

ciale de faire le drainage, on refermera complètement la plaie avec des sutures au catgut<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Voici quelques indications bibliographiques relatives aux travaux récents sur la castration dans les cas de dysménorrhée spécialement accompagnées de troubles nerveux et mentaux. R. BATTEY. *Extirpation of the functionally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases*. (Transact. of the amer. gyn. Soc., 1876, t. I, p. 101 à 121). — M. SIMS. *Brit. med. Journ.*, déc. 1877, t. II, p. 793. — E. BÖRNER. *Wien. med. Woch.*, 1878, n° 47 à 50, p. 1247 et suiv. — J. H. AVELING. *The spaying of women*. (Obstet. Journ. of Great Britain., janv. 1879, t. VI, p. 617). — SPENCER WELLS. *Case of removal of both ovaries for dysmenorrhœa* (Trans. of the amer. gyn. Soc., Boston, 1879, t. IV, p. 198). — A. HEGAR. *Zur Castration bei Hysterie*. (Berl. klin. Woch., 1880, n° 26, p. 365). — BRUNTZEL. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 107. — DAWSON. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1881, t. XIV, p. 419. — MAURER. *Deutsche med. Woch.*, 1881, p. 550. — H. KLOTZ. *Hysterie und Castration* (Wien. med. Woch., 1882, nos 58-41, p. 1129 et suiv.). — W. GOODELL. *Amer. Journ. of Insanity*, 1882, et *Philad. med. Times*, 29 déc. 1883, t. XIV, p. 229. — JESSETT. *Lancet*, juin 1882, t. I, p. 910. — LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 88. — FEHLING. *Zehn Castrationen* (Arch. f. Gyn., 1883, Bd. XXII, p. 441). — MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1883, p. 944. — CARSTENS. *Ibid.*, p. 266 et 522. — JOS. PERETTI. *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 10, p. 141. — LANDAU et REMAK. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1883, p. 437. — G. THOMAS. *New-York med. Journ.*, janv. 1883, t. XXXVII, p. 32. — B. HEILBRUNN. *Centr. f. Gyn.*, 1883, n° 38, p. 601. — MALINS. *Brit. med. Journ.*, 12 mai 1883, t. I, p. 911. — J. FRIEDMANN. *Vergleich einiger Fälle von Operationen an den Ovarien wegen Psychose*. Dissert. inaug., Berlin, 1885. — TAUFFER. *Beiträge zur Lehre der Castration der Frauen* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1885, Bd. IX, Heft. 1, p. 38. — L. TAIT. *The pathology and treatment of diseases of the ovaries*, 4<sup>e</sup> éd., 1885, p. 328. — P. MÜLLER. *Beiträge, etc.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1884, Bd. XX, p. 1). — G.-L. WALTON. *Boston med. and surg. Journ.*, 1884, t. CX, n° 23, p. 529. — V. HOFFMANN. *S.-Francisco western Lancet.*, janv. 1884. — P. FLECHSIG. *Neurol. Centralbl.*, 1884, n° 19, p. 453 et n° 20, p. 457). — BIRCHER. *Castration bei ovarial Neuralgie und Hysterie* (Corresp. Bl. f. Schw. Aertze, 1884, t. XIV, p. 447 et 470). — A. HEGAR. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIV, p. 318 et *Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 593. — *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden*, 1885. — *Zur Begriffsbestimmung der Kastration* (Centr. f. Gyn., 1887, n° 44, p. 698). — SCHMALFUSS. *Zur Castration bei Neurosen*. (Arch. f. Gyn., 1885, Bd. XXVI, p. 1). — H. MENZEL. *Beiträge zur Castration der Frauen* (Ibid., p. 56). — A. LEPPMANN. *Ibid.*, p. 57. — TISSIER. *De la castration de la femme en chirurgie*. Thèse de Paris, 1885. — UHEREK. *Die funktionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehung zu den Sexualleiden*, in *Frauenarzt* 1886 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 4, p. 50). — L. TAIT. *Brit. med. Journ.*, 1886, t. II, p. 852. — *A case of hystero-epilepsy successfully treated by removal of damaged uterine appendages* (Lancet, 1887, t. II, p. 1215). — SCHRÖDER. *Ueber die Castration bei Neurosen* (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1886, Bd. XIII, Heft 2, p. 325. — WIDMER. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 40, p. 657. — MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1886, t. XIX, p. 524 et janv. 1888, t. XXI, p. 55. — MAGNIN. *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux*. Thèse de Paris, 1886. — J. SCHRAMM. *Ueber Castration bei Epilepsie* (Berl. klin. Woch., 1887, n° 3, p. 38). — GUSTAV WILLERS. *Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem*. Dissert. inaug., Fribourg, 1887. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Trois cas d'ablation des ovaires pour accidents nerveux* (Soc. obst. et gyn. de Paris, in *Annal. de gyn.*, 1883, t. XXVII, p. 450). — E. W. CUSHING. *Melancholia, masturbation cured by removal of both ovaries* (Journ. of the amer. med. Assoc., Chicago, 1887, p. 441). — REANY. *A case of oophorectomy for epilepsy* (Amer. Journ. of Obstet., 1888, t. XXI, p. 435). — F. MERKEL. *Beitrag zur Kasuistik der Kastration bei Neurosen*. Nürnberg, 1888. — MAY. *A case of hystero-epilepsy; Tait's operation, cure* (Virginia med. Month., Richmond, 1888-89, t. XV, p. 174). — IMLACH. *A case of hystero-epilepsy of 20 years duration treated by removal of the uterine appendages* (Brit. med. Journ., 1888, t. I, p. 140). — S. BRODNITZ. *Die Wirkungen der Kastration auf den weiblichen Organismus*. Dissert. inaug., Strasbourg, 1890. — PLAYFAIR. *On removal of the uterine appendages in cases of functional neurosis* (Brit. med. Journ., 17 janv. 1891, p. 119).

