

CHAPITRE IV

LÉSIONS TROPHIQUES CIRCUM-UTÉRINES

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — A côté de l'inflammation pelvienne véritable, septique, il faut compter avec des états pseudo-inflammatoires relevant de troubles généraux de nutrition, de troubles vasculaires, de simples irritations de surfaces, d'obstacles apportés aux sécrétions ou, enfin, d'intoxications.

Ainsi, la *paramétrite atrophique* de Freund reconnaît pour cause, d'après cet auteur, la surexcitation sexuelle, la mauvaise alimentation, les pertes prolongées. Ainsi peut-il se produire, dans les déviations anciennes et du seul fait des troubles circulatoires, un travail de rétraction et d'induration ligamentaire, analogue à celui qui accompagne les vieilles luxations.

Les adhérences péritonéales peuvent également se développer, sans infection préalable, autour des tumeurs, kystes de l'ovaire, fibromes, etc., autour des épanchements de sang ou de sérosité.

Il est de même admissible que l'hydrosalpinx puisse relever directement de la simple obturation du conduit tubaire par un caillot (Schröder) ou une tumeur.

Pour l'ovaire, il faut accorder une attention spéciale à tout un ordre d'influences dont l'importance s'explique par la structure éminemment vasculaire et les fonctions particulièrement actives de cet organe. Indépendamment de la congestion permanente, ou varicocèle pelvien, il faut tenir compte, à son sujet, de toutes les causes de congestion répétée : excès et perversion des rapports conjugaux (Martin), grossesses rapprochées, impression du froid au moment des règles, onanisme, perturbations morales ; des modifications attenantes à l'artério-sclérose, aux intoxications (par l'arsenic, le phosphore) (Slavjansky, Tait).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. *Pseudo-inflammation circum-utérine en général.* — La pseudo-inflammation circum-utérine est caractérisée, d'une façon générale, par l'évolution *fibreuse*.

Nous donnons ci-joint, à titre de document, la coupe de l'ovaire d'une femme de 35 ans qui n'a jamais été menstruée (fig. 79). L'organe renferme, comme on le voit, de nombreux follicules primordiaux, mais pas de follicules en mouvement vers la ponte ; nous n'avons pu y trouver, d'autre part, de corps jaunes. Ces particularités s'expliquent suffisamment par l'état du stroma, plus fibreux

qu'à l'état normal, dans toute l'étendue de la couche ovigène et autour des vaisseaux. Il n'y avait, du reste, aucune trace de pelvi-péritonite, mais un kyste volumineux du ligament large qui nécessita la laparotomie.

