

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

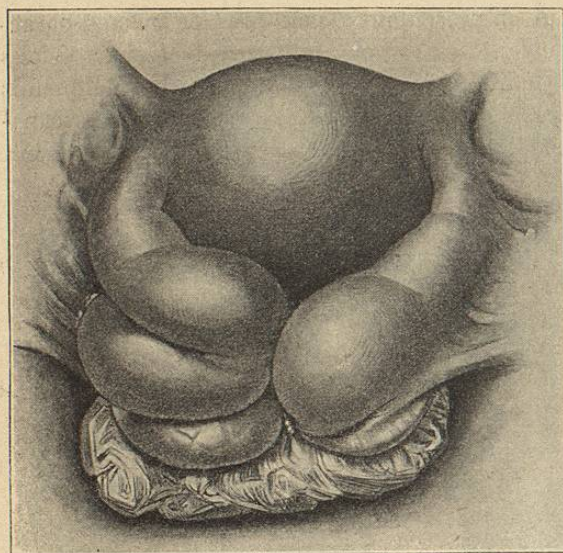


Fig. 201. — Pyosalpinx bilatéral (d'après Howard A. Kelly).

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. heb.*, nov. 1890.

(3) FRAIKIN, thèse de Bordeaux, 1899.

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

« Dans la trompe, la sclérose des parois, l'endartérite et la péri-artérite de leurs vaisseaux constituent les lésions principales, tandis que la muqueuse elle-même est peu touchée et quelquefois même ne l'est pas du tout. Il semble, aussi bien pour la trompe que pour l'ovaire, qu'en pareil cas les lésions marchent et évoluent de dehors en dedans... » (Bouilly.)

Diverses tentatives de classifications de l'ovarite ont été faites : nous adopterons celle de Paul Petit (1) comme la plus explicite et la plus complète, en accordant à chaque variété l'importance relative qu'elle comporte. Mais il est bien entendu qu'on ne doit pas s'attendre à trouver, en pratique, chaque variété à l'état isolé et à l'exclusion d'une autre : elles sont toujours associées diversement et dans une certaine mesure. La forme scléro-kystique dont nous avons déjà parlé est l'exemple le plus fréquemment observé et le plus typique de ces associations.

Comme les salpingites, les ovarites peuvent être divisées en : 1° non kystiques et en 2° kystiques.

1° **Non kystique**, l'ovarite est *aiguë* ou *chronique*.

A. Ovarite aiguë. — Elle peut être *corticale*, *interstitielle diffuse* ou *parenchymateuse*.

a. D'ORIGINE CORTICALE, l'ovarite aiguë est secondaire à la péri-ovarite, conséquence ordinaire elle-même de l'endosalpingite et particulièrement de sa forme à gonocoques. La péri-ovarite pourrait exister seule, avec intégrité du parenchyme ovarien, au moins à la période initiale ; mais pour L. Tait, la glande est toujours atteinte plus ou moins profondément et ses lésions varient depuis la simple hyperémie jusqu'à l'infiltration purulente et la destruction de la couche ovigène.

b. L'OVARITE INTERSTITIELLE DIFFUSE est ordinairement primitive et relève des infections qui se propagent par la voie lymphatique, du streptocoque en particulier. L'ovaire est très hyperémié, ramolli, infiltré, très augmenté de volume et parsemé, au début, de kystes folliculaires, séreux ou hémorragiques, qui plus tard deviennent purulents. Le pus apparaît aussi dans les espaces lymphatiques et le stroma est le siège d'une prolifération embryonnaire active et diffuse.

c. L'OVARITE PARENCHYMATEUSE s'observe dans les maladies infectieuses ou les intoxications, et l'infection s'est produite sans doute par la voie vasculaire sanguine. Le maximum de lésions porte sur le follicule qui renferme un liquide purulent. Dans les cas légers, le follicule primordial, atteint seul, disparaît complètement. L'ovule résiste plus longtemps que les cellules qui l'entourent (Slavjanski).

