

*hydrops tubæ occlusa* (Froriep). Du reste, la permanence fréquente de la perméabilité de l'orifice utérin et la possibilité de l'évacuation du liquide par l'utérus avaient été signalées et désignées sous le nom de *hydrops-tubæ profluens*. Ces occlusions peuvent être dues à des causes congénitales (atrésies du col, arrêts de développement de l'utérus et de la trompe). Elles sont souvent le résultat de causes pathologiques (catarrhe des trompes avec adhérence des franges et des végétations, occlusion du pavillon par péritonite localisée, affections antérieures et surtout hémosalpinx et pyo-salpinx susceptibles de se transformer en hydro-salpinx). Le liquide est ordinairement transparent, citrin, légèrement verdâtre et très riche en albumine.

On a réuni sous le nom d'*hémato-salpingite*, non seulement des inflammations tubaires avec liquide sanglant, mais aussi des hématomes de la trompe dans lesquels il n'y a aucune trace d'inflammation des parois de l'organe. Dans l'hémato-salpingite la trompe est noirâtre, quelquefois même verdâtre. Distendue par le sang, elle est bosselée, sinueuse, volumineuse; le plus souvent elle décrit une concavité qui coiffe plus ou moins étroitement l'ovaire. La dilatation porte tantôt sur l'organe tout entier, tantôt sur une partie : dans ce dernier cas elle occupe quelquefois le pavillon seul et alors la trompe ressemble à une cornue, ou bien la moitié externe et on l'a alors comparée à une poire. Son volume est variable suivant la quantité de sang épanchée. Elle est, dans les cas ordinaires, de 100 à 200 grammes, mais elle peut atteindre 400, 500 grammes, et encore plus.

Les orifices sont le plus souvent oblitérés. La fermeture de l'orifice externe est constante et siège soit à la base, soit à l'extrémité du pavillon; elle peut se faire par tous les mécanismes que nous avons indiqués pour la pyo-salpingite. L'orifice interne est tantôt oblitéré, tantôt perméable. Son oblitération a lieu soit à l'ostium uterinum, soit sur un point quelconque de la partie droite de la trompe. Elle est tantôt congénitale, tantôt acquise. Dans ce dernier cas, elle est due soit à des causes intra-tubaires (inflammations antérieures, bouchon muqueux, caillot, etc.), soit à des causes extérieures (compression de la trompe par tumeur, torsion par déplacement ou inflexion).

A la coupe les parois tubaires ont une épaisseur variable. Hypertrophiées au début, elles sont toujours amincies quand l'organe est distendu par une grande quantité de sang. Dans les cas avec distension partielle on peut observer de l'épaississement sur un point, et de l'amincissement sur un autre. On a même noté des cas de rupture par distension et amincissement excessifs. A l'examen microscopique, on constate une hypertrophie marquée des franges avec toutes les dispositions déjà connues. Ces franges souvent blanchâtres sont parfois aussi colorées en rouge brun par le sang. Elles sont d'ordinaire atrophiées, aplaties par la pression sanguine, et ont une base très large; elles s'implantent direc-

tement sur la paroi et peuvent paraître plus petites qu'à l'état normal, aspect dû souvent à la dilatation considérable de l'organe.

La paroi musculaire, quelquefois hypertrophiée, peut être aussi intacte, les lésions étant limitées à la muqueuse. On trouve souvent dans son épaisseur des vaisseaux dilatés et des petits foyers hémorragiques.

La cavité tubaire est remplie de sang dont l'aspect est variable suivant son degré d'altération. Le sang peut rester longtemps rouge et fluide, puis il devient épais, visqueux, noirâtre, en raison de la résorption d'une partie du sérum. Fréquemment aussi la trompe est remplie seulement de caillots récents et anciens, quelquefois même fibrineux. Enfin, si les modifications sont plus accentuées, on ne trouve plus qu'un liquide clair, jaune ou louche. L'hémato-salpinx se transforme alors peu à peu en hydro-salpinx. Dans d'autres cas, au contraire, le sang peut subir une transformation purulente plus ou moins complète. A l'examen histologique, on trouve dans le liquide épanché, des hématies quelquefois intactes, souvent ratatinées, crénelées et très altérées, des globules blancs en quantité variable et des cristaux d'hématoïdine.

