semble, comme il est naturel, et les ovarites purulentes ne se rencontrent guère qu'avec des pyo-salpinx. Il est également très commun de voir les lésions de la trompe plus considéra-

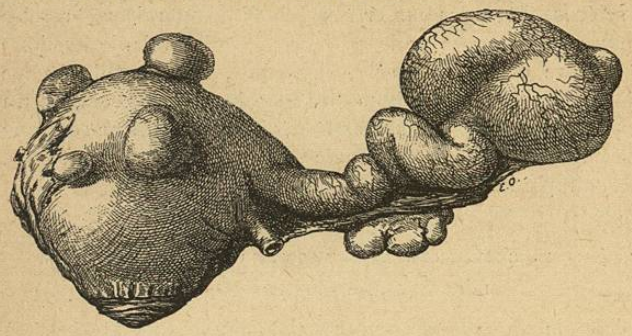

Fig. 47.
Pyosalpinx gauche, enlevé avec l'utérus, sur lequel on voit de petits fibromes sous-séreux (d'après Kelly).

bles que celles de l'ovaire, ce qui se comprend à merveille, si

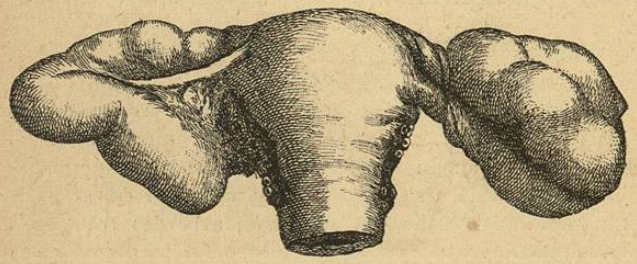

Fig. 48.
Double pyosalpinx (d'après Kelly).

on songe que a trompe est prise la première dans la marche de l'infection.

Celle-ci d'ailleurs n'agit pas que sur les annexes : elle s'étend souvent aux organes voisins, en déterminant avec eux des *adhérences* dont l'importance est grande au point de vue opé-

ratoire, car ce sont elles qui constituent, par leur présence, la

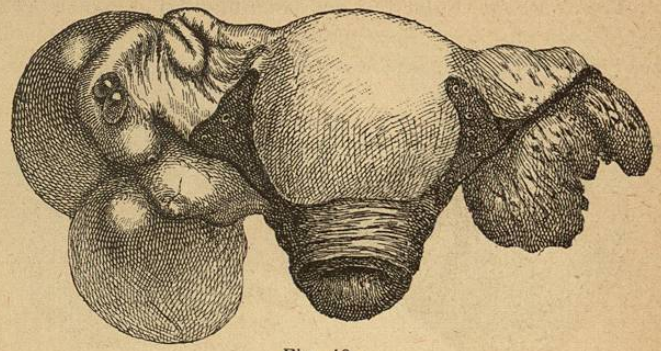

Fig. 49.
Double pyosalpinx avec pelvi-péritonite (d'après Kelly).

difficulté principale et le plus grand danger dans la cure chirurgicale des suppurations annexielles.

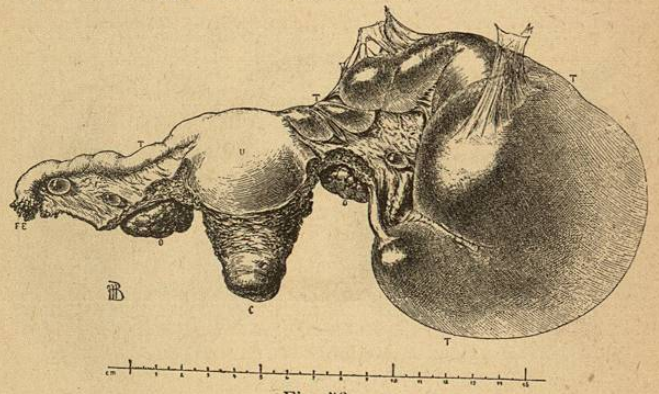

Fig. 50.
Volumineux hydrosalpinx gauche avec nombreuses adhérences (Hystérectomie abdominale). (Kelly.)

Ces adhérences sont ici ce qu'elles sont partout ailleurs dans le péritoine, une conséquence directe de l'irritation de la sé-

reuse sous l'influence de l'infection gagnant de proche en proche.