B. Ovarite chronique. — Succédant aux états aigus ou chronique d'emblée, elle est *corticale* ou *disséminée*, *hypertrophique* ou

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

atrophique, et ces divisions impliquent moins des variétés distinctes qu'une localisation ou un âge différents des lésions.

Dans l'ovarite chronique, le stroma conjonctif se transforme peu à peu en tissu fibreux à faisceaux denses et ondulés, pauvre en cellules et en vaisseaux perméables. Ces faisceaux sont apparents surtout autour des vaisseaux, des follicules et des corps jaunes, lesquels, très nombreux parfois, se reconnaissent à leur plissement et à leur aspect hyalin. Un plus ou moins grand nombre d'ovisacs se transforment en microkystes séreux ou sanguins.

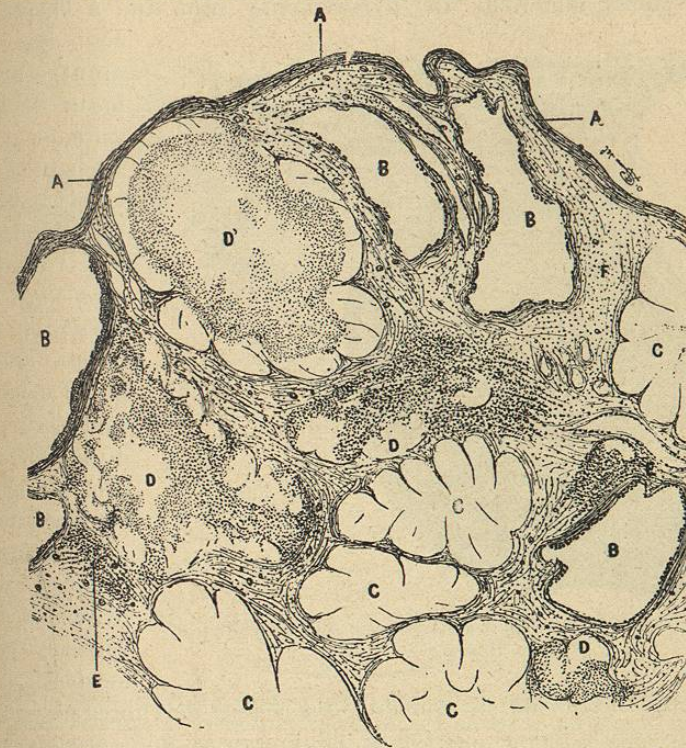


Fig. 202. — Ovarite chronique d'origine corticale (grossissement de 30 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — AA, sclérose de la couche albuginée; BB, kystes folliculaires; CC, corps jaunes en dégénérescence hyaline; DD, corps jaunes à la même phase évolutive, dissociés par des raptus hémorragiques; D', corps jaune transformé en un petit kyste hémorragique; EE, hémorragies interstitielles; F, tissu interstitiel en voie de sclérose.

a. Dans la forme d'*origine corticale*, l'ovaire est entouré d'une coque de fausses membranes dans l'épaisseur desquelles on peut trouver de petits foyers hémorragiques. La zone de sclérose se limite à quelques millimètres de la surface ou pénètre à une plus grande profondeur et l'obstacle ainsi apporté à la ponte et à la circulation veineuse favorise l'hydropisie folliculaire; puis chaque petit kyste deviendrait, pour Petit, le centre d'un nouvel îlot de sclérose (fig. 202).

b. La *forme disséminée* est caractérisée par la répartition moins systématique de la sclérose qui se localise surtout autour des vaisseaux, et, par conséquent, autour des follicules et des corps jaunes, où ils sont le plus nombreux.

c. L'hypergénèse du tissu fibreux, avant sa période de rétraction, constitue la forme *hypertrophique*. Elle entraîne la destruction des follicules et se limite à la périphérie ou s'étend à tout l'organe. L'ovaire est augmenté de volume et sillonné de dépressions linéaires.

