

séjour au lit, ou au moins à la chambre, pendant la durée des règles, les laxatifs, les bains fréquents, etc.

CHAPITRE IV

INFLAMMATION CIRCUM-UTÉRINE

Le domaine de l'inflammation péri-utérine, ou mieux, *circum-utérine*, comprend la trompe, l'ovaire, le péritoine pelvien et le tissu cellulaire qui le double. L'intestin et la vessie ne sont intéressés qu'incidemment. L'inflammation des tumeurs, des kystes fœtaux, de l'hématocèle, trouve plus naturellement sa place dans l'étude de ces états morbides.

Étant données les relations anatomiques des organes pelviens, l'inflammation péri-utérine se trouve le plus souvent liée à la métrite et présente, concurremment, des localisations multiples.

Pour en bien comprendre le développement, il suffit de se représenter, d'une part, le conduit muqueux utéro-tubaire, de l'autre, l'appareil lymphatique qui en émane, pour s'étendre de là au péritoine, au tissu cellulaire et, par voie récurrente, à l'ovaire.

A l'état aigu, l'inflammation péri-utérine à porte d'entrée génitale tend à se généraliser, et cela de trois façons principales : 1° elle se généralise d'emblée dans toutes les directions, ce qui ne se voit que dans l'état puerpéral; 2° débutant par la trompe (*salpingite*), elle s'étend au péritoine, et même au tissu cellulaire voisin (*péri-salpingite*), et de là, vers l'ovaire et l'utérus, pour les pénétrer, de la surface à la profondeur (*péri-méthro-annexite*); 3° débutant par les assises du tissu cellulaire pelvien (*paramétrite*), au voisinage d'une lésion du col, elle s'étend, exceptionnellement à la trompe, le plus souvent au ligament large, à l'ovaire et au péritoine pelvien.

Dans le cas d'infection puerpérale ou post-opératoire, elle peut l'emporter du côté du péritoine, de façon à masquer les autres lésions : *pelvi-péritonite proprement dite*.

Le *phlegmon pelvien*, ou *pelvi-cellulite*, qui comprend le *phlegmon du ligament large* et la *paramétrite*, est assez fréquent, dans les conditions sus-énoncées, à titre de lésion connexe et fluxionnaire, se terminant rapidement par résolution ou induration. Mais il est très rare en tant que lésion principale et durable aboutissant à la suppuration, et ne s'observe, en cet état, que dans l'infection puerpérale.

A l'état chronique, la combinaison la plus commune est la

méthro-salpingo-ovaro-péritonite. Les indurations persistantes du tissu cellulaire sont rares, sauf au voisinage des lacérations profondes du col et, plus rares encore, les abcès chroniques de la même région.

Ainsi doivent être actuellement envisagées, dans leur ensemble, ces lésions, qui naguère paraissaient si confuses, et qui, peu à peu, se sont laissées surprendre à leur origine et dans leur marche, grâce aux incessants progrès de la chirurgie abdominale.

HISTORIQUE

On peut dire que la phase vraiment scientifique de la question ne remonte pas au delà des travaux de Bernutz et Goupil qui, se basant, les premiers, sur des preuves anatomiques irréfutables, démontrèrent l'existence de la pelvi-péritonite (1857), alors qu'avec Nonat et ses continuateurs (Gallard, Bennet, etc.), on ne croyait qu'au phlegmon. Mais Bernutz et Goupil eurent le tort de nier la paramétrite et ne surent pas attribuer aux lésions annexielles la part qui leur revient. Assurément Aran (1839) a émis l'idée que l'inflammation débute par les annexes et, bien avant lui, Ruysch connaissait la stérilité due à l'occlusion des trompes de Fallope; mais il a fallu qu'avec Lawson Tait on en vint à extirper les annexes enflammées pour en bien connaître les lésions. De nombreux et importants travaux ont déjà signalé cette ère nouvelle, qui date d'une vingtaine d'années, et chaque jour en voit apparaître de nouveaux; citons ceux de Cornil, Terrillon, Montprofit, Conzette, Delbet, etc., en France; Orthmann, Nagel, Bulius, Slavjansky, Landau, etc., à l'étranger.

ÉTIOLOGIE

Le traitement chirurgical étant généralement appliqué à une époque assez éloignée du début de l'inflammation, on comprend qu'il soit relativement rare de constater la présence des microbes qui l'ont engendrée, d'où les grandes incertitudes qui règnent encore sur leur nature et leur rôle.

Le *streptocoque* a été rencontré partout : dans les abcès de l'ovaire, à la suite de l'infection puerpérale (Wertheim), de la rougeole (Gallard); dans la trompe (Menge); dans le péritoine et les vaisseaux péri-utérins (Dolérès, Vidal). On est d'accord pour lui attribuer les formes les plus virulentes et les plus rapidement extensives de l'inflammation péri-utérine, sans nier pourtant qu'il puisse se

borner à des processus subaigus et purement plastiques, susceptibles, comme l'érysipèle, de disparaître sans laisser de traces.

Les autres microbes pyogènes, *staphylocoque blanc, doré, etc.*, ont été rencontrés dans le pus de la salpingite (Menge), du phlegmon, de la péritonite putride et puerpérale.

Westermarck, Orthmann, Menge, etc., ont constaté le *gonocoque* dans la pyosalpingite. Wertheim l'y a trouvé à l'état de culture pure. Il l'a également rencontré dans deux cas d'abcès de l'ovaire. Enfin, contrairement aux assertions premières de Bumm, il semble, d'après les travaux de Wertheim, Touton, Dinkler, que le gonocoque puisse pénétrer les revêtements pavimenteux et suffise, par suite, à produire la péritonite.

Quoi qu'il en soit, si le rôle de la blennorrhagie, dans les affections inflammatoires des annexes, a été quelque peu exagéré par Nöggerath, il paraît établi qu'il faut lui rapporter la plupart des pelvi-péritonites à début subaigu, aboutissant à des lésions limitées et surtout plastiques.

L'association *puerpéro-gonorrhéique* semble assez fréquente.

La tuberculose des annexes et du péritoine pelvien n'est pas rare. Les trompes sont affectées beaucoup plus souvent que les ovaires, et il est prouvé qu'elles peuvent l'être primitivement. Mais généralement la recherche des bacilles de Koch est infructueuse et, quand on en trouve, ils sont en petit nombre.

Zweifel, Frommel, Doyen, ont trouvé le *pneumocoque* dans le pus de la salpingite. Le cas de Frommel était d'une virulence extrême, démontrée par les inoculations et par la mort rapide de l'opérée, malgré une antisepsie soigneuse du péritoine dans lequel s'étaient écoulées quelques gouttes de pus.

Les microbes, venus de l'intestin et de la vessie par rupture de ces réservoirs, et en particulier le *Bacterium coli commune*, engendrent la péritonite putride à laquelle nous ne nous arrêterons pas.

Dolérus et Bourges ont signalé, dans un cas de paramétrite purulente, l'association du streptocoque pyogène et du *Proteus vulgaris*.

Un grand nombre de maladies infectieuses, autres que la syphilis (Liw) : fièvres éruptives, notamment scarlatine et variole (Tait), fièvre typhoïde, typhus exanthématique, choléra (Slavjansky), provoqueraient l'ovarite folliculaire. L'action du rhumatisme (Tait, Gallard) et de certaines formes d'angine, sur l'ovaire, est très discutée. Quant à la fluxion ourlienne, étant donnée la rapidité avec laquelle elle évolue vers la résolution et son alternance avec la parotidite, elle offre sans doute beaucoup d'analogie avec ce dernier processus.

PATHOGÉNIE

L'inflammation septique des tissus péri-utérins procède ordinairement de la métrite, soit par l'intermédiaire de la muqueuse utéro-tubaire, soit par la voie des vaisseaux.

a. Paramétrite.

Le paramétrium, recevant les lymphatiques émanés du col utérin et de la partie supérieure du vagin, on comprend que la paramétrite soit sous la dépendance directe des lésions septiques de ces deux régions : infection d'une déchirure obstétricale ou d'une plaie opératoire; ulcération cancéreuse (l'élément inflammatoire étant en ce cas impossible à différencier de l'infiltration néoplasique); très rarement, ulcération syphilitique. Il nous paraît peu probable que la cervicite puisse, d'elle-même, sans l'intervention d'un traumatisme, se propager dans cette même direction.

b. Phlegmon du ligament large.

Le ligament large étant en rapport, par son bord inférieur, avec les lymphatiques du paramétrium et, par son bord supérieur, avec ceux qui émanent du corps utérin et de la trompe, on comprendra de même que l'inflammation de cette région puisse dépendre directement de la paramétrite, de la salpingite ou de la métrite corporelle.

c. Salpingite.

Parmi les causes *prédisposantes* de la salpingite, on a particulièrement invoqué l'état infantile de l'organe (Freund), les déviations, les tumeurs, les sténoses de l'utérus qui agiraient par la rétention des liquides.

La trompe peut être affectée de tuberculose primitive par la voie circulatoire, et peut-être par le coït. Elle peut être infectée, de dehors en dedans, par son pavillon ou par sa surface péritonéale, du fait d'une appendicite, d'une péritonite par perforation intestinale; mais ce sont là de pures curiosités pathologiques. L'infection, par l'intermédiaire de l'ovaire primitivement atteint, est plus fréquente. Mais, dans la grande majorité des cas, la salpingite ne fait que continuer la métrite par voie muqueuse. Le transport des germes de l'utérus à la trompe, par voie lymphatique, soutenu avec persistance par Lucas-Championnière, n'est guère admis que dans des cas assez

rare, consécutifs à l'infection puerpérale, en particulier dans ceux où on trouve de petits abcès du mésosalpinx et de la paroi de la trompe, alors que la muqueuse de celle-ci est peu altérée (Quénu). Cependant Mangiagalli, de Milan, a cru pouvoir conclure, tout récemment, de 31 expériences sur des animaux, que la transmission par les voies sanguine et lymphatique était la plus fréquente (1).

La transformation kystique de la salpingite reconnaît des causes purement mécaniques ou passagères et des causes anatomiques ou durables.

Parmi les causes mécaniques, il faut surtout compter avec l'exagération des sécrétions qui, à elle seule, d'après Schröder, peut provoquer la dilatation et la torsion de la trompe sur son axe; celui-ci est d'ailleurs susceptible de se redresser par la réplétion même du conduit (Duncan).

La cause anatomique la plus commune, celle qui aboutit à la dilatation sacciforme, est l'oblitération de la trompe du côté de l'orifice abdominal.

Les sécrétions tubaires paraissent se diriger de préférence vers l'abdomen (*expér. de Westkressensky*), l'atresie de l'orifice tubo-utérin n'entraîne jamais, à elle seule, l'accumulation des sécrétions dans la trompe (Schröder), et, d'autre part, la salpingite kystique peut se constituer, malgré la perméabilité de cet orifice (Schröder, Slavjansky).

Peut-être n'est-il pas nécessaire, pour que la lésion se produise, que l'oblitération soit complète du côté abdominal; une simple sténose, voire une exagération des sécrétions, comme il a été dit plus haut, suffirait, d'après Schröder.

Pour Freund, les dilatations moniliformes de la trompe seraient dues à un arrêt de développement, consistant dans la non-disparition des tours de spire qui doivent s'effacer peu à peu, dès la trente-deuxième semaine de la vie intra-utérine, de la corne utérine vers ce pavillon. Cette opinion est acceptable dans les cas où les ectasies multiples de la trompe sont assez régulièrement disposées, lorsque la femme présente l'aspect général de l'infantilisme et accuse de la dysménorrhée depuis le début de la menstruation. Mais il est probable que, par ailleurs, l'aspect moniliforme dépend de causes multiples, les sténoses ou atresies étant dues, tout à la fois : à la soudure des franges de la muqueuse, à la fixation des soudures de la trompe par la péri-salpingite adhésive, à la traction exercée par les adhérences, tandis que les dilatations intermédiaires

(1) Congrès de Bruxelles, 1892.

tiennent aux altérations inflammatoires de la paroi et à la pression excentrique du liquide (1).

d. Ovarite.

L'ovarite est le plus souvent liée à la salpingite. Elle peut cependant exister seule.

L'infection se transmet à la glande par le canal de la trompe ou par les vaisseaux. La forme d'ovarite qui dépend le plus souvent de la salpingite est l'ovarite hydro-kystique ou hémato-kystique. Le fait se comprend, étant donnée l'intervention des fausses membranes qui, nées de l'inflammation péritonéale, entourent la glande d'une gaine inextensible contraire aux orgasmes physiologiques et à l'évolution normale des follicules. Le processus est ordinairement sous la dépendance de la blennorrhagie.

L'ovarite suppurée, au contraire, qui est ordinairement d'origine streptococcique, semble plutôt procéder de la métrite par les vaisseaux, car elle débute toujours à une certaine distance de la surface de l'organe, que l'on trouve souvent à peu près libre d'adhérences, au voisinage d'une trompe dont les lésions sont légères.

e. Pelvi-péritonite.

