

parois telles que le calibre de la trompe s'oblitére ou cesse d'être perméable du côté de l'utérus. C'est ce qui arrive souvent dans la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, la transformation en pyo-salpinx est toujours précédée d'une phase de salpingite aiguë purulente, profluente, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire avec perméabilité de l'*ostium uterinum* et écoulement libre de la sécrétion purulente. Quand on a été amené à opérer à ce moment-là, on observe tous les signes extérieurs d'une inflammation intense de la trompe : gonflement, direction contournée et, même, aspect bosselé, noueux, de l'oviducte ; les franges du pavillon sont agglutinées de manière à fermer l'orifice abdominal ; si on incise l'organe, on trouve du pus dans sa cavité, qui a parfois une disposition moniliforme, par suite des rétrécissements qui existent au niveau des coutures. Le pus, crémeux, comme l'est le pus de récente formation, peut se vider dans l'utérus par l'orifice interne, resté perméable, tandis que l'orifice externe est oblitéré par la fusion des franges du pavillon. La muqueuse de la trompe est tomenteuse, grisâtre. Le microscope montre, sur des coupes transversales, des plis très épais, couverts de bourgeons anastomosés, formant un système de plis principaux et de plis secondaires dont la soudure produit des cavités irrégulières qui ressemblent à des glandes. Cet épaissement est dû à l'abondance des cellules migratrices qui infiltrent les mailles du tissu conjonctif. Les cils vibratiles de l'épithélium cylindrique de la muqueuse sont tombés presque partout, et les cellules épithéliales sont déformées, devenues cubiques ou plates, ne conservant leur forme que dans les sinus qui séparent les plis. Là, les extrémités en cul-de-sac des fentes sont tapissées par un épithélium cylindrique bas qui les fait ressembler à des segments de glandes (fig. 518). Toute l'épaisseur de la paroi est, du reste, infiltrée de cellules migratrices rondes, et les vaisseaux sont volumineux et dilatés (Cornil). Quand la salpingite purulente ne se transforme pas en pyo-salpinx, elle peut guérir spontanément, comme le prouve l'observation clinique.

Ce processus régressif est rare, et pendant toute sa durée la malade est exposée à la réapparition de phénomènes aigus. Quand cette régression s'accomplit, la guérison se fait *par induration*, comme disaient les anciens, c'est-à-dire avec formation de tissu conjonctif embryonnaire qui aboutit à l'hypertrophie au moins temporaire de l'organe, à la pachy-salpingite.

Cornil a figuré un bel exemple de salpingite purulente où ce processus semble en voie d'évolution (fig. 519). Les végétations primitivement isolées se réunissent et constituent un tissu embryonnaire qui paraît, au premier abord, homogène. Il en résulte qu'on a affaire

à une couche de tissu nouveau qui double la paroi de la trompe et en rétrécit le calibre, en présentant, du côté de la cavité, de légères saillies, comme papillaires, constituées par du tissu embryonnaire ou des bourgeons charnus. Que le pus disparaisse, que ces végétations caduques s'organisent, la salpingite chronique sera constituée.

Dans la salpingite chronique parenchymateuse<sup>1</sup>, il est de règle de

Salpingite chronique parenchymateuse.