*Lésions de voisinage.* — En outre des altérations que nous venons d'étudier, on rencontre d'une manière à peu près constante dans les salpingites des lésions de voisinage portant surtout sur l'ovaire et le péritoine pelvien. L'infection tubaire, après avoir parcouru toute la cavité salpingienne, traverse le pavillon, et gagne l'ovaire et le péritoine environnants. De là des lésions ovariennes dont il nous faut parler.

Les lésions ovariennes sont extrêmement variables. Parfois elles sont absolument superficielles; l'ovaire participe peu à l'inflammation et sa surface seule est recouverte de néo-membranes; mais grâce à la présence de ces exsudats, l'ovulation est gênée, et à la longue la glande devient dure, scléreuse, avec une atrophie plus ou moins marquée. Le plus souvent les lésions sont plus accentuées et peuvent être de deux sortes : des dégénérescences kystiques ou des ovarites suppurées.

Les dégénérescences kystiques, encore mal connues, accompagnent surtout les salpingites sans suppuration, elles se présentent sous deux formes. Dans la première, l'ovaire est tout entier parsemé de kystes très nombreux, petits, contenant un liquide transparent et entourés d'une mince zone de tissu enflammé. Dans la seconde, les kystes siègent seulement à la superficie de l'organe dont le centre est nettement sclérosé. Ces kystes contiennent un liquide séreux ou sanguinolent, et semblent provenir de vésicules de Graaf dont l'évolution normale a été empêchée par la salpingite concomitante. D'ailleurs, la nature et la formation de ces kystes sont encore imparfaitement connues.

Les ovarites suppurées que l'on rencontre aussi avec les lésions de la trompe sont mieux étudiées. Tantôt l'ovaire est parsemé de petits abcès distincts, tantôt au contraire il est occupé par un abcès unique et volu-

mineux. Dans le premier cas l'ovaire paraît tuméfié, augmente de volume; il est recouvert par des fausses membranes plus ou moins épaisses. A la coupe on trouve un grand nombre de points suppurés disséminés sur toute la surface de la section, et dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'un noyau de cerise. Dans les cas de grands abcès, on rencontre une collection unique remplissant tout l'organe; le tissu ovarien est repoussé à la périphérie sous forme d'une coque plus ou moins épaisse, le volume de l'abcès varie d'une noix ordinairement à une mandarine dans les cas extrêmes. Quelquefois le tissu de l'ovaire est tellement transformé et altéré par l'abcès qu'il est difficilement reconnaissable, la coque a à peine quelques millimètres d'épaisseur, elle est recouverte de néo-membranes, et il faut que le microscope intervienne pour y découvrir les éléments du parenchyme ovarien. Ces grands abcès peuvent aussi communiquer avec les collections tubaires, et la communication se fait par plusieurs mécanismes que nous avons indiqués déjà dans les salpingites purulentes. Cette collection tubo-ovarienne peut se vider facilement par l'utérus dans certains cas; d'autres fois, elle est totalement close si l'ostium uterinum est oblitéré. D'ailleurs les collections purulentes peuvent quelquefois se rompre soit dans le péritoine, ce qui donne lieu à une péritonite suraiguë, septique, rapidement fatale; soit dans les loges de la périmérite environnante, et alors l'abcès peut s'évacuer secondairement au dehors ou dans l'intestin. La rupture peut se faire, du reste, sur tous les points de l'abcès.

Enfin certaines formes de salpingites s'accompagnent de lésions ovariennes spéciales. Ainsi, dans l'hémato-salpingite, l'ovaire est souvent sain, mais souvent aussi on y rencontre de grands kystes sanguins, qui ne sont probablement que des follicules de Graaf remplis de sang (Cornil). Dans la salpingite tuberculeuse la lésion tuberculeuse ovarienne est parfois antérieure ou contemporaine de l'altération tubaire. On trouve de grands abcès ovariens tuberculeux (Terrillon, Brouardel). On peut constater aussi des lésions tuberculeuses sur tous les organes environnants.