Dans la très grande majorité des cas, la pelvi-péritonite n'est que la continuation directe de la salpingite. Il est cependant possible qu'elle procède de la métrite par voie vasculaire, étant données la richesse du réseau lymphatique sous-endothélial (Poirier) de l'utérus et ses nombreuses anastomoses avec le réseau muqueux sous-jacent. Cette hypothèse semble être confirmée par la communication ordinaire des lymphatiques de l'utérus avec les lymphatiques des fausses membranes qui le fixent dans le cul-de-sac de Douglas, et par quelques faits cliniques, entre autres ceux qu'a dernièrement cités Reclus (2) et dans lesquels, à côté de lésions péritonéales très développées, les trompes furent trouvées d'apparence saine.

D'autre part, Bumm a pu suivre, dans la péritonite puerpérale, l'infiltration des streptocoques, depuis la muqueuse utérine jusqu'au voisinage de la séreuse, et, dans trois des cas qu'il a examinés, la moitié interne de la trompe, dépourvue de germes, était tapissée d'une muqueuse saine.

(1) Dernièrement Landou est venu apporter une note nouvelle à la question. Selon lui, la grossesse tubaire se confondrait constamment avec l'hématosalpinx et serait l'origine la plus fréquente des autres formes de kystes tubaires, hydrosalpinx ou pyosalpinx.

(2) *Congr. chir.*, 1891.

f. Inflammation généralisée.

Enfin, l'inflammation circum-utérine peut se généraliser de deux façons différentes : elle peut se propager concurremment, vers les annexes et le péritoine, par la voie des muqueuses et, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, par la voie des vaisseaux.

Dans un autre ordre de faits et de faits anciens surtout, le pus, primitivement collecté dans les annexes ou dans une cavité pelvi-péritonéale, finit par forcer l'obstacle que lui oppose la paroi et par infecter secondairement le tissu cellulaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

a. Phlegmon pelvien.

1. Phlegmon pelvien en général.

Par *phlegmon pelvien* ou *pelvi-cellulite*, il faut entendre l'inflammation du tissu cellulaire compris entre l'aponévrose pelvienne supérieure et le péritoine.

A titre de lésion péri-cervicale ou constitutive de l'inflammation péri-annexielle (surtout dans la blennorrhagie), évoluant et disparaissant comme une fluxion ou ne laissant derrière elle que de l'induration, le phlegmon pelvien est une affection assez fréquente. A titre de lésion étendue, dominante, évoluant de préférence vers la suppuration et nécessitant l'intervention chirurgicale, c'est au contraire une affection exceptionnelle qu'on n'observe guère que dans l'état puerpéral, si l'on évite de la confondre avec la suppuration d'un hématome, d'un kyste intra-ligamentaire ou d'un ovaire étalé dans le ligament large.

Le phlegmon pelvien débute par une adéno-lymphite. La phlébite, tout en ne pouvant être complètement écartée dans l'espèce, correspond plutôt aux infections généralisées ou aux métastases éloignées. L'inflammation se cantonne d'abord autour d'un ou plusieurs vaisseaux, ou dans un ganglion, pour s'étendre de là au voisinage.

D'après les importantes recherches de Poirier, les lymphatiques de la partie supérieure du vagin et du col, après s'être rassemblés et pelotonnés au voisinage immédiat de celui-ci, se rendent, en entourant l'artère utérine et, suivant par conséquent la base du ligament large, aux ganglions hypogastriques situés à la bifurcation de l'iliaque primitive, le long de l'artère hypogastrique. Ces ganglions,

distants de 3 à 5 centimètres de l'utérus, et pouvant, par suite, venir à son contact, quand ils sont tuméfiés, sont en communication avec le plexus lymphatique iliaque qui, du canal crural, suit, avec les vaisseaux, la moitié interne de la fosse iliaque, pour aboutir aux ganglions lombaires.

Les lymphatiques du corps et du fond de l'utérus s'engagent dans le bord supérieur du ligament large, s'accolent à l'artère utéro-

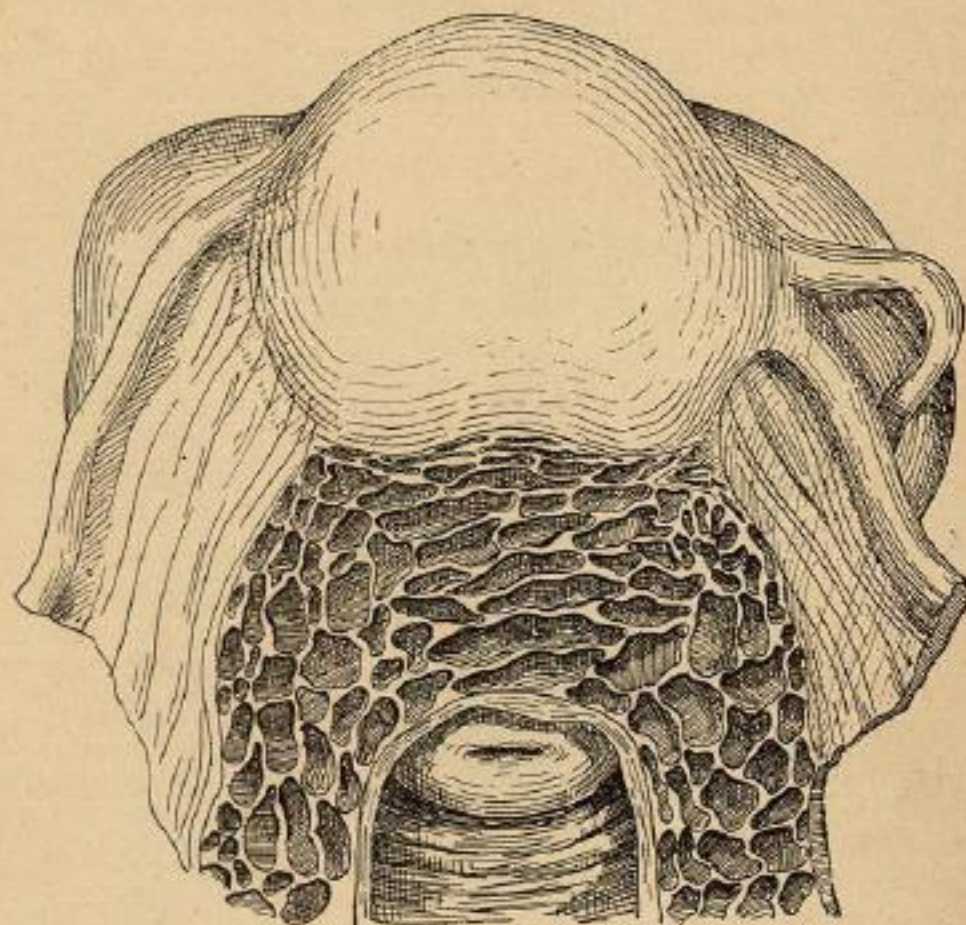


Fig. 63. — Œdème inflammatoire péri-utérin, première phase du phlegmon (d'après Pozzi).

ovarienne, reçoivent les lymphatiques de la trompe, et, après avoir détaché quelques rameaux, par l'intermédiaire du ligament rond, à un ganglion du pli de l'aîne, se jettent dans les ganglions lombaires.

En se basant sur ces données, on pourra déduire, de telle ou telle localisation du phlegmon, l'existence probable de l'adénite pelvienne; mais il nous paraît difficile de l'isoler, sous le doigt, de la gangue inflammatoire qui l'entoure.

Les lésions péri-vasculaires commencent, comme dans tout phlegmon, par la production d'un exsudat gélatineux (fig. 65). Cet exsudat est susceptible de résorption complète, ou bien s'organise en tissu fibreux, ou enfin suppure. Le pus peut être en très petite quantité et, comme il s'entoure, à la longue, d'une coque très épaisse, on peut avoir quelque difficulté à le trouver. Il peut exhaler une odeur infecte par suite de l'osmose des gaz intestinaux. Le revêtement séreux est ordinairement plus ou moins intéressé et adhèrent aux anses intestinales voisines.

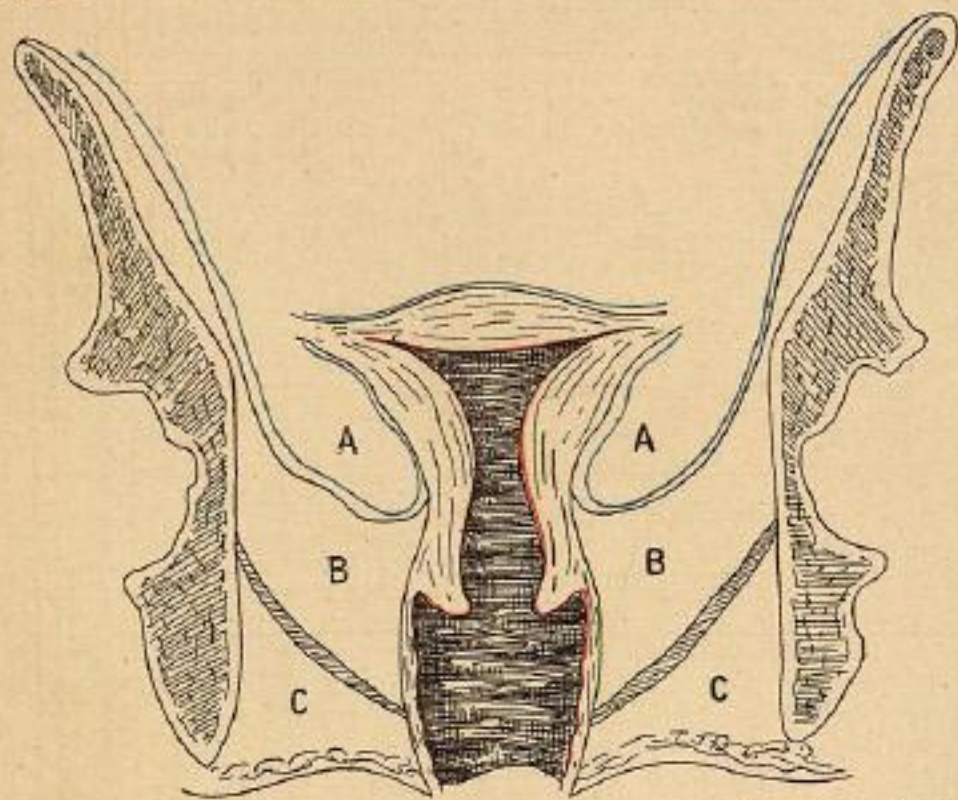


Fig. 66. — Coupe verticale du bassin de la femme (d'après Bandl). — A, cavité péritonéale, siège de la pelvi-péritonite et des inflammations annexielles; B, cavité sous-péritonéale, siège de la pelvi-cellulite; C, fosse ischio-rectale.

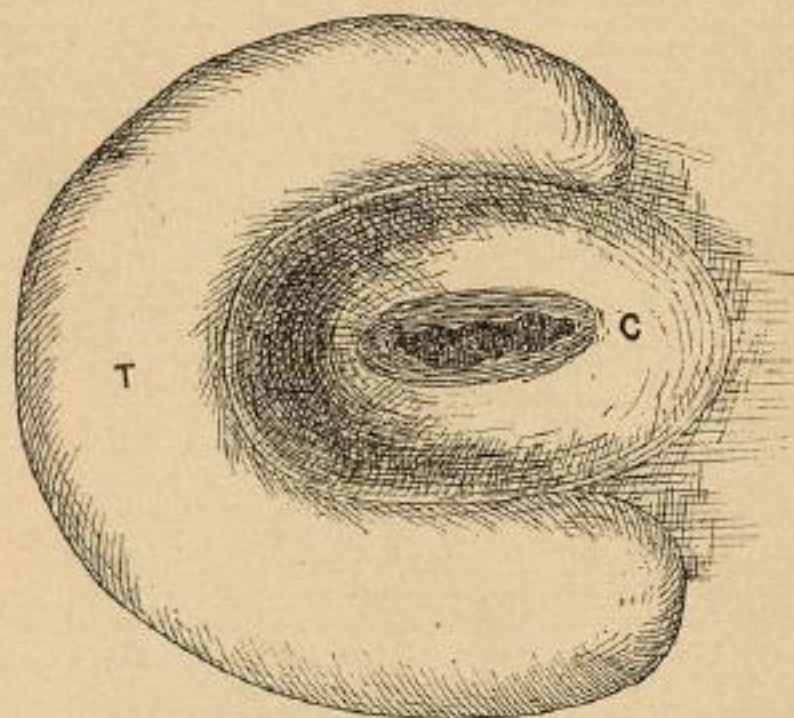
Le phlegmon aigu est total ou se localise à l'un des deux étages du tissu cellulaire pelvien.

II. Localisations du phlegmon pelvien.

1° Paramétrite.