## LIVRE IX

## INFLAMMATIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

Considérations générales. — Classification des salpingites.

Le rôle capital que joue, en gynécologie, l'inflammation de ce qu'on est convenu d'appeler les annexes de l'utérus (ovaire et trompe) n'a été définitivement admis que dans ces dernières années. Aran et son élève Siredey<sup>1</sup> l'avaient nettement entrevu et indiqué. Mais ces notions importantes, formulées par des médecins et dépourvues du contrôle et de la sanction de l'intervention chirurgicale, devaient passer inaperçues. Les opérations retentissantes de Lawson Tait<sup>2</sup> ont plus fait pour la vulgarisation de cette vérité que toutes les considérations de physiologie et d'anatomie pathologique; l'histoire si controversée des inflammations péri-utérines<sup>3</sup> en a été éclairée d'un jour nouveau.

L'interminable et fastidieuse discussion qui a fatigué toute une génération, à savoir si l'inflammation se produisait dans le tissu cellulaire circum-utérin ou dans le péritoine voisin, s'il y avait phlegmon péri-utérin ou pelvi-péritonite, n'est plus qu'un lointain souvenir; l'ardente controverse à ce sujet entre Nonat, Bernutz, Goupil et Gallard, nous paraît aussi surannée que les débats entre Gendrin et Lisfranc sur l'engorgement de l'utérus et la métrite chro-

Considérations  
générales.

<sup>1</sup> ARAN. *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1858. — SIREDEY. *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les maladies dites utérines*. Thèse de Paris, 1860.

Au siècle dernier déjà, en France, la fréquente propagation de l'inflammation de l'utérus aux trompes et aux ovaires avait été formellement signalée. ASTRUC. *Traité des maladies*, 1770, t. VI, p. 46. — LIEUTAUD. *Précis de médecine pratique*, 1776, t. II, p. 462.