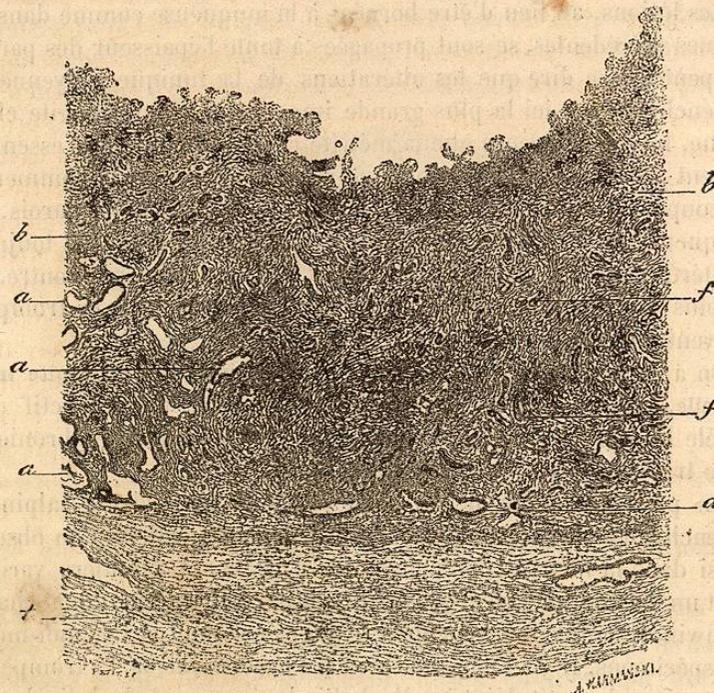


Fig. 519. — Salpingite aiguë purulente. Coupe transversale (grossissement de 12 diamètres). *t*, tissu conjonctif de la paroi. — *v*, vaisseau. — Au-dessus du tissu conjonctif il existe une couche épaisse d'un tissu embryonnaire *b, b*, parsemé de cavités *a, a, a*, tapissées de cellules épithéliales et de fentes plus étroites *f, f, f*, contenant également des cellules épithéliales. — *d*, cavités de même nature rapprochées de la paroi (Cornil).

trouver les deux trompes atteintes, tandis que les lésions très aiguës et légères peuvent être unilatérales. Cette particularité a motivé le précepte radical de Lawson Tait<sup>2</sup>, de faire toujours l'ablation des deux trompes, la seconde étant presque fatalement destinée à s'altérer après la première. On observe aussi, le plus souvent alors,

<sup>1</sup> Je crois avoir été le premier (dans ma première édition, août 1890) à employer cette dénomination qui a été depuis adoptée par beaucoup d'auteurs.

<sup>2</sup> LAWSON TAIT. *On the unsatisfactory results of unilateral removal of the uterine appendages* (Birmingham. med. Review, 1887, p. 145). — *Brit. med. Journ.*, 1887, t. I p. 1211.

des lésions assez notables du côté de l'ovaire (péri-oophorite, sclérose). Des adhérences très fortes unissent, dans la majorité des cas, les annexes à la paroi pelvienne ou au cul-de-sac de Douglas. Il peut arriver que ces adhérences soient même si compactes qu'on ne puisse libérer l'ovaire et les trompes, devenus du reste charnus et friables, que par une véritable dilacération. La trompe épaissie a parfois la dureté d'une cordelette.

Les lésions, au lieu d'être bornées à la muqueuse comme dans les formes précédentes, se sont propagées à toute l'épaisseur des parois. On peut même dire que les altérations de la tunique moyenne du parenchyme ont ici la plus grande importance. La salpingite chronique, bien plus encore que la métrite chronique, est donc essentiellement *parenchymateuse*, ainsi que j'ai cru pouvoir la dénommer. A la coupe, on constate la grande épaisseur de toutes les parois. La muqueuse est de couleur ardoisée. L'orifice du pavillon est toujours oblitéré, parfois il adhère à l'ovaire. L'orifice utérin, par contre, est le plus souvent perméable; mais la perméabilité de la trompe a souvent aussi disparu par places.

On a encore appelé cette lésion *pachy-salpingite* ou *salpingite interstitielle*, vu la prolifération considérable de tissu conjonctif qu'y décèle le microscope. C'est l'analogue de l'épididymite chronique, avec transformation scléreuse du cordon.