Elles peuvent souder les annexes à tous les organes voisins

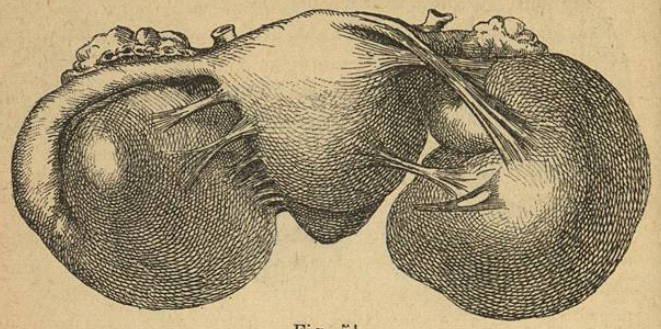

Fig. 51.
Double hydrosalpinx. Adhérences (KELLY).

et unir entre eux ces organes eux-mêmes de la façon la plus

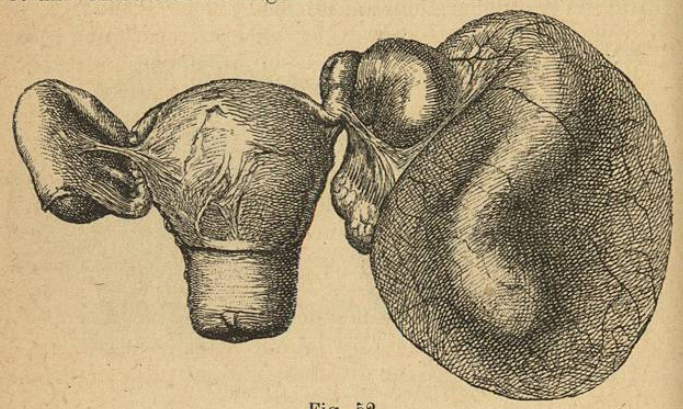

Fig. 52.
Double hydrosalpinx (Hystérectomie abdominale), (d'après KELLY).

étroite. Nous avons déjà vu comment la trompe et l'ovaire malades peuvent être soudés l'un à l'autre. De même ils peuvent

adhérer à l'utérus et se coller sur son fond, ou, plus fréquemment, sur sa face postérieure.

Bien souvent aussi, les deux trompes, prolabées dans le cul-de-sac de Douglas et augmentées de volume, s'appliquent l'une contre l'autre et semblent même se fusionner.

Les adhérences avec le péritoine pelvien sont des plus communes. C'est la séreuse qui tapisse la cavité de Douglas qui en présente le plus ordinairement. Il y a bien souvent une union intime de la presque totalité du péritoine pelvien avec les annexes malades. Et la raison en est bien simple. Lorsqu'une trompe prolabée dans le cul-de-sac de Douglas vient à augmenter de volume, elle peut remplir complètement ce cul-de-sac et se mouler pour ainsi dire sur lui, de sorte que le péritoine pelvien est partout en contact avec le péritoine qui recouvre la trompe kystique. Dans les hydrosalpinx et les lésions non septiques, les choses peuvent en rester là. Mais dans les cas où la trompe est infectée, les deux feuillets en contact peuvent se souder sur toute leur étendue, si bien qu'après extraction de la poche tubaire, le péritoine pelvien déchiré, emporté par endroits, dépoli un peu partout, a perdu son aspect séreux sur toute sa surface.

Les adhérences avec les parois du cul-de-sac de Douglas sont surtout intimes vers le fond de ce cul-de-sac et au niveau des fossettes sous-ovariennes. Les adhérences avec le rectum sont parmi les plus importantes. Elles sont souvent très fortes. La situation du rectum, qui se met immédiatement en contact avec les annexes, et sur une étendue d'autant plus grande que celles-ci sont plus augmentées de volume, explique suffisamment cette particularité, qu'il ne faut jamais oublier lors de l'extirpation des annexes, si l'on veut éviter des déchirures du rectum qui, dans les cas difficiles, ne sont pas extrêmement rares.

Les adhérences avec l'anse oméga et le côlon pelvien sont surtout fréquentes du côté des annexes gauches, tandis que les annexes droites entrent plutôt en contact avec l'appendice et quelquefois avec le cæcum, ce qui est relativement rare.

Les adhérences avec l'épiploon sont très communes.

Il en est de même avec l'intestin grêle. Ce dernier organe vient reposer directement sur les annexes. On comprend donc facilement comment, lorsque celles-ci sont malades, une ou plusieurs anses grêles peuvent leur adhérer tout en se fusionnant ensemble.

Enfin dans les cas où les annexes se portent en avant, ce qui d'ailleurs est exceptionnel, il peut y avoir des adhérences avec la face supérieure de la vessie. Avec l'uretère elles sont tout à fait exceptionnelles et d'ailleurs ne peuvent se faire que par l'intermédiaire du péritoine pelvien qui le recouvre.

Ces adhérences sont d'une épaisseur et d'une solidité très variables, qui dépendent de l'intensité de l'infection et de la réaction qui tend à la limiter, et aussi de l'ancienneté de leur production.

Les adhérences très récentes sont fragiles, légères, ressemblant parfois à de minces toiles d'araignées, et le moindre effort suffit à séparer les organes qu'elles unissent.

