

Toutes ces théories peuvent se résumer à deux principales : dans l'une le sang proviendrait toujours des organes pelviens et en particulier de l'ovaire ou des trompes : dans l'autre il serait dû à la rupture des vaisseaux contenus dans les néo-membranes d'une pelvi-péritonite préexistante. Il est probable que chacune d'entre elles peut être vraie suivant les cas, et que le sang provient en effet, tantôt de l'ovaire ou de la trompe, tantôt du péritoine.

Au point de vue de l'origine viscérale de l'hématocèle, nous pouvons dire qu'il est très souvent exact, ainsi que l'avaient vu Nélaton et Laugier, que l'hématocèle soit liée à un trouble de l'ovulation. Le sang qui coule à la surface de l'ovaire au moment de l'ovulation peut tomber directement dans le péritoine (Nélaton). Ou bien encore, par suite d'une congestion exagérée de l'ovaire pendant l'ovulation, il se produit une véritable hémorragie, et le sang qui en résulte tombe avec l'ovule dans le péritoine. Il se ferait alors une véritable ponte extra-utérine (Gallard) avec ou sans fécondation de l'ovule. Dans le cas de fécondation, il pourrait alors être dû à la rupture d'un kyste fœtal, ou des fausses membranes qui entourent ce kyste. Dans quelques cas le sang paraît avoir pour origine une grossesse extra-utérine, ovarienne, tubaire, etc.

Pour Bernutz le sang des règles, par suite d'une contracture du col utérin, refluerait dans la trompe et de là s'écoulerait dans le péritoine, tandis que Voisin au contraire pense que le sang provenant de l'ovaire s'accumule dans la trompe, la distend et peut finir par la rompre.

Dans un certain nombre de cas, le sang paraît uniquement provenir de la trompe, soit à la suite d'hémorragies tubaires (Puech), soit plutôt consécutivement à une salpingite ancienne, et en particulier à un hémato-salpinx.

Enfin, pour quelques auteurs (Richet, Devatz), l'hémorragie serait due à la rupture des varices des veines utéro-ovariennes. Il y aurait là un véritable varicocèle ovarien. L'existence, bien connue aujourd'hui, des lésions multiples et simultanées de l'ovaire et de la trompe dans les ovaro-salpingites montre que ces deux organes peuvent suivant les cas être l'origine de l'hématocèle intra-péritonéale.

La seconde théorie soutenue surtout par Virchow, Friedrich, J. Besnier, Martin (de Berlin) est celle de la *pachy-péritonite hémorragique*.

Le sang proviendrait de la rupture des vaisseaux contenus dans les néo-membranes exsudatives, produites par une pelvi-péritonite antérieure. Les vaisseaux de nouvelle formation, encore peu résistants, se rompraient sous certaines influences, soit dans l'épaisseur des néo-membranes, soit dans leur intervalle. Le mécanisme de l'épanchement sanguin serait alors tout à fait comparable à celui de l'hématocèle de la vaginale.

Or comme les lésions tubo-ovariennes s'accompagnent très ordinairement de celles de la pelvi-péritonite, on voit combien il est rationnel

d'admettre que le sang peut provenir de toutes les sources que nous venons d'indiquer, surtout lorsqu'on se rappelle que l'hématocèle survient presque toujours chez des femmes qui ont déjà eu antérieurement des troubles plus ou moins marqués de l'appareil génital.

L'hématocèle extra-péritonéale résulte presque toujours de ruptures de vaisseaux du ligament large, pendant les règles, sous l'influence de causes accidentelles capables d'exagérer la congestion ordinaire de ces organes à cette époque.

L'hématocèle péri-utérine ne se montre guère que pendant la période d'activité génésique. Son maximum de fréquence varierait entre vingt-cinq et trente-cinq ans. Elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes qui ont déjà eu des enfants. Plus rare chez les nullipares, on ne la rencontrerait jamais, du moins la variété extra-péritonéale, chez les vierges (Martin de Berlin).

Dans l'immense majorité des cas elle se produit pendant une période menstruelle. Quelquefois cependant, mais exceptionnellement, elle a pu se produire en dehors des règles.