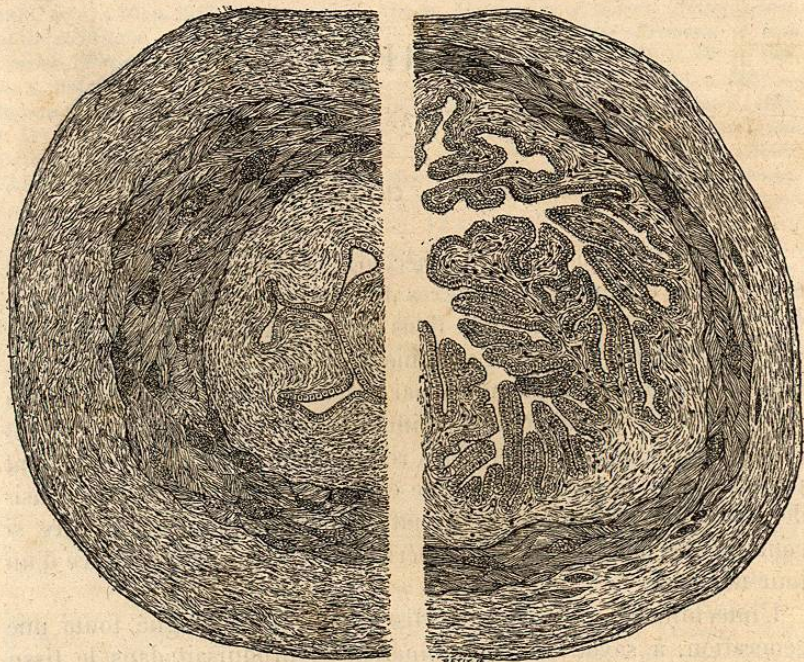
<sup>2</sup> LAWSON TAIT. *loc. cit.*, 4<sup>e</sup> édit. 1885 (trad. franç. par OLIVIER). — HEGAR revendique la priorité des opérations de pyo-salpingotomie. — Voir WIEDOW. *Zur operativen Behandlung des Pyosalpinx* (Centr. f. Gyn., 1885, n° 10, p. 145).

<sup>3</sup> On se sert fréquemment des mots : *péri-utérin*, *péri-ovarite*, *ovario-salpingite*, qu'a consacrés l'usage, bien que leur composition soit très défectueuse, puisqu'ils résultent de la combinaison hybride d'un mot grec et d'un mot latin; il faudrait dire, pour parler correctement : *circum-utérin*, *circum-ovarien*, *tubo-ovarite*, ou bien *périmétrite*, *péri-oophorite*, *oophoro-salpingite*.



*nique partielle*, pour expliquer les mêmes symptômes. La distinction même entre la *paramétrite* et la *périmétrite*, conservée par les auteurs contemporains, paraît à peine justifiée, en clinique. C'est un vestige attardé des anciennes doctrines.

Pour bien comprendre l'étroite solidarité de l'utérus et des



A. B.  
Fig. 512. — Trompes utérines; état normal.

Coupes : A, au niveau de la partie voisine de l'utérus; B, auprès du pavillon (Wyder).

Succession des couches : 1. En haut et en dehors, *tunique séreuse*. 2. *Couche de tissu conjonctif fasciculé*, lâche, riche en vaisseaux. 3. *Tunique musculaire*, beaucoup plus considérable au voisinage de l'utérus (segment utérin) que près du pavillon (segment abdominal). Elle consiste principalement en fibres circulaires. En haut et en dedans, il s'y joint des faisceaux de fibres longitudinales dont quelques-uns s'épanouissent dans la muqueuse; d'autres (plus externes) pénètrent entre les deux feuilletts du ligament large; d'autres encore vont au hile de l'ovaire, ou envoient des prolongements sur le fond de l'utérus; quelques fibres pénètrent dans la couche circulaire. 4. *Tunique muqueuse*. La trame de cette tunique est formée par un tissu conjonctif embryonnaire, riche en cellules fusiformes; il s'avance dans la lumière de la trompe en plis longitudinaux que la coupe a attaqués plus ou moins obliquement. Au voisinage de l'utérus, ces plis sont trapus et donnent sur la coupe de la lumière de la trompe un aspect étoilé. Près du pavillon, ils deviennent plus allongés et sont en partie accompagnés de replis accessoires, ce qui donne à la coupe un aspect très déchiqueté et dendritique. Toute la surface de la muqueuse est tapissée d'une couche simple de cellules cylindriques à cils vibratiles; le mouvement de ces cils, sur le vivant, est dirigé de l'ovaire à l'utérus.

trompes, il faut se souvenir que leur origine embryonnaire est commune. A la fin du second mois de la vie intra-utérine, les canaux de Müller se fusionnent inférieurement pour former l'utérus et le vagin, tandis qu'ils restent distincts en haut et constituent les trompes.

