

fois avec les saprophytes qu'on rencontre plus souvent, dans le pus tubaire, associés à l'un ou l'autre des organismes pathogènes. Reymond ne l'a jamais trouvé après le contrôle des cultures. Cependant, il peut exister et contribuer à la formation du pus; d'après Gärtner, il pénétrerait par les veines.

Le *colibacille* est ordinairement associé à d'autres organismes, de préférence au streptocoque qui détermine des adhérences précoces. On admet en général qu'il vient habiter secondairement la trompe lorsque celle-ci adhère à l'intestin et qu'il y pénètre soit par la voie lymphatique, soit à la faveur d'une fissure ou d'une fistule. Sa présence dans le pus coïncide ordinairement avec une odeur caractéristique.

Les *saprophytes*, cocci de morphologie variée, se rencontrent à la surface des lésions et là où se trouvent des tissus mortifiés.

Ces variétés, et d'autres exceptionnelles, peuvent évoluer, suivant les cas, sous forme légère ou sous forme grave, et Doléris a bien décrit le sort éventuel de ces infections dans tout l'appareil génital (1).

CARACTÈRES PROPRES A CHAQUE VARIÉTÉ ANATOMIQUE. — 1° **Salpingites non kystiques.** — a. *Salpingite catarrhale, endosalpingite.*

— La trompe est allongée, cylindroïde, du volume du petit doigt en moyenne, souple et congestionnée. Les orifices restent ordinairement perméables; le contenu peut même s'échapper, parfois et par intermittences, au travers de la cavité utérine. Les adhérences du pavillon sont nulles ou consistent en une légère agglutination des franges. L'ovaire est souvent intact. Les lésions portent sur la muqueuse qui est infiltrée de cellules embryonnaires, rouge grisâtre, friable, et les franges sont le siège d'une hypertrophie plus ou moins végétante. Le contenu est un liquide muqueux, fluide ou filant, limpide ou louche, mais sans globules de pus.

b. *Salpingite purulente.* — Elle est caractérisée par la présence de pus dans la cavité de l'oviducte et par une exagération des modifications anatomiques de la paroi, par rapport à la forme précédente, mais avec persistance de la perméabilité des orifices. Cette particularité explique la *profluence* et le drainage possibles du pus par l'utérus et même, par suite, la guérison spontanée. Mais, en raison même de cette perméabilité, la trompe est exposée aux réinfections, aux poussées aiguës ou subaiguës qui aboutissent à la péritonite localisée et à l'ovarite, et, bien plus souvent qu'elle ne guérit, la salpingite purulente s'enkyste et se transforme en pyosalpinx.

c. *Salpingite parenchymateuse.* — Pozzi en décrit deux formes: *hypertrophique* et *atrophique*. La première, secondaire à l'endosalpingite ou, plus souvent sans doute, développée primitivement par voie d'infection vasculaire, consiste dans un épaissement considé-

(1) DOLÉRIS et PICHEVIN, Introd. à la prat. gynécologique. Paris, 1896.

table des parois qui sont fermes, dures, parfois de consistance ligneuse (fig. 198). La lumière de l'oviducte est en même temps très rétrécie: son contenu est peu abondant, louche, purulent ou caséux. Les franges, très épaissies à leur base, plus ou moins soudées entre elles, limitent de petites cavités aréolaires tapissées d'épithélium encore intact ou peu altéré. Orthmann a décrit cette disposition comme une variété particulière, sous le nom de *salpingite folliculaire*.