Nous avons souvent constaté de même, en cas de fibromes, des

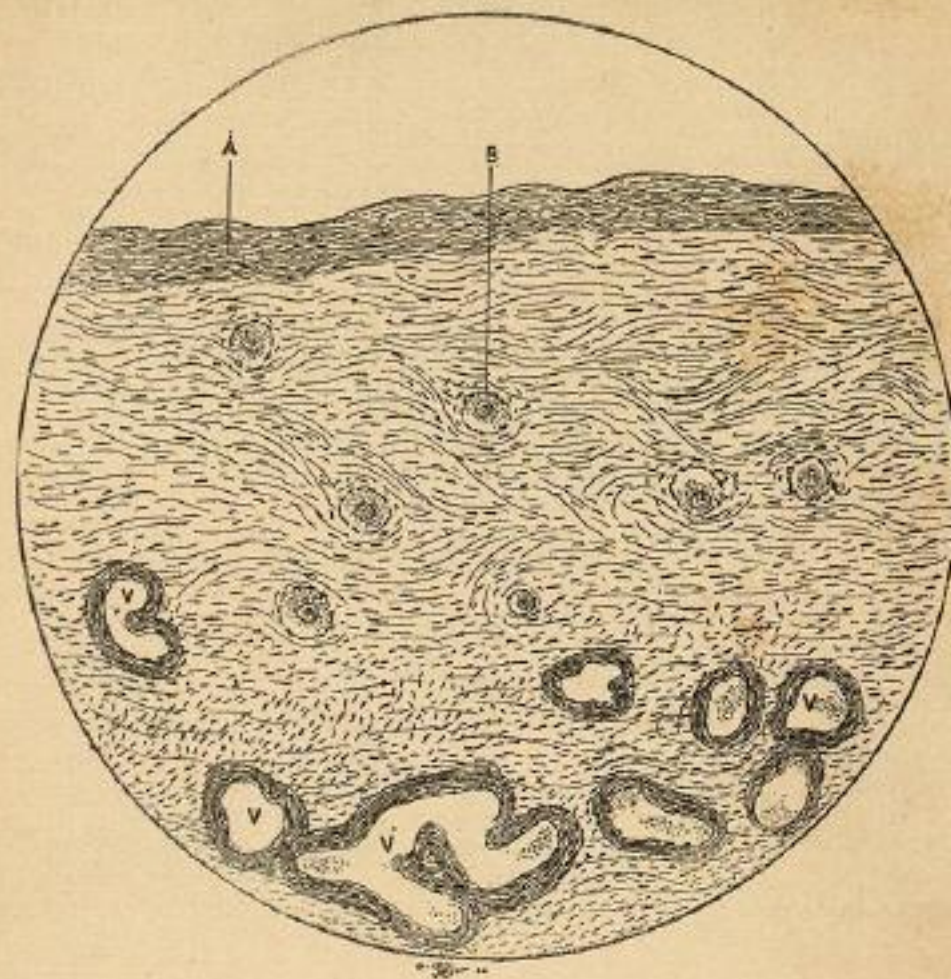


Fig. 79. — Coupe de l'ovaire d'une femme de 35 ans non réglée (Grossissement de 90 diamètres) (Paul Petit et S. Bennet). — A, sclérose de la couche albucine ; B, couche ovigène ; le stroma, plus fibreux qu'à l'état normal, renferme de nombreux follicules primordiaux, mais pas de follicules en mouvement vers la ponte, ni de corps jaunes ; VV, vaisseaux de la couche médullaire à parois épaisses et fibreuses.

scléroses avancées de l'ovaire, sans inflammation véritable. De même on a signalé, à la suite de grossesses trop rapprochées, un travail d'*angiosclérose péri-utérine* qui gagne la trompe aussi bien que l'ovaire.

B. *Pelvi-péritonite aseptique.* — La *pelvi-péritonite aseptique*, déterminée par les tumeurs, par les épanchements de sang ou de li-



Fig. 80. — Tissu normal de l'ovaire dans la couche médullaire (Grossissement de 110 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

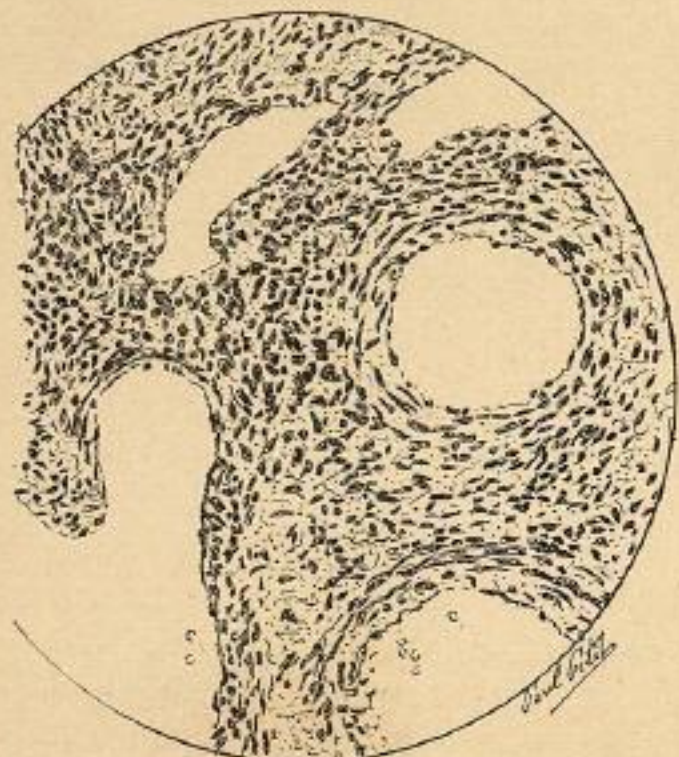


Fig. 81. — Varicocèle de l'ovaire : 1^{er} degré de l'œdème dans la couche médullaire (Grossissement de 110 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

