vention tardive, trop souvent inutile, ne parvienne à la sauver.

Cependant cette terminaison funeste est relativement rare, eu égard à la fréquence de la salpingo-ovarite. Il est plus commun de voir cette poussée inflammatoire s'apaiser peu à peu, et la malade, sous l'influence d'un repos prolongé, revenir à une santé relative, jusqu'à ce qu'une poussée nouvelle vienne reproduire le même tableau.

Plus ces poussées sont fréquentes, plus la santé générale s'altère. Ces femmes, constamment malades et sous le coup d'accidents aigus, sont de véritables infirmes, condamnées, souvent pendant plusieurs jours par mois et plusieurs mois par an, au repos au lit, à la chaise longue à perpétuité, à des douleurs incessantes et à des rechutes sans nombre. Un tel état ne peut durer indéfiniment, et bien des malades, fatiguées, amaigries, se cachectisent peu à peu et finissent par succomber à des accidents d'infection chronique ou à quelque complication subite, comme une péritonite diffuse.

Parfois les poches salpingiennes, ayant contracté des adhérences avec les organes voisins, peuvent *s'ouvrir* dans l'un d'entre eux. Elles s'évacuent dans le vagin, dans la vessie, ce qui est exceptionnel, dans le rectum, ce qui est relativement fréquent. Cet accident peut même souvent se terminer par la guérison. Mais parfois aussi la poche, communiquant avec une cavité infectée, comme le rectum, devient le siège de suppurations secondaires, de fistules intarissables qui compliquent l'infection première, aggravent l'état général et peuvent même causer des accidents irréparables.

Il est un accident singulier, mais assez rare, et qui n'est en général reconnu qu'au cours d'une intervention : c'est la *torsion* de la poche kystique. Bland Sutton, Pierre Delbet, Legueu [1], Gosset, Reymond, Hartmann [2], en ont publié des observations, et Cathelin vient, dans une étude complète, d'en réunir 41 observations [3].

[1] Legueu et Chabry. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1898, p. 11.

[2] *Annales de gyn. et d'obst.*, 1900, p. 119.

[3] Cathelin. *La torsion des hydrosalpinx; Revue de chir.*, fév. 1901.

Le pédicule de la salpingite, lorsqu'il est assez mince, ce qui n'arrive guère que lorsque l'ovaire n'est pas compris dans

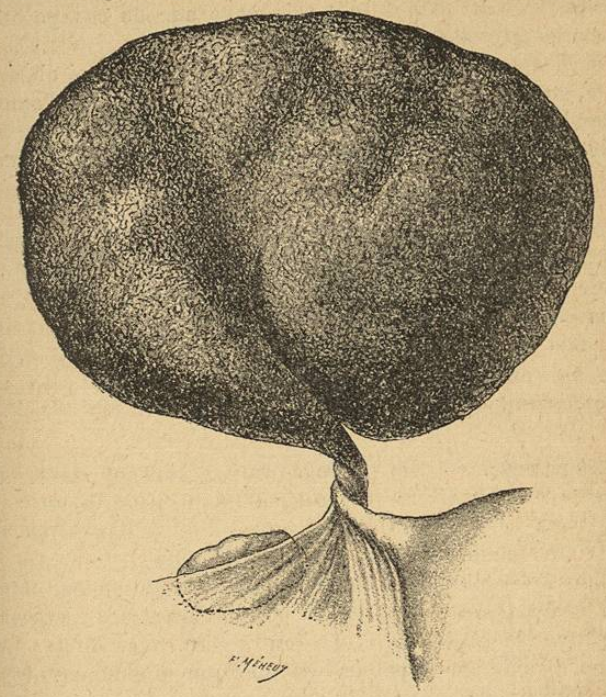

Fig. 53.
Salpingite à pédicule tordu (Labadie-Lagrave et Legueu).

la tumeur, peut se tordre sur lui-même en décrivant un tour de spire ou même davantage, et on en a compté jusqu'à quatre. C'est un accident identique à celui qu'on observe dans certains kystes de l'ovaire. Il se traduit par un arrêt de la circulation dans la tumeur. Les veines, puis les artères cessent successivement de livrer passage au sang et on assiste à des accidents de congestion intense, puis de sphacèle (fig. 53). Le tout

donne lieu à une recrudescence des douleurs et à des phénomènes aigus qu'il est à peu près impossible de rapporter à leur véritable cause et qui sont pris pour une de ces poussées péritonitiques si fréquentes dans les salpingites.

Parfois des adhérences s'établissent avec la paroi abdominale, sous laquelle on sent se dessiner un plastron inflammatoire, et l'on peut voir la collection purulente *s'ouvrir à l'extérieur*. Mais c'est là une terminaison tout à fait exceptionnelle.