A) **Paramétrite généralisée.** — Respectant le ligament large proprement dit, l'inflammation peut se limiter à la *gaine des vaisseaux hypogastriques* (Delbet) et prend, en ce cas, le nom de

phlegmon péri-utérin, paramétrite, phlegmon de la gaine vasculaire hypogastrique (Delbet). Elle est alors bornée : en bas, par l'aponévrose pelvienne supérieure; en dedans, par la vessie, la portion sus-vaginale du col, la voûte du vagin et le rectum; en dehors, par l'échancrure sciatique et en haut, par la base du ligament large. Le foyer inflammatoire est parcouru par les vaisseaux et nerfs hypogastriques (Delbet). D'après Fritsch, l'artère utérine est toujours refoulée en haut. L'uretère est refoulé en dedans ou en dehors d'après Delbet; en avant, d'après Fritsch.



g. 67. — Paramétrite latéro-utérine (d'après Courty). — C, col utérin; T, tumeur formée par le phlegmon.

Le paramétrium communique : avec la fesse, par l'échancrure sciatique; avec la fosse iliaque interne et le triangle de Scarpa, par la gaine des vaisseaux hypogastriques et iliaques internes; avec la région interne de la cuisse, par la gaine des vaisseaux obturateurs.

Il est donc facile de s'imaginer la topographie de la paramétrite et de ses divers prolongements : Prolongement iliaque et crural antérieur. — Prolongement fessier. — Prolongement crural interne. — Prolongement ischio-rectal, à travers le plancher pelvien. — Prolongements viscéraux : ouverture dans le rectum, la vessie, le vagin, voire même l'utérus. — Prolongement prévésical.

cal : l'abcès, s'ouvrant dans la loge prévésicale, peut fuser vers l'arcade de Fallope ou jusqu'à l'ombilic.

Sous le nom de *paramérite chronique atrophiante*, Freund a décrit une inflammation diffuse du tissu cellulaire pelvien, aboutissant à l'atrophie des organes qu'il entoure. Ce n'est, en somme, qu'une paramérite généralisée terminée par sclérose.

B) **Paramérite partielle.** — A l'état subaigu ou chronique, la paramérite peut être partielle : Paramérite péri-salpingienne. (L'infiltration œdémateuse du mésosalpinx, au cours des poussées aiguës, ainsi que les altérations vasculaires, peuvent créer de sérieuses difficultés à l'hémostase dans la salpingotomie.) — Paramérite anté-utérine. — Paramérite latéro-utérine (fig. 67), en relation immédiate avec la déchirure du col et greffée sur le pelotonnement lymphatique qui en émane. — Paramérite juxta-pelvienne, développée autour des ganglions hypogastriques. — Paramérite rétro-utérine ou péirectale, développée dans les replis de Douglas.

Le rôle pathogénique des lymphatiques et les anastomoses éloignées de ceux qui émanent de l'utérus rendent compte du développement, à de grandes distances, jusque dans le voisinage du rein, d'abcès parfois volumineux, alors que l'inflammation utérine et circum-utérine semblait depuis longtemps éteinte.

2° Phlegmon du ligament large.

Le phlegmon du ligament large se développe dans une couche de tissu cellulaire comprise entre les deux feuillets péritonéaux qui, des bords de l'utérus, gagnent les parois latérales du bassin. Il est en rapport : en bas, sur toute sa longueur, avec l'artère utérine et les lymphatiques émanés du col, avec l'uretère qui le croise; en haut, avec les ailerons de l'ovaire et de la trompe qu'il dédouble plus ou moins, avec l'artère utéro-ovarienne et les troncs lymphatiques émanés du corps utérin; en dehors, avec les vaisseaux et les ganglions hypogastriques et la paroi pelvienne, avec l'uretère, qui peut être comprimé par l'exsudat (Delbet); en dedans, avec le bord de l'utérus, c'est-à-dire avec deux gros troncs anastomotiques, l'un artériel et l'autre lymphatique.

Le ligament large, ne renfermant de vaisseaux de quelque importance qu'à sa périphérie, on comprend que l'inflammation soit d'abord constatée sur l'un de ses bords, de préférence le bord inférieur ou externe, ainsi que l'affirme Poirier.

Le phlegmon du ligament large communiquant avec le tissu

cellulaire de la fosse iliaque, le pus peut fuser, par en haut, jusqu'aux reins et au diaphragme et, par en bas, jusqu'aux attaches externes du ligament de Fallope. Il peut encore suivre la gaine du ligament rond; venir faire saillie à la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Fallope; ou s'engager dans le canal inguinal pour se montrer sous la peau, au niveau de l'orifice inguinal externe.

b. Salpingite.

I. Anatomie et histologie normales de la trompe.

La trompe, à l'état normal, se présente sous forme d'un conduit de consistance souple, de 2 millimètres et demi d'épaisseur environ, très contourné chez le fœtus, mais ne présentant plus, chez l'adulte, que de légères sinuosités. On peut la diviser avec Henle, en allant de l'utérus vers le péritoine, en trois parties : l'*isthme*, l'*ampoule* et l'*infundibulum*. Son calibre, au niveau de son embouchure dans l'utérus, admet à peine un crin de Florence; un peu plus loin, au niveau de l'isthme, il atteint 2 à 3 millimètres et, au niveau de l'ampoule, 6 à 10 (William). Les plis longitudinaux de la muqueuse, dénommés à tort villosités, à peine marqués et peu nombreux au voisinage de l'*ostium uterinum* (on en compte ordinairement trois ou quatre), s'accroissent et se multiplient de plus en plus, de dedans en dehors, de telle sorte qu'au niveau de l'ampoule ils remplissent déjà la lumière de l'oviducte et présentent, à la coupe, un aspect arborescent; puis ils vont en diminuant jusqu'à l'extrémité des franges.

La muqueuse, ainsi plissée, est recouverte d'une couche unique d'épithélium cylindrique à cils vibratiles qui se poursuit, sur la face externe du pavillon, jusqu'à une distance de 0^{mm},4 à 2 millimètres et se fusionne insensiblement avec l'endothélium péritonéal, après avoir perdu ses cils. En dehors du derme muqueux, se voit une couche musculaire épaisse que les auteurs subdivisent ordinairement en deux couches distinctes, l'une, interne, à fibres circulaires, et l'autre, externe, à fibres longitudinales; mais, en réalité, cette différenciation n'est pas absolue. Enfin, la couche musculaire est séparée du revêtement endothélial par une tunique conjonctive très riche en vaisseaux.

II. Salpingite en général.

La fréquence de la *salpingite* est évaluée de façon différente suivant les auteurs : Martin l'a rencontrée 63 fois seulement sur

1,000 malades; Waldo, chez la moitié des femmes de tout âge. Elle est plus commune dans la période de l'activité génitale, entre vingt et trente-cinq ans.

Souvent unilatérale dans les cas récents, elle est le plus souvent bilatérale dans les cas anciens.

La trompe enflammée se met ordinairement à cheval sur le ligament de Douglas. Assez souvent, elle contourne la face postérieure de l'utérus. Elle peut encore, à titre exceptionnel, s'accoler au fond de l'utérus, à la paroi abdominale antérieure (Terrillon), à l'aire supérieure du petit bassin.

Ses orifices peuvent demeurer perméables. L'oblitération de l'orifice abdominal est plus fréquente que celle de l'*ostium uterinum*. Elle se fait par soudure de la surface muqueuse ou de la surface péritonéale des franges. Dans le premier cas, l'orifice du pavillon est remplacé par une sorte d'ombilic d'où partent des plis radiés; dans le second, l'aspect peut être le même par le fait de la pression excentrique du liquide accumulé, ou bien toute trace de l'orifice disparaît.

L'*ostium uterinum* peut demeurer ouvert et, dans ce cas, il peut y avoir écoulement des sécrétions tubaires vers l'utérus. Cet écoulement est continu ou intermittent, l'intermittence dépendant de la contraction musculaire ou des mouvements de totalité de la trompe, sous l'influence même de ses alternatives de vacuité et de réplétion.

Dans quelques cas, l'*ostium uterinum* a été trouvé élargi ou, au contraire, complètement fermé par un processus scléreux. Ordinairement il est obstrué par l'agglutination ou la fusion des franges de la trompe. Dans ce cas, l'obstacle peut encore être vaincu par les contractions de la couche musculaire. Mais, comme nous l'avons déjà dit, l'oblitération de l'orifice utérin ne suffit pas, à lui seul, pour déterminer la formation du kyste tubaire; et il faut, malheureusement, ajouter que son libre accès n'en assure pas davantage l'évacuation, quand les parois de la poche sont épaissies et indurées.

On a cité des cas dans lesquels l'inflammation de la trompe s'est manifestée primitivement sous forme d'*abcès intra-pariétaux*, dépendant de la lymphangite circum-utérine; mais, le plus généralement, elle débute par la muqueuse (*endosalpingite*).

Suivant le degré de septicité, les lésions évoluent vers la guérison ou vers l'hydrosalpinx; ou bien, le pus apparaît et, avec lui, les lésions destructives qui s'étendent peu à peu vers la tunique séreuse. La réaction concomitante du tissu conjonctif aboutit à l'organisation fibreuse et à la disparition progressive des fibres musculaires.

Suivant le degré d'usure de la paroi et la facilité avec laquelle s'écoulent les sécrétions, ou bien il se fait une *dilatation kystique*, ou bien, au contraire, la cavité tubaire se réduit, du fait de l'hyperplasie conjonctive (*salpingite totale hypertrophique*). La sclérose continuant sa marche, à la forme hypertrophique succède la *forme atrophique*.

Ainsi donc, ici comme pour la métrite, les lésions anatomiques, sur lesquelles se basent, en première ligne, les classifications diverses de la salpingite proposées jusqu'ici par Orthmann, Cornil et Terrillon, Monprofit, Pozzi, etc., ne sont, en réalité, que les phases diverses d'un même processus. En outre, plusieurs de ces phases peuvent se rencontrer chez le même sujet, sur l'une et l'autre trompe, voire même sur deux segments d'une même trompe: ainsi peut-on avoir salpingite catarrhale d'un côté et pyosalpinx de l'autre; exsudat catarrhal dans un segment tubaire et, purulent, dans un segment voisin (Ferreira de Castro).

Tout en tenant compte de cette critique, nous nous contenterons pourtant, en attendant mieux, de ces seules données anatomiques pour l'organisation complète et régulière des groupes, la classification étiologique proposée par Sânger étant encore prématurée. En effet, la *salpingite tuberculeuse* est la seule espèce étiologique qui soit encore assez bien différenciée pour pouvoir être étudiée à part.

III. Formes anatomiques et cliniques de la salpingite.

Classification ...	1 ^o Salpingite non kystique.	A) Salpingite aiguë.	a) D'origine muqueuse.
			b) D'origine lymphangitique (abcès lymphangitique).
		B) Salpingite chronique.	a) Salpingite chronique muqueuse (ou salpingite catarrhale, endo-salpingite).
			b) Salpingite chronique totale (parenchymateuse).
			I) Hypertrophique.
			II) Atrophique.
	2 ^o Salpingite kystique.	A) Hématosalpinx.	
		B) Hydrosalpinx.	
		C) Pyosalpinx.	

1. Salpingite non kystique.

A. Salpingite aiguë. — Dans la *salpingite aiguë d'origine muqueuse*, il faut distinguer: 1^o la poussée aiguë entée sur un état chronique, qui se déduira d'elle-même de l'étude respective que nous ferons de

états aiguë et chronique; 2° une forme aiguë primitive. Celle-ci, dans certains cas d'infection aiguë gonorrhéique, et surtout puerpérale, s'établit, pour ainsi dire, d'emblée dans toute l'épaisseur de la paroi, le stade purement muqueux étant trop court pour marquer sa trace (Boldt).