Celles-ci ne sont, en réalité, que le prolongement effilé des cornes utérines; il y a continuité immédiate entre leurs diverses tuniques, d'où la possibilité d'une salpingite ascendante consécutive à la métrite, de même qu'il y a une pyélite ascendante à la suite d'une cystite invétérée. L'ovaire, relié à la trompe par le ligament tubo-ovarien

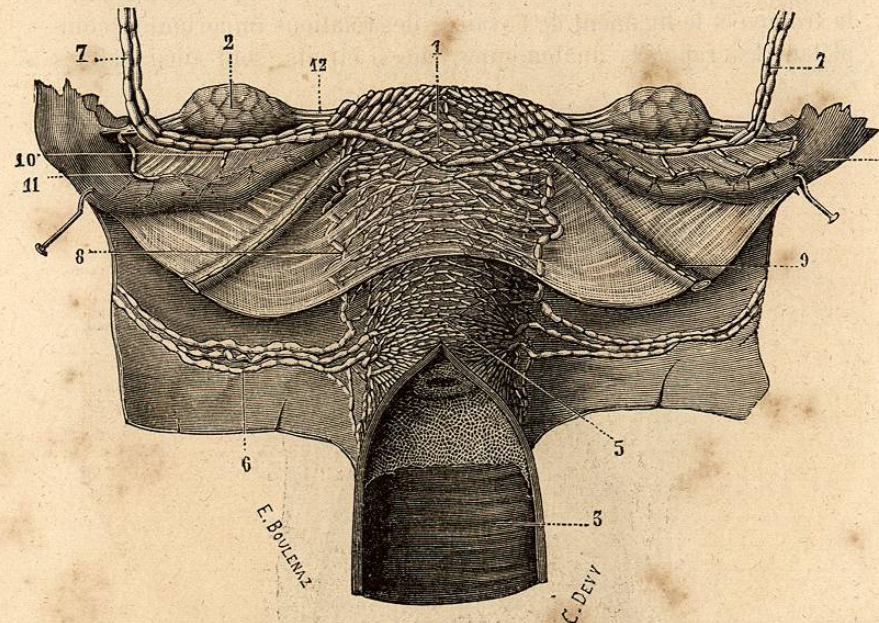


Fig. 515. — Vaisseaux lymphatiques de l'utérus (Poirier).

1. Lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus. — 2. Ovaire. — 3. Vagin. — 4. Trompe. — 5. Lymphatiques venant du col utérin. — 6. Vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions iliaques. — 7. Vaisseaux lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux ganglions lombaires. — 8. Grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin. — 9. Petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux ganglions inguinaux. — 10, 11. Vaisseaux lymphatiques de la trompe allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques nés du corps utérin. — 12. Ligament de l'ovaire.

et en contact presque immédiat avec son pavillon, peut de même être facilement infecté par voisinage.

En outre, ces organes sont reliés par des connexions vasculaires et lymphatiques importantes. Je rappellerai les anastomoses des artères et veines utéro-ovariennes avec les artères utérines. Bien plus dignes encore d'attention sont les connexions lymphatiques. Lucas-Championnière a eu le mérite d'y insister, après Cruikshank et Cruveilhier<sup>1</sup>. Il a décrit, en particulier, au niveau des angles de l'utérus, des lym-

<sup>1</sup> J.-L. CHAMPIONNIÈRE. *Lymphatiques utérins*, etc. Thèse de Paris, 1870. — Quant à CRUVEILHIER, c'est dans son *Anatomie pathologique* et non dans l'*Anatomie descriptive* qu'on doit chercher la description des lymphatiques de l'utérus. Cela tient à ce que ces recherches se font beaucoup mieux dans les cas pathologiques et sur des femmes mortes



phatiques superficiels qui se perdent dans le ligament large en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, et surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe. Il existe également des lymphatiques profonds, formant un second plan qu'on ne peut voir qu'en coupant perpendiculairement l'angle utérin; il y a là un groupe lymphatique remarquable qui occupe le creux formé entre la trompe et le ligament de l'ovaire; des relations importantes, complétant les rapports anatomiques déjà si étroits, sont ainsi établies