La formation de l'hématocèle est favorisée à titre de cause prédisposante, par des lésions anciennes de l'appareil génital : fausses couches, accouchements difficiles et accidents puerpéraux, maladies anciennes des annexes, et surtout lésions anciennes de pelvi-péritonite qui pour certains auteurs seraient la condition indispensable de sa production.

Les causes occasionnelles qui lui donnent naissance sont des violences extérieures, traumatismes sur l'abdomen surtout, le coït pratiqué pendant les règles, et surtout accompli avec violence, des refroidissements, des injections vaginales froides. L'hématocèle peut aussi être amenée par des explorations gynécologiques maladroites ou intempestives. Enfin on la voit se produire quelquefois spontanément pendant certaines maladies graves : la variole et la fièvre typhoïde par exemple.

L'hématocèle survient souvent chez des femmes qui présentent depuis un certain temps des signes de pelvi-péritonite plus ou moins marqués, des signes de maladies des annexes, ou bien des troubles de la menstruation, qui est tantôt exagérée, tantôt au contraire supprimée.

Qu'il y ait eu ou non des troubles antérieurs, le début de la maladie est ordinairement brusque et caractéristique. Le plus souvent, pendant une période cataméniale, soit après un coït, ou un refroidissement, la malade éprouve une douleur abdominale extrêmement vive et subite, qui s'irradie immédiatement vers la vessie, le rectum et les reins.

En même temps l'écoulement des règles se supprime et la malade présente tous les signes d'une hémorragie interne : pâleur des téguments et des muqueuses, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, soif vive, anxiété, etc. Si l'hémorragie ne s'arrête pas on voit souvent survenir des lipothymies, des syncopes, un affaiblissement progressif, et les malades meurent rapidement.

Cette mort rapide est cependant rare. Le plus souvent l'hémorragie s'arrête, et la malade très affaiblie reste en proie à une douleur vive dont la forme est variable. Tantôt elle est gravative avec une sensation particulière de plénitude abdominale; il semble que la malade ait dans le ventre un corps étranger qui cherche à sortir par le vagin; tantôt au contraire il y a de véritables douleurs expulsives. En même temps le ventre présente un certain degré de météorisme : la sensibilité de la paroi abdominale est très variable, parfois si vive que la malade ne peut supporter le moindre attouchement, elle peut dans d'autres cas être assez modérée, pour permettre la palpation et l'exploration du ventre, sans trop de difficultés.

Dans d'autres cas, au contraire, le début est assez insidieux : cela arrive surtout lorsque l'hématocèle survient dans le cours d'une pelvi-péritonite. Elle n'est guère annoncée que par une recrudescence plus ou moins marquée des douleurs, l'augmentation du météorisme, des nausées et même des vomissements. On ne reconnaît guère alors l'hématocèle que par la constatation des signes physiques de l'épanchement sanguin.

Peu de temps après les signes de début, l'enkystement se produit, et les signes de la pelvi-péritonite dominant alors la scène. On voit survenir des nausées, des vomissements, un ballonnement du ventre plus ou moins accentué : la face devient grippée. En même temps la fièvre apparaît, et la température s'élève.

Les signes fonctionnels sont surtout des signes de compression des organes pelviens, ténésme rectal et vésical, rétention d'urine parfois, etc.

Les signes physiques de l'épanchement sanguin sont ordinairement assez caractéristiques.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est plus ou moins remonté. De plus, si nous prenons pour exemple le cas le plus fréquent, c'est-à-dire l'hématocèle rétro-utérine, le col est repoussé en avant plus ou moins exactement accolé contre le pubis. Le cul-de-sac postérieur distendu est rempli par une tumeur volumineuse qui s'étend plus ou moins d'un côté ou de l'autre. Cette tuméfaction remonte sur la face postérieure de l'utérus, et se limite assez mal par en haut. Par en bas, elle descend le long de la paroi postérieure du vagin et s'approche jusqu'à 4 ou 6 centimètres de la vulve. Elle est ordinairement arrondie, globuleuse, quelquefois sa surface est inégale.