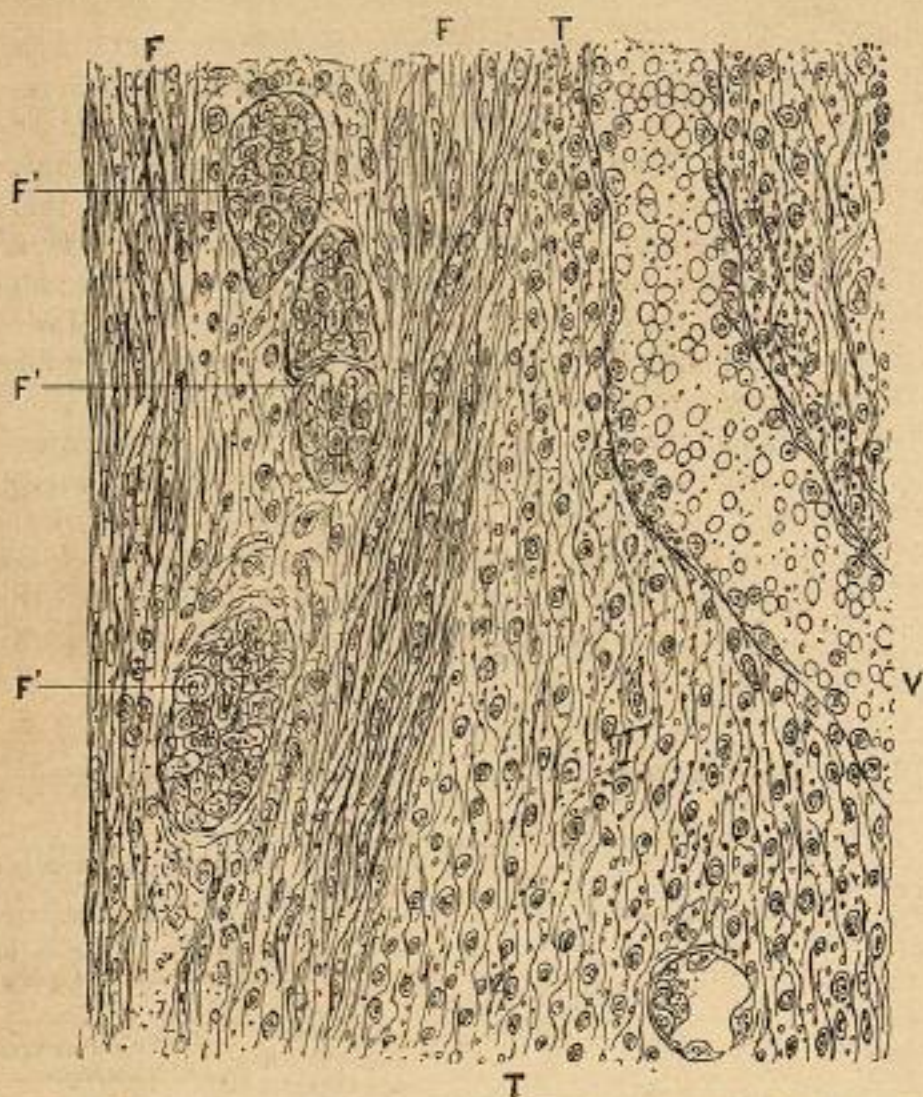


Fig. 68. — Infiltration purulente de la paroi tubaire dans la salpingite aiguë (Boldt). — V, vaisseau sanguin; F, faisceaux musculaires coupés en long; F', faisceaux musculaires coupés en travers; T, tissu conjonctif.

Le tissu conjonctif inter-musculaire présente d'abord les lésions de l'œdème avec engorgement prononcé. Puis l'infiltration embryonnaire s'accroît sous forme de manchons péri-vasculaires, et d'amas inter-musculaires (fig. 68); elle aboutit à l'abcès miliaire et à la sclérose, à l'infiltration purulente diffuse (Boldt), au pyosalpinx.

La muqueuse, énormément épaissie, est gorgée de globules blancs; mais le tissu épithélial est très souvent conservé.

Les abcès de la paroi tubaire, d'origine lymphangitique, ne méritent qu'une simple mention, vu leur extrême rareté.

B. Salpingite chronique. — a. SALPINGITE MUQUEUSE (SALPINGITE CATARRHALE, ENDOSALPINGITE). — Dans l'endosalpingite (1) les lésions sont prédominantes sur la muqueuse et négligeables dans le reste de la paroi.

Elles répondent à un processus subaigu ou chronique, et présentent tous les intermédiaires, depuis l'état catarrhal proprement dit jusqu'à la suppuration.

La trompe, modérément épaissie, allongée et, par suite, contournée sur elle-même, retenue qu'elle est par le mésosalpinx, présente une souplesse à peu près normale et une consistance œdémateuse. Les plis de la muqueuse sont épaissis, d'aspect charnu, soudés entre eux et obstruent plus ou moins le calibre de l'organe. Le contenu est muqueux, le plus souvent louche, ou franchement purulent.

A l'examen microscopique on trouve les franges muqueuses plus développées qu'à l'état normal, allongées vers le centre du tube, élargies, multipliées par voie de bourgeonnement, simplement accolées entre elles par l'exsudat, ou anatomiquement fusionnées de façon à circonscrire des loges qui, sur la coupe, prennent la forme de mailles tapissées d'épithélium, à contours irréguliers et très variés.

Dans l'état catarrhal proprement dit, les cellules épithéliales sont simplement gonflées et présentent une vacuolisation du protoplasme avec gonflement du noyau. Le chorion muqueux est œdématisé ou légèrement infiltré de globules blancs; ses vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. Mêmes lésions, mais beaucoup moins accentuées, dans le reste de la paroi tubaire.

L'endosalpingite purulente, ou tendant à la purulence, se distingue par une diapédèse plus active. En bien des points, les éléments épithéliaux s'écartent, pour livrer passage aux globules blancs; mais l'épithélium n'est guère plus altéré que dans le cas précédent.

b. SALPINGITE CHRONIQUE PARENCHYMATEUSE. — I. *Forme hypertrophique.* — Dans la salpingite chronique hypertrophique, secondaire à l'endosalpingite ou à la salpingite aiguë, la trompe, épaissie de façon à atteindre parfois le volume du pouce, est de consistance

(1) Nous préférons la dénomination d'endosalpingite au terme salpingite catarrhale qui, dans l'esprit de certains auteurs, veut dire salpingite limitée à la muqueuse, et, pour d'autres, salpingite à contenu catarrhal, sans distinction de la profondeur et du degré des lésions pariétales.

ferme ou même ligneuse. A cette paroi énorme correspond un calibre rétréci. Le pavillon est toujours profondément modifié dans son aspect. La surface muqueuse paraît lisse, à l'œil et sous le doigt, par le fait de l'envahissement concentrique de la sclérose. Le contenu est ordinairement purulent ou louche.

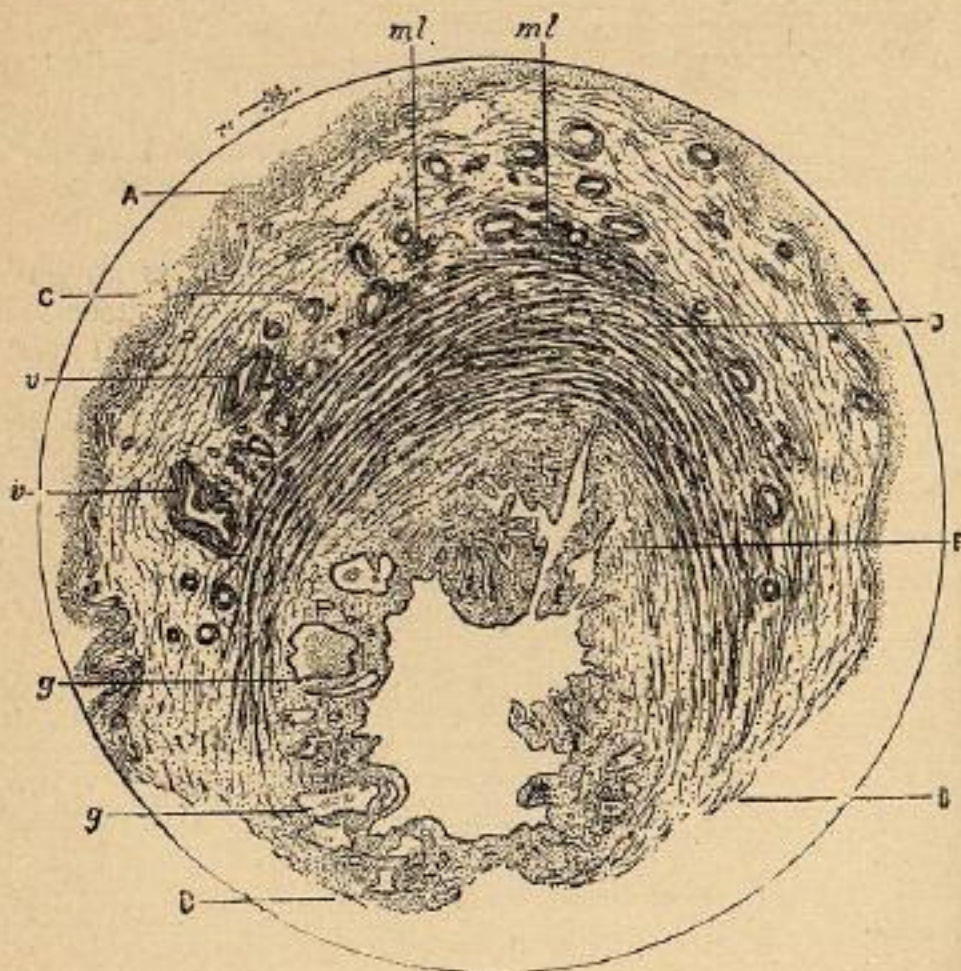


Fig. 69. — Salpingite chronique hypertrophique (Grossissement de 35 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, fausses membranes; BB, ligne de section chirurgicale, répondant à l'aileron moyen du ligament large; C, couche fibreuse, parsemée de quelques faisceaux musculaires; D, couche épaisse de fibres lisses, la plupart à direction circulaire; E, muqueuse; gg, pseudo-glandes à épithélium cylindrique, dues à la soudure des villosités.

A l'examen histologique, les villosités, en voie de sclérose, soudées entre elles à la façon de bourgeons charnus, décrivent encore, vers la lumière du tube, dans les cas peu anciens, des arabesques variées, à colonnes beaucoup plus épaisses que dans l'endosalpingite. Mais, à leur base, elles s'épaississent et se fusionnent au point de se fondre en une seule couche conjonctive de néoformation,

parsemée, dans les points où la soudure ne s'est pas faite, de petites cavités tapissées d'épithélium, correspondant exactement aux loges plus nombreuses, plus rapprochées, du réseau vilieux sus-jacent. Ce réseau se modifiera peu à peu concentriquement, de la même façon, d'où nivellement des franges et transformation de la muqueuse en une sorte de tissu aréolaire (fig. 69, g). Orthmann a fait, bien inutilement d'ailleurs, de cette phase avancée de la lésion, une variété à part, sous le nom de *salpingite folliculaire*. Dans certains cas, les plis de la muqueuse, au lieu de se niveler progressivement, s'hypertrophient de façon à constituer de véritables *papillomes*. Les éléments épithéliaux ont moins de hauteur et, très souvent, ont perdu leurs cils. Dans l'épaisseur de la paroi, il y a hypergénèse conjonctive et raréfaction du tissu musculaire ou, plus rarement, hypertrophie de ce même tissu (Kaltenbach, Veit) (fig. 69, D). Il est possible que cette dernière particularité soit en rapport avec la production des coliques salpingiennes.

II. *Salpingite chronique atrophique*. — A une période plus avancée de l'évolution conjonctive, lorsque le tissu fibreux s'est constitué dans toute l'épaisseur de la paroi, nivelant les franges muqueuses, remplaçant l'élément musculaire, comblant les vaisseaux, la trompe revient peu à peu sur elle-même et se densifie, sa circonférence se réduit et son calibre s'efface : la *salpingite chronique atrophique* est constituée. L'épithélium atrophié a perdu ses cils. Dans certains cas il pourrait même disparaître et la réduction du calibre tubaire aboutirait à une atrésie complète.

2. Salpingite kystique.

La trompe kystique peut contenir jusqu'à 1200 grammes de liquide (Lucas-Championnière). Elle se présente sous deux aspects principaux : uniformément distendue, de l'orifice abdominal vers l'ostium uterinum, elle prend la forme d'un boudin, d'une poire ; ou bien, présentant une série d'ectasies et de rétrécissements, elle offre une apparence moniliforme. Nous avons exposé plus haut le mécanisme probable de ces transformations.

Le dédoublement du ligament large par la trompe est exceptionnel, attendu qu'il ne peut avoir lieu qu'au niveau du tiers interne de l'organe, le plus souvent dilaté.

A. *Hématosalpinx*. — D'après les derniers travaux de Veit, confirmés déjà par nombre d'observations émanées d'autre source, la plupart, sinon la totalité, des *hématosalpinx* ne seraient que des grossesses tubaires méconnues. Il faut donc faire table rase des travaux

antérieurs à cette révélation et chercher tout d'abord à établir à quels signes l'on peut reconnaître qu'un hématosalpinx, vide de fœtus, doit être rapporté à la grossesse tubaire.