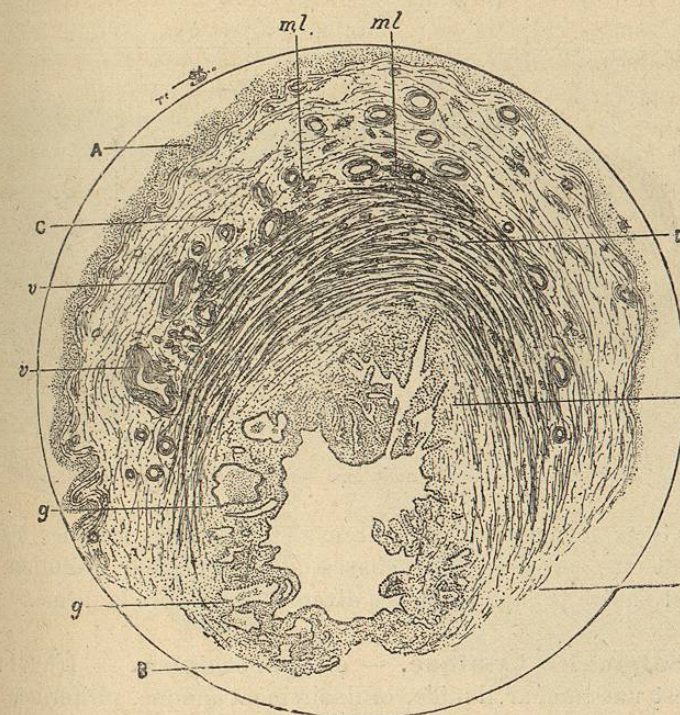


Fig. 198. — Salpingite chronique hypertrophique (grossissement de 35 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — A, fausses membranes; BB, ligne de section chirurgicale répondant à l'aileron moyen du ligament large; C, couche fibreuse, parsemée de quelques faisceaux musculaires; D, couche épaisse de fibres lisses, la plupart à direction circulaire; E, muqueuse; gg, pseudo-glandes à épithélium cylindrique, dues à la soudure des villosités.

Dans certains cas, ces replis muqueux se multiplient et végètent comme des papillomes. Alban Doran a décrit une *salpingite papillomateuse* qu'il attribuerait à une infection ascendante de même nature que celle qui préside au développement des verrues cutanées. Mais c'est surtout la couche musculaire et le tissu conjonctif qui subissent une hypertrophie considérable. Celle-ci se répartit très souvent d'une façon inégale, de manière à former des saillies, des nodules, à donner au conduit un aspect moniliforme. C'est en raison de cet aspect qu'on a décrit des *salpingites nodulaires* (fig. 199) et *nodulo-folli-*

culaires, lorsque, avec ces hypertrophies localisées de la paroi, coexistent des cavités folliculaires de la muqueuse.

A une période tardive du processus, le tissu conjonctif s'organise, évolue en sclérose, nivelle les franges et se substitue aux faisceaux musculaires hypertrophiés. L'épithélium perd ses cils et peut même disparaître. Les vaisseaux eux-mêmes se combent, et la trompe peut être réduite à un simple cordon fibreux imperméable. C'est la variété *atrophique* de la salpingite parenchymateuse.

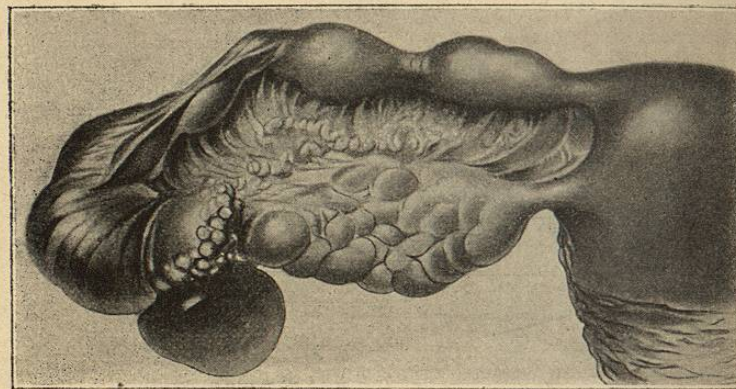


Fig. 199. — Salpingite nodulaire (d'après Howard A. Kelly).

Ces deux formes sont ordinairement bilatérales, mais les lésions peuvent être surprises à des phases diverses de leur évolution, sur l'une et l'autre trompe et sur les divers segments de la même.

2° **Salpingite kystique.** — a. *Hydrosalpinx.* — L'hydrosalpinx est une tumeur liquide, ordinairement unique, piriforme, latérale ou postérieure à l'utérus, à parois généralement minces et transparentes et libres d'adhérences. Orthmann, Cornil, Menge, Kelly, etc., admettent l'hydrosalpinx primitif, c'est-à-dire par rétention du liquide hypersécrété par la muqueuse et ne pouvant s'épancher au dehors en raison de l'imperméabilité des orifices, qu'il y ait ou non intervention de salpingite catarrhale. On l'observe tel, en effet, dans certains cas de tumeurs déviant la trompe et à l'exclusion de tout processus inflammatoire. Woskressensky a pu, en outre, le produire expérimentalement par double ligature du conduit. Pozzi, Landau, Bland Sutton, s'appuyant sur d'excellentes raisons, pensent, au contraire, qu'il résulte le plus souvent de la transformation d'un pyo ou d'un hématosalpinx. Menge nie, peut-être à tort, la possibilité de cette transformation.

