

c. Enfin, dans une *troisième catégorie de faits*, l'agent infectieux, plus virulent encore, s'étend, par la voie des veines et des lymphatiques, au tissu cellulaire pelvien, à la séreuse et, en même temps ou plus tard, à la trompe et à l'ovaire. C'est ce qu'on observe à la suite des traumatismes septiques, puerpéraux ou autres, ou de l'infection primitive des organes voisins.

Cette conception très schématique des divers modes d'évolution de la salpingo-ovarite nous semble encadrer la totalité des faits et les différentes lésions anatomiques observées — lésions variables avec l'agent infectieux, l'ancienneté du mal, etc., d'un côté par rapport à l'autre sur une même malade et même sur les divers segments d'un même organe. Nous allons les étudier successivement sur la trompe et sur l'ovaire.

A. Lésions des trompes. — Une classification des salpingites reste encore à trouver. La meilleure serait sans doute celle qui serait basée sur la notion bactériologique, chaque espèce microbienne imprimant aux lésions une allure particulière : c'est sur cette donnée que Sânger a prématurément tenté d'en établir une. Malheureusement, l'insuffisance de nos connaissances, d'une part, et, d'autre part, la pluralité des espèces dans un cas donné rendent impossible, actuellement, l'utilisation de cette base. C'est donc sur les diverses modalités anatomiques ou cliniques de la salpingite que se sont fondées jusqu'ici les diverses tentatives de classification : telles sont celles de Orthmann, Cornil et Terrillon, Monprofit, Pozzi, Bonnet et Petit, etc. A toutes on peut reprocher, soit de décrire parfois comme variétés distinctes deux phases successives d'un même processus, soit de consacrer un défaut de parallélisme entre la lésion et son expression clinique. Nous nous inspirerons cependant de celle de Pozzi qui divise les salpingites en *non kystiques* et *kystiques*. La première est *catarrhale, purulente* ou *parenchymateuse*. La seconde comprend, d'après la nature du contenu, l'*hydrosalpinx*, le *pyosalpinx* et l'*hématosalpinx*.

Au point de vue anatomique pur, la division des salpingites en *aiguës* et *chroniques* ne nous semble pas indispensable à maintenir. En effet, en dehors des cas légers et éphémères qui compliquent souvent l'endométrite, la salpingite aboutit si régulièrement à la forme chronique, enkystée ou non, que les lésions des deux formes se confondent. Du reste, nous verrons combien sont fréquentes les transformations d'une variété en une autre ; s'il est nécessaire, pour la facilité de la description, de multiplier les formes et de disjoindre les lésions, il ne faut pas oublier qu'elles sont souvent réunies.

Après avoir étudié l'inflammation tubaire en général, nous énumérerons les caractères propres à chaque variété anatomique et bactériologique.

ASPECT MACROSCOPIQUE. — La salpingite est uni- ou bilatérale ;

Martin a trouvé qu'elle affecte plus souvent un seul côté, et le gauche de préférence, dans la proportion de 138 sur 196 unilatérales. Pierre Delbet, par contre, a constaté la bilatéralité 120 fois sur 210 cas. Ce qui est confirmé par l'observation, c'est que l'infection, dans les cas les plus fréquents, de virulence moyenne, envahit d'abord un côté, le gauche plus souvent, et finit, dans un délai plus ou moins long, par gagner l'autre. L'unilatéralité ou la bilatéralité de la salpingite dépendent donc surtout de l'âge de l'infection.

Le VOLUME de la trompe est généralement peu considérable dans les salpingites ouvertes : il varie de celui d'un crayon à celui d'une petite poire. Dans les formes enkystées, surtout dans l'hématosalpinx, il peut dépasser celui du poing. L. Tait a retiré une fois 7 litres de liquide hématisé. Mais les observations de grosses collections purulentes, telles que celle de Peaslee (18 livres), méritent revision et doivent se rapporter sans doute à quelques kystes ou hématoécèles suppurés.