Il faudra, tout d'abord, tenir grand compte de l'examen macroscopique : une poche ovoïde, bien limitée, remplie de caillots, située dans la continuité d'une trompe simplement épaissie et présentant des franges longitudinales encore très nettes, sera probablement un

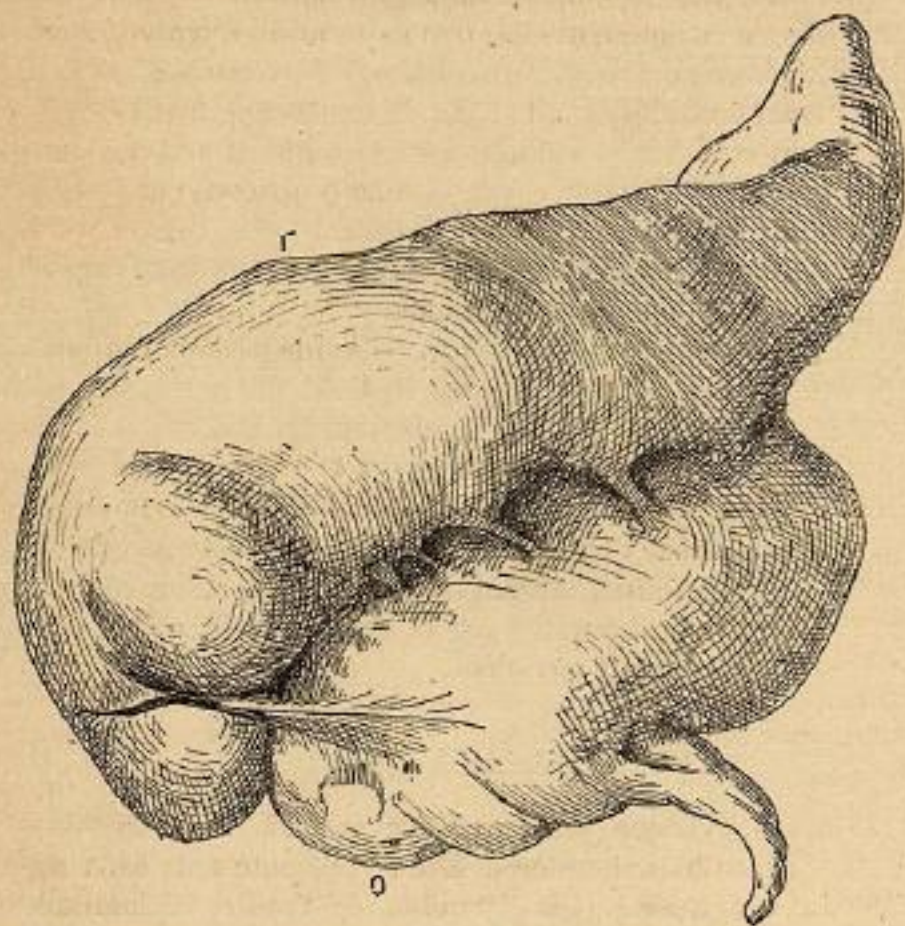


Fig. 70. — Salpingite kystique (Terrillon). — T, trompe oblitérée et remplie de sang ; O, ovaire.

kyste fœtal. Parfois l'on rencontrera, au centre de la masse solide qui a l'apparence d'un simple caillot, un amnios très net, rempli de liquide clair.

L'examen microscopique lèvera généralement les doutes : pour notre part, dans cinq ou six cas différents, nous n'avons jamais manqué de trouver, ainsi que l'affirme Veit, les villosités révélatrices. Mais elles peuvent être en voie d'atrophie, ou même, avoir disparu. Dans ce dernier cas, on peut, sinon affirmer, au moins suppo-

ser l'origine de la lésion d'après les modifications de la paroi, dans la zone ectasiée savoir : suppression, en cette région seulement, de l'épithélium et des plis de la muqueuse, abondance de cellules interstitielles et de vaisseaux (Pilliet).

En cherchant dans cette voie, on arrivera sans doute à établir la proportion des grossesses tubaires par rapport aux hématosalpingites (hémorragie dans une trompe enflammée), et par rapport à l'hématosalpinx de rétention (refroidissement au moment des règles?, atresie génitale).

B. Hydrosalpinx. — L'hydrosalpinx se présente sous forme d'une vessie allongée ou d'un segment d'intestin. La muqueuse est dépliée et la paroi tubaire amincie dans son ensemble jusqu'à devenir transparente. Orthmann et Ferreira de Castro ont signalé le cloisonnement de la cavité par des brides provenant de la fusion de villosités tubaires. Le contenu est un liquide filant ou aqueux, le plus souvent trouble, parfois tout à fait clair.

A l'examen histologique, on trouve l'épithélium aplati et les fibres musculaires à peu près disparues.

On a avancé, dans ces derniers temps, que l'hydrosalpinx devait le plus souvent provenir du pyosalpinx. Mais il est bien plus probable qu'il succède à la salpingite purement catarrhale, étant données la rareté des adhérences extérieures, ainsi que la nature des lésions pariétales et de l'exsudat. Au lieu de nous arrêter à la première hypothèse, nous aimerions mieux accorder une certaine importance à la simple obstruction de la trompe, due à un fibrome utérin, par exemple. Woskressensky a démontré en effet que la double ligature de l'organe suffisait à donner lieu, en quatre ou six semaines, à un hydrosalpinx abondant.

C. Pyosalpinx. — La collection purulente qui constitue le pyosalpinx se développe le plus souvent dans la partie externe de la trompe ou bien entre le pavillon et l'ovaire ou l'intestin (Terrier). Dans le pyosalpinx, la consistance et l'aspect du pus sont très variables. Le liquide peut être simplement puriforme, composé, en grande partie, de cellules épithéliales détachées de la muqueuse (Cornil).

Les villosités ne sont plus représentées que par des inégalités épaisses, peu saillantes, ayant l'aspect et, du reste, la structure du bourgeon charnu, quand les cellules de revêtement ont disparu ; c'est dans les anfractuosités de la surface que celles-ci persistent en dernier lieu. D'autre part, au-dessous du lit de cellules embryonnaires qui représente la muqueuse, la paroi peut être exclusivement fibreuse. On comprend donc qu'il soit parfois impossible de

distinguer la paroi d'un pyosalpinx ancien, d'une paroi d'abcès quelconque.

IV. Salpingite tuberculeuse.

C'est dans la trompe que se localise le plus souvent la tuberculose génitale chez la femme.

Lorsqu'il n'y a pas coïncidence de tuberculose péritonéale, le pyosalpinx tuberculeux est ordinairement difficile à différencier, à première vue. Mais le contenu est souvent assez caractéristique : ainsi en est-il lorsqu'il est représenté par un liquide grumeleux ou par une matière caséuse sous laquelle se cachent des ulcérations.

Les lésions spécifiques débutent par le stroma de la muqueuse qui présente, en outre, les lésions inflammatoires chroniques déjà décrites. Les bacilles, quand ils existent, sont peu nombreux et échappent le plus souvent à l'examen.

c. Ovarite.

I. Anatomie et histologie normales de l'ovaire.

Pour l'ovaire, plus encore que pour la trompe, nous croyons utile de bien mettre en lumière certains détails de l'état normal (fig. 71).

Les caractères anatomiques de l'ovaire sont très variables suivant la période physiologique à laquelle on le considère (âge, menstruation, grossesse). Nous n'aurons en vue que la période de fécondité, à l'état de repos fonctionnel. Dans ces conditions, l'ovaire pèse de 6 à 8 grammes (Puech, Sappey) ; son diamètre transversal est de 38 millimètres, son diamètre vertical, de 18, et l'antéro-postérieur, de 15. Mais il ne s'agit là que de moyennes, d'une importance très relative, et la *petitesse* de l'ovaire n'implique pas un état pathologique (*petitesse physiologique*, Puech). De couleur blanc rosé, de consistance ferme, il a la forme d'un ellipsoïde aplati que sillonnent des encoches d'origine congénitale et des dépressions, plus petites, dues à la déhiscence des follicules de de Graaf.

On distingue, de la surface vers le *hile* de l'organe : 1° un revêtement d'*épithélium cubique*, bien visible chez les jeunes enfants, mais qui ne se retrouve guère, chez la femme adulte, que dans les sillons signalés plus haut ; 2° une couche dense et résistante, dépourvue de vaisseaux (*albuginée* de l'ovaire), formée, de dehors en dedans : d'une couche fibreuse d'épaisseur assez régulière, de fibres élastiques circulaires, assez serrées pour donner l'apparence d'une membrane et probablement en rapport avec les alternatives d'ex-

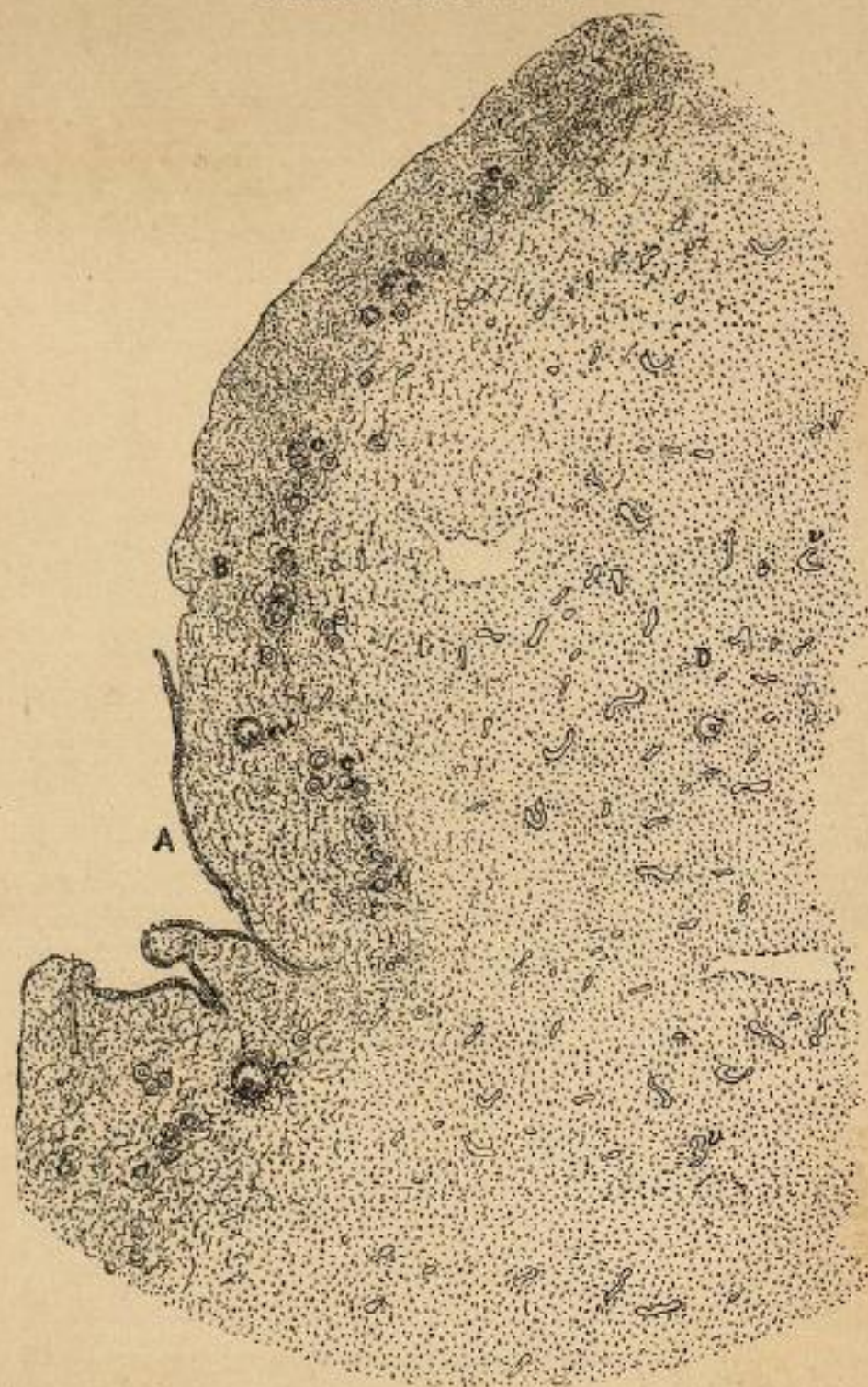


Fig. 71. — Ovaire normal (coupe faite de la surface de l'organe au milieu de la couche médullaire) (Grossissement de 43 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, revêtement incomplet d'épithélium cubique ; B, couche albuginée ; C, couche ovigène ; c c, follicules primordiaux ; c c', follicules en mouvements vers la ponte ; D, portion de la couche médullaire ; uv, vaisseaux hélicins.

pansion et de retrait de l'organe; enfin, de cellules fusiformes disposées en tourbillons, qui, pour les uns (Rouget, His, etc.) seraient des fibres lisses et, pour les autres (Kölliker, Waldeyer), des cellules conjonctives; 3° une couche chargée d'ovules ou *couche ovigène*, dont le stroma est en majeure partie formé de ces mêmes cellules en faisceaux intriqués; 4° une couche d'éléments fusiformes,



Fig. 72. — Bulbe de l'ovaire (coupe faite du hile vers la couche médullaire) (Grossissement de 30 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — VV, vaisseaux; S, stroma parcouru par des faisceaux musculaires *m, m*.