Indépendamment de cette hypertrophie interstitielle, L. Tait et Slavjanski admettent une hypertrophie vraie due à l'hyper-

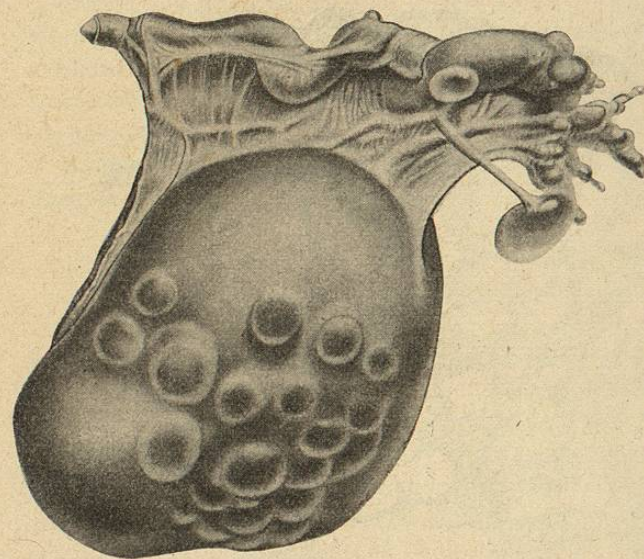


Fig. 203. — Ovaire en dégénérescence scléro-kystique (d'après Howard A. Kelly).

Il serait intéressant de connaître les lésions des fibres nerveuses dans l'ovarite scléreuse parfois si douloureuse. Malheureusement, c'est une question qui est loin d'être élucidée et Fraikin, qui a fait des recherches dans ce sens, n'est arrivé qu'à des résultats négatifs.

2° **Ovarite kystique.** — On la divise, d'après le contenu du kyste, en *hydro*, *hémato* et *pyokystique*.

a. **Ovarite hydro-kystique.** — Elle diffère des petites formations kystiques isolées ou peu nombreuses, qu'on rencontre ordinairement à la surface d'ovaires sains, par le nombre et le volume plus considérables des kystes et surtout par la sclérose coexistante du stroma. C'est, en réalité, de l'*ovarite scléro-kystique* (fig. 203).

Les kystes folliculaires sont des poches sphériques, uniloculaires, du volume d'une cerise, d'une noix, ou même plus considérable; ils

génése des éléments normaux de l'ovaire qui peut atteindre alors le poids de 60 et 70 grammes.
d. L'ovarite atrophique ou cirrhotique de l'ovaire n'est que l'aboutissant extrême de la sclérose avec atrophie et disparition plus ou moins complète des ovisacs et des vaisseaux perméables.

sont disséminés ou agglomérés à la surface de l'ovaire et dans son épaisseur qu'ils peuvent transformer en une masse cloisonnée (fig. 204). A la coupe, ils présentent une paroi à double contour. « L'ovule a complètement disparu. La membrane granuleuse elle-même est très altérée. Le nombre de ses couches de cellules a diminué; elles sont repoussées excentriquement par la *liquor folliculi* et se tassent les unes contre les autres, se déformant réciproquement. En certains endroits, qui doivent correspondre aux restes du cumulus proliger,