La palpation hypogastrique permet le plus souvent de sentir, en déprimant la paroi abdominale, une tumeur dont le volume varie entre celui d'une orange et celui d'un œuf. Dans les hématocèles volumineuses on peut voir quelquefois l'hypogastre soulevé et tendu par l'épanchement. La tuméfaction est ordinairement médiane, elle peut quelquefois aussi déborder plus ou moins sur les parties latérales, ou même d'un seul côté.

La consistance de cette tuméfaction est très variable suivant le moment de l'examen. Au début elle est molle et fluctuante. La fluctuation peut être perçue par l'exploration bimanuelle, une main étant placée sur l'hypogastre, pendant que le mouvement de flot est produit par un doigt introduit, soit dans le vagin, soit même dans le rectum. Un peu plus tard, à mesure que le sang se coagule, la tumeur devient molle et pâteuse; on a pu même quelquefois sentir à la palpation une crépitation neigeuse (Martin). Enfin si l'hématocèle est plus ancienne, la tumeur devient complètement dure.

Le toucher rectal montre que le rectum est aplati et refoulé contre le sacrum, et que la tumeur se moule plus ou moins complètement sur la paroi postérieure de l'excavation pelvienne.

Enfin par l'examen au spéculum, on peut, dans quelques cas, apercevoir une couleur violacée de la muqueuse vaginale postérieure soulevée par l'épanchement, ou même voir de véritables ecchymoses. Très souvent aussi cette coloration spéciale fait défaut.

Dans les cas où l'hématocèle est anté-utérine, les signes physiques sont naturellement très modifiés. L'utérus est refoulé en arrière, la tumeur se moule sur le pubis avec lequel elle se confond. Par le toucher vaginal, on sent le cul-de-sac antérieur déprimé et rempli par la tumeur, tandis que le postérieur, très aplati par le refoulement de l'utérus, est libre et profond.

Les accidents généraux sont très variables. Tantôt la malade est plongée dans un collapsus profond, les accidents syncopaux dominant, la prostration et la faiblesse persistent, tantôt au contraire cet état d'anémie aiguë n'arrive que progressivement. D'autres fois, au contraire, la maladie prend l'aspect d'une péritonite plus ou moins aiguë. Enfin, dans certains cas très rares, les signes généraux de l'état aigu font à peu près défaut et la maladie est chronique d'emblée. Les signes de compression des organes pelviens que nous avons déjà signalés persistent. Les malades se plaignent d'une constipation opiniâtre et de troubles vésicaux entraînant une rétention d'urine plus ou moins complète, quelquefois même de l'incontinence. Enfin, dans quelques rares cas, on a observé des compressions des uretères par l'épanchement ayant entraîné une urémie mortelle.

Dans les cas d'hématocèle extra-péritonéale les symptômes sont un peu différents. Les signes de pelvi-péritonite font défaut, et par suite la sensibilité abdominale est beaucoup moins prononcée. De plus la tumeur est située sur les côtés de l'utérus, tantôt d'un seul côté, tantôt s'étendant du côté opposé en passant en avant ou en arrière du col. En outre, le toucher rectal permet de constater que le cul-de-sac de Douglas est libre.

L'hématocèle peut, dans certains cas, avoir une marche foudroyante et entraîner une mort rapide, c'est lorsque la malade meurt de l'abon-

dance de l'hémorrhagie. Ces cas sont heureusement rares. D'autres fois la malade peut aussi être très rapidement emportée par une péritonite aiguë généralisée. Celle-ci peut survenir de plusieurs façons. Elle peut être produite d'emblée par la présence du sang dans la cavité péritonéale; ou bien, plus souvent, quand par suite d'hémorrhagies successives le kyste sanguin primitif vient à être déchiré. Enfin quelquefois une hématocele extra-péritonéale peut faire irruption dans la séreuse péritonéale, soit par une déchirure du ligament large, soit en perforant un des culs-de-sac, et provoquer ainsi une péritonite aiguë.

Mais ces accidents peuvent être considérés comme des exceptions. D'ordinaire l'hématocele présente une marche lente et bénigne, surtout dans les cas de pachy-péritonite hémorrhagique. Dans l'immense majorité des cas la résolution est la règle.

