

de 1865, etc., entrevirent ou démontrèrent déjà le rôle de l'inflammation tubaire, au moins comme terme de transition entre la métrite et l'inflammation pelvienne étendue.

Mais c'est la chirurgie abdominale qui devait, plus efficacement que les recherches nécroscopiques, dissiper l'obscurité répandue autour de cette question : c'est elle qui a permis de faire de l'anatomie pathologique sur le vivant, de surprendre et de fixer les différentes phases de l'inflammation péri-utérine et d'en prévoir l'aboutissant ultime. A la suite de Lawson Tait qui pratiqua, en 1872, la première salpingectomie par la voie abdominale, tous les chirurgiens portèrent leur attention sur les lésions tubo-ovariennes, et la salpingite, trop longtemps méconnue, joua désormais, en pathologie et surtout en chirurgie, un rôle primordial et peut-être excessif. En France, Terrier, Terrillon, Lucas-Championnière, Bouilly, Pozzi, Péan, etc., furent les premiers à pratiquer l'opération de Tait ; elle est devenue depuis longtemps familière à tous et a subi des déviations et des perfectionnements de technique que nous aurons à étudier.

Grâce à l'analyse d'une quantité innombrable d'observations particulières, grâce aux travaux d'ensemble et aux recherches bactériologiques qui se sont multipliées en ces dernières années, on peut dire que, si quelques détails de pathogénie sont encore en discussion, les grandes localisations anatomiques de l'inflammation péri-utérine sont définitivement établies et ses manifestations cliniques bien délimitées. Parmi les auteurs qui ont contribué à ce résultat, citons seulement, pour la France, Cornil et Terrillon, Monprofit, Pozzi, Bouilly, Mordret, Conzette, P. Petit, Pierre Delbet, Terrier, Le Dentu, Hartmann, Reymond, Doléris, etc. ; à l'étranger, Hegar, Lawson Tait, Martin, Sängner, Orthmann, Nagel, Slavjanski, Freund, Landau, Schauta, Veit, Menge, Wertheim, etc. On sait aujourd'hui, d'après leurs travaux, que l'infection, émanée de l'utérus ou des voies génitales, gagne, suivant le processus le plus fréquent, la trompe d'abord, puis le péritoine voisin et l'ovaire, mais qu'elle peut envahir ensuite, ou même primitivement et indépendamment, le tissu cellulaire et le péritoine. D'où les divisions nécessaires de l'inflammation pelvienne en *salpingo-ovarites*, *pelvi-péritonite* et *pelvi-cellulite* que nous étudierons successivement.

II. — SALPINGO-OVARITES.

Les relations anatomiques si étroites qui existent entre l'utérus et les annexes expliquent surabondamment la fréquence des propagations inflammatoires de celui-là à celles-ci. Sans faire la description complète de la trompe et de l'ovaire, nous croyons utile d'en rappeler sommairement les dispositions anatomiques et la structure.

La *trompe*, prolongement embryonnaire de l'utérus, s'étend hori-

zontalement, de chaque côté de l'organe, sous forme d'un conduit souple, légèrement sinueux, de 10 ou 12 centimètres de longueur et d'un diamètre extérieur s'élevant progressivement, de la partie utérine au pavillon, de 4 à 8 ou 10 millimètres. Ces différences de volume, suivant les points où on l'envisage, l'ont fait diviser par Henle en trois parties : l'*isthme*, l'*ampoule* et l'*infundibulum*. Les parois sont formées, de la profondeur à la surface, d'une muqueuse, d'une tunique musculaire, d'une tunique externe et d'un revêtement séreux.

La *muqueuse*, en continuité directe avec l'endometrium, se dispose en replis lamellaires parallèles, peu accentués à l'extrémité interne, mais se développant bientôt en nombre et en hauteur au point de combler presque totalement la lumière de l'ampoule et de donner à une coupe, faite à ce niveau, un aspect arborescent ; puis ils vont en diminuant jusqu'à l'extrémité des franges. Cette disposition foliacée augmente donc considérablement la surface réelle de la muqueuse.

Formée d'un chorion souple, très vasculaire, elle est revêtue d'une couche unique d'épithélium cylindrique vibratile qui, d'une part, continue celle de l'endometrium et, d'autre part, se poursuit sur la face externe du pavillon en perdant ses cils et en se fusionnant insensiblement avec l'endothélium péritonéal. Il est superflu d'insister sur l'importance et les conséquences de cette disposition, unique dans l'économie. Les glandes en tube, spiroïdes, sont relativement peu abondantes.

