

en quelques heures par une douleur vive à localisation maxima au niveau des annexes et coupée de crises paroxystiques. En même temps, le ventre se ballonne, des nausées ou des vomissements surviennent, le pouls s'accélère, mais reste plein; la température s'élève, mais ne dépasse guère 38°,5 ou 39°.

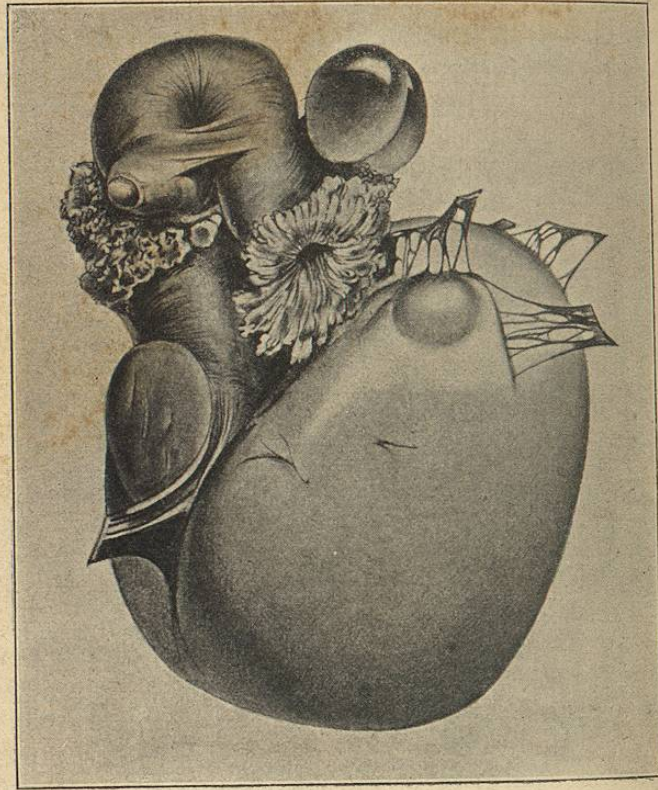


Fig. 206. — Abscès primitifs de l'ovaire (d'après Howard A. Kelly).

Cet état demeure tel, avec des alternatives, pendant quatre à quinze ou vingt jours, rarement davantage, puis s'améliore; la malade peut reprendre ses occupations, mais elle reste touchée et l'annexite chronique évoluera sans doute sous une forme simple.

2° A la suite d'un avortement, d'un accouchement, d'un traumatisme septique, opératoire ou non, sur l'utérus ou le vagin, la malade est saisie d'un frisson; le ventre devient tendu et douloureux et les symptômes ci-dessus exposés se succèdent, mais bien plus intenses. Le pouls est plus rapide et surtout plus faible, les vomissements, bilieux; le thermomètre peut atteindre et dépasser 40°; la rémission surviendra sans doute, mais plus lente et plus tardive,

au bout de un, deux, trois mois et plus, et laissera des lésions plus profondes.

b. Le début insidieux est plus fréquent, d'autant que les infections génitales aiguës sont de mieux en mieux soignées et que les accidents puerpéraux deviennent de plus en plus rares. Au cours d'une métrite chronique, les côtés du bassin, le gauche souvent seul ou le premier, deviennent sensibles à l'approche des règles, à l'occasion d'une fatigue. Cette sensibilité, d'abord fugace, se reproduit plus souvent, dure plus longtemps, mais sans arrêter la vie normale de la malade et sans provoquer de fièvre appréciable. Si on l'examine alors, on trouve quelque'un des signes que nous analyserons plus loin et qui démontrent que c'est bien la trompe qui est prise, en continuité avec l'utérus; l'ovaire ne le sera que plus tard.

Constituée et chronique, la lésion se traduit par des symptômes fonctionnels et des signes physiques, les uns et les autres variables pour chaque forme.