Les lésions péritonéales qui accompagnent les salpingites consistent en pelvi-péritonites qui peuvent être très limitées ou bien étendues à tout le petit bassin. De là des adhérences et des néo-membranes pouvant avoir toutes les dispositions et tous les aspects que nous avons déjà décrits à l'article pelvi-péritonite (Voy. p. 992). Quels que soient leur forme, leur nombre, elles ont pour conséquence de remplir plus ou moins complètement les culs-de-sac péritonéaux, d'amener des adhérences fréquentes des organes pelviens avec le grand épiploon, les anses de l'intestin grêle, le cæcum et l'S iliaque, etc., et enfin de fixer la trompe et l'ovaire, toujours déplacés, dans des régions et des positions anormales. Quelquefois ces deux organes sont encapsulés dans une masse de néo-membranes qui leur forme une sorte de kyste péri-

phérique; mais, le plus souvent, ils sont déplacés et fixés par les adhérences sur un point quelconque du petit bassin. Les deux déplacements les plus fréquents sont: en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Le déplacement en arrière est de beaucoup le plus fréquent. L'ovaire, entraînant toujours la trompe, glisse d'abord dans la fossette sous-ovarienne, puis, passant au-devant du ligament utéro-lombaire, atteint le plus souvent le cul-de-sac de Douglas et se rapproche alors de la partie postéro-latérale de l'utérus. La rapidité de la chute et l'étendue du déplacement varient avec l'intensité de l'inflammation. Les adhérences péritonéales peuvent le fixer, du reste, sur un point quelconque des parcours que nous venons d'indiquer.

Le déplacement en avant, beaucoup plus rare, ne se trouve guère que dans 1/10 des cas. L'ovaire vient alors se fixer sur la face antérieure du ligament large.

Ce déplacement est surtout fréquent dans les salpingites survenant pendant l'involution utérine post-puerpérale.

Les ligaments tubo-ovariens et utéro-ovariens sont en général déformés, raccourcis par l'inflammation, et la tumeur ovaro-tubaire est souvent accolée à la corne utérine. Les ligaments larges présentent des modifications importantes. L'augmentation du volume des trompes a pour premier effet de supprimer le méso-salpinx qui se dédouble pour envelopper la trompe augmentée de volume. Souvent, dans ce cas, l'inflammation se propage au tissu cellulaire du ligament large. Quand l'ovaire est prolabé en bas et en arrière, il adhère parfois à la face postérieure du ligament large, qui est alors déformé et épaissi, et si la tumeur suppure, le pus peut s'infiltrer entre les deux lames du ligament.

Dans le cas où l'ovaire et la trompe tombent dans le cul-de-sac antérieur, les mêmes phénomènes se produisent sur la face antérieure du ligament. La masse des néo-membranes et des exsudats peut alors adhérer à la paroi antérieure et donner naissance, ainsi que l'a démontré Terrillon, à cette induration de la paroi abdominale connue sous le nom de *plastron* et qui avait été regardée par A. Guérin comme pathognomonique du phlegmon du ligament large.

Enfin, dans les cas de pyo-salpinx, l'abcès tubaire peut produire des fistules qui font communiquer son foyer avec l'intestin, et l'ouverture se fait surtout au niveau du rectum, quelquefois dans l'intestin grêle et dans l'S iliaque. Parfois même la fistule s'établit à travers les parois de la vessie, mais ces faits ne peuvent se rencontrer que dans les cas de déplacements de l'ovaire en avant et ils sont très rares.

Il est très difficile de tracer le tableau clinique des salpingites parce que les types cliniques sont extrêmement multipliés et variables, et ensuite parce que souvent les signes de cette affection sont comme noyés au milieu des symptômes dus aux lésions de voisinage.

Les salpingites présentent des formes aiguës et des formes chroniques.

Les salpingites aiguës sont encore très mal connues. Nous ne parlerons pas ici des formes suraiguës qui accompagnent certaines septicémies puerpérales; elles disparaissent dans la gravité des signes de péritonite généralisée.

D'autres fois, les formes légères doivent être confondues avec certains cas d'ovarites aiguës telles que Gallard les a décrites.