La *musculeuse* est constituée par deux couches qu'il n'est pas toujours possible de différencier ; elles envoient parfois, autour des glandes, des prolongements qui ont fait décrire une *muscularis mucosæ*. La couche profonde est circulaire et forme, en se renforçant à l'insertion utérine, une ébauche de sphincter ; la couche superficielle, plus épaisse, est longitudinale et préside aux contractions des franges.

La *tunique externe*, conjonctive, mince et vasculaire, sert de substratum au revêtement séreux formé d'endothélium plat. Au niveau du hile, cette tunique s'écarte en deux feuillets auxquels s'interpose une mince couche de tissu cellulaire avec lequel elle forme le mésosalpinx.

Les *artères*, émanées de l'utéro-ovarienne, deviennent hélicines dans la tunique musculaire. Les veines, plexiformes, peuvent servir de véhicule à l'infection et devenir variqueuses (*varicocèle pelvien*).

Les *lymphatiques* de la trompe et ceux de l'ovaire forment, avec ceux de l'utérus, un système indivisible dont la solidarité, bien établie par les travaux de contrôle de Poirier, donne l'explication satisfaisante de la plupart des propagations et des localisations infectieuses péri-utérines. Un réseau muqueux sous-épithélial se continue avec le riche réseau intramusculaire et celui-ci avec le réseau sous-endothélial et les lacunes cellulaires. Cet ensemble réticulé se résume en deux faisceaux collecteurs, l'un *juxta-cervical*, recueillant les lym-

phatiques du col et du vagin supérieur, l'autre, *tubo-ovarique*, ceux du corps de l'utérus et des annexes : le premier aboutit aux ganglions pelviens, le second, aux ganglions hypogastriques (fig. 188).

Quant aux nerfs, ils jouent certainement un rôle important, mais encore mal défini, dans les congestions annexielles si fréquentes et dans le phénomène *douleur* si souvent disproportionné avec l'étendue des lésions. Ici la douleur est imputable, sans doute, à une sclérose des troncs et des terminaisons, lésion qui a été constatée, pour

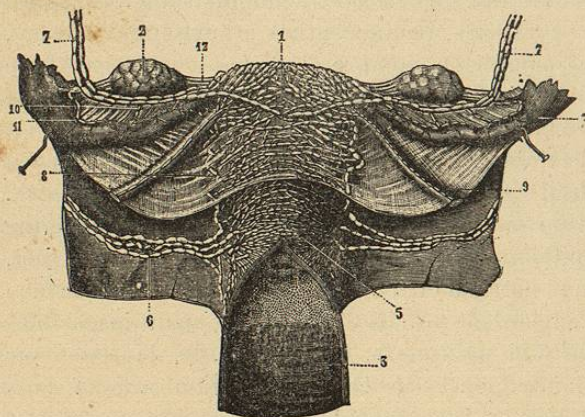


Fig. 188. — Vaisseaux lymphatiques de l'utérus (Poirier). — 1, lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus; 2, ovaire; 3, vagin; 4, trompe; 5, lymphatiques venant du col utérin; 6, vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions iliaques; 7, vaisseaux lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux ganglions lombaires; 8, grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin; 9, petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux ganglions inguinaux; 10, 11, vaisseaux lymphatiques de la trompe allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques nés du corps utérin; 12, ligament de l'ovaire.

ainsi que la nécessité d'une description clinique commune.

Pour rappeler brièvement la structure de l'ovaire, nous dirons qu'on y constate, de la surface vers le hile (fig. 189) : 1° un revêtement d'épithélium cubique, très net chez les jeunes sujets, mais ne se retrouvant guère, chez l'adulte, qu'au fond des dépressions qui sillonnent sa surface; 2° l'*albuginée*, couche dense, formée d'un feutrage fibreux, d'épaisseur à peu près uniforme, de fibres élastiques circulaires et serrées, et de cellules fusiformes disposées en tourbillons, simples *cellules conjonctives* pour Kölliker et Waldeyer, *fibres lisses* émanant du hile, pour Rouget et His; 3° la *couche ovigène*, dont le stroma est formé, en majeure partie, de ces mêmes faisceaux, et qui contient les ovisacs (fig. 190); 4° la *couche médullaire* qui constitue la majeure partie de l'organe et qui est composée d'éléments

fusiformes serrés, diversement orientés, et de fibrilles ténues; un grand nombre de vaisseaux parcourent cette couche; enfin 5° le *bulbe*,