**Symptômes fonctionnels. — Douleur.** — La douleur siège au niveau des annexes, latéralement par rapport à l'utérus et, profondément, en arrière de l'arcade crurale: elle est unilatérale ou bilatérale et, dans ce cas, souvent plus ancienne et plus intense à gauche, quelquefois même lorsque les lésions semblent plus marquées à droite, *douleur paradoxale* (Labadie-Lagrave). Elle s'irradie vers les lombes et la cuisse, parfois jusqu'au-dessous du genou, vers l'articulation sacro-iliaque (Bouilly), vers le sacrum et le coccyx, souvent aussi au rectum et à la vessie, et subit des exacerbations du fait des alternatives de volume de ces organes. La douleur est spontanée ou provoquée par le mouvement, le coït, le toucher, certaines attitudes; elle est intermittente ou plutôt continue avec exacerbations, prenant parfois le caractère de *coliques salpingiennes*. Il est souvent difficile de différencier celles-ci des coliques utérines, à moins qu'elles ne soient suivies d'un écoulement extérieur, d'une *vomique salpingienne*. Kaltenbach, Léopold ont insisté sur ce dernier phénomène qu'ils expliquent par une contraction des parois hypertrophiées de la trompe. Cette *profluence* ne s'observe guère que dans quelques cas d'hydrosalpinx ou d'endosalpingite récente, parfois de pyosalpingite; elle est assez rare, bien que signalée assez souvent et que nous en ayons observé plusieurs cas très nets; mais il faut, pour l'affirmer, qu'elle coïncide avec la disparition ou une diminution notable de la tumeur. La douleur est très variable d'intensité; nulle quelquefois, elle est, dans d'autres cas, assez vive pour influencer sur l'attitude et la démarche. Elle n'est d'ailleurs nullement en rapport avec l'étendue apparente des lésions: de gros hydro- et même pyosalpinx sont parfois indolents et de petites annexes, scléreuses et atrophiées, provoquent des souffrances intolérables.

Plus spéciale à l'ovarite est la douleur *exquise*, nauséuse à ten-



dance lipothymique, provoquée par l'examen, plus vive lorsqu'on retire la main, exagérée à l'occasion des règles et en rapport avec un nervosisme plus accentué. La douleur propre à l'annexite s'associe toujours, dans une certaine mesure, aux douleurs utérines de la métrite, de sorte que la malade souffre de tout son bassin et l'on observe parfois une recrudescence des sensations pénibles vers le milieu de la période intermenstruelle (*mittelschmerz* des Allemands).

*Troubles de la menstruation.* — Ces troubles s'observent dans plus d'un tiers des cas, qu'ils relèvent de la lésion annexielle ou de la métrite correspondante, et sont très variables. Au début et pendant les poussées subaiguës ou aiguës, il peut y avoir de l'aménorrhée; tardivement, lorsque dominant la sclérose et l'atrophie, de l'oligoménorrhée. Le plus souvent, ils consistent en troubles de périodicité, avances, ménorragies et même métrorragies. Ces troubles, d'après Bouilly, qui les a bien observés, seraient plus en relation avec les lésions ovariennes. Puech a signalé comme plus spéciale à l'hématosalpinx l'aménorrhée distillante, c'est-à-dire un écoulement continu, mais peu abondant.

La leucorrhée n'a rien de caractéristique et relève plutôt de l'endométrite ou de la cervicite. Elle n'est significative que lorsqu'elle consiste en un écoulement subit, intermittent et assez copieux de mucus fluide ou de pus suivi d'une diminution de la tumeur.

La stérilité n'est pas fatale lors d'annexite unilatérale, et même il n'est pas exceptionnel de voir survenir une grossesse en cas de bilatéralité des lésions, au moins à une période éloignée du début. Fraipont l'a observée douze fois après des lésions suppurées. Combien de femmes, après des accidents pelviens des premières semaines du mariage ou des suites d'une première couche, restent stériles pendant cinq, huit, dix ans et finissent par avoir la surprise d'une conception inattendue! On peut dire cependant, d'une manière générale, que la salpingo-ovarite est une des causes de stérilité les plus fréquentes et les moins curables et, dans ce cas, elle est plutôt imputable aux lésions, aux déviations de la trompe qu'à l'ovarite, car l'ovulation n'est que bien exceptionnellement abolie d'une façon complète.