Mais il est quelquefois, chez certaines filles vierges, des accidents très légers caractérisés seulement par de légers frissons, une gêne passagère dans le bas-ventre et dans les fosses iliaques, une douleur localisée avec gonflement limité à la région tubo-ovarienne, qui ne sont reconnues comme salpingites que par leurs conséquences : récidives des mêmes accidents, passage à l'état chronique et plus tard stérilité. Il en est de même de certains accidents puerpéraux subaigus, caractérisés par de légers frissons, un peu de fièvre, avec douleur et empâtement légers qui disparaissent avec un traitement approprié, quelquefois sans laisser de traces, quelquefois pour donner naissance, à la suite d'une cause occasionnelle peu importante, à une véritable salpingite chronique. Ces cas existent, mais ils n'ont pas toujours été considérés comme des salpingites aiguës.

La salpingite chronique, au contraire, commence à être bien connue aujourd'hui; c'est celle qui est le plus souvent offerte à l'observation chirurgicale, et trop tardivement même, après des mois et des années de souffrance.

Son début est très variable. C'est quelquefois le passage à l'état chronique des légers accidents aigus que nous avons signalés plus haut. Mais le plus souvent, la salpingite est chronique d'emblée, et se montre chez une femme qui présente tous les signes d'une affection utérine antérieure et déjà ancienne. Son début est tantôt brusque, tantôt insidieux.

Dans le premier cas, la malade est prise soudainement d'une douleur vive dans le ventre, au niveau d'une des fosses iliaques, avec vomissements quelquefois et des phénomènes généraux, frissons, fièvre, etc. En un mot, elle présente tous les signes d'une pelvi-péritonite. Au bout de quelques jours, cette poussée inflammatoire se calme, les phénomènes aigus disparaissent pendant un temps variable pour reparaitre avec la même forme ou avec une forme voisine, sous l'influence d'une cause quelconque. Quand ce début brusque se produit au moment des règles, l'hémorrhagie menstruelle est ordinairement arrêtée; souvent, dans ces cas, on est en présence d'une hémato-salpingite.

Dans la forme insidieuse, on voit survenir, à la suite d'une fatigue, d'une exploration chirurgicale, d'un coup de froid, d'un excès de coït, etc., une douleur sourde dans la région inguinale, d'un seul côté, qui persiste plus ou moins longtemps, pour reparaitre et s'en aller encore plusieurs fois. Cette douleur, localisée à la fosse iliaque, gêne

la marche, le coït, rend la miction et la défécation difficiles et sensibles, et devient de plus en plus intense et continue.

Quel que soit le début, on trouve presque chez toutes les malades, quand la maladie est confirmée, des séries de poussées aiguës analogues à celles que nous avons décrites, séparées par des intervalles plus ou moins longs de bien-être relatif. Ces alternatives de mieux et de crises peuvent durer pendant des mois et des années.

Les salpingites présentent à leur période d'état des signes fonctionnels et des signes physiques.

Les signes fonctionnels sont les suivants : des douleurs, des troubles menstruels, de la stérilité.

La douleur est un signe constant. Chez une femme ayant les signes ordinaires d'une affection utérine, et en dehors des crises aiguës signalées plus haut, on constate une douleur continue de caractère et d'intensité variables. Tantôt les malades ont un sentiment de tension, de pesanteur, elles sentent toujours leur ventre (Bouilly); d'autres fois, au contraire, la douleur est vive, gravative, lancinante, ou bien elles éprouvent une sensation de brûlure, de déchirement, etc., en un mot on trouve un peu toutes les formes de la douleur. L'intensité en est très variable, elle peut être assez légère pour constituer une simple gêne, d'autres fois au contraire, elle est très exagérée, excessive, au point que la malade ne peut supporter aucune pression, pas même le poids de ses couvertures quand elle est au lit. Cette douleur est spontanée. Mais elle peut être exaspérée par la moindre pression, par la marche. Les malades ont souvent alors une attitude particulière, et marchent courbées en deux; chez d'autres la marche devient impossible, elles sont obligées de rester assises, et souvent même de garder le lit. Le moindre effort, le rire, la toux, etc., provoquent des exaspérations très pénibles.