mes, sans disposition spéciale, mais très serrés, avec interposition de fibrilles très ténues et de nombreux vaisseaux de petit et de moyen calibre : c'est la *couche médullaire*, qui constitue la majeure partie de l'organe; 5° enfin, le *bulbe* (fig. 72), qui se distingue par le nombre et le calibre énorme de ses vaisseaux, plongés dans une gangue fibro-musculaire : c'est un véritable appareil érectile. Les faisceaux de fibres lisses qui en font partie se prolongeraient, d'après Rouget,

jusque dans les couches ovigène et albuginée, opinion d'ailleurs contestée, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Les artères de l'ovaire, à direction hélicine, sont si épaisses, qu'on pourrait croire, au premier abord, à un état pathologique, d'autant plus que les faisceaux musculaires les plus internes, longitudinaux ou hélicins, faisant saillie dans la lumière des vaisseaux, peuvent

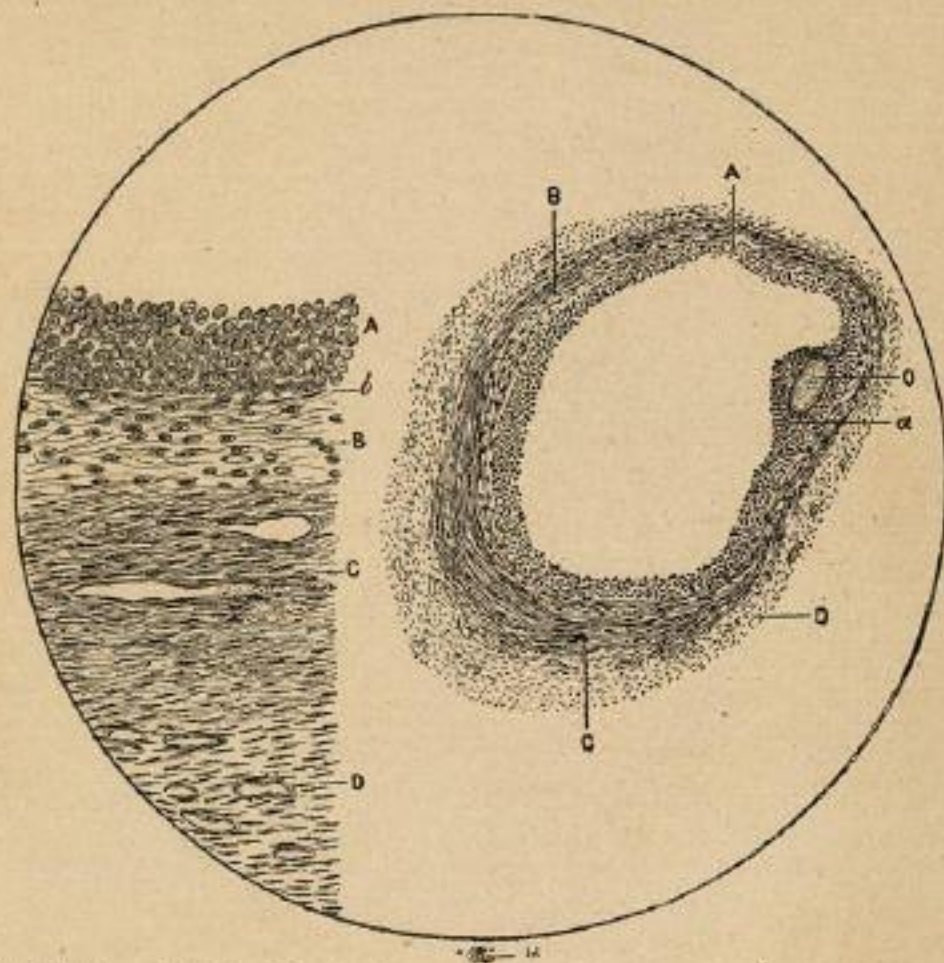


Fig. 72 bis. — Follicule de Graaf au moment de la ponte (Grossissements de 30 et de 90 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, couche de cellules granuleuses formant en *a* le cumulus proligerus qui renferme l'ovule O; *b*, endothélium sous-épithélial; B, couche réticulée; C, couche fibro-vasculaire externe; D, couche albuginée dont la vascularisation est accrue.

donner l'apparence de bourgeons. Les veines sont très flexueuses et se distinguent surtout à l'épaisseur moindre de leur paroi. Les canaux lymphatiques sont nombreux, particulièrement autour des follicules et dans l'interstice de leurs deux dernières tuniques. Les nerfs proviennent du grand sympathique.

D'après la théorie le plus généralement admise, les ovisacs sont le produit du bourgeonnement de l'*épithélium germinatif*, dans

l'épaisseur de l'éminence sexuelle, sous forme de cordons, qui renferment des cellules déjà différenciées : les ovules. Ces cordons, venant à s'étrangler, puis à se séparer en tronçons, les follicules primordiaux sont constitués.

Les follicules primordiaux présentent une enveloppe de cellules propres (*cellules folliculaires*), d'abord rondes, plus tard aplaties, entourant l'ovule. Très rapprochés les uns des autres au moment de la naissance, ils se raréfient plus tard par le fait d'un travail de résorption qu'on trouve déjà commencé chez le fœtus à terme. Lorsqu'un follicule primordial se met en mouvement vers la ponte, il devient *ovisac* proprement dit, ou *follicule* de de Graaf. Les cellules folliculaires prolifèrent, une fente se produit dans l'un des hémisphères de leur masse et, du fait d'une accumulation de liquide dans cette fente, celle-ci se trouve remplacée par une cavité arrondie, en même temps que le *disque proligère* est constitué. Au-dessous de la couche de l'épithélium folliculaire, ou *membrane granuleuse*, se forme la *tunique propre* (couche réticulée, couche lymphoïde de Slavjansky, couche des cellules de l'ovariule, des cellules interstitielles), sur l'origine de laquelle on n'est pas bien fixé, mais qui paraît nettement composée d'un tissu fibrillaire et réticulé, contenant des cellules de formes diverses. Cette tunique propre est séparée du stroma ovarien par une *tunique fibreuse* à laquelle se mêle, d'après Rouget, un certain nombre de fibres lisses, et par une *couche cellulo-vasculaire*. Enfin, entre la tunique propre et la membrane granuleuse, on peut distinguer, dans les follicules dépouillés de leur épithélium, un *endothélium sous-épithélial*, analogue à celui décrit par Debove pour l'intestin.

Dans le follicule qui va se rompre, l'ovule occupe, en général, la périphérie. En ce point même le tissu de l'ovaire serait généralement exsangue. Il n'en était cependant pas de même sur la préparation d'où est tirée la figure 72 bis.

L'ovisac, une fois rompu, constitue le *corps jaune*. Peu après la ponte (fig. 73), cet organe se présente sous forme d'une poche plissée comme une bourse, remplie de sang ou d'un reticulum fibrineux. Sa paroi est formée de travées conjonctives comprenant, dans leurs mailles, de grosses cellules à forme *épithélioïde*. Ces travées émanent de deux systèmes papillaires qui sont intriqués l'un dans l'autre : l'un, à *direction centripète*, se fusionne avec le stroma de l'ovaire; l'autre, à *direction centrifuge*, naît d'une couche conjonctive assez mince qui tapisse les diverticules de la cavité. Telle est, dans sa simplicité, la constitution du corps jaune.

Peu nous importent ici les théories relatives à sa genèse et qui le

font provenir, les unes, de la membrane granuleuse, les autres, de la tunique propre, d'autres enfin, de ces deux couches à la fois. Nous ferons cependant remarquer que, pour expliquer la formation des deux systèmes de papilles signalés plus haut, le mieux est d'ad-

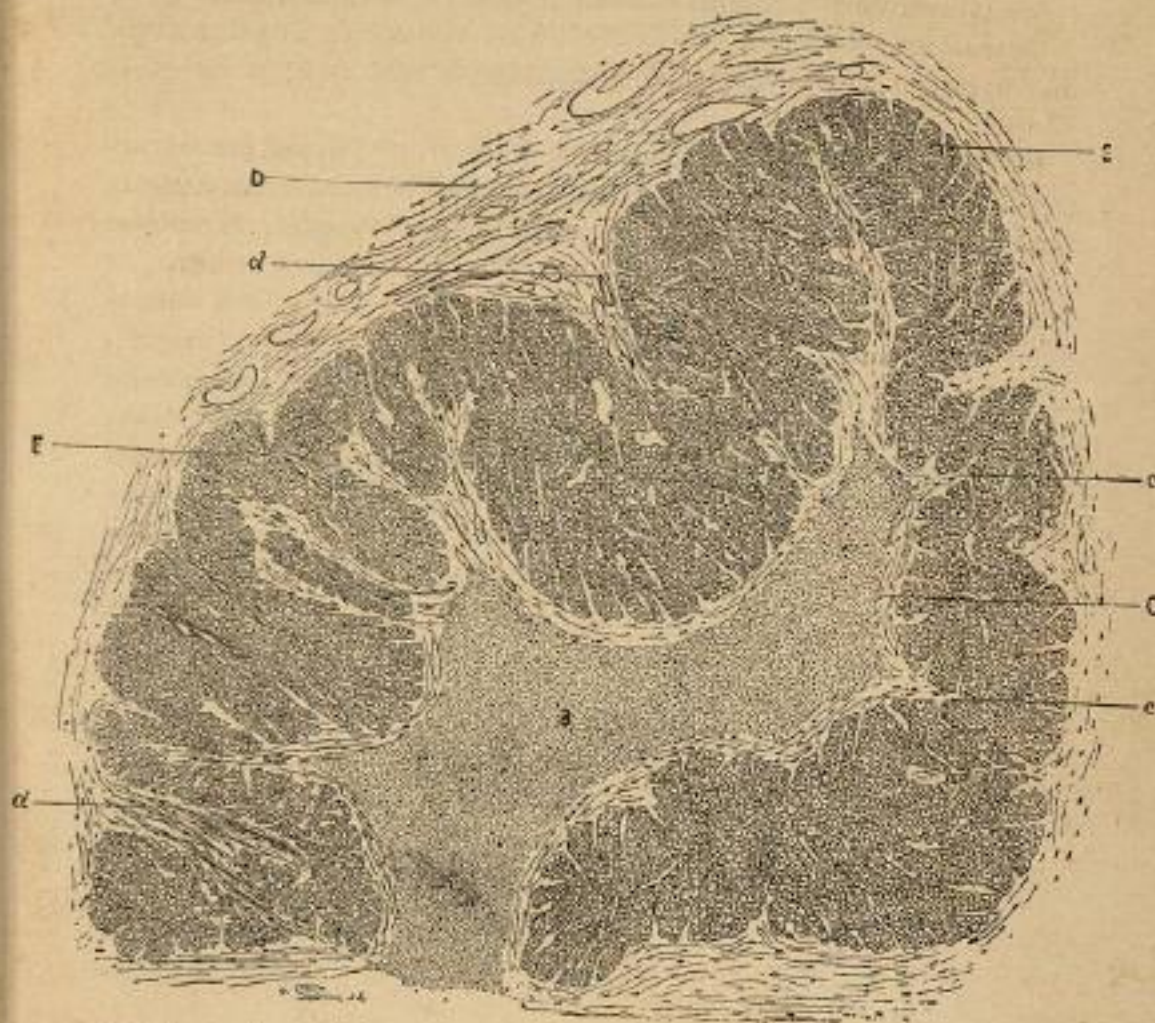


Fig. 73. — Corps jaune peu après la ponte (Grossissement de 30 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, ouverture du corps jaune à la surface de l'ovaire; B, cavité du corps jaune remplie de sang extravasé et tapissée d'une couche conjonctive C, de laquelle se détache un système de papilles *ccc*, à direction centrifuge; D, couche fibro-vasculaire externe de laquelle se détache un système de papilles *ddd*, à direction centripète; E, cellules épithélioïdes greffées sur les papilles.

mettre la prolifération de la couche fibreuse de l'ovisac, d'une part, de la couche sous-endothéliale, d'autre part, et, entre les deux, celle de la couche propre.