Ce qui est certain, c'est que l'hydrosalpinx ne se présente pas toujours sous le même aspect. Lorsque la tumeur est unilatérale, volumineuse, sans traces d'adhérences, de pelvi-péritonite antérieure

ou d'ovarite, il est probable qu'il est primitif. Dans ce cas, le liquide est clair, transparent, citrin, neutre ou alcalin et stérile. La muqueuse est dépliée, et la paroi tout entière amincie jusqu'à la transparence; l'épithélium est aplati, mais peu altéré; il peut même avoir conservé ses cils et n'existe qu'en une seule couche. Les fibres musculaires sont dissociées, atrophiées ou disparues.

Dans un autre ordre de cas, l'hydrosalpinx est bilatéral (fig. 200), ou, s'il est unilatéral, coexiste avec une salpingite purulente de l'autre côté. Le liquide, tout en présentant à peu près les mêmes caractères, est moins abondant; les parois sont épaissies, par lésions parenchymateuses et addition d'adhérences, et la cavité quelquefois cloisonnée. On peut admettre, en pareil cas, le mécanisme de la transformation en hydrosalpinx secondaire d'une forme primitivement purulente ou hématique.

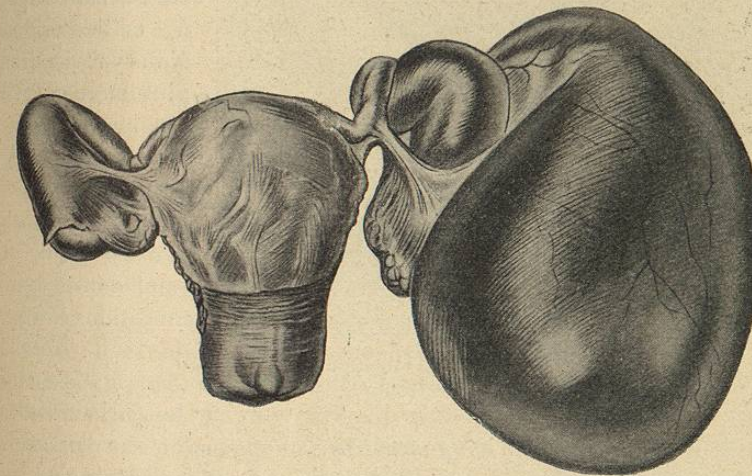


Fig. 200. — Hydrosalpinx bilatéral avec adhérences (d'après Howard A. Kelly).

b. *Pyosalpinx.* — La lésion, développée surtout aux dépens des deux tiers externes de la trompe, succède à la salpingite purulente après occlusion de l'orifice abdominal. La tumeur a la forme d'une petite cornemuse, d'un estomac, et le duodénum représenterait assez bien son extrémité interne amincie et flexueuse. Son volume varie de celui d'un petit œuf à celui du poing; exceptionnellement, elle contient de grandes quantités de pus (1 200 grammes dans un cas de L. Championnière): celui-ci est épais, crémeux ou séreux. La cavité est ordinairement unique et anfractueuse. Les parois, épaissies par des adhérences, présentent au maximum les lésions que nous avons décrites. Dans les poches anciennes, les villosités ne sont plus représentées que par des saillies qui ont l'aspect et la structure des bourgeons charnus. L'épithélium a disparu ou ne se retrouve plus qu'au

fond des anfractuosités et plus ou moins dénaturé. La paroi, devenue fibreuse, prend les caractères d'une paroi d'abcès quelconque. Les lésions sont ordinairement bilatérales sans être nécessairement égales. La participation de l'ovaire au processus inflammatoire et les adhérences aux organes voisins sont la règle dans le pyosalpinx (fig. 201).

c. **Hématosalpinx.** — Depuis les travaux de Veit, la tendance générale est de considérer les hématosalpinx comme des grossesses

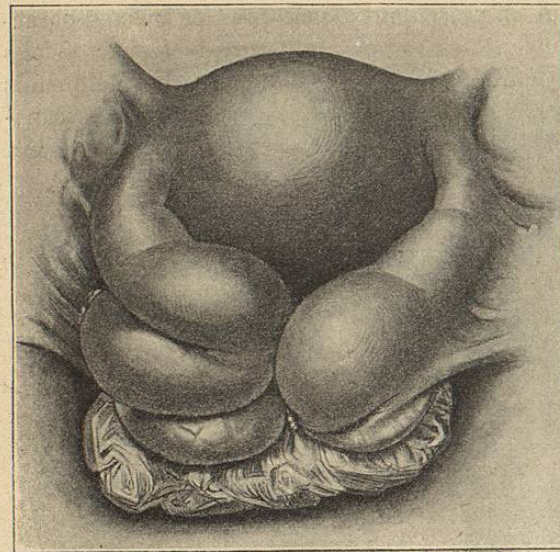


Fig. 201. — Pyosalpinx bilatéral (d'après Howard A. Kelly).

tubaires non rompues. L'examen microscopique du caillot et des parois a permis, en effet, dans maintes observations, de rapporter l'hématosalpinx à cette origine. Nous y reviendrons plus longuement en étudiant la grossesse ectopique.