FORME. — La dilatation de la trompe malade porte surtout sur ses deux tiers externes, avec maximum de développement au niveau du pavillon, d'où l'aspect conique, piriforme de l'organe. Les altérations des parois peuvent d'ailleurs se répartir inégalement ; le conduit apparaît donc régulièrement cylindrique, moniliforme ou bosselé comme un cæcum. Ces bosselures seraient dues soit à la petite quantité de liquide contenu (Ziegler), soit, au contraire, à une extrême distension des organes (Schröder), soit à des brides, à des adhérences superficielles, à la brièveté du méso, etc... Freund fils explique cette disposition par un arrêt de développement et une persistance des coutures du conduit qui reste ainsi inégalement calibré. Souvent, la moitié interne du conduit est repliée plusieurs fois sur elle-même (Michnoff, Reymond), ce qui explique, bien mieux que l'occlusion — problématique — de l'ostium uterinum, le défaut de drainage des sécrétions tubaires par la cavité utérine.

SITUATION. — Le premier effet de la dilatation de la trompe libre d'adhérences est de reporter en arrière son pavillon et de modifier ses rapports. Elle se dirige généralement en arrière et en bas, dans le cul-de-sac de Douglas, en contournant parfois l'utérus d'un mouvement spiroïde, jusqu'à dépasser la ligne médiane. Elle ne peut guère dédoubler le méso et s'abaisser, comme l'indique Monprofit, que dans le cas, très rare, où l'inflammation est localisée surtout au tiers interne. Pozzi a rencontré une fois cette disposition. Dans les formes secondaires ou consécutives à la pelvi-péritonite, la trompe peut être fixée anormalement et sa situation varier considérablement. C'est ainsi qu'elle peut être adhérente au fond de l'utérus, à la vessie, à la paroi abdominale, reportée du côté opposé, etc. Pierre Delbet a vu une fois les deux trompes complètement entre-croisées sur le fond de l'utérus. On conçoit, en outre, que la présence de tumeurs pelviennes en puisse dénaturer les rapports. Les fibromes reportent

la trompe en haut et en avant ou en arrière : on la trouve généralement à la base des kystes ovariens et en arrière des tumeurs incluses. Il est bon d'avoir cette notion présente à l'esprit pour éclairer au besoin un diagnostic et diriger ses recherches au cours d'une opération.

ÉTAT DES ORIFICES. — L'orifice utérin est très rarement obstrué en réalité : il faudrait supposer pour cela un travail ulcératif suivi d'accolement des parois ; or les lésions atteignent exceptionnellement un tel degré à ce niveau. Albers, sur 35 examens de trompes kystiques, et Reymond, dans les consciencieuses recherches qu'il a faites, pour sa thèse, sur 94 trompes, ne l'ont pas trouvé une seule fois réellement obturé.

Fonctionnellement, par contre, il l'est presque toujours, soit au début, par gonflement de la muqueuse, soit plus tard, par torsion,

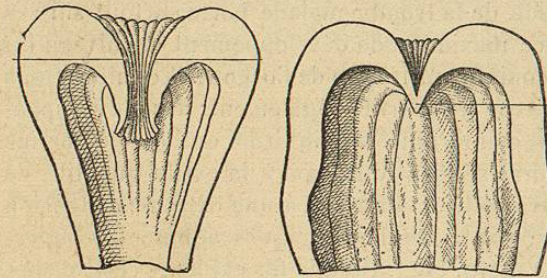


Fig. 192. — Premier temps de la fermeture du pavillon : les franges revenues sur elles-mêmes se regardent par leur face péritonéale.

Fig. 193. — Deuxième temps de la fermeture du pavillon : les franges se sont soudées ; le pavillon est fermé (d'après Reymond).

inflexion ou coudure du conduit ; cette dernière cause serait la plus ordinaire d'après Reymond. Quel qu'en soit le mécanisme, cette occlusion fonctionnelle est la règle, et d'ailleurs la perméabilité de l'orifice n'est nullement incompatible avec la formation kystique (Landau).