*Troubles fonctionnels voisins et à distance.* — Indépendamment des irradiations douloureuses proprement dites dont ils peuvent être le siège, les organes voisins peuvent être directement influencés par le processus inflammatoire. C'est ainsi que la rectite glaireuse, si pénible, accompagne souvent les poussées aiguës et la formation des adhérences. On observe encore la colite muco-membraneuse, qui, pour certains auteurs, serait secondaire à l'infection utéro-annexielle propagée par les lymphatiques, la parésie intestinale et la constipation, qui est à peu près constante, l'irritation vésicale, ischurie plu-

tôt que cystite vraie, à moins d'urétrite récente, etc. La marche, le coït, la station debout sont pénibles et le système nerveux subit toujours, à un certain degré, la répercussion de la maladie : neurasthénie, migraines, anorexie, névralgies diverses : sciatique, crurale, intercostale, coccygodynie, etc. Enfin, chez les sujets prédisposés, l'annexite, surtout l'ovarite, peut être l'agent provocateur de l'hystérie à ses divers degrés et de différentes psychoses : mélancolie, manie surtout. Les auteurs américains ont particulièrement étudié cette relation et ont fourni, à cet égard, des constatations et des statistiques intéressantes (Weir Mitchell, Etheridge, Eastman, Humiston, Scherwood, Dunn, etc.).

*Signes physiques.* — Ils résultent des modifications de siège, de volume, de sensibilité à l'examen des organes malades et se perçoivent par les moyens ordinaires d'investigation pelvienne, particulièrement par l'exploration bimanuelle. Le palper seul, en effet, ne peut limiter que de très grosses lésions en rapport avec la paroi abdominale. Il peut cependant renseigner sommairement sur le siège maximum de la douleur, sur le degré de tension et de sensibilité de l'abdomen en relation avec la réaction péritonéale.

De même, le toucher seul ne peut donner que l'indication superficielle de la direction, du degré de mobilité et de sensibilité de l'utérus, de l'état des culs-de-sac : il fait constater le relief que peut faire, en arrière ou latéralement, une tuméfaction inflammatoire, enkystée ou non ; mais, dans tous les cas, il est bien préférable de recourir au palper et au toucher combinés.

La malade est étendue sur le dos, la tête basse, les cuisses relevées et écartées sur le bord gauche du lit pour l'exploration du côté gauche, et inversement, ou mieux, sur une table gynécologique, dans la position de la taille. L'intestin a été préalablement évacué et le vagin nettoyé. On se sert, pour le toucher, de la main correspondant au côté des lésions, c'est-à-dire, droite pour les annexes droites, gauche pour le côté gauche. L'index seul ou l'index et le médius sont conduits doucement au fond du cul-de-sac postérieur en déprimant sans violence la paroi vaginale inférieure. En même temps, la main abdominale, les doigts légèrement fléchis, se place au-dessus du pubis et déprime doucement, progressivement, mais profondément, la paroi hypogastrique, de manière à percevoir le fond de l'utérus, puis elle se porte vers la corne utérine en allant à la rencontre des doigts vaginaux qui, de leur côté, se sont déplacés latéralement. Les organes, circonscrits de la sorte, s'offrent autant qu'il est possible à l'analyse : à moins de parois trop épaisses ou trop sensibles, de modifications trop légères ou, au contraire, trop complexes des tissus, il est généralement possible, avec un peu d'expérience, de limiter, de localiser et de définir les lésions.