Plus tard elles s'épaississent, s'organisent, deviennent solides et résistantes, si bien qu'il est impossible de séparer sans les rompre les viscères qu'elles rapprochent. Mais cette résistance est loin d'être proportionnelle à l'ancienneté de la lésion, car si, lorsque certaines lésions anciennes tendent vers la guérison, on peut voir les adhérences s'organiser en tissu fibreux, cicatriciel et permanent, on peut aussi, et dans des cas très nombreux, en voir qui s'atrophient peu à peu et disparaissent complètement.

La fusion des organes adhérents peut être complète. Bien plus, il peut y avoir une résorption véritable des parois de certains d'entre eux, du rectum par exemple, sous l'influence de la marche des collections purulentes annexielles. Lorsqu'une trompe volumineuse et remplie de pus adhère au rectum, le pus tend à se faire jour vers la cavité. Peu à peu la paroi rectale s'amincit; les fibres musculaires peuvent disparaître, la muqueuse elle-même se perforer. Il n'y a plus alors simple adhérence, il y a communication entre la cavité salpingienne et la lumière intestinale.

Ces cas ne sont pas rares, mais il est beaucoup plus fréquent

de voir la paroi rectale simplement amincie et ayant perdu sa solidité. Aussi, au cours de la séparation des adhérences pendant l'opération, cette paroi, moins solide que les adhérences, pourra-t-elle se déchirer, et l'intestin sera ouvert.

Les adhérences séreuses jouent parfois un autre rôle. Elles sont extrêmement riches en lymphatiques, et par ce réseau de nouvelle formation de larges communications s'établissent entre les lymphatiques des poches annexielles et les lymphatiques des organes voisins. Lorsque cet organe adhérent est le rectum ou l'intestin grêle, des éléments microbiens qui y sont contenus peuvent ainsi, par les lymphatiques, passer dans la poche tubaire, et il ne faut pas chercher d'autre origine aux infections annexielles par le bactérium coli, qui sont des plus fréquentes.

On comprend donc qu'à la suite des infections tubo-ovariennes il puisse y avoir, dans le petit bassin, des lésions dont l'aspect présente une variété infinie, et parmi les cas innombrables de cette affection si commune, dès que les lésions sont un peu avancées, il n'en est certainement pas deux qui soient superposables. Tout peut se rencontrer, et tout se rencontre en effet, depuis les lésions simples de certaines salpingites blennorrhagiques où les trompes sont à peine rouges, un peu augmentées de volume, où l'ovaire peut paraître sain ou recouvert à peine de quelques légères adhérences, jusqu'aux lésions effroyables des grandes suppurations pelviennes dans lesquelles le bassin tout entier est rempli d'une masse informe, où sont perdus sous un feutrage d'épaisses adhérences tous les organes pelviens unis les uns aux autres, où les anses grêles et l'épiploon, le rectum, l'utérus et les poches tubaires forment un bloc épais dans lequel toute anatomie disparaît, tout point de repère devient illusoire, et où le chirurgien, qui doit se reconnaître parmi ces mille sensations qui échappent à toute analyse, n'a plus d'autre guide que la délicatesse de son toucher et la précision de son regard.

Symptômes. — Le plus souvent la salpingo-ovarite se développe sournoisement et ses premiers symptômes restent

confondus avec ceux de l'infection utérine qui lui donne naissance. Elle ne survient guère, en effet, que chez quelque malade en puissance de métrite, ou chez laquelle ont apparu, à la suite d'une couche régulière ou prématurée, des accidents puerpéraux. Dans ce cas, il est vrai, le développement de la salpingite est, d'ordinaire, plus rapide, mais la ligne de démarcation entre les phénomènes d'infection tubaire et les phénomènes d'infection utérine n'en est pas moins des plus confuses.

Cependant, dans ces conditions, comme aussi au cours de certaines infections génitales aiguës, comme l'infection blennorrhagique, on peut voir survenir de véritables salpingites aiguës, et Delbet[1] cite des observations dans lesquelles on a rencontré des collections tubaires volumineuses très peu de temps après l'apparition de l'infection première qui les avait provoquées. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

En règle générale, au moment où l'on constate pour la première fois des signes d'inflammation tubo-ovarienne, les malades se plaignent déjà depuis un temps plus ou moins long de quelque métrite rebelle. L'extension aux trompes des phénomènes d'infection utérine se traduit en général par une recrudescence ou une aggravation des *douleurs*. Il n'y a pas, à vrai dire, grande différence entre les douleurs de la salpingite et celles qui accompagnent les métrites banales, et l'on rencontre également ici les douleurs dans le bas-ventre, les cuisses et les reins, les pesanteurs du côté de l'abdomen et du périnée, les élancements dans la vessie, le coccyx et surtout le rectum. Mais la douleur tend à se localiser plus nettement sur les côtés de l'utérus, elle s'étend *en largeur*, et c'est la pression dans les régions ovariennes qui la réveille le plus sûrement.