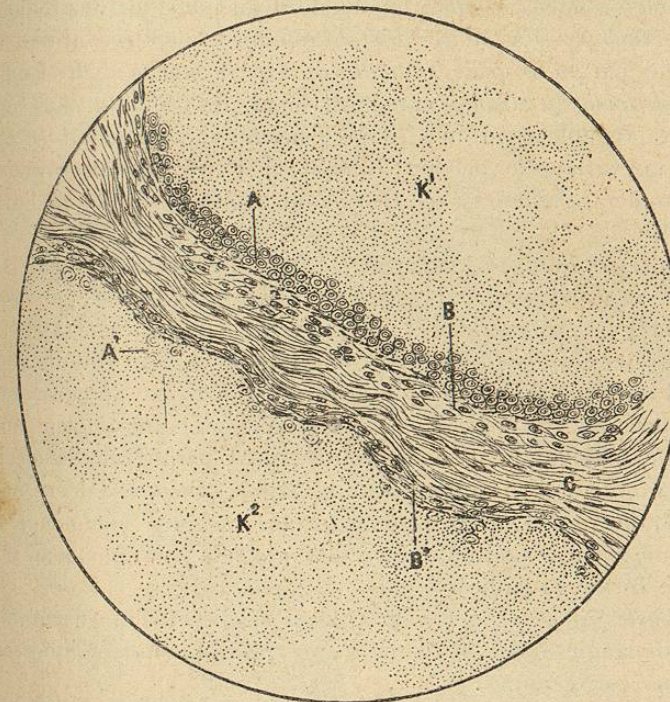


Fig. 204. — Coupe de la paroi de deux kystes folliculaires accolés (grossissement de 120 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — L'un des deux kystes K¹ présente un épithélium folliculaire A, et une couche réticulée B, d'apparence normale. Dans l'autre, K², l'épithélium folliculaire est réduit 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.

elles sont encore disposées sur deux ou trois couches, ou même plus; ailleurs, elles sont réduites à une seule; par places même, elles font complètement défaut. Cette sorte de couche épithéliale, ou bien adhère partout à la paroi même du follicule, ou bien par endroits elle perd contact, elle gondole, ou bien même, rompue, elle flotte, par ses extrémités libres, dans la lumière de l'ovisac dégénéré, à la manière d'un ruban.

« Quant à la *theca folliculi*, aux tuniques du follicule, elles perdent en grande partie leur structure. La tunique lymphoïde de Slavjanski

se confond peu à peu, en se tassant et en diminuant d'épaisseur, avec les couches fibreuse et cellulo-vasculaire, et finalement toutes les couches sont réunies dans un même tissu de sclérose formant une bande plus ou moins épaisse sur laquelle repose directement l'épithélium » (Fraikin). Le contenu est un liquide séreux, fluide, incolore, coagulable par la chaleur et par l'alcool et ordinairement aseptique. Il contient en suspension des cellules en dégénérescence colloïde ou granulo-graisseuse et des leucocytes. La sclérose, inégalement disséminée, est marquée surtout au pourtour des follicules.

Il ne faut pas confondre, histologiquement, cette ovarite hydrokystique par *hydropisie folliculaire* avec l'ovarite hydrokystique par *hydropisie du stroma*, caractérisée par des pseudo-kystes séreux dus à la vacuolisation du stroma ovarien par l'œdème et se rattachant au varicocèle pelvien (Bonnet et Petit), œdème coïncidant fréquemment d'ailleurs avec les lésions scléro-kystiques de l'ovaire (Conzette).

b. *Ovarite hémato-kystique*. — Paul Petit en reconnaît trois variétés se produisant par *hémorragie intrafolliculaire*, par *hémorragie dans les corps jaunes* et par *hémorragie interstitielle* (1).

Les kystes *hémato-folliculaires*, multiples et de petit volume, représentent la lésion dominante de l'ovarite infectieuse de cause générale. Plus gros, ils contiennent un liquide séro-sanguinolent ou du sang pur, mais fluide, non coagulé et provenant d'une hémorragie dans un follicule hydropique (Rollin, Pilliet). Beckœl a décrit aussi, en 1861, des *kystes ménorragiques* formés par une hémorragie qui serait une sorte de ponte dans un follicule non kystique ; mais ici le sang se forme en caillot.

Les *kystes sanguins des corps jaunes* résultent d'une exagération de l'hémorragie après la ponte ou de raptus hémorragiques dans d'anciens corps jaunes.