Nöggerath a conseillé d'employer le toucher vésico-rectal ; mais ce moyen d'investigation ne pourrait être conseillé que fort exceptionnellement. Il n'en est pas de même du *toucher rectal* qui, seul ou combiné au palper, donne, non seulement chez les vierges, mais dans d'autres circonstances, de précieux renseignements. Enfin, il ne faut pas hésiter, dans les cas douteux, à recourir à l'anesthésie générale : l'importance d'une décision opératoire à prendre légitime de reste l'emploi de ce moyen de diagnostic. On se sera renseigné préalablement sur le symptôme *douleur*.

Les signes objectifs varient nécessairement avec le siège, l'étendue, la modalité, les complications des lésions. Au début d'une endosalpingite, comme dans les vieilles annexites, il est parfois difficile d'apprécier les modifications survenues, ou même de percevoir les organes qui sont à peine augmentés de volume ou atrophiés. Lors d'une poussée aiguë, avec retentissement sur la séreuse et le tissu cellulaire, ou dans les inflammations annexielles compliquées d'adhérences étendues, il n'est pas toujours facile de reconnaître la trompe et l'ovaire. Le doigt vaginal perçoit seulement, à travers les culs-de-sac qui ont perdu leur souplesse, une tuméfaction régulière ou bosselée, de consistance inégale, sans qu'il soit possible de différencier ces organes de la gangue inflammatoire qui les englobe.

Dans les cas ordinaires, la trompe donne au doigt des sensations différentes, suivant qu'elle contient, ou non, du liquide. Vide, elle représente, au début, un cordon du volume d'un crayon, plus ou moins bosselé, souple encore, sensible ou douloureux à la pression et qui se porte, de la corne utérine, latéralement ou en arrière, en contournant parfois l'ovaire. Un sillon la sépare de l'utérus. Ces signes sont souvent exagérés au moment des règles (Dolérís, M. Duncan, Lebedeff), grâce à une turgescence momentanée des tissus.

Dans les formes *parenchymateuses*, le cordon est moins souple, bosselé, dur, moniliforme.

Les *collections* tubaires se présentent au doigt sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie, oblongue, régulière ou mamelonnée, séparée de l'utérus par une dépression de grande valeur diagnostique. La consistance varie avec la nature du contenu et l'épaisseur des parois, souvent recouvertes de fausses membranes stratifiées ; mais il est rare qu'on puisse percevoir nettement la fluctuation, sauf dans certains cas d'hydrosalpinx ou de pyosalpinx volumineux, soit à cause de l'extrême tension du liquide, soit à cause de l'épaisseur des parois. L'ovaire se reconnaît à sa forme, à sa sensibilité particulière, et il est assez souvent possible de discerner le relief des microkystes par l'exploration bimanuelle.

**Marche et complications.** — La salpingo-ovarite de virulence moyenne, gonococcienne ou banale, s'accompagne toujours, au

début, d'une réaction péritonéale plus ou moins vive. Au bout de quelque temps, tout s'apaise et on reste surpris de ne plus trouver traces des grosses tuméfactions constatées tout d'abord. La *restitutio ad integrum* peut être complète et même définitive. Mais ordinairement, il survit *quelque chose* d'une première atteinte et la lésion devenue chronique, silencieuse longtemps, se révélera plus tard par des poussées aiguës ou subaiguës. Celles-ci sont-elles dues à un réveil de l'infection première ou à une nouvelle invasion microbienne partie du foyer utérin persistant ? Quoi qu'il en soit, ces poussées, provoquées par les règles, une fatigue, etc., sont légères et terminées en quelques jours, ou plus graves et aboutissant à d'irréparables lésions : enkystement d'une salpingite ouverte, suppuration d'une endosalpingite catarrhale ou d'un hydrosalpinx, invasion plus étendue du péritoine. Leur répétition fait des malades de fragiles infirmes condamnées à l'immobilité jusqu'à la ménopause ou jusqu'à la sclérose définitive des organes, à moins qu'une intervention heureuse ou une complication grave ne vienne à rompre le cycle.