On admet cependant que la trompe peut contenir du sang dans d'autres conditions, lorsque, par suite d'atésie ou de malformation des organes géni-

taux, il y a *rétenion du sang menstruel*, ou encore en cas d'*apoplexie tubaire* au cours d'une salpingite kystique. Cette apoplexie peut survenir de deux manières : soit par rupture des vaisseaux dont les parois cèdent sous l'influence du processus inflammatoire, soit par *torsion du pédicule* (Delbet, Hartmann, Legueu). Il en résulte une hémorragie intrapariétale ou cavitaire. C'est ainsi qu'un hydrosalpinx pur ou même un pyosalpinx stérile peuvent se transformer en hématosalpinx. En pareil cas, on retrouve naturellement les lésions essentielles de la salpingite primitive, parfois avec des stratifications de fibrine sur les parois du kyste.

B. Lésions des ovaires. Ovarite. — A un degré et sous une forme quelconque, l'inflammation de l'ovaire accompagne le plus souvent celle de la trompe, qu'elle lui succède ou la précède; elle peut aussi se rencontrer à l'état isolé.

Historique. — La notion de l'inflammation ovarienne est de date relativement récente. Signalée par Chéreau, en France, en 1844, puis

en Angleterre, en 1850, par Tilt, elle ne retient réellement l'attention qu'avec les travaux de Cruveilhier, Hegar, Battey, L. Tait. Plus récemment, elle a été étudiée, surtout dans son association avec la salpingite, par Beigel, de Sinéty, Vallin, Dalché, Cornil et Terrillon, Monprofit, Conzette, etc. Les lésions histologiques en ont été bien distinguées et établies chez nous par Paul Petit (1), qui a reconnu en même temps la relation de certaines formes avec le varicocèle pelvien, et par Pilliet (2). Fraikin (3) a, dans une thèse récente, très complètement étudié la forme scléro-kystique, la plus fréquente, et Bouilly (4), dans une courte critique qu'il a faite de cette thèse, a émis, sur la pathogénie de l'ovarite, des idées que nous partageons entièrement.

Le mécanisme intime de l'infection ovarienne est encore discuté et confus. Dans les formes graves d'emblée, nous savons que tout est envahi : trompe, ovaire, péritoine et tissu cellulaire. L'invasion se fait par la voie vasculaire et il est souvent difficile, tant elles sont rapides, d'en suivre les étapes. La streptococcie puerpérale en fournit le type.

Dans les formes ordinaires, à gonocoques, par exemple, nous avons vu que l'ovaire est secondairement atteint, que le transport des germes se fait de la trompe à sa surface, soit par propagation épithéliale et en suivant la frange ovarienne, soit, comme le suppose Fraikin, par les lymphatiques qui de la trompe enflammée se rendent à l'ovaire.

Dans d'autres cas, au contraire, on trouve des abcès ovariens isolés ou manifestation primitifs; l'infection s'est faite alors par les lymphatiques du hile.

Enfin, il est une forme singulièrement fréquente, l'ovarite *scléro-kystique*, à évolution lente et insidieuse et qui peut être, au moins un certain temps, indépendante de toute altération tubaire, ou bien s'associe à la salpingite parenchymateuse. Nous admettons très volontiers, avec Bouilly, que l'infection, en pareil cas, provient du col, que son siège initial est dans les lésions subaiguës ou chroniques de sa muqueuse ou de son parenchyme. Les poussées de pelvi-péritonite exsudative, observées parfois au cours de l'affection, indiquent la source de l'infection et la voie qu'elle suit pour atteindre l'ovaire. « C'est par le mécanisme de la lymphangite péri-utérine qu'elle se propage au péritoine voisin, au hile de l'ovaire et au péritoine péri-ovarien; c'est par cette même péritonite péri-annexielle d'origine utérine que se trouve envahi le péritoine tubaire avec sa vascularisation, sa tendance à la formation d'adhérences. C'est par l'extérieur que se fait, dans ces cas, l'infection de l'ovaire et de la trompe. Ces ovarites paraissent se faire de dehors en dedans; la couche séreuse est la première touchée.

(1) PAUL PETIT, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1888 et 1891.

(2) PILLIET, *Gaz. hebdom.*, nov. 1890.

(3) FRAIKIN, thèse de Bordeaux, 1899.

(4) BOUILLY, *La Gynécologie*, juin 1900.