolli. Le *pyosalpinx* sera indiscutable, si la pression de la tumeur provoque un écoulement de pus par l'utérus; mais c'est là un fait exceptionnel. En règle générale, on sera conduit à diagnostiquer la purulence par les commémoratifs, l'évolution fébrile, les poussées aiguës. Encore faut-il ajouter que les erreurs n'en restent pas moins fréquentes; car, en maintes circonstances, on peut très bien trouver du pus et même beaucoup de pus dans les annexes, sans qu'il existe la moindre réaction générale révélatrice. La ponction exploratrice elle-même n'est point ici le guide infailible dont on se plaît trop souvent à vanter les vertus plus que douteuses; car, suivant une remarque de Terrier<sup>(3)</sup>, lorsqu'elle ramène du pus, rien ne prouve qu'il soit dans l'ovaire, la trompe, le péritoine ou ailleurs. Même indécision, lorsqu'on veut déterminer la *nature tuberculeuse* d'un abcès tubo-ovarien. On soupçonne, à la vérité, la spécificité, quand les malades sont des tuberculeuses avérées, mais on ne peut rien affirmer sans l'examen bactériologique des sécrétions utérines, et surtout sans l'étude anatomo-pathologique directe des parties malades, après l'opération. Quant aux *salpingo-ovarites parenchymateuses*, aux *hydrosalpinx*, il n'est guère possible d'en poser le diagnostic. La consistance plus ligneuse des unes, la fluctuation des autres sont des signes trop infidèles pour créer plus qu'une présomption. C'est généralement avec les pyosalpingites qu'on les confondra.

(1) BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 475.

(2) PINARD, *Ann. de gyn.*, avril 1889, p. 241, et juillet 1892, p. 1.

(3) TERRIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 245.



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 résolutives, 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.