

vations non douteuses dans lesquelles l'évacuation de pus par l'utérus a coïncidé avec une diminution notable de la tumeur salpingienne⁽¹⁾.

Les malades atteintes de phlegmasies des annexes sont presque toujours des dyspeptiques, et parfois les troubles digestifs dominent la scène au point de faire méconnaître la lésion initiale. « On observe en général les phénomènes de la gastralgie et de la dyspepsie flatulente, avec signes de dilatation de l'estomac, ballonnement de l'épigastre et de l'intestin, douleur à la pression épigastrique, éructations gazeuses, constipation opiniâtre »⁽²⁾. L'appétit devient capricieux, presque nul; le plus léger repas provoque une sensation de pesanteur, de gonflement extrêmement pénible : on a relaté un état nauséux presque continu, parfois des vomissements. Terrillon⁽³⁾ a signalé un point douloureux dans la région iliaque droite, à l'union du cæcum avec le côlon ascendant. Il se produirait de deux à trois heures après le repas et serait dû à l'adhérence de l'appendice iléo-cæcal aux annexes de l'utérus. Tous ces phénomènes influent d'une façon notable sur l'état général. Le caractère devient inégal, difficile; on observe des troubles nerveux bizarres, des douleurs vagues, mal définies et une véritable tendance à l'hystérie chez les sujets prédisposés⁽⁴⁾. Enfin, la situation couchée étant celle qui procure le plus de bien-être aux patientes, elles se déshabituent de la marche, le moindre effort les fatigue et, sous les dehors d'une santé parfaite, elles deviennent de véritables infirmes. Puis, quand le pus envahit les annexes, l'embonpoint disparaît à son tour, les traits s'altèrent, les poussées fébriles se multiplient et trop souvent la résorption purulente et son cortège symptomatique habituel conduisent au dernier terme de la déchéance organique et de la cachexie.

L'inspection du ventre ne donne que des renseignements sans valeur. Cependant, il est assez fréquent de constater un certain degré de ballonnement, surtout chez les nerveuses. La palpation révèle une sensibilité très vive dans la région des annexes, mais il faut une tumeur bien volumineuse pour qu'on puisse la sentir par ce seul moyen d'exploration. Toutefois certaines salpingo-ovarites kystiques, surtout les pyo-oophoro-salpingites ayant déterminé autour d'elles des adhérences intestinales ou épiploïques peuvent être nettement perçues et limitées par la simple palpation abdominale. Elles donnent alors la sensation de masses fibreuses indurées intimement accolées à la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope, derrière la symphyse. C'est le *plastron abdominal*. Longtemps on a cru que ce plastron était pathognomonique du phlegmon du ligament large; mais Polk⁽⁵⁾ d'abord, puis Terrillon⁽⁶⁾ ont montré qu'il se produit avec la même netteté lorsque les annexes enflammées viennent s'accoler à la paroi abdominale. Il s'accroît ordinairement à chaque poussée aiguë; il peut disparaître totalement ou persister avec tendance au ramollissement et à l'ouverture spontanée, soit au-dessus de l'arcade de Fallope, soit au niveau de la crête iliaque.

Le *toucher vaginal* seul ne donne que des renseignements incomplets ou infi-

(1) ROUTIER, *Pyosalpinx se vidant par la pression*. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 12 oct. 1887, p. 547.

(2) G. BOUILLY, *Manuel de pathol. externe*, 5^e édit., 1892, t. IV, p. 465.

(3) O. TERRILLON, *Loc. cit.*, p. 57.

(4) G. GUINON, *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse de Paris, 1889, p. 284.

(5) POLK, *Amer. Journal of obst.*, 1887, t. XX, p. 651.

(6) O. TERRILLON, *De la salpingo-ovarite et en particulier du développement du plastron abdominal*. Arch. de toc., 1889, t. XVI, p. 170-181.

dèles. Il peut sans doute éclairer sur la mobilité utérine, sur la sensibilité des culs-de-sac, leur effacement, leur réplétion. Mais pour bien analyser le caractère et l'étendue des lésions, il faut toujours combiner le *toucher vaginal* à la *palpation abdominale*. Je m'étonne que Terrillon⁽¹⁾ regarde ce dernier mode d'exploration « comme n'étant le plus souvent qu'un moyen adjuvant »; je le considère au contraire comme une manœuvre indispensable à la précision du diagnostic. Le toucher doit être pratiqué avec l'index, ou mieux, avec l'index et le médium : les annexes droites seront explorées avec la main droite, les annexes gauches avec la main gauche⁽²⁾. Pendant ce temps, l'autre main déprime doucement et lentement la paroi abdominale, à la recherche de la main qui explore les culs-de-sac vaginaux. On arrive ainsi, chez les femmes à parois maigres ou relâchées par des grossesses antérieures, à saisir entre les deux mains la tumeur salpingo-ovarienne. Pour peu que la pression soit forte, on réveille dans toute la tumeur, mais surtout dans la portion qui répond à l'ovaire, une douleur spéciale, *exquise*, disait Gallard⁽³⁾. En même temps, le doigt placé dans le vagin cherche à percevoir la forme de la tumeur, ses connexions avec l'utérus, son degré d'immobilité.