Après s'être développé durant un certain temps, le corps jaune s'atrophie : les cellules épithélioïdes subissent la dégénérescence hyaline et disparaissent peu à peu sous la prolifération des cellules

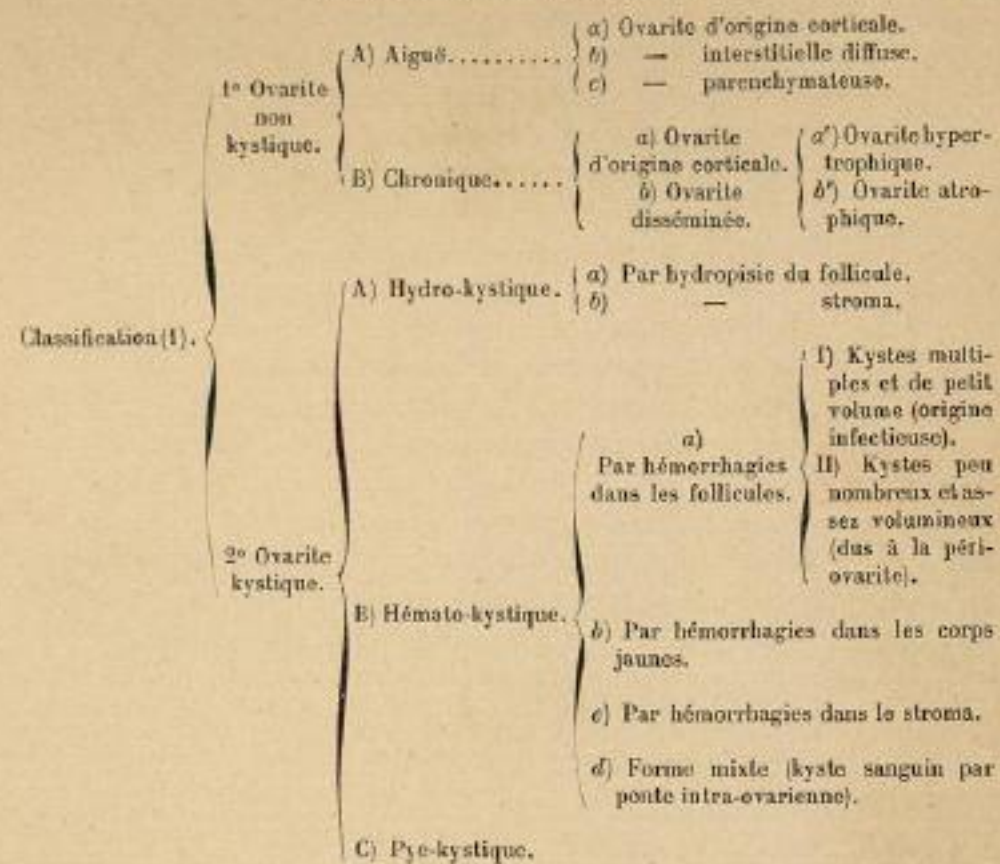
ovariennes. Pour le corps jaune de la menstruation, cette régression est déjà en pleine voie lors de la phase cataméniale qui suit celle à laquelle il doit son origine. Le corps jaune de la grossesse, au contraire, se développe jusque vers le quarante et unième jour. Les corps jaunes normaux sont d'assez grande dimension : celui de la grossesse atteint ou dépasse la moitié du volume de l'ovaire. Il ne faut donc pas trop se hâter de prononcer le mot de *kyste du corps jaune*.

D'autre part, nous ne saurions trop insister sur l'évolution simultanée, à l'état normal, d'un certain nombre de follicules vers la ponte. L'un d'entre eux ayant accompli le cycle complet, les autres, ceux qui ne faisaient que l'accompagner, comme pour assurer la ponte, s'arrêtent dans leur accroissement. Ils se présentent alors à l'état de kystes, avec dégénérescence de leur épithélium, ou sont envahis par une prolifération de tissu muqueux analogue à celui qui éclaircit les follicules primordiaux chez le fœtus à terme. Il est probable qu'il ne s'agit là que des deux phases d'un même processus. Il ne faut donc pas conclure de la présence, à la surface d'un ovaire, d'un certain nombre de saillies folliculaires, à l'existence de la *dégénérescence polykystique*, terme servant trop souvent à couvrir l'insuffisance et la trop grande hâte du diagnostic.

Enfin, nous croyons encore bon d'ajouter, qu'en dehors de ces ilots de tissu muqueux, dus à l'oblitération des ovisacs avortés, de ces masses vitreuses, vestiges de corps jaune, on peut encore trouver, dans des ovaires parfaitement normaux d'ailleurs, des indurations fibreuses au voisinage des corps jaunes, des traces d'œdème, de petits ilots de tissu graisseux, vestiges probables de cordons ovulaires inutilisés.

II. Formes anatomiques et cliniques de l'ovarite.

Nous proposons, pour l'ovarite, une classification analogue à celle de la salpingite.



1^o Ovarite non kystique.

A) **Ovarite aiguë.** — a. D'ORIGINE CORTICALE. — L'ovarite d'origine corticale est secondaire à la péri-ovarite et reconnaît ordinairement pour cause la blennorrhagie.

D'après Cornil et Terrillon, la péri-ovarite, qui est l'analogie de la vaginalite chez l'homme (Bernutz), peut exister seule, le parenchyme ovarique restant intact et les lésions se bornant à des fausses membranes plus ou moins résistantes. Mais, pour Tait, quand

(1) M. Pozzi a bien voulu produire cette classification et la description qui suit, quelque peu modifiées depuis, dans son *Traité de Gynécologie*. Il est certain que, par suite de l'existence des follicules de de Graaf, l'ovaire enflammé renferme presque toujours des cavités kystiques; mais ces kystes peuvent être négligeables ou constituer, au contraire, la majeure partie de la tuméfaction, d'où nos deux premières divisions.

D'autre part, l'ovarite se développe, en somme, soit de la périphérie vers le hile, soit du hile vers la périphérie, et cela qu'elle soit kystique ou non; si ces deux modes de développement ne peuvent plus être différenciés dans les formes de la seconde catégorie, ordinairement plus anciennes, il en est le plus souvent autrement pour celles qui se rattachent à la première, d'où les principales subdivisions de celle-ci.

Enfin, si ces kystes séreux, sanguins, purulents, se mélangent souvent les uns aux autres, il n'en est pas moins vrai que telle de ces modalités kystiques est toujours prédominante, et peut servir d'étiquette à la lésion.

le revêtement séreux de l'ovaire est atteint, on trouve toujours des lésions à une certaine distance de la capsule et la glande, dans son ensemble, est notablement augmentée de volume.

Ces lésions varient depuis la simple hyperhémie jusqu'à la destruction plus ou moins étendue de la couche ovigène par l'infiltration purulente et l'hémorragie (Slavjansky).

b. **OVARITE INTERSTITIELLE DIFFUSE.** — L'ovarite interstitielle diffuse est propre à l'infection puerpérale.

Tout d'abord l'ovaire, très augmenté de volume, gorgé de liquides, est parsemé de kystes folliculaires à contenu séreux ou sanguinolent; le stroma est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse. A une période plus avancée, le pus apparaît dans les espaces lymphatiques et les follicules, en commençant par les plus gros.

c. **OVARITE PARENCHYMATUEUSE.** — L'ovarite parenchymateuse est engendrée par les maladies infectieuses et les intoxications.

Les lésions sont concentrées sur le follicule qui renferme un liquide puriforme. Dans les cas légers, le follicule primordial est atteint exclusivement et disparaît sans laisser trace. L'œuf résiste plus longtemps que les cellules qui l'entourent (Slavjansky).

B. **Ovarite chronique.** — Elle succède aux états aigus ou s'établit d'emblée. Le stroma de l'ovaire, normalement formé de cellules conjonctives tassées les unes contre les autres, se transforme peu à peu en un tissu fibreux à faisceaux denses et ondulés, pauvre en cellules et en vaisseaux perméables. 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 (fig. 74) provient évidemment d'une sorte d'évolution morbide 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 ou lymphatiques ou d'ovisacs. Ceux-ci sont d'ailleurs moins nombreux, parfois totalement absents, suivant les progrès du mal; un certain nombre ont subi les modifications qui aboutissent à la formation des micro-kystes séreux, séro-sanguins et sanguins.

a. **OVARITE CHRONIQUE D'ORIGINE CORTICALE.** — L'ovaire est entouré de fausses membranes au milieu desquelles se rencontrent parfois des foyers sanguins analogues à ceux de la pachyméningite. Ou bien la sclérose envahit l'organe sur une grande épaisseur; ou bien elle se limite, et parfois d'une façon très nette et uniforme, à quelques

millimètres de sa surface. Mais 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 grefferont des foyers secondaires de sclérose (fig. 74).



Fig. 74. — Ovarite chronique d'origine corticale (Grossissement de 30 diamètres) (Paul Pellé et S. Bonnet). — AA, sclérose de la couche albuginée; BB, kystes folliculaires; CC, corps jaunes en dégénérescence hyaline; DD, corps jaunes à la même phase évolutive, dissociés par des raptus hémorragiques; D', corps jaune transformé en un petit kyste hémorragique; EE, hémorragies interstitielles; F, tissu interstitiel en voie de sclérose.

b. **OVARITE CHRONIQUE DISSEMINÉE.** — Elle est caractérisée par des foyers de sclérose qui ont pris naissance autour des vaisseaux, des kystes folliculaires et des corps jaunes, ce qui est tout un, d'ailleurs, l'ovisac représentant la région la plus vasculaire de l'ovaire. Il s'agit là probablement d'un processus assez lent et chronique

d'emblée : on l'observe communément, avec ou sans ectasies vasculaires, dans les cas de fibromes utérins.

c. **OVARITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE.** — L'hypertrophie scléreuse de l'ovaire est caractérisée par l'hypergenèse du tissu fibreux avec destruction des follicules. Comme le dit très bien Tait, ce n'est, en somme, que la sclérose à la deuxième période, précédant celle de rétraction. L'hypertrophie est totale ou bornée à la périphérie (Darier et Bourges). Dans les deux cas, la surface de l'ovaire, du fait de l'accentuation de ses sillons, rappelle l'aspect des circonvolutions cérébrales.

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

d. **OVARITE CHRONIQUE ATROPHIQUE (OU CIRRHOSE).** — La sclérose atrophique, ou cirrhose de l'ovaire, est probablement l'aboutissant de toutes les variétés de l'ovarite, y compris l'ovarite suppurée à petits foyers non évacués. Le processus de sclérose est ici poussé à l'extrême. Les ovisacs et même les kystes folliculaires sont très rares ou absents. Un très petit nombre de vaisseaux demeurent perméables.

2° Ovarite kystique.

Les *micro-kystes de l'ovaire*, bien distincts des kystes *néoplasiques* du même organe, ont leur place marquée dans l'étude de l'ovarite dont ils dérivent et à laquelle ils impriment une allure spéciale, les lésions interposées passant au second plan.

A. Ovarite hydro-kystique. — a. **OVARITE HYDRO-KYSTIQUE PAR HYDROPIE FOLLICULAIRE.** — Comme nous l'avons déjà dit, il est ordinaire de rencontrer à la surface d'ovaires, normaux par ailleurs, un certain nombre de follicules gonflés de liquide.

D'autre part, nous ne connaissons pas de caractères histologiques qui permettent de différencier un kyste folliculaire d'un follicule normal en voie de régression.

C'est donc sur la multiplicité de ces follicules, sur leur volume qui, à l'état normal, ne dépasse pas 2 centimètres à 2 centimètres et demi de diamètre, enfin, sur la sclérose concomitante du stroma, que l'on doit se baser pour juger de l'état morbide.

Les *kystes folliculaires* se présentent sous forme de poches sphériques, uniloculaires, variant ordinairement du volume d'une petite cerise à celui d'une noix, mais pouvant atteindre des dimensions beaucoup plus considérables. Disséminés ou agglomérés, de

préférence à la surface de l'ovaire, ils se rencontrent également dans son épaisseur et le transforment en une masse cloisonnée qui peut dépasser le volume du poing (fig. 75). Ils présentent, à la coupe, une paroi à double contour et à surface lisse, un contenu limpide et incolore. D'après Ritchi et Webb, on ne retrouve plus l'ovule dans les follicules plus gros qu'une cerise, c'est-à-dire précisément ceux qui peuvent passer pour kystiques. Il semble disparaître sous la prolifération des cellules folliculaires qui l'entourent. L'épithélium pariétal, après s'être multiplié, dégénère sous forme colloïde ou granuleuse. Quand à la *tunique propre*, elle se confond peu à peu avec les couches fibreuse et cellulo-vasculaire

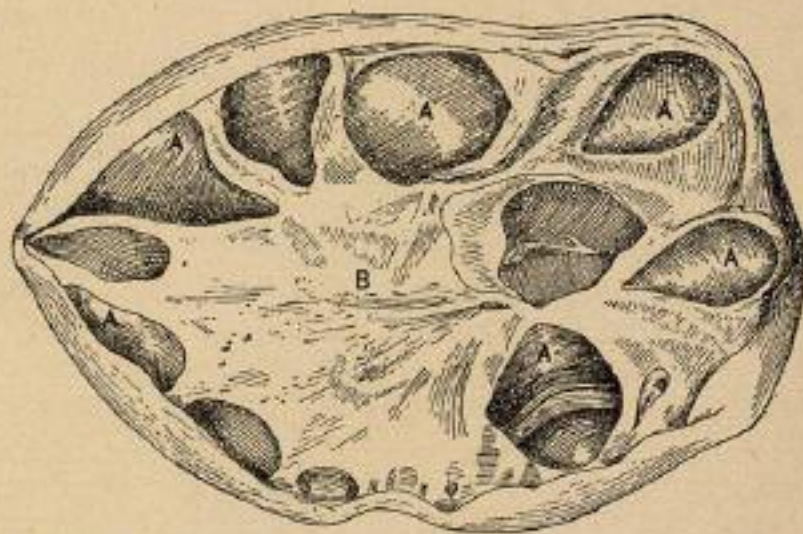


Fig. 75. — Ovarite chronique hydro-kystique (par hydropisie folliculaire). — AAA, follicules kystiques; B, tissu ovarien sclérosé.

dans un commun processus de sclérose (fig. 76). De telle sorte qu'à un moment donné, tous les éléments distinctifs du follicule ayant disparu, la nature du kyste qui en provient ne peut plus se reconnaître qu'à la minceur de ses parois, à son défaut de vascularisation et au voisinage immédiat d'autres kystes plus petits et manifestement folliculaires.

b. **OVARITE HYDRO-KYSTIQUE PAR HYDROPIE DU STROMA.** — Nous parlerons plus loin (chap. VII) des *pseudo-kystes séreux* dus à la *vacuolisation* du stroma ovarien par l'œdème, et qui se rattachent à une lésion purement trophique, le *varicocèle pelvien*.