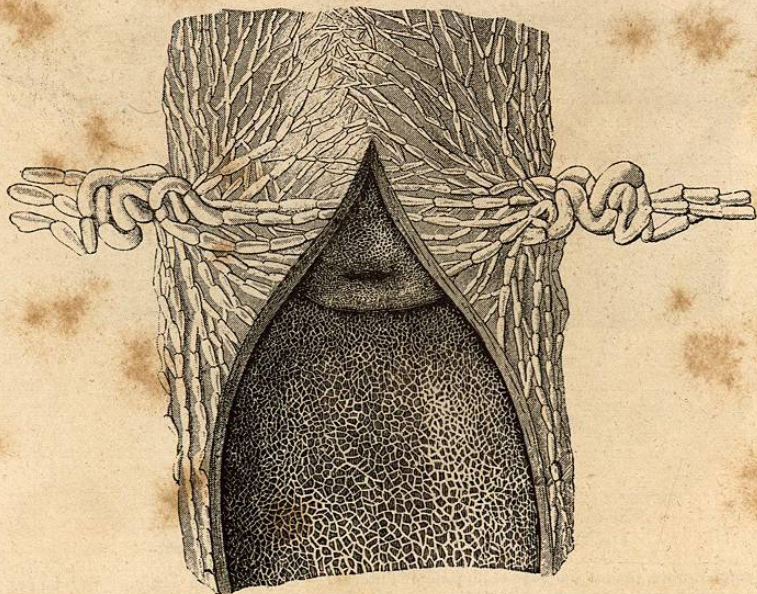


Fig. 314. — Lymphatiques du col utérin et du tiers supérieur du vagin. (P. Poirier).

entre l'ovaire et la trompe (fig. 315). Aussi n'y a-t-il, pour ainsi dire, pas d'ovarites sans salpingite ni de salpingites sans ovarite; l'inflammation des annexes est, à bon droit, réunie dans une même description.

Presque toujours, l'inflammation passe de la trompe à l'ovaire directement par contact et adhérence. Mais on observe aussi, parfois, une suppuration de l'ovaire, sans continuité avec l'inflammation de la trompe; on peut alors expliquer ce fait par les relations lymphatiques. En effet, les vaisseaux qui émanent du pavillon suivent le ligament latéral externe de l'ovaire et se jettent dans le vaste

de fièvre puerpérale, où les lymphatiques sont rendus plus évidents à la fois par la gravidité et par l'inflammation. — Voir les intéressantes recherches de P. POIRIER. *Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus* (*Progrès méd.*, 1889, n° 47, p. 491 et 492, n° 48, p. 509 et suiv., n° 49, p. 527 et suiv., n° 52, p. 590 et suiv.; — 1890, n° 3, p. 41 et 42 et n° 4, p. 65 et suiv.).

confluent lymphatique qu'on a appelé plexus sous-ovarique. On n'a donc nulle difficulté à comprendre qu'un abcès de l'ovaire s'observe avec des lésions relativement minimales de l'oviducte<sup>1</sup>. Les adhérences, très riches en lymphatiques, comme l'a démontré Poirier, peuvent aussi servir de véhicule à l'inflammation.