Ces douleurs peuvent être quelquefois très violentes et condamner les malades à l'immobilité la plus complète, mais le fait est assez rare, et les malades se plaignent plus souvent de leur constance et de leur ténacité que de leur violence. Elles retentissent en outre sur les divers organes pelviens : la miction, la défécation surtout, peuvent devenir très pénibles et certaines femmes sont obligées de s'interdire tous rapports à cause des douleurs qu'ils provoquent. Les coliques salpingiennes, signalées par Kaltenbach et qui seraient dues à des contractions de la trompe expulsant son contenu par la cavité utérine, et se calmant par le fait même de cette expulsion, sont fort rares, et peut-être leur mécanisme est-il un peu théorique.

[1] *Loc. cit.*, p. 106.

Il peut y avoir aussi des modifications sensibles dans l'intensité des douleurs suivant l'époque à laquelle on les observe. Dans un grand nombre de cas la période menstruelle a, sous ce rapport, une influence défavorable, et beaucoup de femmes, qui pendant leurs règles sont obligées de garder le lit, recouvrent dans leur intervalle une santé presque parfaite.

Il ne faudrait pas croire que ces douleurs soient constantes. Elles existent, il est vrai, le plus ordinairement, mais elles peuvent faire totalement défaut et il n'est pas rare de rencontrer des poches salpingiennes volumineuses qui ne s'accompagnent d'aucune douleur et quelquefois provoquent tout au plus une vague sensation de gêne.

Lorsque la douleur s'accentue et que la salpingite se présente avec des caractères un peu aigus, il est fréquent de voir apparaître la *fièvre*. Celle-ci est surtout marquée lorsque des phénomènes d'infection périsalpingienne viennent s'ajouter à l'infection des trompes.

Lorsque le péritoine pelvien se prend, ce qui est la règle dans les périsalpingites, les absorptions toxiques sont en effet beaucoup plus actives que lorsque la muqueuse tubaire est seule intéressée. Cette fièvre est en général modérée, mais sous l'influence de poussées péritonéales plus actives, elle peut s'élever assez haut et monter jusqu'à 39 et 40°. Elle affecte d'ailleurs l'irrégularité la plus grande et la courbe thermique des femmes atteintes de salpingite est souvent très accidentée.

Dans les salpingites chroniques, qui, en somme, succèdent presque toujours aux salpingites aiguës dont elles sont pour ainsi dire l'aboutissant naturel, la température reste à peu près

normale et la disparition des phénomènes infectieux entraîne la disparition de la fièvre.

Du côté des *règles*, on observe les troubles les plus variés. Elles peuvent être douloureuses, elles peuvent être difficiles et même supprimées; le plus ordinairement elles sont augmentées en abondance et en durée. Bien souvent encore ces ménorragies s'aggravent et se transforment en métrorragies véritables. Mais ce sont là des troubles qui, plutôt qu'à la salpingite, sont dus sans doute à la métrite concomitante. Il en est de même des écoulements leucorrhéiques qui ne présentent aucun caractère spécial. Parfois, cependant, on peut observer un écoulement abondant, presque subit, augmenté par la pression dans la région ovarienne et suivi même d'une diminution ou d'une disparition de la poche salpingienne. Cette sorte de débâcle est due à l'évacuation brusque du contenu de la trompe qui se vide dans l'utérus, et de là dans le vagin. Ce phénomène est cependant très rare.

En somme les *troubles fonctionnels* des salpingites ne diffèrent guère de ceux que l'on rencontre dans les métrites simples. Les douleurs sont cependant, en général, plus accentuées. Mais les cas sont innombrables dans lesquels il est impossible, par le simple interrogatoire de la malade et l'étude des troubles fonctionnels qu'elle présente, de savoir si l'on se trouve devant une simple infection utérine ou un envahissement des annexes.

Seuls les *signes physiques* et l'examen direct permettront de se prononcer.

Certaines salpingites peuvent atteindre un volume tel qu'elles forment une véritable tumeur appréciable au premier coup d'œil. Mais c'est là une particularité qui ne peut qu'induire en erreur, car elle fait immédiatement songer à quelque affection d'un autre ordre, kyste de l'ovaire ou fibrome, tumeurs ordinairement volumineuses.

Plus fréquemment, la simple application de la main sur le bas-ventre permet de sentir une tuméfaction profonde, occupant, en général, un des côtés du petit bassin, dure, résistante et douloureuse à la pression. Rien ne permet au premier abord d'affirmer qu'il s'agit là d'une collection annexielle, que la sensibilité de la tumeur peut faire seulement soupçonner. Ces signes extérieurs sont en réalité sans valeur, tant qu'ils ne sont pas corroborés par des renseignements plus précis. Ceux-ci ne sauraient être fournis que par la combinaison de la palpation abdominale avec le toucher vaginal, en un mot par l'exploration bimanuelle, méthode d'exploration excellente, qu'il faut employer dans tous les cas, sans exception, qui donne les indications les plus exactes, les plus précises, et qui est en même temps la plus simple.