On peut distinguer deux variétés anatomiques de la salpingite parenchymateuse, répondant assez exactement à celles qu'on observe aussi dans la métrite parenchymateuse. Dans la première variété, dont un bel exemple a d'abord été décrit par Kaltenbach, dont Schauta et Sawinoff<sup>1</sup> ont de nouveau observé des cas, et dont j'ai vu moi-même des spécimens, il y a *salpingite chronique hypertrophique*. La trompe, de la grosseur du petit doigt à celle de l'index, a une couleur lie de vin violacée, et une consistance charnue. Si on l'incise, on découvre une épaisse coque, soit de tissu musculaire hypertrophié, soit de tissu conjonctif de nouvelle formation, et, au-dessous, remplissant l'intérieur du canal effacé de la trompe, comme la moelle remplit un os, une substance pulpeuse, d'un aspect brillant et argenté, formée par la muqueuse végétante dont l'épithélium est très altéré. Dans le fait de Kaltenbach, il y avait une grande dilatation des vaisseaux et quelques petites apoplexies pariétales. L'extrémité abdominale est oblitérée, l'extrémité utérine est simplement rétrécie.

<sup>1</sup> KALTENBACH. *Ueber Stenose der Tube mit consecutiver Muskelhypertrophie der Wand.* (Centr. f. Gyn., 1885, n° 45, p. 677). — SCHAUTA. *Ueber Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis* (Arch. f. Gyn., 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 27 et suiv.). — N. SAWINOFF (de Moscou). *Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans* (ibid., 1889, Bd. XXXIV, Heft 2, p. 259 et suiv.).

Salpingite hypertrophique.

Sa

Ces faits me paraissent relatifs à d'anciennes salpingites purulentes, que la perméabilité de l'*ostium uterinum* a préservées de la dilatation kystique. Dans mes observations et dans celles de Kaltenbach et de Schauta, il y avait des antécédents certains de blennorrhagie.

Ces auteurs attribuent une part peut-être exagérée à l'hypertrophie musculaire dans la production des coliques salpingiennes que nous décrirons plus loin; on peut les observer quand l'hypertrophie des parois tubaires est purement conjonctive, et ces crises douloureuses paraissent dues à la compression des filets nerveux, à une périné-

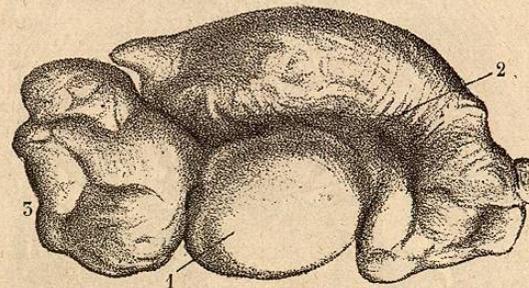


Fig. 320. — Pachy-salpingite hypertrophique, et sclérose de l'ovaire.

1. Petit kyste parovarien du ligament large. 2. Trompe considérablement épaissie. 3. Ovaire d'apparence cirrhotique, fusionné avec le pavillon de la trompe (pièce enlevée par la laparotomie).

vrite qui a été parfaitement démontrée par les préparations de Sawinoff.

La seconde variété de *salpingite chronique* peut être appelée *atrophique*. L'infiltration cellulaire des parois tubaires, au lieu de donner naissance à un produit persistant, à une prolifération durable, comme dans le cas précédent, s'est résorbée en produisant la rétraction des tissus par un véritable travail inodulaire. Il ne s'agit probablement là que d'un stade plus avancé, et pour ainsi dire secondaire, de la pachy-salpingite hypertrophique, passée à l'état de cirrhose de la trompe. Le tissu musculaire disparaît devant le tissu fibreux, tout l'organe se rétracte et se transforme finalement en un cordon dur et imperméable. Boldt<sup>1</sup> a fort bien observé et décrit ces lésions. Il a vu plusieurs fois la lumière de la trompe complètement effacée par agglutination des parois. Il rapproche la destruction complète de l'épithélium, qui s'est alors produite, de celle qu'on observe dans les cirrhoses du foie et du rein.

<sup>1</sup> H. Q. BOLDT. *Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1888, p. 122. — Voir, en particulier, la fig. 3 (atrophie de la trompe consécutive à une inflammation interstitielle), que je reproduis ci-dessus, et la fig. 5 (transformation du muscle lisse en tissu conjonctif fibreux).