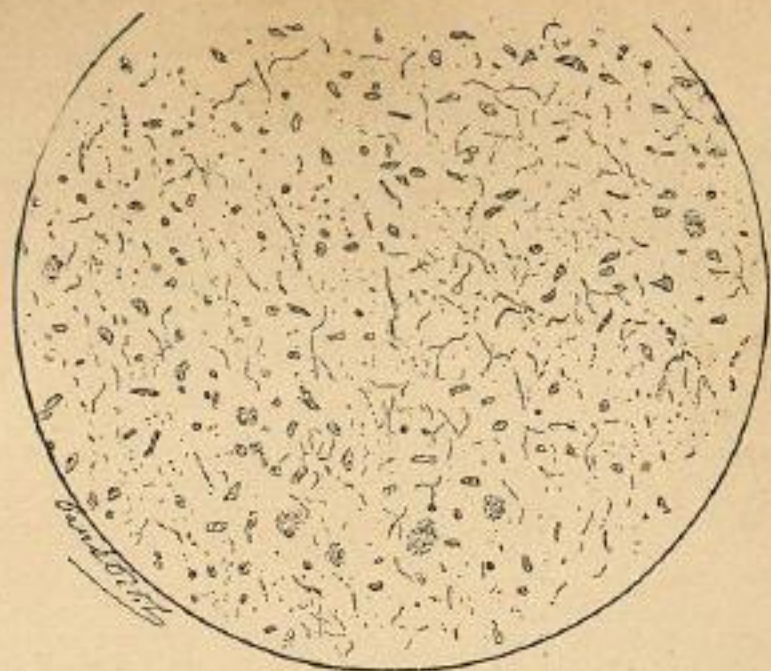


Fig. 82. — Varicocèle de l'ovaire : 2^e degré de l'œdème dans la couche médullaire (Grossissement de 110 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