Les renseignements donnés par le toucher varient comme les lésions elles-mêmes, et l'on peut, suivant les cas, trouver des lésions énormes et dont la nature inflammatoire apparaît avec une sorte d'évidence, ou, au contraire, ne percevoir qu'avec difficulté quelques sensations anormales.

Il y a sous ce rapport les plus grandes différences entre les malades. Alors que certaines femmes à paroi abdominale souple et facilement dépressible se laissent examiner avec la plus grande facilité, au point qu'on se rend compte de la situation et du volume des organes comme si on les avait sous les yeux, il en est d'autres, à paroi épaisse, tendue et résistante, chez lesquelles on ne sent à peu près rien, quelque habitude que l'on puisse avoir de ces manœuvres d'exploration.

En règle générale, les salpingo-ovarites se traduisent par quelques symptômes fort simples, faciles à constater dans le plus grand nombre des cas et dont la réunion permet presque d'affirmer la réalité d'une infection des annexes. Ces quelques signes que l'on devra rechercher tout d'abord sont : l'existence de tumeurs, de collections ou plutôt de *masses anormales* péri-utérines, la *sensibilité* plus ou moins vive qu'elles présentent à la pression et enfin l'*immobilité* plus ou moins grande de l'utérus sous l'influence des mouvements communiqués.

C'est ordinairement la *mobilité* de l'utérus qu'il faut rechercher en premier lieu, parce que c'est elle dont il est le plus facile de se rendre compte. Les doigts introduits dans le vagin vont en effet chercher immédiatement le col et reconnaissent

sa situation, son volume et sa consistance. Dès lors, rien n'est plus simple que de lui imprimer des mouvements, soit dans le sens transversal, soit dans le sens antéro-postérieur.

Il est bon, dès ce moment, de chercher au-dessus du pubis le fond de l'utérus, qui est souvent trouvé assez haut, à mi-chemin de l'ombilic, même à l'état normal. Facile à reconnaître chez les femmes maigres et à parois dépressibles, il peut être, au contraire, très difficile à déterminer, pour peu que les femmes soient grasses et contractent leur paroi abdominale. Les mouvements brusques imprimés à l'utérus par la main vaginale, sont souvent d'un grand secours et permettent à la main abdominale de le sentir et de le renvoyer à son tour vers le bas, au contact des doigts vaginaux.

Le *fond de l'utérus* constitue, dans toutes les explorations bimanuelles, un point de repère des plus précieux et qui permet d'orienter, par rapport à lui, les diverses lésions que l'on peut rencontrer dans le petit bassin. La détermination de sa situation permet également d'apprécier assez exactement le *volume* de l'utérus, notion de première importance pour le diagnostic de toutes les lésions utéro-annexielles. Elle permet enfin de se rendre compte de l'état d'antéversion ou de rétroversion de l'organe, et d'éviter ainsi une foule d'erreurs souvent faciles à commettre.

Il est très facile, lorsqu'on a reconnu l'utérus, d'apprécier sa mobilité, et surtout de la distinguer de la simple mobilité du col. Le corps de l'utérus peut être, en effet, absolument fixé par des adhérences situées à son niveau, alors que le col, au-dessous, reste libre et obéit au doigt qui le mobilise. Dans ce cas, qui n'est pas rare, il ne faudrait pas prendre cette simple mobilité du col utérin pour celle de l'utérus entier.

On peut rencontrer tous les degrés dans la recherche de cette mobilité utérine. Et si, bien souvent, on sent une simple résistance aux mouvements de translation ou d'élévation de l'utérus, il arrive fréquemment de sentir la matrice absolument fixée, immobile et comme enclavée dans un bloc massif qui remplit le petit bassin.

La recherche de cette mobilité, les tiraillements et l'ébranlement causés par les mouvements communiqués à l'utérus ont aussi une grande importance. Les déplacements de l'utérus sain ne doivent s'accompagner d'aucune souffrance. Le réveil de douleurs plus ou moins vives, sous l'influence des mouvements communiqués, est une présomption très forte de lésions péri-utérines d'origine inflammatoire.

Mais la recherche la plus délicate et aussi la plus indispensable est celle des *annexes* elles-mêmes. Dans certains cas, et en particulier dans les ovarites simples qui ne s'accompagnent pas d'un changement de volume de la trompe, le toucher peut ne rien donner. Les trompes saines ne peuvent être perçues par le palper bimanuel, sauf dans quelques cas, chez des femmes à ventre très souple et qui se présentent dans des conditions d'examen particulièrement favorables. On peut alors sentir quelquefois, vers la corne utérine, un léger cordon glisser entre la main vaginale et la main sus-pubienne, qui se touchent pour ainsi dire à travers la paroi.