Chez les femmes nerveuses, chez celles encore dont la paroi abdominale est très grasse ou très fortement tendue, la palpation abdomino-vaginale est souvent impossible et toujours peu instructive. Il ne faut pas hésiter alors à recourir à la chloroformisation. J'ajouterai même que, dans la majorité des cas, l'anesthésie seule permet de porter un diagnostic précis. Rien de plus instructif que de comparer les sensations recueillies pendant le sommeil chloroformique avec celles qu'on a perçues sans anesthésie. Les tumeurs dont on estimait le volume à celui d'un œuf, d'une tête de fœtus, ont diminué des deux tiers, celles qu'on croyait le plus adhérentes sont mobilisées dans des proportions notables, celles enfin qui paraissaient dures deviennent manifestement fluctuantes. C'est que dans la résolution chloroformique toutes les contractures réflexes disparaissent et la tumeur se dégage avec ses véritables proportions, au-dessous des plans musculaires relâchés, au milieu des intestins assouplis.

Les signes fournis par l'exploration combinée diffèrent suivant la nature et la situation de la tumeur. Les trompes atteintes de *catarrhe* donnent la sensation de petits cordons durs, sinueux, effilés à leur extrémité utérine, renflés au contraire à leur extrémité libre. Tantôt elles sont tendues comme une corde, de l'utérus aux parois pelviennes où le doigt perçoit l'ovaire accolé. Tantôt elles ont perdu leurs rapports normaux et sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, contournant l'utérus, jusqu'à se réunir en arrière de lui, comme un croissant. Les *salpingites kystiques* (purulentes, séreuses ou hématiques) donnent la sensation de tumeurs plus ou moins régulièrement ovoïdes, bosselées, dures par places, fluctuantes en certains points. L'ovaire et la trompe sont ordinairement confondus sans qu'il soit possible de démêler ce qui appartient à l'un plutôt qu'à l'autre. Notons enfin que toutes ces tumeurs, quelle que soit leur nature, sont nettement séparées de l'utérus par un sillon plus ou moins accusé au fond duquel on peut reconnaître le pédicule qui relie les annexes malades à la corne utérine correspondante⁽⁴⁾.

(1) O. TERRILLON, *Salpingites et ovarites*. Paris, 1891, p. 41.

(2) B.-S. SCHULTZE, *Zur Kenntniss von der Lage der Eingeweide im weiblichen Becken*. Arch. für Gyn., 1876, Bd. IX, p. 262.

(3) T. GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, p. 105.

(4) A. MARTIN, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. franç. Paris, 1889, p. 474.

Les rapports de l'utérus sont presque toujours modifiés : si la tumeur est unilatérale, l'utérus est refoulé du côté opposé; si les annexes des deux côtés sont kystiques, ou bien elles repoussent l'utérus contre le pubis et remplissent le cul-de-sac de Douglas, ou bien elles se développent en avant de la matrice qu'elles rejettent en arrière. L'utérus perd sa mobilité normale et dans certains cas de pyosalpinx volumineux ayant déterminé des poussées inflammatoires dans le péritoine pelvien ou le tissu cellulaire péri-utérin, il arrive même à s'enclaver complètement. Le doigt qui explore les culs-de-sac vaginaux et la main qui palpe l'abdomen ne peuvent plus limiter qu'une masse énorme remplissant le pelvis tout entier, comme une véritable coulée de ciment.

Le *toucher rectal*, seul praticable chez les vierges, peut, dans certaines formes de salpingo-ovarites, donner de précieux renseignements. Je ne crois pas cependant, comme le pense Terrillon (1), qu'il soit le plus utile des moyens d'exploration. Il est surtout nécessaire pour faire connaître les adhérences de la tumeur à la face postérieure de l'utérus et au rectum. On doit le pratiquer avec la plus extrême douceur, et, en aucun cas, on n'aura recours à l'exploration manuelle du rectum, vantée par Simon (de Heidelberg) (2). C'est une manœuvre trop brutale, qu'une exploration méthodique sous chloroforme, par les moyens usuels, peut toujours remplacer. Je repousse également, et pour les mêmes raisons, le toucher vésico-rectal proposé par Nöggerath (3). Il faut vraiment des lésions bien peu importantes pour qu'elles ne puissent être décelées que par un pareil artifice.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Les lésions inflammatoires des annexes ont rarement une marche aiguë. Ce sont des affections de caractère essentiellement chronique. La première poussée de *salpingite catarrhale* peut se terminer par résolution complète, mais le plus souvent elle n'est que la manifestation initiale d'une affection « qui va s'installer, sommeiller et se réveiller par des poussées pelvi-péritonitiques aiguës ou subaiguës plus ou moins rapprochées » (4). Cette forme catarrhale de la salpingite en apparence légère, eu égard aux altérations de la trompe, devient la plus douloureuse quand elle s'accompagne d'ovarite sclérokystique. C'est alors une affection rebelle à toute thérapeutique conservatrice, qui évolue pendant des années, avec ses exaspérations et ses rémissions, au milieu de troubles nerveux très caractéristiques (5). Parfois la ménopause provoque une détente remarquable, mais rien n'est plus problématique.