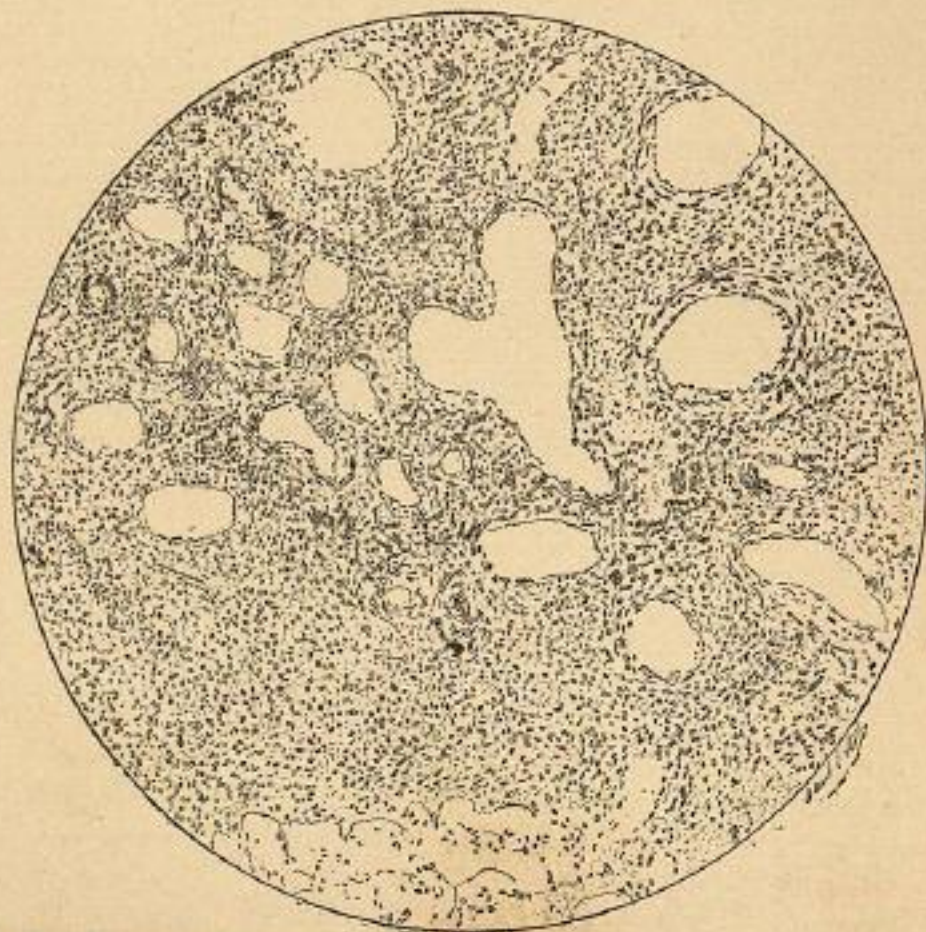


Fig. 83. — Varicocèle de l'ovaire : coupe faite à un grossissement moindre (60 diamètres) que les figures 81 et 82, et permettant de suivre, sur une étendue plus grande, les deux premiers degrés de l'œdème (Paul Petit et S. Bonnet).

guides kystiques, peut être localisée, et se traduit surtout, dans ce cas, par des déplacements d'organes. — Ou bien, comme il arrive à la suite de la rupture d'un gros kyste, ou de la torsion de son pédicule, elle peut se généraliser et donner lieu alors à l'ensemble atténué des phénomènes péritonitiques.

C. *Varicocèle de l'ovaire.* — L'un de nous a particulièrement étudié les lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien.

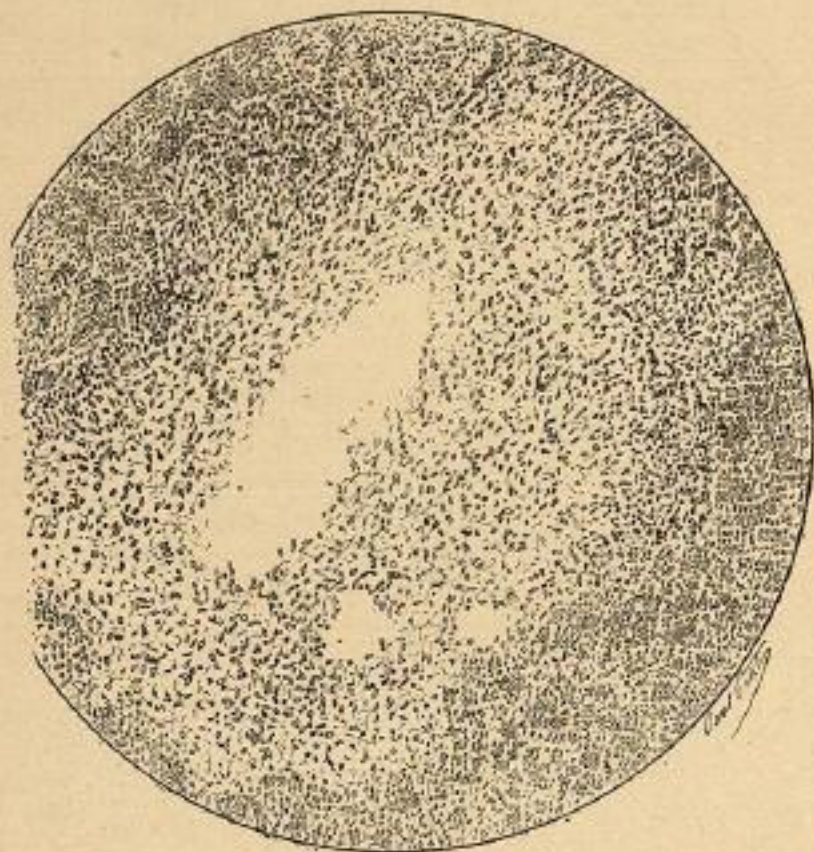


Fig. 84. — Varicocèle de l'ovaire : 3^e degré de l'œdème, vacuolisation du stroma (Grossissement de 60 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