Les malades peuvent aussi souffrir en urinant; mais le plus souvent elles souffrent surtout pendant la défécation, ce qui amène chez elle une constipation opiniâtre qui a l'inconvénient de doubler encore leurs douleurs au moment des selles. Dans certains cas, la douleur empêche tellement la marche et le travail que les malades deviennent tout à fait impotentes.

Les troubles menstruels peuvent manquer, mais ils sont très fréquents. Chez quelques malades, ils ont précédé l'apparition de la salpingite et remontent jusqu'à la puberté. Il s'agit alors de ces malades ayant des trompes mal développées, infantiles d'après Freund. Cet état se révélerait, d'après Freund et Lawson Tait, par une apparition tardive de la puberté (17 ou 18 ans), des règles toujours irrégulières, peu abondantes et douloureuses; souvent de la dysménorrhée et même de l'aménorrhée.

En même temps l'état général des malades est mauvais, elles sont amaigries, anémiées, chlorotiques souvent.

Que cet état ait existé ou non, on trouve ordinairement, chez les per-

sonnes atteintes de salpingite, une leucorrhée abondante et d'aspect variable, et presque toujours tous les signes d'un catarrhe utérin. Les troubles menstruels véritables peuvent manquer; quand ils existent ils sont variables. Quelquefois les malades ont une aménorrhée plus ou moins complète et plus ou moins persistante; dans certains cas, elle dure plusieurs mois, pour disparaître un certain temps, et revenir ensuite.

Mais le phénomène le plus fréquent, c'est l'existence de métrorrhagies. Quelquefois il y a seulement une exagération marquée dans l'abondance de l'écoulement menstruel, d'autres fois les pertes reviennent tous les quinze jours ou même plus souvent. D'ordinaire ces hémorrhagies s'accompagnent de douleurs vives, de pesanteur dans le ventre, dans les reins, et de coliques plus ou moins violentes.

Dans certains cas, au contraire, les malades voient leurs douleurs se calmer au moment des règles, quelquefois même pendant toute la période cataméniale. La durée de l'écoulement du sang varie beaucoup avec chaque malade.

Enfin la stérilité est presque constante chez les malades atteintes de salpingite. Cependant on a pu voir survenir, dans quelques cas exceptionnels, une grossesse pendant le cours d'une salpingite. Cela peut tenir soit à l'unilatéralité des lésions tubaires, soit même, peut-être, au maintien de la perméabilité de la trompe malade.

Souvent alors, la grossesse est interrompue par un avortement, dû aux lésions existantes, et quand par hasard elle évolue jusqu'au bout, l'accouchement est fréquemment suivi d'accidents puerpéraux, dus à l'infection tubaire.

Dans les salpingites la stérilité est le résultat des déplacements, des déviations, des oblitérations tubaires, rendus souvent permanents par la périmérite.

Nous ne pouvons quitter l'étude des signes fonctionnels sans signaler deux symptômes assez inconstants mais importants, quand ils existent, ce sont : les coliques salpingiennes et les écoulements utérins.

On désigne sous le nom de coliques salpingiennes des douleurs spéciales localisées surtout à la région ovarienne, d'une acuité extrême et de forme variable. On les compare tantôt à des coliques intestinales, tantôt à des coliques utérines, à des douleurs de reins, etc. Elles sont intermittentes, reparaissent d'ordinaire à plusieurs jours, et même à plusieurs semaines d'intervalle, mais peuvent aussi être très rapprochées et se répéter plusieurs fois le même jour.

Elles sont exaspérées par la moindre pression, par la moindre frottement, et cessent brusquement par l'évacuation d'un produit liquide qui s'échappe par les voies génitales. Cette évacuation, soudaine et semblable à une éjaculation, se produit ordinairement pendant un effort. Le liquide évacué est variable, tantôt épais, jaunâtre, visqueux, tantôt

séreux et cela surtout dans l'hydropisie tubaire; sa quantité peut alors être considérable. D'autres fois il est franchement purulent.

En dehors de l'évacuation pendant la colique, on peut voir sourdre les liquides par l'orifice utérin toutes les fois que la trompe malade communique largement avec la cavité utérine. Dans l'hydro-salpinx le liquide est séreux (*hydrops tubæ profluens*); les pyo-salpingites laissent quelquefois passer du pus plus ou moins épais; enfin, l'hémato-salpinx peut donner lieu à un écoulement sanguin plus ou moins abondant, précédé ordinairement de douleurs sourdes et de sentiment de tension abdominale. C'est cet écoulement goutte à goutte que l'on avait autrefois décrit sous le nom d'aménorrhée distillante.