L'épanchement sanguin subit une sorte de régression lente. La tumeur durcit; elle se rétracte peu à peu, diminue progressivement et arrive à disparaître. Cependant, même dans les cas les plus heureux, il reste souvent, et presque indéfiniment, un petit noyau induré, que l'on constate par le toucher au niveau du cul-de-sac postérieur.

Cette résorption de l'hématocele est ordinairement fort lente. Elle demande au moins trois ou quatre mois, quelquefois plus, et il n'est pas rare de la voir dépasser cinq et six mois. D'ailleurs elle ne se fait pas d'une manière absolument continue. On voit souvent survenir de légers retours au moment de chaque époque menstruelle: à ce moment les signes locaux et les troubles fonctionnels s'exagèrent un peu, pour s'apaiser à nouveau, une fois les règles passées. Tous les mois, ces recrudescences vont en s'atténuant progressivement. En même temps la santé générale de la malade se rétablit, et peu à peu, la maladie disparaît complètement.

D'autres fois l'hématocele peut aboutir à une ouverture spontanée. On voit alors tout à coup reparaitre des douleurs vives et lancinantes au niveau de la tumeur: celle-ci augmente de volume, devient chaude, se ramollit par place, puis survient de la fluctuation. En même temps la malade est prise de frisson, la fièvre s'allume, des nausées et des vomissements se produisent, et les troubles du côté du rectum et de la vessie qui avaient déjà disparu se montrent de nouveau. La tumeur s'ouvre spontanément et laisse écouler un liquide épais, noirâtre, qui ressemble quelquefois à de la mélasse, souvent aussi c'est du pus véritable. La perforation spontanée se fait tantôt par le vagin, tantôt par le rectum.

Quand l'hématocele s'ouvre dans le vagin, on voit ordinairement en très peu de temps la tumeur s'affaisser et se vider, et la guérison se produit rapidement.

Si au contraire l'ouverture se fait dans le rectum, la guérison peut encore être rapide, si la perforation a lieu dans un point déclive et si

l'évacuation est totale. Mais si la poche se vide mal, les liquides qu'elle contient se mélangent aux gaz intestinaux, quelquefois même aux matières et la malade finit par succomber à une septicémie lente.

Souvent la rupture de l'hématocele dans le rectum est précédée d'une sorte d'entérite *glaireuse* (Nonat). L'ouverture peut se faire à la fois par le vagin et par le rectum.

Enfin l'ouverture chirurgicale de la poche peut aussi être suivie de guérison rapide, ou de phénomènes de septicémie dans les cas où le liquide s'écoule mal, et s'altère dans la cavité.

Le diagnostic de l'hématocele comprend deux points: 1° reconnaître l'hématocele; 2° reconnaître sa variété, et son origine.

Le diagnostic différentiel de l'hématocele, lorsqu'elle survient brusquement, chez une malade bien portante et pendant le cours d'une époque menstruelle, s'impose par la netteté et l'ensemble de ses symptômes. Lorsque le début est moins caractéristique, le diagnostic peut devenir un peu plus délicat.

La pelvi-péritonite avec laquelle on peut la confondre se reconnaît par son début moins brusque, accompagné d'ordinaire de frissons et de fièvre. En outre la tumeur de la périmérite est plus dure d'emblée que l'hématocele, elle se développe dans les culs-de-sac postérieur et latéraux, tandis que l'hématocele se localise dans le cul-de-sac de Douglas. Enfin cette tumeur est d'un volume moindre que celle de l'hématocele et n'est pas ordinairement perceptible par le palper hypogastrique.

Mais à mesure que l'on s'éloigne du début de l'affection le diagnostic devient plus difficile. Dans quelques cas à début insidieux, la formation lente, progressive et douloureuse d'une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas indiquera plutôt une pelvi-péritonite qu'une hématocele.