L'orifice abdominal est bien plus sou-

vent occlus que l'orifice utérin, et cela, par divers mécanismes bien exposés par Reymond (fig. 192 et 193). Le plus ordinaire se produirait, d'après lui, en deux temps. Les franges, hypertrophiées par l'inflammation, se replient d'abord sur elles-mêmes en rentrant dans le pavillon, puis leurs surfaces péritonéales, se trouvant ainsi en contact, s'accolent et adhèrent. La péritonite adhésive, complication fréquente, peut encore produire cette occlusion de différentes manières

ADHÉRENCES AUX ORGANES VOISINS. — L'ovaire est souvent adhérent au pavillon ou même fusionné avec lui : la face externe ou toute l'ouverture de celui-ci adhère simplement à la surface de l'ovaire, ou bien il existe un abcès tubo-ovarien à point de départ tubaire ou ovarien. Dans le premier cas, il s'agit d'une salpingite purulente en rapport, par abouchement du pavillon, avec la surface de l'ovaire qui peut être sain dans son parenchyme. Dans d'autres cas, l'abcès s'est développé primitivement dans l'ovaire et s'est ouvert ensuite

dans la trompe dont le pavillon est venu s'accoler sur la saillie qu'il forme, comme sur celle d'un ovule : ou bien, le processus suppuratif a évolué concurremment dans la trompe et dans l'ovaire et les deux abcès finissent par se confondre. Enfin la fusion purulente des deux organes peut se faire exceptionnellement, ainsi que l'ont observé Rosthorn, Desguin, Zedel, par l'intermédiaire d'une cavité péritonéale cloisonnée. L'abcès enkysté forme dès lors un kyste tubo-ovarien (fig. 194 et 195).

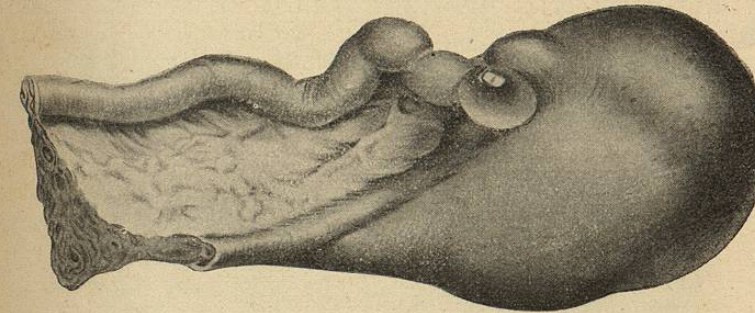


Fig. 194. — Kyste tubo-ovarien (d'après Howard A. Kelly).

Les autres adhérences s'observent, par ordre de fréquence, avec la paroi du cul-de-sac de Douglas, avec le rectum et l'utérus, avec l'épiploon, l'anse oméga, avec le cæcum et l'appendice, même pour la salpingite gauche — Routier en a observé deux cas, — avec les anses inférieures de l'intestin grêle, la vessie, exceptionnellement avec l'uretère. Les adhérences avec l'intestin et la fistulation qui en

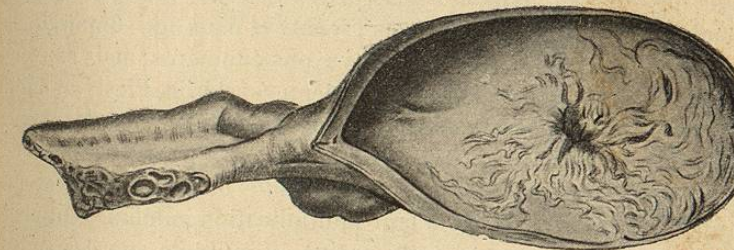


Fig. 195. — Kyste tubo-ovarien ouvert (d'après Howard A. Kelly).

résulte plus souvent qu'on ne serait tenté de le croire (Terrier et Hartmann ont constaté cette particularité 8 fois sur 59 laparotomies), expliquent la présence relativement fréquente du colibacille dans le pus des salpingites et éclairent la pathogénie de certaines infections mixtes. La figure 196 montre un exemple d'adhérences multiples.