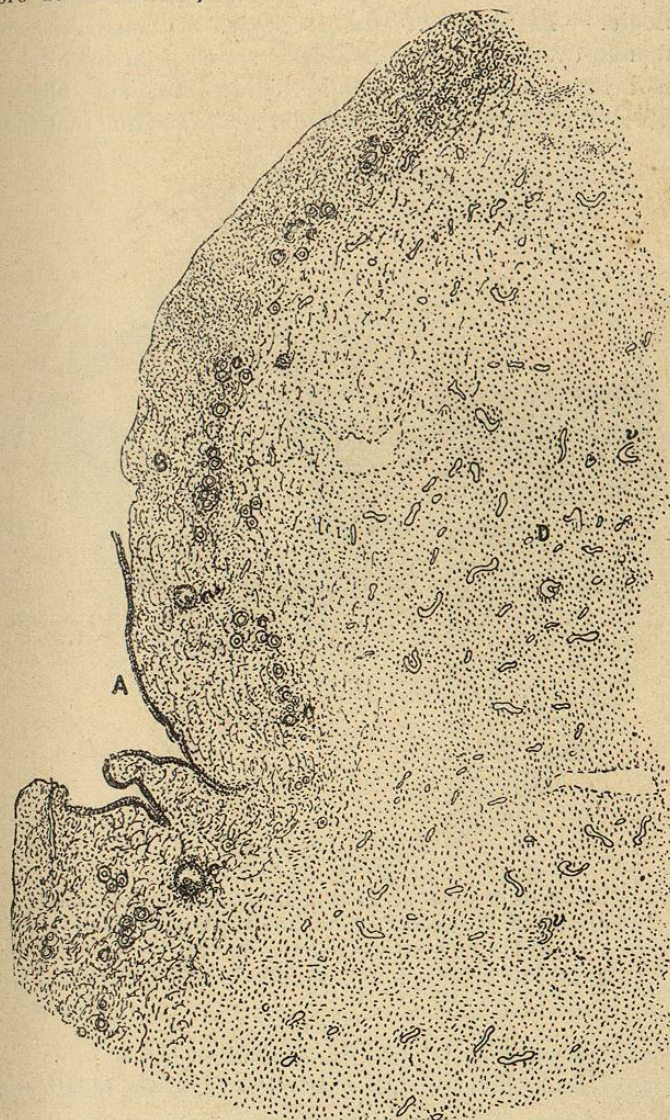


Fig. 189. — Ovaire normal. Coupe faite de la surface de l'organe au milieu de la couche médullaire (grossissement de 43 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit) (1). — A, revêtement incomplet d'épithélium cubique; B, couche albuginée; C, couche ovigène; cc, follicules primordiaux; c'c', follicules en mouvements vers la ponte; D, portion de la couche médullaire; vv, vaisseaux hélicins.

sorte d'organe érectile, consistant en une gangue fibro-musculaire qui loge des vaisseaux relativement considérables (fig. 191). Les

(1) S. BONNET et P. PETIT, Traité pratique de gynécologie, 1894.

artères sont hélicines, à parois très épaisses, les veines flexueuses et les lymphatiques particulièrement abondants autour des follicules.

Étiologie. — Pathogénie. — L'infection est la cause déterminante des salpingo-ovarites; elle se manifeste soit spontanément et lentement, soit brusquement et à la suite d'un traumatisme obstétrical, opératoire ou autre, d'un examen ou d'un cathétérisme septique, etc.