D'autre part, le réseau lymphatique que recouvre la surface de

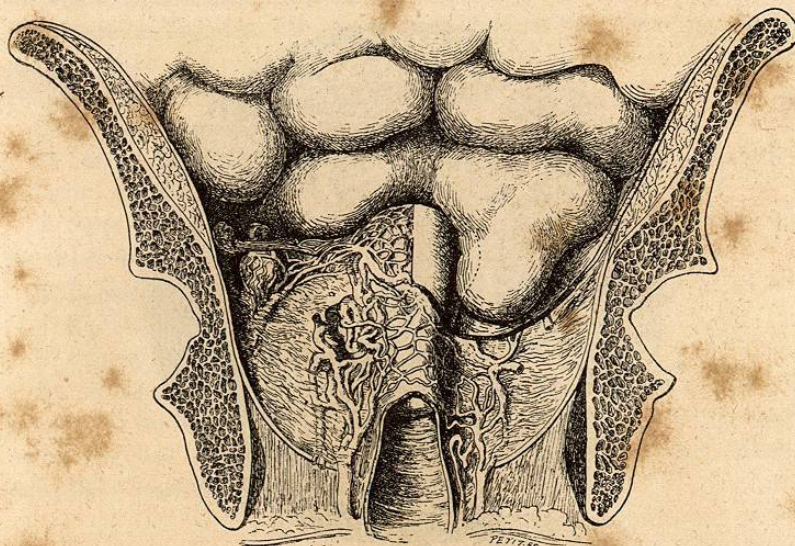


Fig. 315. — Coupe verticale du bassin montrant l'espace pelvi-rectal supérieur et la fosse ischio-rectale. (La coupe passe, à gauche, au niveau du ligament large, à droite, un peu en avant.)

l'ovaire communique largement avec celui du péritoine: il suffit, d'après Waldeyer<sup>2</sup>, de piquer l'ovaire avec un tube à injection lymphatique, pour injecter tout le réseau de la séreuse abdominale. Si donc les péritonites consécutives aux inflammations de ces organes restent le plus souvent circonscrites, c'est, sans doute, parce qu'un des premiers stades du processus consiste dans une oblitération plastique, dans une sorte de thrombose lymphatique adhésive<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> QUÉNU. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 12 déc. 1888, p. 954.

<sup>2</sup> WALDEYER. *Eierstock und Ei*. Leipsick. 1870.

<sup>3</sup> D'après les recherches de WALLICH sur le système lymphatique sous-séreux de l'utérus pendant la grossesse, ce système est formé de très nombreux vaisseaux capillaires. Ces vaisseaux, beaucoup plus nombreux que les capillaires sanguins, sont disposés sur plusieurs plans; ils sont en communication avec les capillaires lymphatiques superficiels de la couche musculaire, et ils aboutissent d'une part à des troncs, d'autre part à un système vasculaire spécial. Les troncs sont peu volumineux à l'état normal, ils sont plus considérables pendant la grossesse, quoique n'atteignant pas les proportions qu'on leur avait trouvées sur l'utérus atteint de lymphangite puerpérale, pendant la période d'involution de cet organe. Les capillaires lymphatiques sont aussi en communication avec un système vasculaire très fin, constitué par des travées et des espaces de forme variable,



Enfin, le tissu cellulaire sous-péritonéal qui existe dans les ailerons de la trompe et de l'ovaire est une dépendance de celui des ligaments larges, qui se continue lui-même en bas sur le plancher pelvien et sur les côtés avec le tissu lamellaire plus ou moins infiltré de graisse qui double le péritoine et qui offre une laxité spéciale, en avant de la vessie, dans la pseudo-cavité de Retzius (fig. 515).

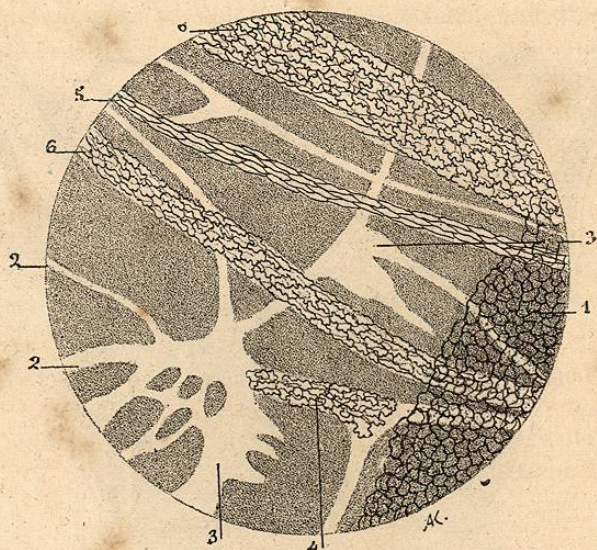


Fig. 316. — Couche sous-séreuse superficielle d'un utérus non gravide, faible grossissement (Wallich).  
1. Épithélium péritonéal. — 2. Bandes claires<sup>1</sup>. — 3. Espaces étoilés. — 4. Cellules dentelées de la paroi des bandes claires. — 5. Capillaire sanguin avec les cellules allongées de sa paroi. — 6. Gros capillaires lymphatiques avec les cellules dentelées de leur paroi.