Salpingite atrophique.

Salpingite folliculaire.

Orthmann distingue, sous le nom de salpingite folliculaire, une

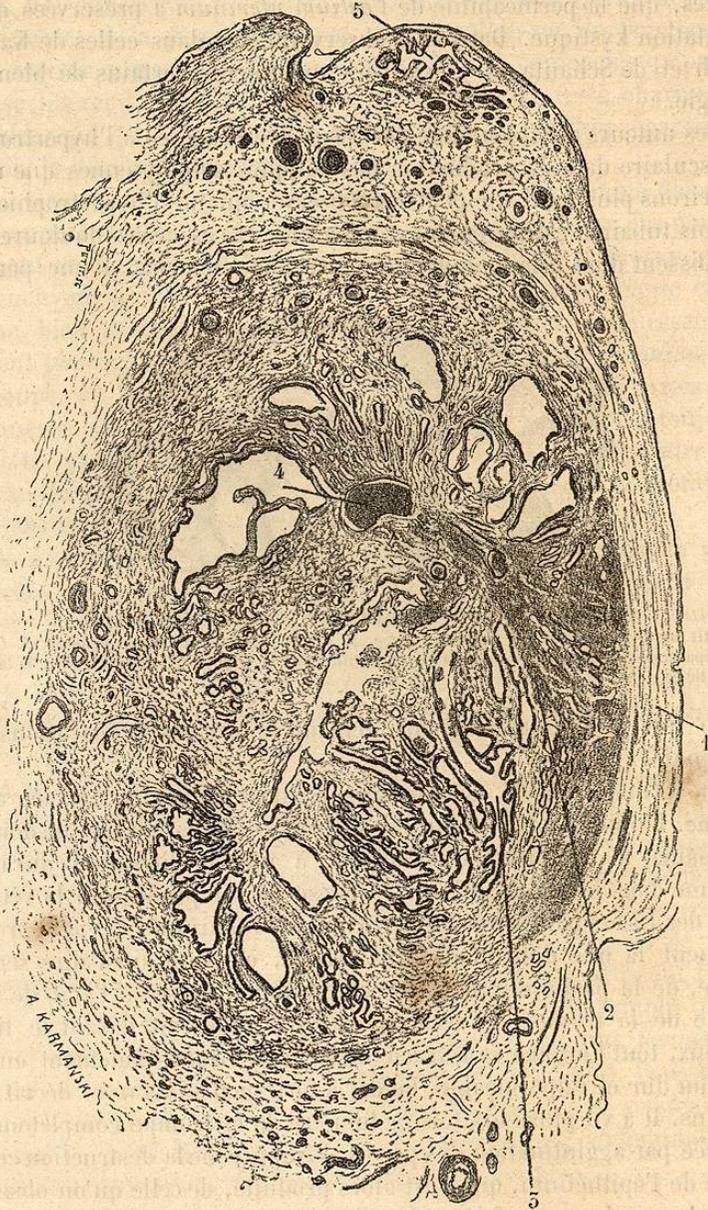


Fig. 521. — Salpingite chronique hypertrophique. — Coupe transversale de la trompe représentée fig. 520 : grossissement de 10 diamètres.

1. Paroi épaisse et sclérosée de la trompe. 2. Villosités épaissies et fusionnées. 3. Formations pseudo-glandulaires. 4. Vaisseau sanguin. 5. Conduit accessoire de la trompe.

lésion anatomique qui ne mérite pas de constituer une espèce dis-

tincte. Il s'agit de cavités kystiques contenues dans la paroi, lui donnant un aspect aréolaire. Cette formation pseudo-glandulaire est commune à toutes les formes d'inflammation de la trompe (fig. 518 et 521).