Parmi les complications, la *rupture* dans la grande séreuse est la plus redoutable. Rare, heureusement, elle se produit par ulcération de la paroi d'un pyosalpinx, par exemple : elle peut être provoquée par une chute, une exploration trop brutale, l'abaissement de l'utérus. Il en résulte une péritonite généralisée rapidement mortelle, s'il s'agit de pus septique. En cas de rupture d'hydrosalpinx ou d'hématosalpinx stériles, le danger est moindre : tout se borne à une réaction péritonéale plus ou moins intense ou à l'apparition d'une hématocele si le contenu du kyste était hémalique.

La rupture se fait plus souvent, soit dans le mésosalpinx et dans le tissu cellulaire, soit dans le péritoine pelvien cloisonné, et il en résulte une de ces formes complexes de suppurations pelviennes sur lesquelles nous aurons à revenir.

Si la salpingite est volumineuse ou refoulée en avant par une tumeur, elle peut contracter des adhérences avec la paroi abdominale, former en arrière de celles-ci un *gâteau inflammatoire* auquel participe l'épiploon et s'ouvrir à l'extérieur (Terrillon, Veit). On a dès lors à compter avec les conséquences possibles d'une suppuration ouverte.

C'est dans l'*intestin*, le *rectum* surtout, que se produit bien plus fréquemment la rupture des collections annexielles purulentes. L'ouverture est précédée des phénomènes douloureux de la colite ou de la rectite glaireuse et suivie d'une détente dans les symptômes généraux et locaux. Deux éventualités peuvent alors se produire : ou bien l'ouverture est large et directe, il s'écoule un flot de pus et l'évacuation peut en être totale et définitive ; ou bien, l'orifice de communication est étroit et son trajet sinueux, la collection se vide mal, se réinfecte indéfiniment et les malades aboutissent à l'hecticité.

L'ouverture par le *vagin*, moins fréquente et plus favorable,



permet un drainage plus facile et suffit parfois à amener la guérison.

Plus rarement, la rupture se fait dans la *vessie* (Pierre Delbet, Terrillon, Reverdin), ou à la fois dans la *vessie* et l'*intestin*; il en résulte de la pyurie, de l'irritation vésicale plutôt que de la cystite, des fistules interminables et une aggravation de l'état des malades. C'est surtout l'infection à streptocoques, dont la marche est ulcéralive et rapide, qui prépare ces complications.

La *torsion du pédicule*, accident assez rare, a été observée par Bd. Sutton, Pierre Delbet, Legueu, Strogonoff, Warneck, Jacobs, etc. Hartmann (1) en a personnellement rencontré 14 cas et en a fait une étude particulière. La torsion, dit-il, porte sur la trompe seule (7 fois) ou sur la trompe et l'ovaire (5 fois), va généralement dans le sens des aiguilles d'une montre et s'est produite plus fréquemment à droite (10 fois) qu'à gauche (4 fois). Le nombre des tours varie de 1 à 4 et Rouffart a observé un cas de rupture complète.

La torsion est de pathogénie obscure et suppose un pédicule long et mince, une inégalité de traction, une mobilité particulière de la tumeur. Anatomiquement, il en résulte des hémorragies dans la cavité et dans les parois : les veines sont thrombosées, mais on peut trouver des artères encore perméables.

Cet accident se signale par des symptômes brusques et violents, simulant ceux de l'appendicite aiguë ou de l'occlusion intestinale, ou bien procède par crises successives ressemblant à des coliques néphrétiques. Dans tous les cas, il est suivi de phénomènes passagers de pelvi-péritonite et d'une augmentation plus ou moins appréciable du volume de la tumeur annexielle.

Rappelons enfin que le contenu des collections peut se transformer, comme nous l'avons vu; qu'un hydro- ou un hématosalpinx peut devenir purulent et que, inversement, le pyosalpinx peut devenir hématique par ruptures vasculaires, ou hydrique par résorption des parties solides du pus; enfin, que la stérilisation se produit naturellement, au bout d'un certain temps, dans les cavités closes.