En résumé, s'il est assez rare de voir les salpingo-ovarites aiguës provoquer des accidents rapidement mortels, et s'il est fréquent de les voir guérir complètement, il est malheureusement trop commun de les voir passer à l'état chronique et, sous l'influence de poussées inflammatoires incessantes, conduire peu à peu la malade à un état de plus en plus précaire, que quelque complication peut terminer subitement.

Diagnostic. — Les salpingo-ovarites peuvent revêtir les aspects les plus divers et simuler à s'y méprendre toutes les affections pelviennes. On peut même dire qu'il n'en est aucune avec laquelle elles n'aient été confondues.

Dans les salpingites simples, sans augmentation de volume des trompes, sans empâtement périphérique, rien ne permet d'affirmer la réalité de l'infection tubaire. Sans doute, lorsqu'on réveille par le palper bimanuel une douleur au niveau des trompes, il y a lieu de la soupçonner, car la métrite simple ne s'accompagne guère de douleurs dans la région des annexes. Encore faut-il sur ce point faire quelques réserves, et l'appareil tubo-ovarien est souvent assez sensible par lui-même pour pouvoir l'être davantage encore, lorsque l'utérus est enflammé et prédisposé par ce fait même aux poussées congestives et douloureuses.

D'autre part, certaines névralgies pelviennes qu'on rencontre sans lésions appréciables ou qui ne s'accompagnent que d'altérations scléro-kystiques insignifiantes, donnent lieu aux mêmes douleurs, et dans ces conditions il est vraiment bien

difficile, même en tenant compte de l'état général du sujet, de se prononcer fermement.

Les salpingo-ovarites simples, catarrhales, non kystiques, seront donc souvent confondues avec de simples *métrites*, avec des *névralgies ovariennes*, sans que rien puisse empêcher de commettre cette erreur. Le mieux est, dans ces cas, qui sont fréquents, de se garder de porter un diagnostic ferme, d'instituer un traitement régulier et d'attendre les événements.

Lorsque les lésions salpingo-ovariennes sont accentuées et qu'elles s'accompagnent d'altérations inflammatoires de voisinage, lorsque le toucher révèle, dans les culs-de-sac, ou plus haut, en un point quelconque du petit bassin, des tumeurs plus ou moins volumineuses, on peut alors commettre toutes les erreurs et confondre les salpingo-ovarites avec toutes les affections qui, dans le bassin, peuvent donner naissance à des tumeurs solides ou à des collections liquides péri-utérines.

Toutes les tumeurs du cul-de-sac postérieur donnent aux doigts qui les touchent, à peu près les mêmes sensations. Aussi la trompe prolabée et kystique fixée dans la cavité de Douglas pourra-t-elle être prise pour le fond de l'utérus rétrofléchi, et réciproquement. Si la femme est très facile à examiner et que son ventre soit très souple, l'absence ou la présence constatée du fond de l'utérus au-dessus du pubis pourra permettre de penser à la *rétroflexion utérine* ou de repousser cette idée. Dans le doute, et dans les cas nombreux où le toucher bimanuel ne donne pas de sensations suffisantes, l'hystérométrie, qui permet d'apprécier la direction et la forme de la cavité utérine, fournira sur ce point les renseignements les plus précieux.

Si la cavité utérine est droite et l'utérus en position normale, la salpingite postérieure peut encore être confondue avec un *fibrome* accolé à la paroi postérieure de l'utérus. Si le fibrome est petit, sous-péritonéal, s'il ne donne lieu ni à des hémorragies ni à une augmentation de la cavité utérine, ni à une tumeur sensible au-dessus du pubis, l'erreur peut devenir presque fatale. L'évolution de la maladie, les

signes d'infection métritique, la sensibilité de la tuméfaction rétro-utérine ont alors la plus grande valeur au point de vue du diagnostic. Encore rencontre-t-on nombre de salpingites qui évoluent sans aucun signe bruyant, comme des fibromes, et qui, comme ceux-ci, s'accompagnent d'hémorragies dues à une métrite concomitante, et d'écoulements leucorrhéiques provenant de la même cause, de même qu'on rencontre des salpingites qui ne s'accompagnent d'aucune douleur à la pression, alors qu'au contraire certains fibromes peuvent être très douloureux.

Le toucher rectal peut, dans ces conditions, rendre quelques services en permettant d'explorer la partie postérieure de la tumeur. On peut ainsi quelquefois la circonscrire, constater qu'elle fait corps avec l'utérus, et reconnaître à sa forme, à sa situation, à sa consistance, qu'il s'agit d'un fibrome. De même on pourra éviter l'erreur, si, en même temps que la tumeur postérieure, on sent nettement, beaucoup plus haut, les deux trompes et les deux ovaires augmentés de volume. On se trouve dans ce cas en présence d'un fibrome accompagné d'une salpingite double.