L'ovaire est également bien difficile à sentir dans les conditions normales, et il est presque permis de dire que lorsqu'on sent un ovaire par le toucher vaginal, ce qui est quelquefois possible en l'appliquant contre la paroi latérale du bassin avec l'extrémité des doigts introduits dans le vagin, il y a des chances très sérieuses pour qu'il soit augmenté de volume et peut-être même malade. Les douleurs provoquées, dans ces cas difficiles, ont une importance réelle, et plaident, comme toujours, en faveur d'une affection inflammatoire.

En dehors de ces cas, dans lesquels on ne sent rien, ou à peu près, et qui permettent de soupçonner la salpingo-ovarite plutôt que de l'affirmer, il en est de très nombreux, beaucoup plus nets, dans lesquels les lésions se précisent. Mais les signes sont alors assez différents suivant que les lésions sont haut ou bas situées.

Lorsque les poches salpingiennes sont situées assez haut, étendues entre la corne utérine et les parois du bassin, les culs-de-sac vaginaux peuvent être souples, dépressibles, et c'est seulement en les refoulant le plus possible vers le haut que les doigts vaginaux peuvent percevoir les masses latérales que la

main sus-pubienne empêche de fuir vers l'abdomen. Ces masses haut situées, mal perçues par le vagin, sont souvent accessibles sous la paroi. On les sent près de la corne utérine, mais en général séparées d'elle par une dépression assez profonde qui correspond à la partie interne de la trompe. Celle-ci se dilate en effet aux dépens de sa partie externe. La moitié interne reste donc mince et il y a souvent une sorte de fossé sensible à l'extérieur entre la poche tubaire et le fond de l'utérus.

L'ovaire ne peut, en général, être perçu séparément. Dans quelques cas, il est transformé en un kyste purulent qui peut se surajouter à la trompe, mais il est très difficile de faire la part de ce qui revient à l'un ou à l'autre organe.

Le volume des annexes malades peut être très variable : il donne la sensation d'une grosse noix, d'un œuf, d'une orange, quelquefois même d'une tête de fœtus.

Presque toujours, d'ailleurs, les poches salpingiennes sont moins volumineuses qu'elles ne le paraissent. A cette apparence trompeuse, il y a deux raisons principales. D'abord le diamètre de la poche, dont on se rend compte en appréciant la distance qui sépare les deux mains exploratrices, paraît plus grand qu'il ne l'est en réalité et doit être diminué de l'épaisseur de la paroi abdominale, et de celle des tissus qui séparent le cul-de-sac vaginal de la tumeur elle-même. Il faut donc, dans chaque cas particulier, faire une sorte de correction mentale qu'une certaine habitude permet d'établir avec assez de précision. En outre, il y a presque toujours, autour des annexes malades, des tisssus indurés, des fausses membranes, des couches infiltrées qui donnent à la main qui les explore une sensation analogue à celle que donne la poche kystique elle-même. Celle-ci semble donc plus volumineuse de toute l'épaisseur des tissus périphériques infiltrés. Et l'on est souvent tout surpris, lors de l'opération, de ne trouver que des annexes peu volumineuses alors que l'exploration les faisait présumer très grosses.

J'ai dit plus haut combien il était fréquent de voir les annexes malades tomber derrière l'utérus et les ligaments larges, dans la cavité de Douglas. Les annexes ainsi bas situées sont très

faciles à sentir par le toucher vaginal. Les doigts tombent sur elles dans le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux. Il n'y a plus ici de tissus intermédiaires, ou du moins il n'y en a que fort peu, et la paroi vaginale seule sépare les doigts de la poche kystique. Lorsque celle-ci, peu enflammée, n'est pas entourée d'une épaisse couche de fausses membranes il est souvent facile d'apprécier sa forme, sa consistance, sa rénitence et parfois même, lorsque la poche est assez volumineuse et est accessible à la main sus-pubienne, sa fluctuation.

Lorsque les annexes d'un côté sont seules malades, elles se présentent ordinairement, quand elles sont prolabées dans la cavité de Douglas, sous la forme d'une masse assez dure, occupant en même temps le cul-de-sac latéral du vagin et une partie plus ou moins grande du cul-de-sac postérieur qui, dans les cas de pyosalpinx volumineux, peut faire dans le vagin, derrière le col, une saillie considérable. Entre le col et la tumeur on trouve en général un sillon assez net dans lequel on peut enfoncer l'extrémité du doigt.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une annexite double, si les deux annexes sont ensemble prolabées dans la cavité de Douglas, celle-ci peut être absolument remplie, et l'on peut alors, par le cul-de-sac postérieur, sentir les deux tumeurs qui paraissent fondues en une seule ou sont au contraire séparées par un sillon plus ou moins profond.