Enfin les *hémorragies interstitielles* sont parfois enkystées et résultent soit d'un processus infectieux aigu, soit de la torsion du pédicule.

c. *Ovarite pyo-kystique*. — Elle débute par les ovisacs ou par les lacunes lymphatiques, sous forme de petits abcès qui fusionnent et arrivent souvent à former une cavité unique, parfois très étendue. La paroi, plus ou moins anfractueuse, est formée, de dedans en dehors, par une couche embryonnaire, une couche fibreuse dense et une couche cellulo-vasculaire (fig. 205). Ces abcès communiquent souvent avec la trompe (*oophoro-pyosalpinx*).

De toutes ces variétés d'ovarite, les plus importantes en pratique sont les formes *hydro* ou *hémato-kystiques*, avec sclérose associée du parenchyme, et les *abcès de l'ovaire* (fig. 206).

Les microkystes, séreux et sanguins, sont stériles ou le deviennent

(1) BONNET et PETIT, Traité pratique de gynécologie, 1894, p. 250.

rapidement : ce n'est que dans la période d'invasion de l'infection ou dans les abcès récents qu'on a pu déceler des organismes dont le streptocoque représente l'espèce la plus fréquente. Celui-ci suit les vaisseaux lymphatiques et sanguins du hile pour aller provoquer la formation des abcès miliars qui, par leur confluence, aboutissent aux grosses collections. Reymond n'a jamais rencontré le gonocoque, contrairement à Wertheim et Zweifel ; Menge, sur trente-sept examens d'ovaires purulents, l'a décelé neuf fois, contre une fois seulement le streptocoque et quatre fois le colibacille. Devos, Zweifel, Frommel, Rosthorn y ont trouvé un coccus encapsulé d'une grande virulence.

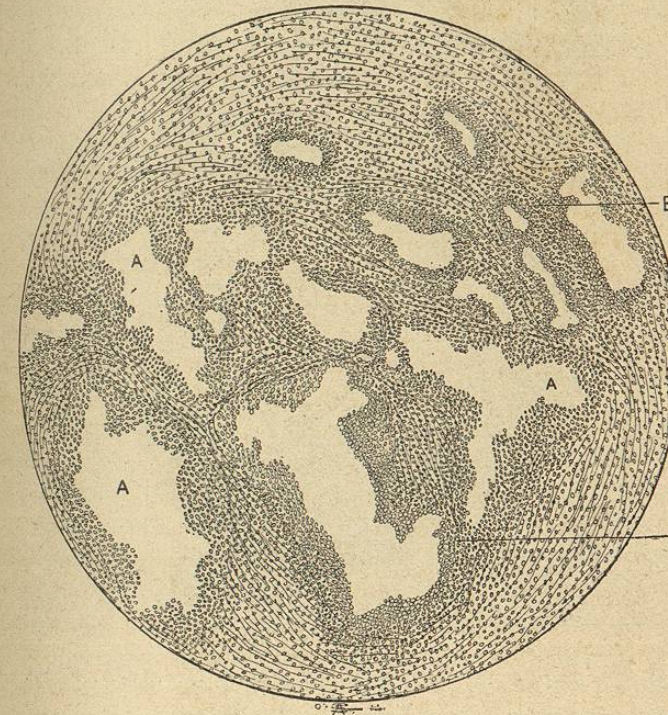


Fig. 205. — Ovarite pyo-kystique (grossissement de 90 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — AA, abcès miliars en voie de fusion, par fonte du tissu embryonnaire interposé BB.

Symptômes des salpingo-ovarites. — L'invasion des annexes par l'inflammation se fait brusquement ou de façon insidieuse.

a. Le *début brusque* caractérise les formes aiguës et les formes subaiguës : il s'observe dans deux ordres de circonstances :

1° Au cours d'une métrite ou d'une blennorrhagie uréthro-vulvaire ou cervicale, à l'occasion des règles, d'un refroidissement, d'un excès de coït, de fatigue, etc. ; ou quelquefois, à la suite d'un cathétérisme intempestif de l'utérus, tout le bas-ventre est envahi