Dans toutes les salpingites que je viens de décrire, la perméabilité de l'*ostium uterinum* permet au mucus d'être évacué à mesure qu'il est sécrété. De là vient l'absence de dilatation ampullaire ou kystique.

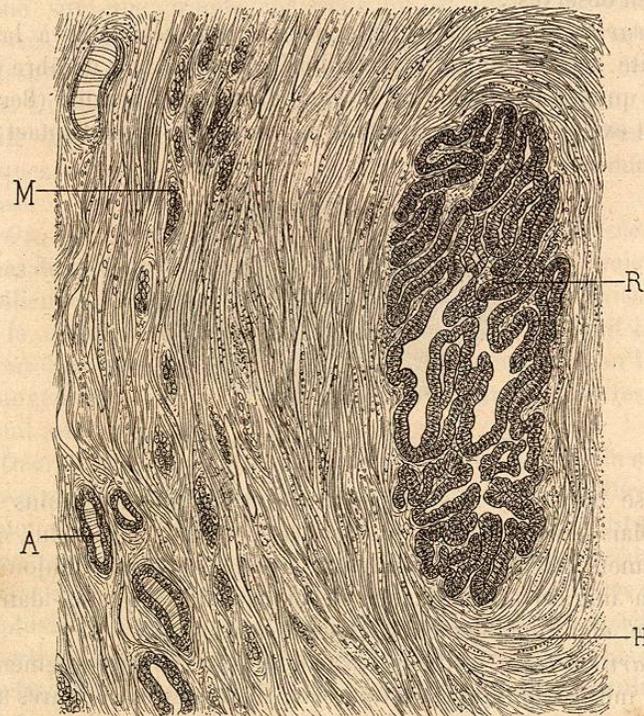


Fig. 522. — Salpingite chronique, variété atrophique (Boldt). — Faible grossissement.

R. Restes des plis de la muqueuse et calibre effacé du canal tubaire. — H. Hypertrophie du tissu conjonctif sous-muqueux et de la tunique moyenne. — M. Faisceaux musculaires disséminés, coupés transversalement. — A. Artérioles voisines de la surface péritonéale.

II. Lésions des ovaires. — L'ovaire, souvent indemne dans la salpingite catarrhale, est ordinairement lésé dans les cas de salpingite aiguë purulente et de salpingite chronique. Il est alors le plus souvent dévié, fixé par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas ou sur les côtés du bassin. Il n'est pas impossible qu'il suppure indépendamment de la trompe; mais ces faits constituent une exception extraordinairement rare. En général, les lésions ovariennes sont plutôt en retard qu'en avance sur celles des trompes. Elles peuvent exceptionnellement exister seules, ainsi que je l'ai précédemment signalé : il s'agit alors d'ovarite (ou oophorite) scléro-kystique.

Lésions des ovaires.

Le plus souvent l'ovarite a son point de départ dans une péritonite localisée, une péri-oophorite, et l'altération gagne de la périphérie au centre. Cette péri-oophorite peut cependant manquer et le point de départ de la prolifération siège alors dans l'épaisseur même de l'organe, autour des vaisseaux et des ovisacs.

Quoi qu'il en soit, on connaît mal les altérations initiales de l'ovarite aiguë<sup>1</sup>; Paul Petit admet les formes suivantes basées sur des faits bien observés :

Ovarite aiguë.

a. *Ovarite corticale*. — Cette ovarite est secondaire à la péri-oophorite. D'après Cornil et Terrillon<sup>2</sup>, dans un bon nombre de cas celle-ci qui est l'analogue de la vaginalite chez l'homme (Bernutz), pourrait exister seule, le parenchyme ovarique restant intact et les

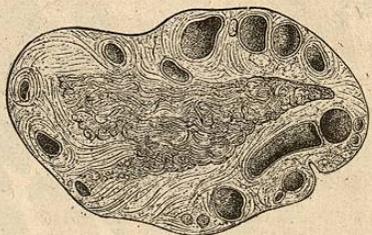


Fig. 525. — Dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire.