Ces diverses dispositions peuvent se combiner, et en même temps qu'on sent une masse dans le cul-de-sac postérieur, près du doigt qui l'explore, on peut en sentir une autre loin de lui, sur la corne utérine et développée au contraire vers la partie supérieure du petit bassin.

Souvent on ne sent pas de poche nette, surtout si la femme est grasse, ou si sa paroi se déprime mal. On peut cependant encore, dans bien des cas, se convaincre de l'existence d'une infection annexielle par la simple exploration des culs-de-sac vaginaux qui peuvent manquer de souplesse, et même présenter une induration véritable sur laquelle une pression légère éveille la douleur. Mais dans ces cas il peut y avoir simplement une infection du tissu cellulaire sus-vaginal, un phlegmon de

la gaine hypogastrique, sans participation des trompes, et il peut être impossible de se prononcer avec certitude.

Tels sont les signes les plus communs auxquels on reconnaît les suppurations annexielles. Presque toujours c'est dans le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux qu'on les rencontre. Dans le cul-de-sac antérieur, elles sont beaucoup plus rares.

Dans bien des cas, il est impossible de localiser les lésions avec autant de netteté. L'utérus immobile, absolument fixé dans sa situation, est entouré de tous côtés de masses inflammatoires dont on peut également sentir au-dessus du pubis la partie supérieure. On a la sensation d'une tumeur irrégulière, indurée, peu homogène, douloureuse à la pression et qui peut remonter jusqu'au niveau de l'ombilic. Ce sont des cas complexes, dans lesquels tous les organes voisins sont intéressés et qui correspondent à ces formes auxquelles Pozzi a donné le nom de péri-métro-salpingites, ou encore à certaines pelvi-péritonites et aux phlegmons péri-utérins.

J'aurai l'occasion d'y revenir.

Il est inutile de rappeler que dans certains cas difficiles il sera tout indiqué de pratiquer le *toucher rectal* qui peut donner des renseignements précieux, surtout dans les cas d'annexites remplissant la cavité de Douglas et dont on apprécie ainsi beaucoup mieux les rappports avec le rectum.

Quant au *toucher vésical*, qui a été pratiqué, je n'en parle que pour le proscrire. Il me paraît avoir beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages et les quelques renseignements, d'ailleurs vagues et incertains, qu'il peut donner sont achetés trop cher au prix des ennuis et des accidents qu'il peut entraîner.

L'examen au spéculum n'apprend rien et il faut savoir s'en passer. Il peut quelquefois montrer la saillie du cul-de-sac postérieur distendu, que le doigt avait déjà permis de sentir. Mais souvent l'introduction du spéculum sera rendue nécessaire, comme premier temps d'une exploration beaucoup plus utile. Je veux parler de l'*hystérométrie*. L'exploration de la cavité utérine, soit avec un hystéromètre métallique, soit avec une sonde en gomme, sera souvent indiquée. Elle permettra de se rendre

compte des dimensions de l'utérus, de sa direction, de sa coudure dans certains cas de rétroflexion, et viendra, en fin de compte, préciser la situation exacte de l'organe souvent perdu au milieu des poches qui l'entourent.

Quant à se rendre compte du contenu des poches salpingiennes, en règle générale il n'y faut pas songer. Sans doute les collections douloureuses, indurées, plongées dans une gangue inflammatoire, sont ordinairement des collections purulentes. D'autre part, les collections indolentes, lisses, qui semblent ne pas adhérer aux tissus voisins, sont en général des collections non enflammées, des hydro ou hémato-salpinx qu'il est à peu près impossible de différencier l'un de l'autre. Mais il serait, en ces matières, téméraire de rien affirmer.

Enfin, dans les cas particulièrement ardus, il reste une précieuse ressource, l'*anesthésie*. C'est un moyen admirable et qu'il ne faut pas hésiter à employer lorsqu'il s'agit de juger, dans un cas difficile, de l'opportunité d'une opération dont peut, en somme, dépendre la vie d'une femme.

Il est extraordinaire de voir avec quelle facilité on peut parfois explorer sous l'anesthésie un petit bassin que la contraction musculaire provoquée par la douleur rendait inaccessible. Chez certaines femmes un peu maigres et à parois abdominales flasques on peut ainsi se rendre un compte absolument précis de toutes les lésions pelviennes, qu'on explore parfois presque aussi bien que lorsque l'abdomen est ouvert.

Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, et bien souvent, même après anesthésie, bien des sensations restent vagues, bien des points restent obscurs. Ce qu'il faut demander à la clinique, ce n'est pas une précision impossible dans la détermination de lésions toujours complexes, c'est une indication thérapeutique nette. L'examen clinique doit avant tout dicter la décision opératoire et l'opération fait le reste.