Toutes les combinaisons peuvent ainsi se présenter, et le tact, l'expérience, l'analyse des sensations que l'on éprouve peuvent seuls permettre de faire un diagnostic précis, dans ces cas difficiles où les plus expérimentés peuvent commettre des erreurs.

Il en est de même dans l'*hématocèle rétro-utérine*, dont les signes physiques peuvent, lorsque l'épanchement sanguin est enkysté, donner absolument la sensation d'une salpingo-ovarite simple ou bilatérale. Il n'y a guère que l'apparition brusque de la maladie, les phénomènes dramatiques du début, lorsqu'ils existent, la régularité, la situation exactement médiane du cul-de-sac tuméfié, l'accroissement rapide, l'apparition au moment des règles, qui peuvent faire pencher la balance en faveur d'une hématocèle. Encore tous ces phénomènes, sans exception, peuvent-ils se rencontrer dans les salpingo-ovarites.

J'en dirai autant de la *pelvi-péritonite*, qui n'est d'ailleurs bien souvent qu'une complication de quelque salpingite première. Quelquefois le petit bassin tout entier semble rempli par une coulée solide qui unit tous les organes, et l'utérus est comme noyé dans une masse inflammatoire. Les culs-de-sac n'existent plus, à part le cul-de-sac antérieur, qui persiste ordinairement, et il est impossible d'isoler les annexes aussi exactement qu'on le fait dans les salpingites. Il en est de même dans certaines lésions complexes, parmi lesquelles l'infection du tissu cellulaire, le *phlegmon péri-utérin*. Ces *phlegmons péri-utérins*, que j'étudierai plus loin, se développent dans le tissu cellulaire voisin. Le plus souvent ils occupent la gaine hypogastrique. Ils sont donc situés à la base du ligament large, immédiatement contre l'utérus. Ils lui adhèrent plus intimement encore que les salpingites, et on ne constate pas entre l'utérus et la tumeur sus-vaginale constituée par le phlegmon ce sillon qu'on sent d'ordinaire entre ce même utérus et une collection enkystée comme le sont les collections tubaires. De plus, ces phlegmons ont une tendance à fuser en avant de l'utérus dans le tissu cellulaire qui le sépare de la vessie, et à se manifester en ce point par une induration du cul-de-sac antérieur, qui constitue un assez bon signe de diagnostic avec les salpingites simples. Mais l'erreur n'en est pas moins très commune, et d'ailleurs rien n'est plus fréquent que de voir l'infection tubaire et l'infection celluleuse, la salpingite et le phlegmon, se développer de conserve.

Les *kystes de l'ovaire* de petit volume, les *collections du ligament large* accolées à l'utérus peuvent ressembler trait pour trait à des collections salpingiennes, et parfois ni l'évolution, souvent inconnue, ni l'histoire de la malade, souvent obscure, ne pourront les différencier.

Les salpingites sont donc susceptibles de prendre, en somme, la forme clinique de toutes les affections du petit bassin. Des salpingites doubles, adhérentes à l'utérus et mobiles avec lui, accompagnées d'hémorragies, ont pu même être prises pour un *fibrome* type, et j'ai vu des chirurgiens expérimentés commettre cette erreur.

Bien plus, il est parfois difficile, le ventre étant ouvert et les lésions étant sous les yeux, de se prononcer exactement sur la nature exacte de certaines affections pelviennes, les adhérences, les tuméfactions, les collections péri-utérines, annexielles ou extra-tubaires, pouvant revêtir les aspects les plus variés et les plus contradictoires.

L'*appendicite* elle-même est parfois confondue avec la salpingo-ovarite. Que la collection tubaire soit un peu haut, que la collection appendiculaire soit un peu bas, et l'erreur est facile, car les symptômes douloureux et l'évolution, qui est celle d'une collection péritonéale enkystée, peuvent être identiques. Une rupture salpingienne peut aussi ressembler exactement à l'invasion péritonéale suraiguë provoquée par une appendicite perforante.

Il faut être prévenu de ces faits, qui ne sont pas rares, que j'ai moi-même rencontrés au moins deux fois, pour éviter une erreur qui peut devenir grave. Parfois la salpingite et l'appendicite coexistent. Bouilly en a cité des cas, et j'en ai observé un fort net. Dans un cas de Quénu, l'extrémité de l'appendice perforé venait s'ouvrir dans le pavillon de la trompe. L'examen attentif des phénomènes intestinaux et surtout des lésions pelviennes et péri-utérines pourra seule garder de cette erreur, qui peut, malgré tout, être inévitable.