Le phlegmon péri-utérin se distinguera aussi de l'hématocele par la différence des phénomènes de début. De plus la tumeur sera surtout latérale, et le cul-de-sac postérieur souvent absolument libre. Ces inflammations se relient assez fréquemment aux suites de couches et aux accidents puerpéraux, ce qui n'existe pas dans l'hématocele. En outre ici, de même que dans la pelvi-péritonite, la température vaginale dépasse toujours 38°,2, tandis que dans l'hématocele elle atteint à peine 37°,5.

Enfin, dans les cas les plus difficiles, on pourra, pour faire le diagnostic, avoir recours à la ponction exploratrice. Dans l'hématocele il s'écoulera souvent du sang mais quelquefois aussi du liquide clair, séreux où l'on ne rencontrera que petit à petit des traces de sang de date ancienne. Dans la périmérite, il ne s'écoulera jamais de liquide mélangé de sang; on verra sortir un liquide séreux, ou du pus souvent fétide, et quelquefois rien. Mais il faut autant que possible éviter ce moyen de diagnostic qui peut quelquefois provoquer des accidents inflammatoires graves.

Les tuméfactions produites par les affections tubaires et ovariennes

se reconnaîtront d'ordinaire à ce que la durée de la maladie est plus longue que celle de l'hématocèle; la tumeur ne subit pas les mêmes modifications évolutives. Enfin, dans les ovaro-salpingites, la persistance des douleurs, et de la faiblesse de la malade est beaucoup plus prolongée que dans l'hématocèle, et on peut trouver une certaine mobilité entre la tumeur et l'utérus.

Une grossesse avec rétro-version utérine peut être aussi confondue avec l'hématocèle. Mais dans ce cas on constate ordinairement les signes habituels de la grossesse, l'état de ramollissement du col utérin. De plus, la tumeur remonte moins haut dans le petit bassin que dans l'hématocèle, et les signes généraux des hémorragies internes font défaut.

Quant au diagnostic avec la grossesse extra-utérine, il se fera aussi par la marche lente des symptômes, et l'existence des signes habituels de la grossesse. Cependant dans les cas de rupture d'un kyste fœtal, ou d'hémorragie provenant des membranes de l'œuf, il n'y aura plus de distinction possible, l'hématocèle devenant une complication de la maladie primitive.

Il sera quelquefois très malaisé de distinguer une hématocèle intra-péritonéale de la variété extra-péritonéale. D'après Martin de Berlin, voici les éléments de ce diagnostic.

Au début, les deux tumeurs se comporteront différemment en faisant varier les positions d'examen de la malade. Dans certaines positions l'hématocèle intra-péritonéale disparaîtra derrière l'utérus, tandis que l'extra-péritonéale restera toujours immobile. La sensibilité à la pression ne se constate que pendant les premiers jours dans la tumeur extra-péritonéale, tandis qu'elle persiste pendant toute la maladie dans l'intra-péritonéale, à cause de la pelvi-péritonite qui l'accompagne. Les deux tumeurs présentent en outre des caractères physiques différents. Elles n'ont pas le même siège : l'hématocèle intra-péritonéale est toujours ou à peu près rétro-utérine, tandis que la sous-péritonéale est latérale au moins primitivement. De plus, leur configuration est légèrement dissemblable. L'hématocèle intra-péritonéale est mal limitée par en haut, à moins d'un enkystement par des néo-membranes très résistantes, et sa partie inférieure qui fait toujours saillie dans le cul-de-sac postérieur est lisse et arrondie comme l'extrémité d'un œuf. L'hématome sous-péritonéal au contraire est nettement limité par en haut, et présente des inégalités et des bosselures, perceptibles par le toucher vaginal à sa partie inférieure.

Il resterait à faire le diagnostic de l'origine du sang : mais ce point du diagnostic a perdu de son intérêt, depuis que l'on sait combien coexistent fréquemment les lésions des annexes, ovaires et trompes, avec la pelvi-péritonite qui en est presque la complication obligée. Tout ce que l'on peut dire, c'est que dans les hématocèles à début brusque chez des femmes bien portantes le sang est plutôt d'origine tubo-ovarienne, ou

provient du péritoine sain; tandis que chez celles qui ont présenté déjà des atteintes de pelvi-péritonite, on a plus souvent affaire à une pachy-péritonite hémorragique.