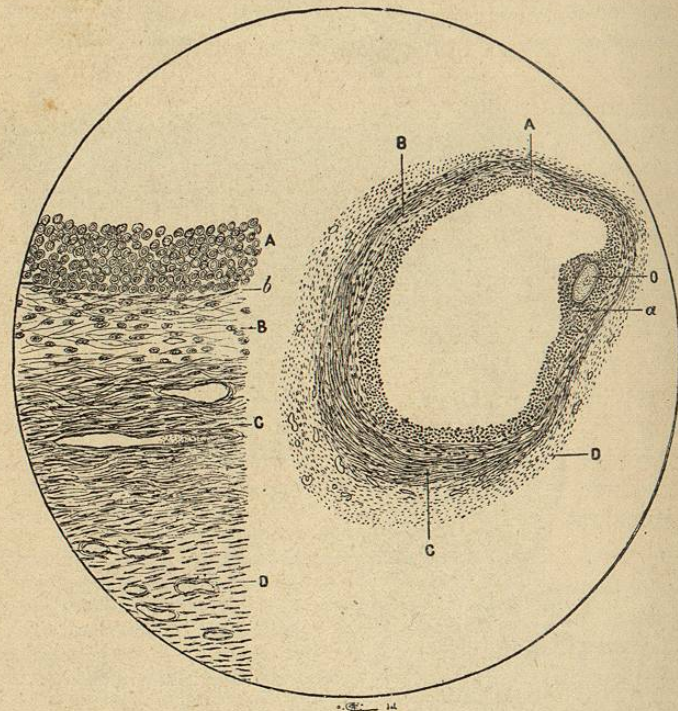


Fig. 190. — Follicule de de Graaf au moment de la ponte (grossissements de 30 et 90 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — A, couche de cellules granuleuses formant en a le cumulus proligère qui renferme l'ovule O; b, endothélium sous-épithélial; B, couche réticulée; C, couche fibro-vasculaire externe; D, couche albuginée dont la vascularisation est accrue.

Elles compliquent, dans le plus grand nombre des cas, une métrite préexistante, totale ou cervicale. Celle-ci peut, grâce à l'atténuation actuelle ou à l'absence des symptômes, ne jouer qu'un rôle effacé; à un catarrhe éphémère a pu succéder une salpingite persistante. Mais il est presque toujours possible de constater ou de reconstituer la phase intermédiaire de l'inflammation utérine. Cependant, il est des cas très réels, bien que plus rares, où l'infection, à point de départ vaginal ou intestinal, envahit d'abord le tissu cellulaire ou le péritoine, n'atteignant que secondairement les annexes et respectant l'endomètre. Mais, en fait, l'annexite, pour employer un terme aujourd'hui consacré, relève ordinairement de la métrite, et faire son étiologie com-

plète, ce serait énumérer tous les microorganismes susceptibles d'infecter les voies génitales.

Parmi ceux-ci, il en est deux espèces qui semblent douées d'une aptitude ascensionnelle plus marquée; ce sont: le *gonocoque* et le *streptocoque*. Ils impriment à l'inflammation annexielle des caractères particuliers et peuvent, l'un ou l'autre, être constatés ou légitime-

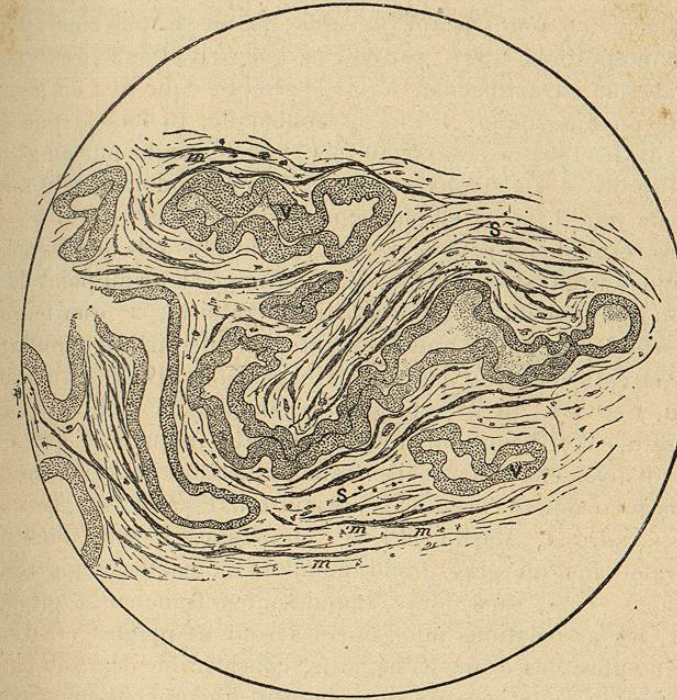


Fig. 191. — Bulbe de l'ovaire (coupe faite du hile vers la couche médullaire) (grossissement de 30 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — VV, vaisseaux; S, stroma parcouru par des faisceaux musculaires.

ment soupçonnés dans la majorité des cas. D'autres germes cependant, d'allures moins caractérisées, se rencontrent aussi dans les annexes malades et pourraient former un groupe de salpingites banales ou de nature indéterminée. Ajoutons que ces diverses espèces peuvent s'associer pour donner lieu à des infections mixtes, et nous pourrions en induire que la bactériologie seule suffirait à l'interprétation des diverses modalités, anatomiques et cliniques, de la salpingo-ovarite. Malheureusement, cette étude, de date récente, est encore bien incomplète.

Les recherches orientées dans ce sens ont abouti à des résultats divers et parfois contradictoires, quant à la nature et à la fréquence relative de l'agent infectieux. Ainsi, pour n'en citer que quelques-uns: Menge, en 1890, constate, sur 26 cas, 3 fois le gono-