CONTENU DE LA TROMPE. — Il peut être nul, c'est-à-dire consister en une légère exhalation de la muqueuse, ou constituer une collection plus ou moins copieuse, variant de quelques grammes à un

demi-litre et plus. Il est formé, suivant les cas, de mucus fluide, de pus épais ou séreux, de liquide hématique plus ou moins dénaturé, parfois d'une matière caséuse épaisse dont la condensation peut aller jusqu'à la concrétion calcaire, ainsi que L. Tait en a rapporté un cas. Il est formé, histologiquement, de leucocytes, de cellules cylindriques avec ou sans leurs cils, déformées, en dégénérescence granulo-graisseuse, d'hématies, etc.

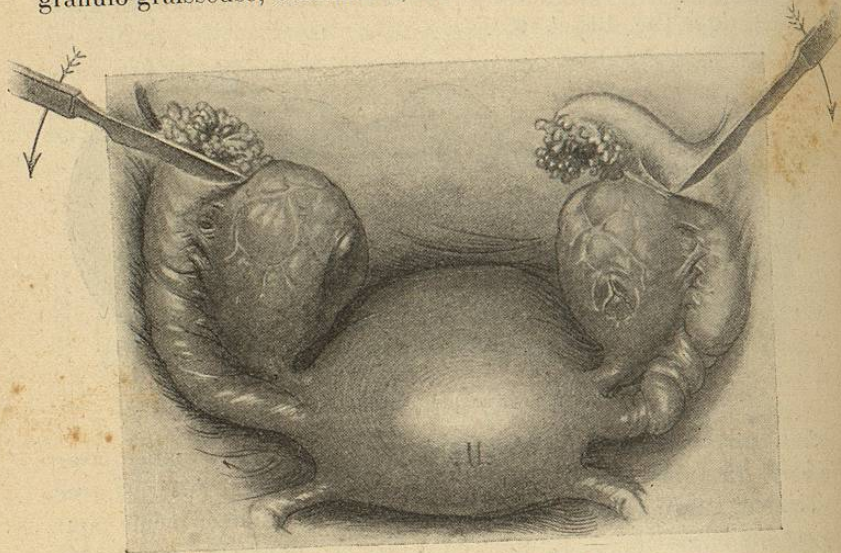


Fig. 196. — Double salpingo-ovarite : adhérences des trompes et des ovaires. — U, utérus ; TT, trompes ; OO, ovaires (d'après Howard A. Kelly).

Dans les cellules, dans les leucocytes ou dans leurs intervalles peuvent se rencontrer, dans les cas récents et dans les suppurations ouvertes, les divers microbes que nous avons énumérés ; mais souvent aussi leur recherche est vaine et le contenu est stérile. C'est, en effet, une loi de Pasteur, que, enfermés dans un milieu clos, les organismes doivent y périr, soit sous l'action de leurs propres sécrétions toxiques, soit parce que le milieu, comme dans un ballon, est devenu impropre à leur entretien et à leur multiplication indéfinie. On peut préjuger de l'importance de cette notion au point de vue des suites opératoires.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES. — a. *Muqueuse*. — Le premier effet de l'inflammation est d'augmenter le volume de la muqueuse et de ses franges. Celles-ci s'allongent, s'épaississent, se ramifient vers le centre de la cavité, se multiplient par voie de bourgeonnement ; l'exagération de cette disposition a fait décrire une *salpingite végétante*. Elles finissent plus tard par être gênées dans leur développement et s'aplatissent sous l'influence combinée de la pression réciproque, de l'expansion du liquide, de l'étranglement que produit la

couche musculaire et des troubles de la circulation (Reymond). Leurs parois, après la chute de l'épithélium, peuvent s'accoler de manière à constituer une sorte de tissu aréolaire dont les loges forment de petits kystes à contenu muqueux ou purulent.