Dans ces conditions délicates, le moindre signe de lésions péri-utérines et surtout le défaut de mobilité de l'utérus, ou seulement du fond de cet organe, le col restant souvent mobile alors que le fond ne l'est plus, doit faire pencher en faveur de quelque lésion salpingienne, le maximum de la douleur siégeât-il nettement au niveau de l'appendice même ou au point classique de Mac-Burney, qui d'ailleurs m'a toujours paru un peu trop haut.

Le diagnostic des salpingo-ovarites peut donc être très épineux. Toutes les erreurs se commettent, et les cas sont fréquents où il n'est pas possible de ne pas les commettre. Il ne faut pas demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et quand des maladies différentes évoluent de la même façon

et donnent à l'exploration des sensations identiques, il n'est pas possible de ne pas les confondre, et c'est perdre son temps que de s'évertuer à discuter des signes théoriques que la clinique dément le lendemain.

Presque toujours, lorsque ces erreurs sont commises, elles le sont dans le même sens. Ce sont des hématocèles, de petits kystes ovariens, des fibromes de la paroi postérieure, qui sont pris pour des salpingites. Si l'erreur inverse est plus rare, cela tient à ce que la fréquence des infections tubaires les fait rencontrer chaque jour, et que lorsqu'on connaît l'extrême variété de leur aspect et leur véritable polymorphisme, on est tenté d'en voir plus encore qu'il n'y en a.

Il faut donc, si l'on veut se tromper le moins souvent possible dans le diagnostic des salpingites, se souvenir des signes principaux qui les caractérisent, et lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus de dimensions normales, flanqué de *masses* plus ou moins volumineuses, hautes ou basses, près des cornes ou près du col, loin des culs-de-sac ou au contraire immédiatement au contact du vagin dont les parois ont souvent perdu leur souplesse, lors surtout que ces masses sont *douloureuses* à la pression, sujettes à des *poussées inflammatoires* subites suivies d'améliorations, de rechutes et quelquefois d'accidents redoutables, on est en droit de songer à des salpingo-ovarites, et dans cette affection où toutes les erreurs sont possibles, on aura des chances sérieuses de les commettre rarement.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'on se trouve en présence d'une salpingite, il faut tâcher de se rendre compte des lésions qui l'accompagnent, car la conduite thérapeutique en peut souvent dépendre. Il faut tâcher de se représenter clairement les lésions que le toucher ne montre que d'une façon toujours un peu obscure, il faut, pour ainsi dire, « objectiver ses sensations ». Le choix de l'intervention est à ce prix.

Il faut se rendre compte de la situation des trompes malades, voir si elles sont situées très haut, au contact des intestins auxquels elles peuvent adhérer, ou au contraire très bas dans le cul-de-sac de Douglas. Il faut surtout tâcher de savoir si les

lésions sont *limitées à un côté*, ou si, au contraire, elles sont *bilatérales*. On comprend toute l'importance de cette dernière notion, au point de vue du traitement. Car, suivant que les lésions seront unilatérales ou s'étendront aux deux côtés, on devra garder l'utérus ou le sacrifier sans remords.

II

INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES

Les phénomènes infectieux qui ont pour siège les organes du petit bassin ne restent pas toujours localisés aux trompes et aux ovaires. Nous venons de voir qu'ils s'étendent souvent aux parties voisines, et que des adhérences s'établissent entre les annexes et le rectum ou les intestins.

Ces adhérences se font aux dépens du péritoine, qui par conséquent se trouve infecté. Il y a donc alors un certain degré d'inflammation du péritoine pelvien, de *pelvi-péritonite*. Mais c'est là une lésion tout à fait secondaire, qui s'efface pour ainsi dire devant les lésions primordiales des trompes et des ovaires.

De même, bien que plus rarement, le tissu cellulaire péri-utérin, sous-péritonéal, s'infecte consécutivement à l'infection utérine, des suppurations plus ou moins graves s'y développent et diffusent ou se circonscrivent, et l'on se trouve en présence de *phlegmons* ou *d'abcès pelviens*. La fréquence des lésions utéro-annexielles qui dominent absolument la pathogénie de ces infections cellulaires ou péritonéales, a conduit certains auteurs à les leur rattacher directement, et c'est ainsi que Pozzi les a réunies dans une même description sous le nom de *péri-métro-salpingites*. Il est cependant des cas dans lesquels on voit se développer des suppurations du péritoine pelvien et surtout du tissu cellulaire, sans participation des trompes ou des ovaires qui ne présentent aucune trace d'infection. Pour les phlegmons pelviens c'est peut-être le cas le plus