Le pyosalpinx, après une période à grand fracas, peut évoluer insidieusement pendant des mois, sans retentir sur l'état général, sans provoquer la moindre réaction fébrile. Seuls, les troubles de la menstruation, des douleurs plutôt sourdes que violentes, traduisent son existence, jusqu'au jour où la physionomie de la maladie se trouve brusquement modifiée par une poussée de périméthro-salpingite, ou bien encore par l'ouverture de la poche soit dans le péritoine, soit dans l'un des organes pelviens : rectum, vessie, vagin, utérus.

(1) O. TERRILLON, *Loc. cit.*, p. 44.

(2) SIMON, *Ueber die manuelle Rectalpalpation des Beckens und Unterleibsorgane. Deutsche Klinik*, 1872, n° 46, p. 425.

(3) NÖGGERATH, *The vesico-vaginal and recto-vaginal touch. Amer. Journal of obst.*, 1875, t. VIII, p. 425.

(4) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 475.

(5) HEGAR, *Arch. für Gyn.*, 1886, p. 29. — MAGNIN, *Castration chez la femme comme moyen curatif des troubles menstruels. Thèse de Paris*, 1886.

La rupture intrapéritonéale des pyosalpinx provoque une péritonite aiguë. Quant à leur ouverture spontanée dans l'un des organes du voisinage, elle s'accompagne le plus souvent d'une grande détente dans l'état général et d'une diminution notable des phénomènes locaux. En même temps, la tumeur s'affaisse et les symptômes physiques se modifient, mais la guérison n'en reste pas moins exceptionnelle. D'habitude, après une période de fistulisation plus ou moins longue, l'orifice de communication entre la poche et l'extérieur se ferme, et la tumeur purulente se reconstitue. D'après Terrillon (1), cette alternative de réplétion et d'évacuation serait un caractère différentiel entre les abcès de la trompe, et ceux qui sont développés dans l'ovaire ou le tissu cellulaire voisin. Quoi qu'il en soit, cette reproduction incessante de pus ne tarde pas à déterminer chez les malades une fièvre hectique qui vient encore aggraver les phénomènes d'ordre local, tels que l'entérite chronique ou la cystite.

L'hématosalpinx peut aussi devenir le point de départ de complications graves. Son évolution est souvent très rapide. Elle aboutit alors à la rupture spontanée et celle-ci provoque soit une hémorragie mortelle, soit une hématocele rétro-utérine.

Pronostic. — Le pronostic des salpingo-ovarites est extrêmement sombre, si l'on tient compte de tous les accidents qu'elles peuvent engendrer et des opérations graves qu'elles nécessitent. Il est sérieux, même en l'absence de toute complication; car les lésions des annexes, outre qu'elles entraînent la stérilité quand elles sont bilatérales, condamnent les malades à une existence de douleurs incessantes, de troubles sans nombre dont il est impossible de prévoir le terme.

Diagnostic. — Pour qui veut analyser les symptômes fonctionnels que je viens d'énumérer et faire l'examen méthodique des annexes, le diagnostic *salpingo-ovarite* n'est pas en général très difficile à poser. La simple constatation de douleurs localisées dans la région a même paru suffisante à quelques opérateurs pour affirmer une lésion des annexes, et cela sans le contrôle d'aucune exploration. Je considère comme excessif de prendre le bistouri sur une indication aussi peu précise, et je crois que bien des laparotomies dans lesquelles on se borne à déchirer quelques adhérences (??) pourraient être évitées si l'on soumettait les malades à un examen soigneux avant de leur ouvrir le ventre. A ce propos, j'insiste à nouveau sur la formelle nécessité de pratiquer cet examen *sous chloroforme*, dans tous les cas douteux, et même quand le diagnostic est à ce point évident, qu'on a décidé une intervention sans prendre la peine de le confirmer sous l'anesthésie, je crois encore indispensable de n'y point manquer au moment même de l'opération. Ceci dit, voici les quelques affections qui, malgré l'exploration la mieux conduite, peuvent être confondues avec les phlegmasies des annexes.

Une erreur assez fréquente consiste à prendre une salpingo-ovarite pour un *petit fibrome*, et rien de plus naturel, puisque tumeur péri-utérine et métrorrhagie sont deux termes communs à ces deux affections. Il est cependant quelques particularités qui permettent en général d'éviter la confusion. L'histoire clinique de la maladie, les antécédents puerpéraux ou blennorrhagiques,

(1) O. TERRILLON, *Loc. cit.*, p. 68.