Les signes fonctionnels que nous venons de passer en revue ne sont jamais suffisants pour permettre d'affirmer l'existence d'une salpingite, s'ils ne sont pas corroborés par l'étude des signes physiques.

A la vue, on peut quelquefois constater l'augmentation unilatérale de volume du ventre, mais rarement. La palpation peut fournir des résultats plus importants, et encore, au point de vue de ce signe clinique, les salpingites se divisent en deux classes, celles qui s'accompagnent d'une tumeur abdominale, et celles qui ne présentent pas cette disposition. Dans les cas où la salpingite donne lieu à une tumeur abdominale, celle-ci n'est pas médiane, elle le devient seulement dans les cas extrêmes. Elle remonte plus ou moins haut entre le pubis et l'ombilic et offre une limite supérieure, irrégulière, légèrement bosselée. Elle est ordinairement de consistance dure, quelquefois véritablement ligneuse et est plus ou moins nettement séparée de la paroi abdominale. Dans certains cas la tumeur se présente même sous la forme d'une plaque indurée, qui semble faire corps avec la paroi, et qui n'en est guère séparée que par un sillon très peu marqué. Cette disposition, décrite sous le nom de *plastron*, ne se rencontre guère dans les salpingites que dans les cas où l'ovaire est tombé dans le cul-de-sac antérieur, au lieu de se porter en arrière et en bas.

La palpation abdominale ne donne pas toujours des notions aussi nettes, soit à cause de la résistance des parois et de la douleur de l'examen, soit à cause de la petitesse et de la profondeur de la tumeur. Enfin, souvent, il n'existe pas de tumeur abdominale.

Aussi faut-il toujours faire un examen direct par les voies génitales; par le toucher vaginal au moins, qui fournira des résultats très précieux et quelquefois suffisants. L'examen au spéculum, souvent dangereux, ne peut donner que des notions très incomplètes. Le toucher vaginal renseigne sur l'état du col et sur celui des annexes. Le col utérin est ordinairement gros, plus ou moins lisse, plus ou moins largement ouvert, quelquefois induré, quelquefois ulcéré: il révèle l'existence d'une métrite. Il est souvent dévié, et surtout en avant et sur le côté, par la tumeur salpingienne, qui est postéro-latérale; tantôt le col

seul est dévié, tantôt c'est l'utérus tout entier. La mobilité de la matrice est variable, mais elle n'est pour ainsi dire jamais complètement normale. L'organe est le plus souvent engainé plus ou moins entièrement dans une masse néo-membraneuse, parfois même absolument immobilisé. Les annexes peuvent aussi être examinés par le toucher vaginal. En déprimant les culs-de-sac postérieurs et latéraux, le doigt peut atteindre une trompe et un ovaire enflammés et qui forment une tuméfaction plus ou moins marquée sur les côtés ou en arrière de l'utérus. Il rencontre alors tantôt des culs-de-sac souples, à travers lesquels les organes peuvent être sentis isolément, ou bien devinés s'ils sont enveloppés par des fausses membranes. Dans ce cas, ils forment une masse diffuse, qui peut parfois déprimer les culs-de-sac vaginaux et dont l'examen est plus difficile. Souvent aussi le toucher vaginal est insuffisant, les organes malades sont trop élevés ou trop éloignés pour que le doigt puisse les atteindre. Il faut alors combiner le palper abdominal méthodiquement fait avec le toucher vaginal et pratiquer ce que l'on appelle aujourd'hui le *toucher bimanuel*.

Cette manœuvre, parfois très douloureuse pour la malade, et difficile à mettre en œuvre chez les femmes à parois abdominales très épaisses, ou résistantes, nécessite souvent l'emploi du chloroforme pour donner tous ses résultats. Elle permet, quand elle est bien faite, un examen très complet des parties malades qu'on peut ainsi saisir parfaitement entre les deux mains, et dont on peut nettement apprécier les dimensions et tous les caractères physiques. Les salpingites se divisent alors au point de vue de cet examen en deux variétés, celles dans lesquelles on ne trouve qu'une tuméfaction diffuse, les organes malades étant plongés dans une gangue néo-membraneuse, celles où l'on peut rencontrer une tumeur nette.