Ces lésions débutent, comme dans toute phlébectasie, par l'œdème pour aboutir à la sclérose. Avant l'apparition de celle-ci, nous avons trouvé les deux ovaires absolument libres d'adhérences, d'aspect blanchâtre et comme lavé, rénitents sous le doigt et un peu plus gros que des œufs de poule, dont ils affectaient à peu près la forme. Ils laissaient écouler, sous le couteau, une grande quantité de sérosité, et se montraient criblés, sur toute la surface de section, du hile vers la couche corticale, d'une foule de petites élevures sphériques, opalines, ressemblant à des phlyctènes

et s'affaissant, sans laisser de cavités distinctes et à double contour, comme les kystes folliculaires. L'œdème, toujours plus accentué autour des vaisseaux, qui, dans leur ensemble, étaient considérablement dilatés, présentait tous les degrés, depuis une légère dissociation de tissus, jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles et même de cavités pseudo-kystiques. Générale-

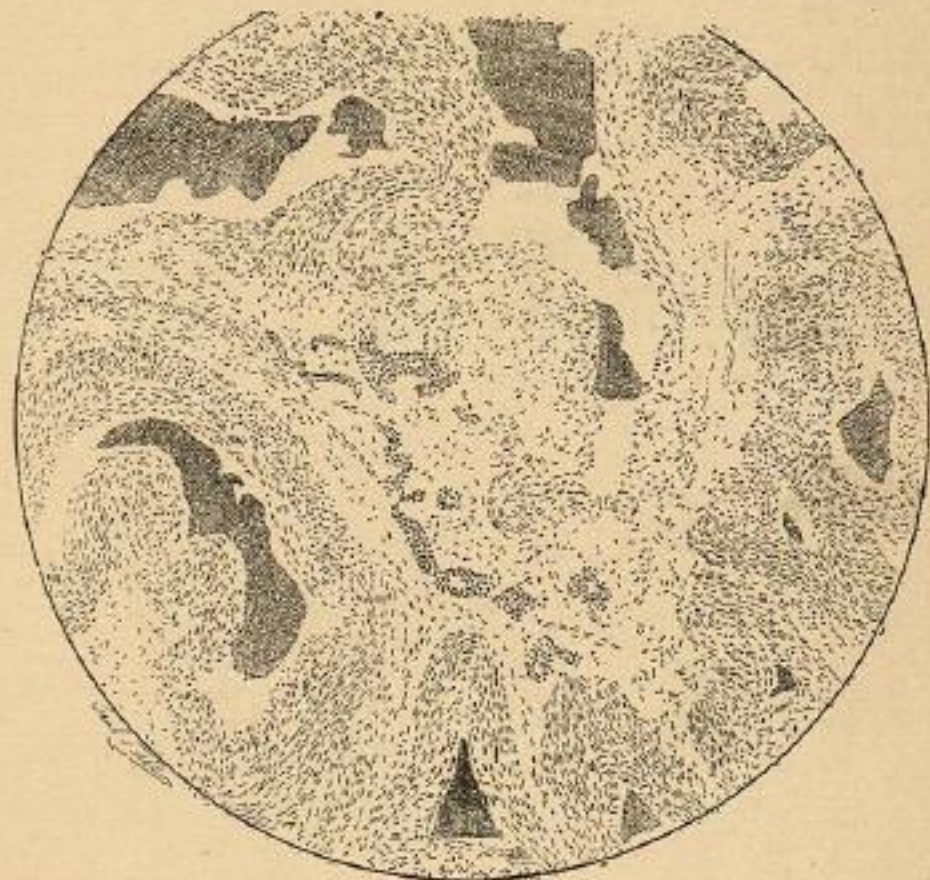


Fig. 85. — Varicocèle de l'ovaire : sclérose du hile (Grossissement de 50 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

ment cet œdème, purement congestif, se présente associé à la transformation scléro-kystique dont il paraît être l'une des origines (fig. 80 à 85).

D. *Dégénérescence graisseuse.* — Il n'est pas rare de rencontrer, dans les ovaires suppurés ou scléreux, de petites loges remplies de cellules adipeuses. Mais nous avons vu l'organe, d'ailleurs notablement augmenté de volume, envahi complètement par la sclérose et la graisse de façon à constituer un tissu analogue au fibrolipome (fig. 86).

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — La pseudo-inflammation circum-utérine est généralement confondue avec l'inflammation véritable.