Le pronostic de l'hématocèle est très variable, et dépend de l'abondance de l'hémorragie et des accidents inflammatoires ou septiques qui peuvent survenir. Lorsque la maladie suit sa marche normale, la guérison par résorption est la règle : cette régression naturelle est encore plus constante dans la variété extra-péritonéale.

La rupture du kyste dans le péritoine et la péritonite suraiguë qui en résulte souvent, en constitue l'accident le plus immédiatement grave. Cependant quelques malades ont pu guérir de cet accident, et l'on peut quelquefois les sauver par une laparotomie faite rapidement.

L'ouverture spontanée de l'épanchement dans le rectum et dans le vagin aggrave le pronostic, à cause de la possibilité de la pénétration de germes septiques dans la poche : cet accident est cependant, dans bien des cas, un mode de guérison, surtout quand l'ouverture se fait par le vagin.

Traitement. — Le traitement de l'hématocèle péri-utérine est très variable suivant le moment de la maladie.

Au début, la première indication est de limiter autant que possible l'hémorragie; par une médication interne, opium, ergotine, perchlorure de fer, etc., et à l'extérieur par des applications d'eau froide et de glace sur l'abdomen et dans le vagin. En même temps on devra combattre le collapsus par l'alcool, le champagne, etc.

Lorsque la maladie est constituée, le plus souvent le chirurgien devra se borner à un traitement symptomatique, s'adressant aux troubles rectaux et vésicaux, et à des antiphlogistiques destinés à limiter l'inflammation péritonéale. La malade sera tenue à un repos rigoureux. Le traitement médical et le repos suffiront dans la plupart des cas à assurer la guérison.

Les accidents seuls devront entraîner un traitement chirurgical. Si la tumeur se distend violemment au moment des règles ou si elle a tendance à s'enflammer, on pourra en pratiquer la ponction aspiratrice par le vagin, en prenant toutes les précautions antiseptiques.

Si au contraire une rupture est imminente ou les accidents inflammatoires menaçants, l'incision vaginale avec nettoyage antiseptique de la poche et drainage est indiquée. La même opération devra être faite si la poche après une ouverture spontanée se vide mal, et si son contenu s'altère.

Enfin, dans certains cas, lorsque surviennent des accidents graves, surtout des phénomènes fébriles inquiétants, menaçant à bref délai la vie des malades, ou bien encore lorsque la tumeur considérable ne saurait être ouverte par le vagin, la laparotomie peut être indiquée, et elle donnera souvent des résultats favorables. Elle devra être pratiquée

aussi lorsque l'hématocèle est consécutive à la rupture d'une grossesse extra-utérine, ou à la rupture d'organes, tels qu'une trompe ou un ovaire kystique par exemple.

§ 3. — Salpingites.

On désigne sous le nom de *salpingites* ou mieux d'*ovaro-salpingites* les inflammations des annexes de l'utérus. En effet, la salpingite est rarement une maladie isolée, elle est presque constamment accompagnée de lésions de l'ovaire et même du péritoine pelvien. Mais l'usage a prévalu de dire seulement ovaro-salpingite, ou même salpingite, pour désigner cette affection.

Cette maladie est de connaissance récente. Les lésions de la trompe avaient été entrevues et signalées, au moins comme coexistant avec certaines lésions de l'appareil génital dans le milieu du siècle actuel par Aran Siredey (1860), Brouardel (1866), etc. Mais l'importance réelle des salpingites, le rôle souvent prépondérant qu'elles jouent dans les affections génitales de la femme, n'ont été mis en lumière que depuis ces dernières années, depuis que la chirurgie antiseptique a permis d'atteindre et de guérir les inflammations pelviennes, en nettoyant les foyers de suppuration et en extirpant les organes malades.

Depuis que les cliniciens ont mieux appris à connaître les inflammations des annexes utérines, ils ont pu facilement démontrer que les salpingites sont extrêmement fréquentes. Cette fréquence s'explique par les relations anatomiques intimes existant entre ces organes, l'utérus et l'ovaire, surtout lorsque l'on voit que presque toujours la salpingite n'est qu'une complication d'une affection antérieure de l'utérus ou bien de l'ovaire.