Dans le premier cas, la paroi vaginale est épaissie, indurée, chaude. L'utérus est immobile, plongé dans une masse inflammatoire solide, le petit bassin est à moitié rempli par des amas de néo-membranes qui enveloppent les organes malades. Il est impossible alors de sentir nettement les trompes enflammées et volumineuses.

Dans la seconde variété, les néo-membranes sont moins nombreuses. On circonscrit facilement les organes malades. La trompe peut se présenter sous la forme d'un cordon noueux, plus ou moins cylindrique, bosselé, quelquefois piriforme, qui part de la corne utérine et se porte soit sur les côtés du petit bassin, soit plus souvent en arrière vers le cul-de-sac de Douglas. Mais, d'ordinaire, on trouve une tumeur plus ou moins arrondie, du volume d'un œuf à celui d'une orange, située sur les côtés ou en arrière de l'utérus, et dont il est séparé par un sillon plus ou moins profond, admettant au moins l'ongle.

Quelquefois on trouve seulement au fond des culs-de-sac déprimés une tumeur arrondie, mobile, fuyant sous le doigt, et d'une sensibilité

exquise. Dans certains cas, le doigt vaginal n'atteint pas les organes malades, à moins que la main, posée sur l'abdomen, ne vienne, par une pression vigoureuse, les porter pour ainsi dire à sa rencontre. Enfin le toucher bimanuel permet aussi d'apprécier la consistance de la tumeur, qui est tantôt dure, tantôt molle, quelquefois même très nettement fluctuante.

Le toucher rectal, seul ou combiné avec le palper abdominal, est souvent nécessaire et toujours avantageux, pour contrôler et même compléter les renseignements fournis par le toucher vaginal. D'ailleurs, toutes ces explorations sont toujours délicates et difficiles, et demandent, pour donner des résultats suffisants, une certaine habileté ou tout au moins une grande expérience.

Tous les signes que nous venons d'étudier s'accompagnent de troubles généraux, qu'il nous reste à examiner. Dans les formes aiguës, et pendant les crises aiguës des salpingites chroniques, on voit survenir les phénomènes généraux des maladies aiguës, fièvre, exagération de température, troubles digestifs, anorexie, etc. Tous ces phénomènes disparaissent avec les phénomènes aigus.

Seulement, après chaque crise, la malade reste plus faible qu'avant; aussi à la longue, dans les salpingites chroniques, on voit survenir un affaiblissement progressif, exagéré encore par l'anémie aiguë qui suit les métrorrhagies abondantes. Les malades maigrissent, perdent l'appétit et le sommeil sous l'action de la douleur incessante. Tous ces phénomènes sont encore plus accusés dans les pyo-salpingites et dans les salpingites tuberculeuses.

La maladie dure des mois, et même des années, avec des alternatives bien des fois répétées de périodes d'amélioration, séparées par des rechutes et des crises aiguës. Peu à peu la marche et l'exercice deviennent tout à fait impossibles, l'appétit se perd, le teint devient terreux, et les crises aiguës ont des retours plus fréquents. Le moral se prend à son tour, les malades, découragées par la longueur de la maladie et la continuité de leurs souffrances, perdent confiance non seulement dans le médecin, mais dans la médecine, et usent tour à tour encore de tous les remèdes. Alors apparaissent, surtout chez celles qui sont douées d'un tempérament nerveux, des troubles nerveux très variables, irritabilité extrême, changement de caractère, accès hystériques plus ou moins complets, et même des phénomènes localisés, tels que des contractures limitées. On a signalé, dans un cas, des troubles simulant l'ataxie locomotrice.

Abandonnée à elle-même, la maladie peut durer toute la vie sexuelle, ravivée par la congestion périodique des époques menstruelles, ou par des infections nouvelles. L'âge critique peut amener une guérison complète des phénomènes. Dans quelques rares cas, la salpingite peut se terminer par la mort qui survient par le fait des complications aiguës