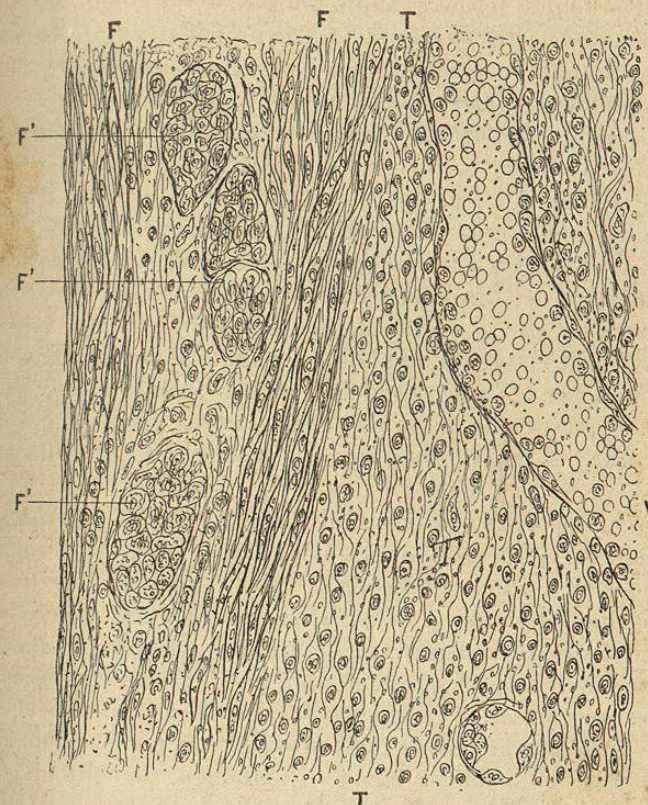


Fig. 197. — Infiltration purulente de la paroi tubaire dans la salpingite aiguë (d'après Boldi). — V, vaisseau sanguin ; F, faisceaux musculaires coupés en long ; F', faisceaux musculaires coupés en travers ; T, tissu conjonctif.

b. L'*épithélium* se gonfle, le protoplasma se vacuolise et les cellules tombent, isolément au début, puis par lambeaux. Elles sont remplacées par de nouvelles cellules dépourvues de cils et, si la prolifération est très active, disposées en plusieurs couches, et d'autant plus aplaties qu'elles sont plus profondes.

c. Le *tissu conjonctif* est œdématisé, hypervascularisé et infiltré de leucocytes (fig. 197) ; à une période tardive, il s'organise en sclérose irréductible. La *muscleuse*, dans l'endosalpingite, ne subit pas d'altérations. Dans les formes parenchymateuses, elle s'hypertrophie par augmentation numérique des cellules jusqu'à atteindre sept ou huit fois l'épaisseur normale : *salpingite parenchymateuse hypertrophique*.

A une période avancée de la lésion, le tissu conjonctif envahit et étouffe les faisceaux musculaires qui disparaissent, puis il s'organise en sclérose. A l'hypertrophie succède l'atrophie : *salpingite parenchymateuse atrophique*. La cellule musculaire subit aussi des dégénérescences dont la forme granulo-graisseuse est la plus habituelle et, dans l'interstice des faisceaux, lors de propagation infectieuse par les lymphatiques, on peut trouver de petits abcès miliars : abcès lymphangitiques (Bonnet et Petit, Gendrin, Bardet).

d. *Vaisseaux*. — Les artères et les veines sont dilatées, souvent thrombosées et peuvent se rompre en donnant lieu à de petites hémorragies interstitielles. Leurs parois sont toujours le siège d'un processus inflammatoire qui les hypertrophie d'abord et aboutit plus tard à la sclérose. On a trouvé des streptocoques sur leurs parois et dans l'intérieur des thrombus. Luther admet même la pénétration des gonocoques par la voie veineuse. Les lymphatiques, vaisseaux et lacunes, sont élargis et remplis de cellules inflammatoires habitées ou non par les microorganismes. Les filets nerveux sont le siège d'une périnévrine qui a été constatée par Lawinoff, et il est probable que les terminaisons nerveuses sont le siège d'altérations similaires.

