nent jamais lieu, paraît-il, à des conséquences fâcheuses. Toutefois l'observation de *Knauss* prouve que ces polypes peuvent être suspects.

Le *traitement* des polypes adénomateux est le même que celui des autres polypes.

L'adénome diffus proprement dit constitue une affection grave, qui justifie l'extirpation totale de l'utérus.

VI. — MALADIES DES TROMPES

Martin, Krankh. d. Eileiter, 1896. (Voir cet ouvrage, qui contient tous les détails bibliographiques.)

1. — ANOMALIES DE CONFORMATION

Les anomalies très accentuées des trompes ne s'observent que lorsque l'utérus présente des troubles de développement très graves : les trompes proviennent, du reste, tout comme l'utérus, des canaux de *Müller*. Dans ces derniers temps, *Kossmann* a attiré l'attention sur l'existence de *trompes surnuméraires* (fig. 168) : celles-ci sont tantôt ouvertes, tantôt fermées, elles peuvent présenter des franges, mais elles ne communiquent jamais avec le canal de l'oviducte principal.

On trouve exceptionnellement plusieurs ouvertures abdominales à l'oviducte ; elles siègent toujours dans le voisinage de l'endroit occupé à l'état ordinaire par le pavillon. Parfois, il ne s'agit que de simples fentes sans franges, qui se sont formées par la déhiscence d'une petite portion herniée de la muqueuse tubaire ; dans d'autres cas cependant,

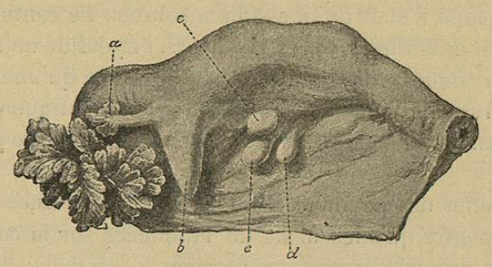

FIG. 168. — Oviducte, avec cinq trompes accessoires. (*Kossmann*)

on rencontre sur un même oviducte deux pavillons bien caractérisés et très nettement frangés. L'oviducte, après avoir rejoint le pavillon le

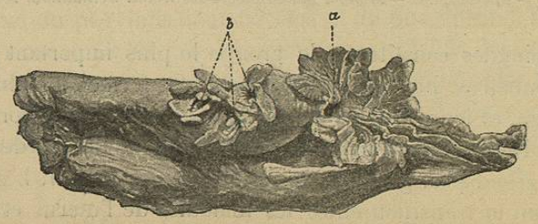

FIG. 169. — Trompe, avec trois ouvertures accessoires (*b*). *a* Orifice normal. (Clinique de Wurzbourg.)

plus rapproché de la matrice, se recourbe fortement, pour se diriger vers le pavillon supplémentaire (voir fig. 169).

Au point de vue embryologique, cette anomalie, d'après *Waldeyer*, doit s'expliquer de la façon suivante : le conduit de *Müller* se forme aux dépens d'un bourgeon d'épithélium germinatif, qui s'allonge en suivant la direction du grand axe du corps de l'embryon (c'est-à-dire en allant de la tête vers l'extrémité pelvienne). Croissant dans cette direction, ce bourgeon peut de nouveau se fusionner plus bas avec l'épithélium germinatif, d'autres fois le canal de *Müller*, au moment de sa formation, ne se ferme qu'incomplètement, et reste en communication avec la cavité abdominale par plusieurs ouvertures, ou bien l'oviducte se termine en forme de gouttière.

Nagel attribue ces ouvertures anormales à un amincissement graduel, suivi de rupture, de la paroi tubaire, avec hernie de la muqueuse. On les observe assez souvent.

On a longtemps considéré l'*hydatide de Morgagni* comme l'extrémité du conduit de *Müller*, qui était sensé se terminer en cœcum. — Cette hydatide constitue une vésicule de la grosseur d'un pois, attachée à la trompe par un fil parfois très long, et qui, d'après *Luschka*, se rencontrerait dans 1/5 des cas. — On se représentait que l'ouverture abdominale de la trompe n'était qu'une simple solution de continuité dans le trajet du canal de *Müller*. D'après *Waldeyer*, l'hydatide ne serait qu'une expansion du conduit de *Müller*, résultant de ce qu'une partie de ce canal serait retenue fixée au ligament diaphragmatique du rein primitif. Cette partie du conduit de *Müller* serait ainsi étirée peu à peu en forme de fil.