Nous devons cependant faire remarquer ici que l'œdème coïncide fréquemment avec les lésions scléro-kystiques de l'ovaire (Conzette).

B. Ovarite hémato-kystique. — a. OVARITE HÉMATO-KYSTIQUE PAR HÉMORRHAGIE INTRA-FOLLICULAIRE. — A l'état normal, il n'y a guère qu'un follicule qui contienne du sang : celui qui va se rompre ou dont la rupture vient de s'effectuer.

Multiplés et de petit volume, criblant parfois l'organe dans toute

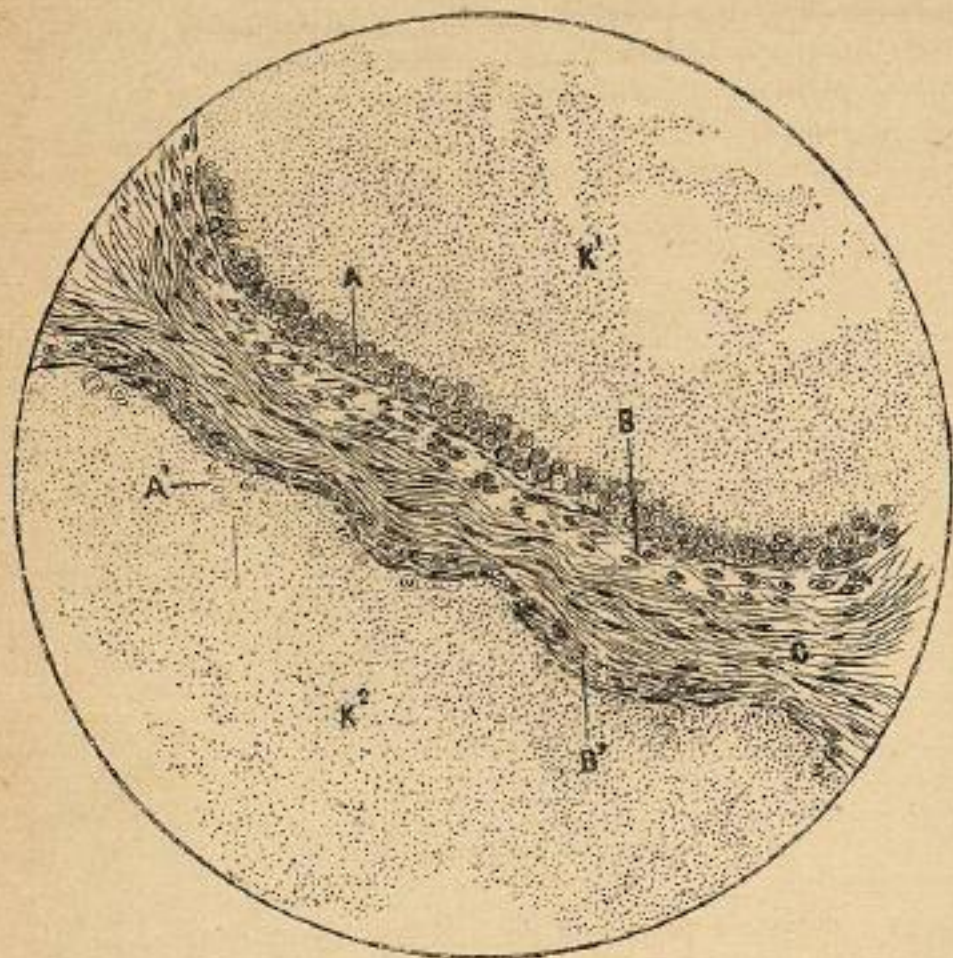


Fig. 76. — Coupe de la paroi de deux kystes folliculaires accolés (Grossissement de 120 diamètres) (Paul Petit et S. Boanct). — L'un des deux kystes K¹ présente un épithélium folliculaire A, et une couche réticulée B, d'apparence normale. Dans l'autre, K², l'épithélium folliculaire est réduit à quelques cellules A' en dégénérescence hyaline ; et la couche réticulée sous-jacente B', en voie de sclérose, se distingue à peine de la couche fibreuse C, commune aux deux kystes.

son épaisseur, les kystes hémato-folliculaires représentent la lésion dominante de l'ovarite infectieuse d'origine interne.

Les kystes plus gros (fig. 77), variant du volume d'une amande à celui du poing, contiennent, soit un fluide séro-sanguinolent et, dans ce cas, semblent résulter d'hémorragies dans des follicules hydro-piques, soit du sang pur. Ces derniers se rattachent surtout

à la sclérose corticale, et l'on a avancé qu'ils étaient susceptibles de s'accroître, jusqu'à rupture, par une sorte de pont intra-kystique des follicules voisins (*kyste ménorrhagique* de Baeckel). Ces kystes ont une paroi fibreuse, parfois très mince. L'épithélium pariétal est dégénéré ou détruit.

b. OVARITE HÉMATO-KYSTIQUE PAR HÉMORRHAGIE DANS LES CORPS JAUNES. — Les kystes sanguins, ayant leur siège dans les corps jaunes, résultent



Fig. 77. — Ovarite chronique hémato-kystique (d'après A. Doran). — O, ovaire ; T, trompe ; C, cavité d'un kyste sanguin dont la paroi a été en partie excisée ; L, ailerons de la trompe et de l'ovaire.

d'une exagération de l'hémorragie physiologique après la ponte ou de raptus hémorrhagiques dans d'anciens corps jaunes (fig. 74, D' et D).

Ces kystes ont une enveloppe à peu près uniforme dans laquelle on retrouve, plus ou moins altérés, les éléments distinctifs du follicule qui a évolué.

c. OVARITE HÉMATO-KYSTIQUE PAR HÉMORRHAGIE INTERSTITIELLE. — Les hémorragies interstitielles de l'ovaire peuvent être diffuses (fig. 74, E) ou enkystées, limitées ou étendues à la presque totalité de l'organe qui est alors converti en une bouillie analogue à la pulpe splé-

nique. Cette dernière forme de l'hémorragie ovarienne serait le plus souvent due à l'ovarite aiguë. Nous en avons cependant observé un cas qui relevait manifestement de la torsion du pédicule d'un ovaire voisin d'un kyste du ligament large, et probablement kystique lui-même. La tumeur sanguine était ovale, grosse comme le

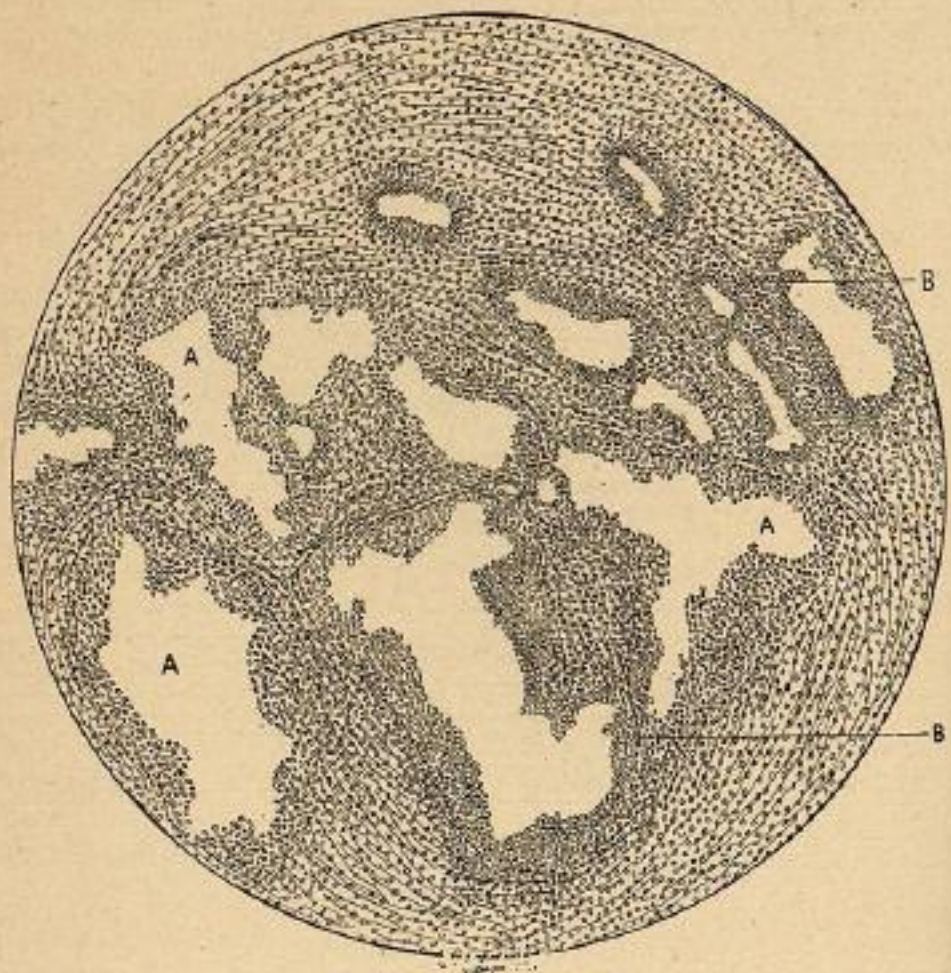


Fig. 78. — Ovarite pyo-kystique (Grossissement de 90 diamètres) (Paul Petit et S. Bernet). — AA, abcès milliaires en voie de fusion, par fonte du tissu embryonnaire interposé BB.

poing, et avait absolument l'apparence d'un caillot; mais nous avons retrouvé, à sa surface, des débris de la couche ovigène.

C. Ovarite pyo-kystique. — La suppuration de l'ovaire débute ordinairement dans les ovisacs ou dans les espaces lymphatiques, sous forme d'abcès multiples et de petit volume (fig. 78) qui se fusionnent peu à peu, par nécrose du tissu embryonnaire interposé, et arrivent à constituer des poches plus ou moins nombreuses, parfois

uniques, qui peuvent atteindre un volume considérable (12 cent. sur 9 : Cullingworth).

La paroi de ces gros abcès se trouve constituée, en allant de l'intérieur vers l'extérieur : par une couche embryonnaire, une couche fibreuse dense, et enfin, une couche cellulo-vasculaire dans laquelle on retrouve, plus ou moins modifiés, les éléments caractéristiques de l'organe.

Nous avons rencontré, dans un cas, un abcès du volume d'un œuf de pigeon, développé dans un seul kyste folliculaire, reconnaissable à sa forme et à la constitution de sa paroi, voisin d'un autre gros kyste, de même origine, à contenu séreux et entouré d'un stroma d'apparence normale. Force est bien d'admettre, dans un cas pareil, le transport des germes pyogènes par l'intermédiaire des vaisseaux du hile.

Les abcès de l'ovaire, en se développant, ont une tendance toute spéciale à dédoubler le mésovaire et le ligament large, de façon à donner l'apparence d'un phlegmon qui, du reste, peut coexister.

III. Ovarite tuberculeuse.

La tuberculose de l'ovaire est rarement constatée à son début, et se laisse assez difficilement reconnaître quand elle est constituée à l'état d'abcès.

d. Ovaro-salpingite.

Les combinaisons de l'ovarite et de la salpingite, c'est-à-dire, les formes de l'ovaro-salpingite, modalité clinique beaucoup plus commune que l'inflammation isolée de l'ovaire et de la trompe, sont des plus variables.

On peut dire cependant que les variétés d'ovarite le plus souvent liées à la salpingite sont : l'ovarite hydro-kystique et l'ovarite hémato-kystique. A l'endosalpingite correspond ordinairement l'ovarite corticale; à la sclérose de la trompe, la sclérose de l'ovaire.

Les deux organes peuvent être tout à fait indépendants l'un de l'autre ou fusionnés de telle sorte par les adhérences, qu'il devient impossible de les différencier de l'œil et du doigt.

S'agit-il d'une salpingite kystique de grand volume, l'ovaire aplati, étalé, disparaît, pour ainsi dire, dans la paroi du kyste.

Dans d'autres cas, le pavillon de la trompe étant en communication directe avec une collection ovarienne, à la suite d'un processus ulcéreux, ou par déhiscence d'un follicule, après soudure du pavil-