lésions se bornant à des fausses membranes plus ou moins résistantes. Mais Lawson Tait ne partage pas cet avis, et pour lui, quand le revêtement séreux de l'ovaire est atteint, on trouve toujours des lésions à une certaine distance de la capsule, l'organe, dans son ensemble, étant notablement augmenté de volume.

b. *Ovarite diffuse*. — Dans l'ovarite diffuse<sup>3</sup> l'ovaire augmenté de volume, infiltré de liquide, est parsemé de kystes folliculaires à contenu séreux ou sanguinolent. Le stroma est le siège d'une infiltration embryonnaire diffusée en tout sens, plus prononcée cependant autour des follicules et des vaisseaux qui sont en voie d'oblitération plastique.

c. *Ovarite suppurée*. — L'ovarite suppurée succède aux deux formes précédentes quand elles ne tournent pas à la sclérose. Elle débute sous forme de collections miliaries dans l'intérieur même des follicules.

Ovarite chronique.

*Ovarite chronique*. — Au point de vue purement histologique, on

<sup>1</sup> K. SLAVJANSKY. *Die Entzündung der Eierstöcke* (Arch. f. Gyn., 1872, Bd. III, p. 185).  
<sup>2</sup> CORNIL ET TERRILLON. *Anat. et physiol. pathol. de la salpingite et de l'ovarite* (Arch. de physiol., nov. 1887, p. 529 et suiv.).

<sup>3</sup> PAUL PETIT. *Ovarite et kystes de l'ovaire* (Now. Arch. d'Obst. et de gyn., nov. 1888, p. 307, Obs. III.)

peut établir, avec Paul Petit, un certain nombre de divisions dans les *ovarites chroniques*. Malheureusement elles ne correspondent pas à des formes cliniques bien distinctes. Il n'est pas moins utile de les connaître :

a. *Sclérose corticale*. — L'ovaire est entouré de fausses membranes au milieu desquelles se rencontrent parfois des foyers sanguins analogues à ceux de la pachyméningite. La sclérose envahit l'organe sur une grande épaisseur ou se limite, et cela d'une façon très nette et uniforme, à quelques millimètres de la surface. Les tissus sous-jacents n'en sont pas moins voués à la désorganisation; l'obstacle apporté à la ponte et à la circulation veineuse du hile détermine l'hydropisie folliculaire et des raptus hémorragiques autour desquels se greffent des foyers secondaires de sclérose.

b. *Ovarite chronique disséminée*. — Elle est caractérisée par des plaques de sclérose qui ont pris naissance autour des vaisseaux et des follicules, ce qui revient au même d'ailleurs, car l'ovisac représente la région la plus vascularisée de l'ovaire. Il s'agit là probablement d'un processus assez lent, chronique d'emblée; on l'observe communément, avec ou sans ectasies vasculaires, dans les ovaires attenants aux volumineux fibromes utérins.

c. *Ovarite chronique hypertrophique*. — L'hypertrophie scléreuse de l'ovaire est caractérisée par l'hypergenèse de tissu fibreux avec destruction des follicules. Ce n'est en somme, comme le dit très bien Lawson Tait, que la sclérose à la deuxième période, précédant celle de rétraction. « J'ai eu l'occasion, dit-il, de suivre un de ces cas pendant plusieurs années; actuellement il semble arriver à la sclérose. » L'hypertrophie est totale ou bornée à la périphérie<sup>4</sup>. Dans les deux cas la surface de l'ovaire, du fait de l'accentuation de ses sillons normaux, rappelle absolument l'aspect des circonvolutions cérébrales.