Ces anomalies des pavillons n'ont guère d'importance pratique. Il n'est pas démontré qu'elles aient de l'influence sur la conception, ni sur l'étiologie des grossesses extra-utérines.

2. — INFLAMMATION DES TROMPES. SALPINGITE.

Bibliographie. — *Martin*, l. c. — *Menge*, Bacteriologie des weibl. Genitalkan. 1897.

Les salpingites constituent le groupe le plus important parmi les affections tubaires, bien que le diagnostic des formes les plus simples de salpingite, et leurs lésions anatomiques présentent encore quelque obscurité. Toutefois nos connaissances sur les maladies des trompes ont fait un grand pas, grâce au travail précité de *Martin*. Les affections tubaires font la transition entre les maladies de l'utérus et celles des organes et des tissus avoisinants.

Étiologie. — La salpingite est due presque toujours à l'extension d'une inflammation ou d'une infection des organes voisins : utérus, cavité péritonéale, anses intestinales adhérentes. Exceptionnellement (tuberculose tubaire) l'infection paraît pouvoir arriver aux trompes par le courant sanguin ou lymphatique.

Les processus inflammatoires de la cavité péritonéale s'étendent plus souvent aux trompes que ceux de l'utérus, pour le motif, indiqué par *Menge*, qu'il existe un courant capillaire continu de la cavité péritonéale vers l'utérus. Si, malgré cela, les infections tubaires d'origine utérine sont de beaucoup les plus fréquentes, cela tient à ce que la cavité utérine est infiniment plus souvent infectée que le péritoine, notamment par le gonocoque. De fait nous voyons des endométrites exister pendant des années sans provoquer de salpingite, tandis que les péritonites, circonscrites ou généralisées affectent toujours les trompes dont l'ouverture abdominale est restée perméable.

Les infections par le gonocoque et par le streptocoque sont celles qui se propagent le plus souvent de l'utérus aux oviductes.

L'infection tuberculeuse est aussi une cause assez fréquente d'altérations graves de nutrition dans les oviductes, ainsi que l'a récemment démontré *Hegar* (1). Il est difficile de traduire en chiffres exacts l'importance étiologique de ces divers facteurs. D'après une ancienne statistique de *Martin*, sur 287 affections des trompes, 147 provenaient d'endométrite, 70 étaient dues à des maladies puerpérales, 55 étaient produites par la gonorrhée et 10 par la tuberculose. Sur 155 cas, *v. Rosthorn* a trouvé 45 fois une origine puerpérale et 35 fois une origine blennorrhagique. Dans son livre, *Martin* signale 1484 cas d'affection tubaire, dont 143 de gonorrhée, 213 d'infection septique et 1109 d'origine inconnue. D'après d'autres auteurs, l'infection blennorrhagique jouerait un rôle bien plus important. C'est ainsi que *Wertheim*, dans son beau travail sur la blennorrhagie ascendante, a trouvé 32 fois des gonocoques sur 116 cas ; et il ajoute qu'il considère l'infection blennorrhagique probable dans plusieurs cas où il n'a pas trouvé de gonocoques. Dans des recherches ultérieures, sur 114 cas, il a trouvé du pus infectieux 57 fois, et du pus stérile 57 fois. Le pus infectieux contenait 39 fois des gonocoques, 11 fois des streptocoques, 5 fois des staphylocoques. Sur 122 cas, examinés par *Menge*, le pus était infecté 47 fois : 28 fois par le gonocoque, 9 fois par le bacille de la tuberculose, 3 fois par le streptocoque, etc. On a trouvé aussi dans l'oviducte des staphylocoques, des pneumocoques, de l'actinomycose, etc.

(1) Hegar, *D. m. W.*, 1897, nº 45.