CARACTÈRES PROPRES A CHAQUE VARIÉTÉ MICROBIENNE. — a. *Salpingite à gonocoques*. — La caractéristique de l'infection gonococcique est de procéder en surface. Partie de la vulve ou du col, elle traverse l'endométrium et gagne l'endosalpinx, souvent au moment et à l'occasion des règles. Là, suivant sa virulence, elle produit de l'endosalpingite catarrhale ou purulente qui, par le pavillon, s'exhale sur la séreuse voisine et à la surface de l'ovaire. Il en résulte de l'ovarite corticale et secondaire, sans tendance à l'extension en profondeur, à moins d'associations microbiennes éventuelles. La péritonite tubo-ovarienne est à peu près inévitable et déterminerait l'occlusion du pavillon d'une façon constante, pour Nöggerath. Cependant Hartmann a relaté d'intéressantes observations où cette occlusion faisait défaut. Wertheim admet aussi la propagation du gonocoque en profondeur, à travers les tissus, et l'invasion secondaire de la séreuse et des organes par leur face profonde : il aurait même produit expérimentalement de la péritonite généralisée à gonocoques ; mais ces résultats n'ont pu être reproduits par d'autres expérimentateurs et sont en contradiction avec la réalité clinique.

Quoi qu'il en soit, la trompe, dans cette forme, est allongée en boudin, rouge, souple encore, perméable au début, laissant suinter par le pavillon du mucus louche ou du pus franc ; plus tard, l'orifice abdominal se ferme ordinairement et adhère à l'ovaire superficiellement enflammé lui-même. Les lésions se limitent à la muqueuse ; les cellules épithéliales tombent par places et isolément ; la diapédèse est d'une grande activité et les leucocytes se montrent nombreux, surtout

au-dessous de la couche épithéliale, d'où ils tombent dans la lumière du conduit. La musculature est simplement congestionnée et les lymphatiques qui la traversent, gorgés de leucocytes. Les gonocoques se rencontrent — d'autant plus nombreux que la lésion est plus récente — dans les globules de pus, dans les leucocytes et dans les cellules détachées, plus rarement dans les cellules adhérentes et dans l'intervalle de celles-ci.

b. *Salpingite à streptocoques*. — Dans cette forme, l'infection semble, dès l'abord, plus profonde et plus étendue, intéressant plus volontiers le parenchyme ovarien, le tissu cellulaire et le péritoine. La lésion apparaît ordinairement sous forme de salpingite suppurée et enkystée ou d'abcès tubo-ovarique. Dans la forme précédente, la muqueuse présentait le maximum de lésions ; ici, au début surtout, elle est indemne ou légèrement atteinte. L'épithélium est intact par places et peut conserver ses cils ; il semble attaqué par sa face profonde, il desquame plutôt par lambeaux que par cellules isolées et se renouvelle activement. Les franges sont simplement épaissies et infiltrées de leucocytes.

La tunique musculaire et les vaisseaux présentent au contraire les lésions extrêmes de la salpingite parenchymateuse.

Les streptocoques pénètrent par les lymphatiques et les veines d'après Giglio, Gärtner, etc., et même par les veines seules dans certains cas (Gärtner). Bumm admet aussi la voie veineuse par laquelle ils traversent directement la paroi utérine pour gagner la trompe et l'ovaire. Reymond considère comme exceptionnelle leur propagation par continuité des muqueuses et, dans ce cas, ils la traversent rapidement pour pénétrer plus profondément.

En effet, on rencontre les streptocoques, non seulement dans les cellules épithéliales et leurs interstices, mais dans le lymphatique central des franges (Bumm) et dans les vaisseaux plus profonds, entre les faisceaux musculaires, dans le tissu conjonctif, autour des vaisseaux sanguins et jusque dans leurs thrombus.

Ce sont les infections annexielles de cette origine qui intéressent, souvent en premier lieu et plus profondément, l'ovaire et la séreuse, et qui sont susceptibles de se compliquer rapidement de péritonite étendue, ou même généralisée, et de cellulite.

c. Les autres variétés microbiennes sont moins bien caractérisées : le pneumocoque semble parvenir dans les trompes par la voie circulatoire. Doyen a émis l'opinion qu'il existe, normalement et inoffensif, dans le vagin comme dans la salive, et qu'il peut acquérir, avec l'intervention du gonocoque, par exemple, une virulence plus active et une puissance d'expansion qui le porte dans les trompes. La salpingite à pneumocoques est généralement unilatérale et purulente, mais le pus est peu abondant et l'ovaire peu ou nullement intéressé.

Le staphylocoque, doré ou blanc, a dû être confondu plus d'une