Indépendamment de l'hypertrophie scléreuse, Lawson Tait et Slavjansky admettent l'existence d'une hypertrophie vraie provenant de l'hypergenèse des éléments normaux de la glande et pouvant porter le poids de l'organe jusqu'à 60 et 70 grammes (L. Tait).

d. *Dégénérescence graisseuse*. — On rencontre fréquemment dans les ovaires suppurés ou scléreux de petits foyers de graisse. Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, ces foyers peuvent s'étendre sur de grandes étendues de façon à transformer le tissu propre de l'ovaire en un tissu analogue au fibro-lipome.

e. *Ovarite microkystique*. — On a donné ce nom, ou celui d'*oophorite folliculaire chronique*, à la lésion caractérisée par la présence de

<sup>4</sup> DARIÉ ET BOURGES. *Bull. Soc. anat.*, 31 mai 1889.

nombreuses cavités, qui varient du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois, parsèment la surface de l'ovaire et qu'on a souvent décrites dans les cas où la castration a été simplement faite pour des symptômes douloureux (opération de Battey). Ces cavités sont si petites qu'elles ne méritent pas de faire ranger les lésions de l'ovaire dans la classe des ovarites kystiques; elles contiennent un liquide séreux, clair, parfois des caillots. Quelques auteurs voient là des altérations pathologiques non douteuses<sup>1</sup>. D'autres, en plus grand nombre, considèrent cet état comme n'ayant rien de morbide<sup>2</sup>. Il est, en effet, très vraisemblable que ces petites hydropisies folliculaires n'ont, par elles-mêmes, aucune signification inflammatoire, et on les rencontre dans les cas où leur existence n'était révélée par aucun symptôme. Mais elles peuvent pourtant arriver à jouer un certain rôle en créant par leur multiplicité une véritable vulnérabilité de l'organe, et, de fait, on constate très souvent la sclérose interstitielle dans les ovaires qui en sont atteints<sup>3</sup>.

Quoi qu'il en soit, on a sûrement abusé de cette dénomination de dégénérescence scléro-kystique pour justifier l'extirpation d'organes qui auraient dû être conservés. Il faut la réserver exclusivement aux cas où les kystes folliculaires existent en très grand nombre dans toute l'épaisseur de l'organe et le transforment en un véritable tissu aréolaire<sup>4</sup>.

f. *Sclérose totale*. — Il peut arriver que tout l'organe soit envahi par l'inflammation interstitielle qui produit l'hypertrophie conjonctive. au début, elle n'est pas incompatible avec l'ovulation. Mais si elle franchit certaines limites, les follicules sont comprimés et étouffés (Slavjansky). La compression des filets nerveux<sup>5</sup>, produite de la même façon quand l'ovaire est atrophié par la sclérose, a été considérée comme la principale cause des accidents nerveux pour lesquels

<sup>1</sup> HEGAR et KALTENBACH (*loc. cit.*) et L. PROCHOWNICK (*Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, Heft 2, p. 183), ne leur attribuent une signification pathologique que si le stroma présente une prolifération inflammatoire.

<sup>2</sup> OLSHAUSEN, *loc. cit.* — E. ZEIGLER. *Lehrbuch der allg. und spec. path. Anatomie*, 4<sup>e</sup> édit., 1886, p. 924. — LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, (fig. 19, 23 et 24). — W. NAGEL. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, Heft 5, p. 527.

<sup>3</sup> Dans certains cas, il semble qu'il s'agisse non d'hydropisie du follicule, mais d'hydropisie de l'ovule; alors, selon TOUPET, on distingue très nettement, de la périphérie au centre du kyste: la couche de cellules cubiques de la paroi, une étroite zone granuleuse formée probablement de détritits cellulaires, une deuxième couche épithéliale péri-ovulaire, une membrane hyaline plus ou moins marquée qui correspondrait à la membrane vitelline, une masse granuleuse représentant le vitellus devenu hydropique et offrant, en son milieu, un noyau avec nucléole. — PAUL PETIT, *loc. cit.* — *Note sur l'évolution norm. et pathol. du follicule de de Graaf* (*Bull. et Mém. Soc. obstét. et gyn.*, Paris, 11 juill. 1889).

<sup>4</sup> CONZETTE. *Ovaires à petits kystes*. Thèse de Paris, 1890.