La connaissance de ces particularités est indispensable pour expliquer la propagation profonde et superficielle de l'inflammation.

Classifications  
des salpingites.

Les classifications des salpingites que l'on a données diffèrent assez sensiblement.

Cornil et Terrillon<sup>2</sup> admettent :

1° La salpingite catarrhale végétante;

tapissés comme les capillaires lymphatiques de cellules à contour dentelé (fig. 316). Le système lymphatique acquiert donc dans la région sous-séreuse de l'utérus une grande importance, et ces nouvelles données anatomiques peuvent aider à comprendre un certain nombre de faits pathologiques. V. WALLICH. *Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide*. Thèse de Paris, 1891.

<sup>1</sup> WALLICH (*loc. cit.*) désigne sous ce nom les espaces mis en évidence par la nitratisation, portant des cellules dentelées sur certains points de leur trajet, et qui sont très vraisemblablement un système d'espaces lymphatiques situé au delà des capillaires.

<sup>2</sup> CORNIL et TERRILLON. *Arch. de physiol.*, 1887, 3<sup>e</sup> sér., t. X, p. 555.

- 2° La salpingite purulente (pyo-salpingite);
- 3° La salpingite hémorrhagique (hématome de la trompe, hémosalpingite);
- 4° La salpingite blennorrhagique;
- 5° La salpingite tuberculeuse.

Cette division est incomplète, car elle laisse de côté certaines formes d'inflammation diffuse interstitielle qu'on rencontre dans les affections chroniques. Elle est un peu défectueuse, en ce qu'elle sépare la salpingite purulente des salpingites tuberculeuse et blennorrhagique qui en sont de simples variétés.

Orthmann<sup>1</sup> établit la division suivante :

- 1° Salpingite catarrhale, avec les variétés : simple, diffuse, interstitielle, hémorrhagique, folliculaire;
- 2° Salpingite purulente, qui peut être : septique, blennorrhagique ou tuberculeuse;
- 3° Hémato-salpinx;
- 4° Hydro-salpinx;
- 5° Pyo-salpinx (ou salpingite purulente kystique).

En se plaçant au point de vue clinique et anatomique à la fois, je crois qu'il importe de diviser d'abord les inflammations des trompes, selon qu'elles aboutissent ou non à la formation d'une tumeur enkystée. Nous étudierons ainsi :

- |                               |   |                                      |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|
| I. Salpingites non kystiques. | $\left\{ \begin{array}{l} a. \text{ aiguë catarrhale;} \\ b. \text{ aiguë purulente;} \\ c. \text{ chronique paren-} \\ \text{chymateuse} \\ \text{(pachy-salpingite)} \end{array} \right.$ | Variété hypertrophique ou végétante. |
|                               |   | Variété atrophique ou scléreuse.     |
|                               |   |                                      |
| II. Salpingites kystiques.    | $\left\{ \begin{array}{l} a. \text{ hydro-salpinx ou séreuse.} \\ b. \text{ hémato-salpinx ou hématique.} \\ c. \text{ pyo-salpinx ou purulente.} \end{array} \right.$                      |                                      |
|                               |   |                                      |
|                               |   |                                      |

Je ne fais pas intervenir ici la notion étiologique, car une salpingite blennorrhagique, par exemple, peut évoluer suivant les types les plus divers : type purulent non kystique, salpingite purulente kystique ou pyo-salpinx, qui peut lui-même se transformer ultérieurement en hydro-salpinx ou aboutir à la formation d'une salpingite parenchymateuse.