La salpingite est une affection de l'âge adulte, elle apparaît surtout pendant la période d'activité sexuelle de la femme. Il en existe bien quelques faits chez les jeunes filles et chez les vieilles femmes, mais dans le premier cas, elles surviennent d'ordinaire après l'apparition des premières règles, et celles qui se voient dans la vieillesse sont presque toujours des affections anciennes dont le début remonte à l'âge adulte. Aussi, rares avant l'âge de 20 ans, elles le sont aussi au delà de 50 ans. Leur maximum de fréquence est, d'après toutes les statistiques, entre 20 et 40 ans.

Elles peuvent quelquefois se montrer chez des vierges; mais dans l'immense majorité des cas, elles surviennent chez des femmes ayant eu des rapports sexuels, et surtout chez celles qui ont eu des enfants ou des fausses couches.

La salpingite peut être primitive ou secondaire.

L'existence des salpingites primitives, à part les lésions tuberculeuses primitives de la trompe, est douteuse. Le froid, le traumatisme, qui ont

été indiqués comme causes possibles de la salpingite, ne sont pas ordinairement suffisants pour occasionner une inflammation tubaire. Du moins, aucun auteur n'en rapporte un exemple absolument probant. Tout au plus doit-on les considérer comme causes occasionnelles, alors que d'autres lésions peuvent servir réellement de causes efficientes.

D'ordinaire en effet, les salpingites succèdent à des lésions utérines ou peut-être aussi à des lésions ovariennes. Mais les lésions utérines sont de beaucoup les plus fréquentes et ce sont celles que nous allons examiner tout d'abord.

Les métrites et plus spécialement les endométrites peuvent être considérées comme l'origine des neuf dixièmes des salpingites au moins. D'ailleurs, comme la muqueuse salpingienne n'est que la prolongation de la muqueuse utérine, ainsi que le démontre leur origine embryologique commune, puisque la trompe et la matrice se développent toutes deux aux dépens des conduits de Muller, il est facile de comprendre que les inflammations de la muqueuse utérine doivent très facilement se propager à la muqueuse tubaire.

Aussi toutes les métrites, toutes les endométrites, même les plus simples, l'endométrite catarrhale par exemple, peuvent donner naissance à la salpingite. Il est probable que toutes ces phlegmasies sont plus ou moins infectieuses, et que les germes infectieux montent facilement de la cavité utérine dans la cavité tubaire, ainsi que semblent l'admettre Cornil et Terrillon. D'ailleurs, toutes les endométrites ne sont pas fatalement suivies de salpingite. Presque toujours il est nécessaire qu'une cause occasionnelle telle que le froid, la fatigue, un traumatisme quelconque, un excès de coït, une infection nouvelle, ou même une émotion morale, vienne donner un coup de fouet à l'inflammation utérine préexistante pour amener l'infection de la muqueuse tubaire.

Certaines infections sont en outre plus prédisposées que les autres à être suivies de salpingites, nous citerons en particulier la blennorrhagie et les métrites puerpérales.

La blennorrhagie paraît une des causes les plus fréquentes de la salpingite. Celle-ci se produit soit pendant la période aiguë, soit pendant la période chronique. Plusieurs auteurs, parmi lesquels Aran, Ricord, Siredey, Bernutz, avaient signalé la gravité particulière de la blennorrhagie chez la femme. A. Guérin avait même noté la salpingite parmi les complications tardives de cette affection. Dans ces dernières années, un chirurgien de New-York, Nœggerath, a démontré la gravité de l'affection latente. Il a décrit une forme larvée et latente qui détermine souvent des endométrites rebelles, lesquelles sont facilement suivies des salpingites et de pelvi-péritonites. Du reste, l'extension de l'infection varie suivant la résistance du sujet, son hygiène, et surtout selon le traitement suivi. Le moment le plus fréquent de l'infection tubaire serait d'après Schmidt vers la fin du deuxième mois. La réalité de la salpingite blen-