Nous croyons qu'il faut lui attribuer les prétendues crises de péritonisme provoquées par les fibromes et la plupart, sinon la to-

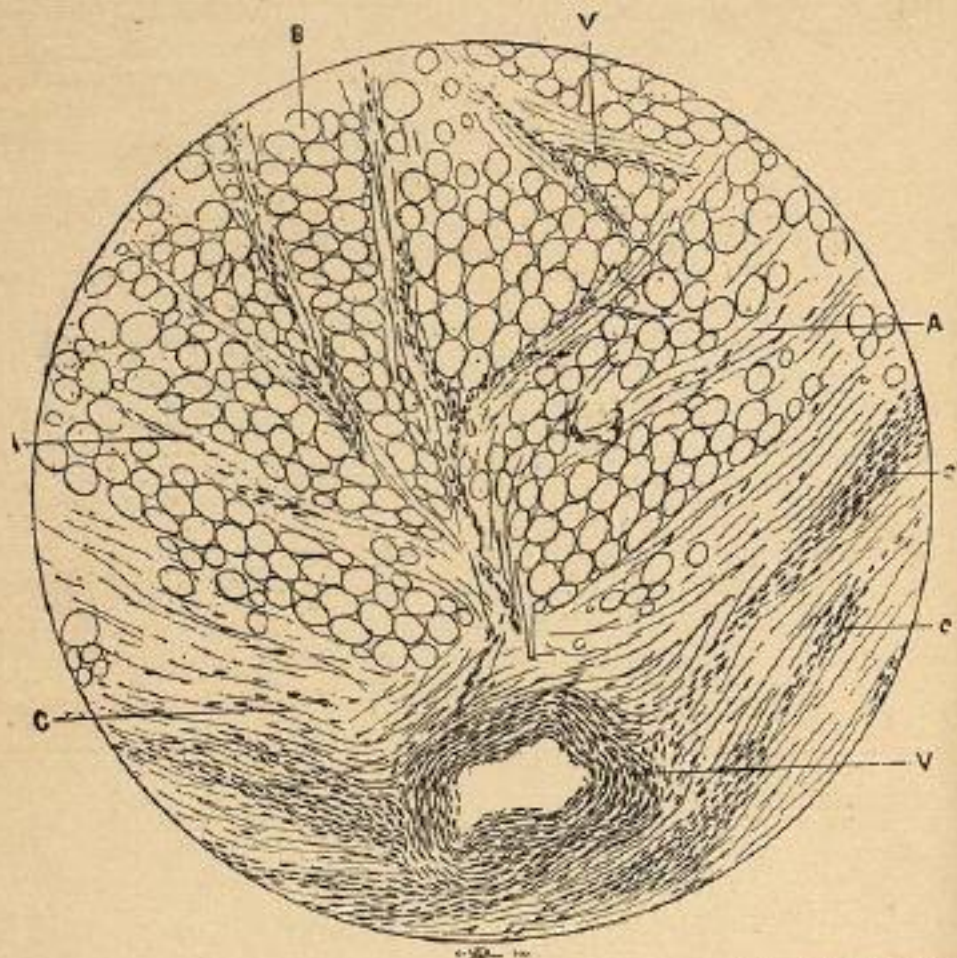


Fig. 86. — Dégénérescence graisseuse de l'ovaire (Grossissement de 69 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — AA, travées fibreuses parcourues par des petits vaisseaux VV, et renfermant des amas de cellules adipeuses BB; V, gros vaisseau; C, tissu fibreux avec traînées des cellules conjonctives cc.

talité, des transformations scléro-kystiques de l'ovaire non accompagnées d'adhérences.

Dans la *pelvi-péritonite aseptique*, les symptômes réactionnels sont peu marqués, la température n'atteint pas 38° 5.

Le varicocèle de l'ovaire confond ses symptômes avec ceux du varicocèle pelvien, sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendus.

TRAITEMENT. — En présence de lésions péri-utérines, il faudra

donc ne pas perdre de vue l'intervention possible de simples troubles trophiques. Cette notion, aussi importante peut-être que celle de l'antécédence de la métrite, lorsqu'il s'agit d'inflammation vraie, justifiera, dans bien des cas, l'emploi de traitements conservateurs tels que l'électrisation, l'hydrothérapie, la réduction chirurgicale des déviations, etc.