**Diagnostic.** — Le diagnostic s'établit autant sur les commémoratifs, sur le mode de début et la marche de la maladie, sur les sensations subjectives de la malade, que sur la constatation directe des signes physiques.

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.** — La *métrite* a précédé ou accompagne ordinairement la salpingo-ovarite et donne lieu à des symptômes similaires, d'autant plus qu'elle provoque souvent une répercussion congestive et douloureuse sur la trompe. A un examen trop sommaire, on pourrait donc supposer à tort ou méconnaître l'existence de l'annexite. Dans la métrite, lorsqu'elle est aiguë, la douleur est quelquefois *subite* et intense, au point de simuler la rupture d'une

(1) HARTMANN, *Soc. d'obst., de gynéc. et de péd.*, 2 févr. 1900.

poche ou la torsion d'un pédicule; cependant, elle est plus médiane, plus localisée sur le corps et le fond de l'utérus. L'écoulement cervical a ses caractères propres et peut être constaté directement. Les règles, en cas d'endométrite chronique du corps, sont généralement plus abondantes, avancent et traînent. L'utérus est mobile et les culs-de-sac libres. S'il n'en est pas ainsi, il est probable que la métrite est compliquée de lésions annexielles.

La *rétrodéviatio*n et, en particulier, la rétroflexion, peut induire en erreur au simple toucher. Si elle est mobile, la réduction préalable permet d'explorer plus soigneusement les culs-de-sac et de s'assurer de leur vacuité. Si elle est adhérente, il est bien probable que les annexes ont été enflammées antérieurement ou le sont encore, et que la déviation est secondaire à leur lésion.

C'est dans ces cas spécialement que le signe de la rétrodéviatio n utérine indiqué par Le Dentu fournit des renseignements précieux. Ce signe consiste dans la constatation, au fond du cul-de-sac postérieur du vagin, de la crête médiane et verticale qui normalement fait relief sur la face postérieure de l'utérus. Pour qui en a l'habitude, la recherche de cette crête est des plus simples.

Le *prolapsus simple des annexes* peut s'observer dans le relâchement pelvien général et on peut les atteindre facilement à travers le cul-de-sac postérieur ou latéral du vagin. Mais, en pareil cas, elles ne sont pas douloureuses au toucher, bien que parfois sensibles du fait de l'état congestif qu'entraîne leur déplacement : elles sont mobiles, réductibles, et ont conservé leur forme et leur volume. Douloureuses, elles sont sans doute le siège d'un processus inflammatoire.

De petits *fibromes* sous-péritonéaux de la paroi postérieure de l'utérus, parfois sensibles à la pression, peuvent faire saillie dans le cul-de-sac postérieur ou le ligament large et en imposer pour une annexite. Mais la tumeur est plus sphérique et plus régulière, sa consistance plus également ferme. La pression n'éveille pas une douleur aussi vive, non plus que la marche et la fatigue. L'histoire de la maladie est différente. Il peut y avoir aussi des troubles menstruels et des hémorragies, mais, en cas de fibrome, la cavité utérine est allongée, comme on peut s'en rendre compte par l'hystérométrie.

Dans l'*hématocèle rétro-utérine* ancienne, comme dans les annexites compliquées de pelvi-péritonite, l'utérus est immobilisé, repoussé en avant et le cul-de-sac de Douglas occupé par une masse dure. Le diagnostic se fera surtout par l'analyse rétrospective des symptômes, par le mode de début, dramatique dans l'hématocèle, avec ses douleurs violentes, lipothymiques, etc.

Les *entéroécèles vaginales* peuvent devenir adhérentes et Doléris a attiré l'attention sur la confusion qui peut en être faite avec des annexes prolabées et malades. Outre que l'adhérence de l'entéroécèle