Évolution. — Accidents. — Terminaisons. — Les salpingo-ovarites ont une marche presque toujours chronique. Il en est cependant d'aiguës, et ce sont celles qui donnent lieu aux signes physiques les moins accentués, les lésions volu-

mineuses, les poches kystiques et purulentes n'ayant pas eu le temps de se constituer. Elles entraînent parfois des phénomènes violents du côté du petit bassin, des lésions qui peuvent diffuser vers le péritoine et mettre très rapidement en péril la vie de la malade. Il y a là une sorte d'infection foudroyante. J'en ai observé et guéri deux cas qui semblaient désespérés en pratiquant une ablation vaginale immédiate de l'utérus et des annexes et en drainant largement le petit bassin. Il est vrai que ce n'est pas là, en réalité, une salpingite. La trompe n'a fait que servir de passage aux agents infectieux et les lésions qu'elle présente sont souvent presque nulles. Elles sont en tout cas d'importance secondaire, et c'est l'infection péritonéale qui domine la scène. Mais, en dehors de ces cas suraigus, il y a des salpingites aiguës qui s'accompagnent, elles, de lésions graves, de poches assez volumineuses remplies d'un pus virulent, de foyers péri-salpingiens, d'adhérences épaisses où se trouvent parfois des lacunes et des cavités purulentes, et qui peuvent s'aggraver rapidement au point d'entraîner en peu de temps, soit par rupture dans le péritoine, soit par extension progressive des phénomènes d'infection, une terminaison fatale.

La *rupture* de la trompe malade est un accident terrible et qui, si on n'intervient pas immédiatement, se termine à peu près fatalement par la mort. Une pelvi-péritonite suraiguë qui se transforme bientôt en péritonite diffuse emporte la malade au milieu de phénomènes foudroyants.

C'est un accident qu'il faut prévoir et qu'il faut bien connaître, car un diagnostic immédiat permettra quelquefois d'intervenir à temps pour sauver la malade. Malheureusement le diagnostic est la plupart du temps fort difficile à établir et ce n'est que l'apparition des accidents d'infection péritonéale qui permettra de le porter.

Parfois cependant, au moment de la rupture, une amélioration passagère se produit qui peut malheureusement faire croire à une amélioration définitive. Mais il ne s'agit là que d'une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse, comme celle que le professeur Dieulafoy a décrite dans l'appendicite perforante. Au moment où la poche se vide, les douleurs pro-

voquées par sa tension se calment comme par enchantement, la malade se sent bien, ne souffre plus, se croit guérie, fait partager sa confiance à ceux qui l'entourent et trop souvent aussi au médecin qui, quelques heures après, assiste à l'éclosion d'une péritonite mortelle. J'en ai observé plusieurs cas qui m'ont profondément frappé.

Il faut donc, sous ce rapport, surveiller les malades de très près. Une salpingite qui ne s'améliore pas assez rapidement est une salpingite qui risque de devenir très grave. Dans le doute et l'incertitude, mieux vaut intervenir et pécher par excès de hardiesse que par l'excès d'une prudence qui est, en l'espèce, beaucoup plus dangereuse.

Mais ces accidents sont relativement rares et il est beaucoup plus commun de voir la salpingite, après une période d'acuité plus ou moins vive, se refroidir peu à peu et passer à l'état chronique. Elle peut d'ailleurs guérir, et il est certain que des lésions salpingiennes et péri-salpingiennes assez graves peuvent diminuer progressivement et disparaître sans retour. Sans doute la guérison absolue est exceptionnelle, et il reste d'ordinaire quelques traces des lésions premières, mais les troubles de toute sorte causés par la maladie peuvent disparaître et la malade peut recouvrer, en somme, une santé à peu près parfaite.

Malheureusement ce n'est pas là la règle et il est plus ordinaire de voir les salpingo-ovarites passer à l'*état chronique*. Après une amélioration passagère, sous une influence quelconque, infection nouvelle, fatigue, ou même sans cause appréciable, les lésions assoupies se réveillent. Les douleurs reparaissent et on assiste à une nouvelle crise de la maladie, en tout semblable à la première, quelquefois plus légère, souvent plus grave. La malade souffre dans les reins, les cuisses, le bas-ventre ; la fièvre s'allume, en général modérée ; le ventre devient sensible et parfois même, sous l'influence d'une poussée plus violente, se ballonne et se tympanise ; le facies s'altère ; les vomissements apparaissent ; le pouls fléchit et se précipite, et la malade semble sous le coup d'une péritonite imminente. Quelquefois, malheureusement, celle-ci suit son cours et la patiente ne tarde pas à succomber, à moins qu'une inter-