Les lésions des ovaires sont le plus souvent solidaires de celles des trompes. Il est très difficile de décrire, au point de vue clinique, une *ovarite* qui ne soit pas une *tubo-ovarite*. Voilà pourquoi j'ai cru

<sup>1</sup> E. G. ORTHMANN. *Beitr. zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben* (Virchow's Arch., 1887, Bd. CVIII, p. 165.)



devoir subordonner l'inflammation de l'ovaire à celle de la trompe, au point de vue nosologique et clinique. Ainsi qu'on va le voir plus loin, une exception peut cependant être faite pour l'ovarite scléro-kystique qui existe parfois indépendamment de la salpingite et prend naissance dans des troubles nutritifs spéciaux, fonctionnels ou diathésiques<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Au point de vue purement histologique, d'après M. PAUL PETIT qui a fait de ce sujet une étude spéciale, on pourrait pourtant établir la classification suivante pour l'ovarite. (Note manuscrite.)

Ovarite non kystique.	{	Aiguë. . . . .	{ corticale. diffuse.
		Chronique. . . . .	{ corticale. disséminée. hypertrophique. scléro-kystique. atrophique.
Ovarite kystique. . . . .	{	Kystes séreux. . . . .	{ par hydropisie folliculaire. par hydropisie interstitielle. des follicules.
		Kystes sanguins. . . . .	{ des corps jaunes. du stroma.]
		Kystes purulents.	
		Kystes par ectasie lymphatique.	

## CHAPITRE I

## OOPHORO-SALPINGITE SANS TUMEUR KYSTIQUE

Pathogénie. Étiologie. Hétéro-infection. Blennorrhagie. Accouchement, avortement. Infection mixte. Exploration septique. Auto-infection. Tuberculose. Causes exceptionnelles. — Anatomie pathologique. I. Lésions de la trompe : salpingite aiguë catarrhale, purulente, chronique parenchymateuse, variété hypertrophique, variété atrophique. II. Lésions de l'ovaire : ovarite, dégénérescence microkystique, sclérose. — Symptômes. Coliques salpingiennes. Troubles de la menstruation. Tumeurs des annexes. — Diagnostic avec : ovarie, névralgie lombo-abdominale, métrite. Diagnostic de la prédominance de l'ovarite ou de la salpingite; de la salpingite kystique; de la péri-salpingite. — Marche et pronostic. Poussées aiguës, noyaux inflammatoires, pseudo-adénite péri-utérine, stérilité. — Traitement. Médication indirecte intra-utérine. Électricité. Massage. Oophoro-salpingotomie (opération de Lawson Tait). Rupture simple des adhérences (opération de Hadra). Expression des trompes (opér. de Polk). Salpingotomie. Gravité de la salpingotomie.

Pathogénie. Étiologie. — Existe-t-il une ovarite primitive, lésion initiale et originelle, liée aux troubles de la menstruation, aux excès vénériens, indépendante de toute infection ou lésion antécédente de l'utérus et des trompes? Dalché et Prochownick<sup>1</sup> l'ont encore soutenu récemment, mais sans preuves suffisantes. Le fait me paraît absolument douteux, à l'exception de faits rares d'ovarites scléro-kystiques, d'origine fonctionnelle et diathésique<sup>2</sup>. Dans l'immense majorité des cas, l'ovarite provient d'une endométrite ou d'une salpingite antérieure; à la vérité, l'une ou l'autre de ces étapes a pu être définitivement franchie sans laisser de traces anatomiques durables; mais on peut les reconstituer par l'étude des antécédents.

J'emploierai donc de préférence le terme de *tubo-ovarite*, ou de

<sup>1</sup> DALCHÉ. *De l'ovarite*. Thèse de Paris, 1885. — L. PROCHOWNICK. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXIX. Heft. 2, p. 185.

<sup>2</sup> Il existe des causes prédisposantes spéciales de l'ovarite. Je serais disposé à faire jouer un grand rôle, dans la production des lésions scléro-kystiques de l'ovaire, à la diathèse rhumatismale, au refroidissement pendant les règles, aux excès vénériens, et aussi à la dilatation des veines du petit bassin qui produit ce qu'on a appelé le *varico-cèle tubo-ovarien*. J'ai eu l'occasion de vérifier ce dernier fait dans trois cas: l'un d'eux a été bien étudié par PAUL PETIT. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, juin 1891. — Voir sur ce varico-cèle: DUDLEY. *New-York med. Journ.*, 11 et 18 août 1888, t. XLVIII, p. 147 et 174. — H. COE. *Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1889, p. 504.

Pathogénie. Étiologie.