<sup>5</sup> Une figure démonstrative a été donnée par MARY A. DIXON JONES. *Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1888, t. XXI, p. 164.

on a fait l'opération de Battey<sup>1</sup>. Le plus souvent, la condition immédiate de la sclérose paraît être une péritonite localisée, une péri-oophorite, et l'altération gagne de la périphérie au centre. Cette péri-oophorite peut cependant manquer (Nagel), et le point de départ de la prolifération est dans le tissu interstitiel même de l'ovaire. C'est dans ces cas là qu'on peut voir l'ovaire hypertrophié acquérir le volume d'un œuf d'oie, et présenter à sa surface un aspect mamelonné, mûriforme, comme cirrhotique (fig. 520). Mais le plus souvent, au contraire, l'ovaire est comme ratatiné et diminué de volume, par suite de la rétraction du tissu fibreux de nouvelle formation.

Mary A. Dixon Jones<sup>2</sup> a trouvé sur un ovaire de ce genre, de la grosseur d'un œuf et granuleux à la surface, qui était prolabé et qui avait été enlevé par la castration, une lésion intéressante que j'ai déjà signalée dans les lésions de la métrite chronique, l'ectasie lymphatique; les lacunes étaient remplies de lymphes à peu près homogène avec quelques corpuscules lymphatiques: on y distinguait nettement une tunique élastique et un endothélium épais.

La sclérose de l'ovaire coïncide ordinairement avec la dégénérescence microkystique, et ainsi se trouve constitué un état mixte bien plus fréquent que les deux lésions isolées: l'*ovarite scléro-kystique*<sup>3</sup>.

La suppuration de l'ovaire coexiste le plus souvent avec celle de la trompe; l'une et l'autre sont pour ainsi dire fusionnées, et forment parfois une même poche purulente; le pyo-salpinx est donc alors, en réalité, un *pyo-oophoro-salpinx*. Aussi l'ovarite suppurée sera-t-elle décrite en même temps que cette dernière lésion.

**Symptômes.** — Il est rare d'observer l'oophoro-salpingite aiguë, en dehors d'une inflammation analogue de l'utérus. Le départ entre ce qui se rapporte à la première et à la seconde est donc difficile à établir d'une manière exacte. Le **syndrome utérin**, sur lequel je

Symptômes.

<sup>1</sup> PALMER DUDLEY. *New-York med. Journ.*, 11 et 18 août 1888, t. XLVIII, p. 147 et 174.

<sup>2</sup> MARY A. DIXON JONES, *loc. cit.*, p. 158. (Voir la fig. 4, dessinée d'après une préparation de C. HEITZMANN.) — L'auteur rapproche l'hypertrophie de l'ovaire, résultant de l'ectasie lymphatique, de la macroglossie due à une même cause.

<sup>3</sup> Le stroma normalement formé de cellules conjonctives à prolongements multiples, tassées les unes contre les autres, ce qui leur donne une apparence fusiforme, se change peu à peu en un tissu fibreux à faisceaux denses et ondulés, pauvre en cellules et peu vascularisé, de par l'oblitération plastique d'un grand nombre d'artères et de veines. Les faisceaux conjonctifs sont plus épais autour des vaisseaux, des follicules et des corps jaunes qui se présentent pour la plupart sous forme de débris parfois très nombreux, reconnaissables à leur plissement et à leur apparence hyaline. Cette multiplication des corps jaunes provient évidemment d'une sorte de maturation morbide des follicules au cours des phases aiguës de la maladie. On voit également dans le tissu néoformé, quand la sclérose est avancée, des fentes allongées, ovalaires, étoilées, vestiges de vaisseaux sanguins et lymphatiques et d'ovisacs. Ceux-ci, par ailleurs, sont diminués de nombre, parfois totalement absents, suivant les progrès du mal; quelques-uns ont subi les modifications qui aboutissent à la formation de microkystes séreux ou sanguins (P. PETIT).