serait constituée d'une façon différente, au point de justifier d'une façon absolue le nom de salpingo-ovarite. En effet cette poche est formée par la trompe dilatée communiquant avec une cavité kystique développée dans l'ovaire, de sorte que la

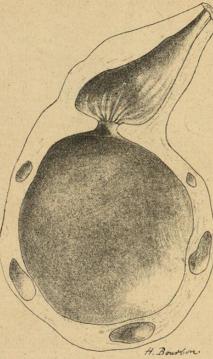


Fig. 34.

Orifice en diaphragme faisant communiquer la cavité salpingienne avec un kyste purulent de l'ovaire (E. REYMOND).

trompe et l'ovaire concourent tous deux à former les parois de la poche. Il se fait une adhérence intime entre le pavillon de la trompe oblitérée et la surface de l'ovaire (fig. 33). Dans celui-ci se développent un ou plusieurs kystes, séreux ou purulents. La paroi qui sépare un de ces kystes, en général le plus gros, de la trompe, au niveau du pavillon adhérent, s'amincit de plus en plus sous l'influence de l'augmentation de volume du kyste et à la suite de l'usure et de la rupture de cette paroi, la communication s'établit entre la cavité ovarienne kystique

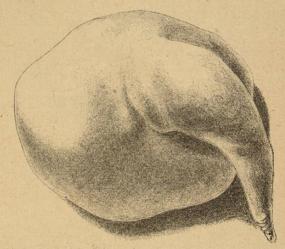


Fig. 35.

Type d'un volumineux abcès de l'ovaire communiquant avec la trompe (E. REYMOND).

et la cavité tubaire et la salpingo-ovarite kystique se trouve constituée (fig. 34, 35).

C'est là un mécanisme dont les diverses phases ont été prises sur le fait, et dont la réalité ne laisse pas place au doute. Il peut y avoir entre la cavité ovarienne et la cavité tubaire un orifice plus ou moins large, parfois une sorte de diaphragme (fig. 34). La communication est d'ailleurs d'autant plus large qu'elle est plus ancienne, et souvent entre la trompe et l'ovaire on ne trouve aucune ligne de démarcation. Il n'y a plus qu'une vaste poche et l'ovaire, perdu dans ses parois, semble même parfois avoir disparu.

Quelquesois le pavillon de la trompe paraît entrer dans la cavité ovarienne, et ses franges nagent dans le liquide de cette cavité en s'appliquant à l'intérieur de la paroi kystique (fig. 36, 37).

Il n'y a guère qu'une façon d'expliquer cette disposition

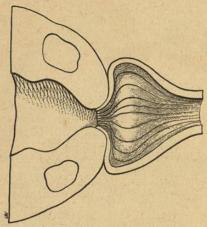


Fig. 36.

Adhérences entre les franges de la trompe et l'ovaire entourant l'orifice salpingo-ovarien. Schéma (E. REYMOND).

curieuse. Il faut supposer qu'au moment où s'est faite l'ouverture de la cavité ovarienne les franges du pavillon, à moitié recroquevillées et revenues sur elles-mêmes, adhéraient par leur face externe à la surface de l'ovaire. L'ouverture établie, les franges se sont déplissées et ont passé par l'ouverture de la paroi ovarienne pour pénétrer dans la cavité et nager dans le liquide ou s'accoler à la paroi kystique⁴.

Dans d'autres cas analogues on a invoqué divers mécanismes dans le détail desquels il est inutile d'entrer².

Il est enfin des circonstances dans lesquelles la trompe et

REYMOND. Loc. cit., p. 29.

² Voir Pierre Delbet. Loc. cit., p. 50.

l'ovaire communiquent par l'intermédiaire d'une poche ouverte à ses deux extrémités; cette poche serait artificielle et développée dans les adhérences d'une péritonite localisée (fig. 38).

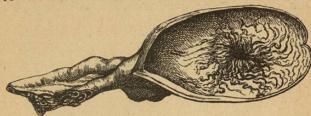
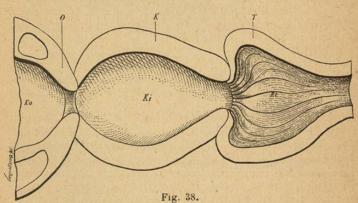


Fig. 37.

Kyste tubo-ovarien (d'après Kelly). La poche est ouverte et permet de voir les franges de la trompe étalées dans l'intérieur du kyste.

Quel que soit le mécanisme de la formation de la poche kys-



Kyste ovarien Ko, communiquant avec la cavité salpingienne Kt, par l'intermédiaire d'un autre kyste, Ki (schéma) (E. Reymond).

tique et la constitution exacte de ses parois, cette poche existe. Son *volume* est très variable. Dans bien des cas la trompe kystique n'est pas sensiblement plus grosse que la trompe enflammée restée perméable. Il faut même regarder avec attention du côté du pavillon pour se convaincre de son oblitération. Mais elle est alors, en général, moins régulière que la trompe atteinte de salpingite simple. Cela est assez naturel si

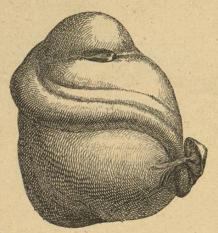


Fig. 39.

Kyste tubo-ovarien du côté droit (d'après Kelly).

La corne utérine a été enlevée avec la tumeur.

l'on songe que la rétention d'un liquide dans l'intérieur de la trompe amène une augmentation de pression qui produit des dilatations et des bosselures de dimensions variables suivant la résistance de la paroi tubaire à leur niveau.

Le volume du kyste tubaire est ordinairement assez considérable relativement aux petites dimensions de la trompe saine. Il atteint très souvent celui d'une mandarine, d'une poire, dont il présente souvent la forme, d'une orange; il est même fréquent de le lui voir dépasser. Tout en faisant avec Pierre Delbet, qui a étudié la question avec beaucoup de soin, des réserves formelles sur les cas de Bianchi, de Munnicks, qui

parlent de trompes contenant 80 et 112 livres de liquide, il est certain que les trompes peuvent acquérir un volume considé-

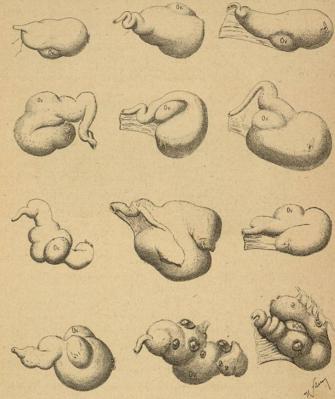


Fig. 40. Divers types de salpingites.

rable. Stemann a observé une salpingite tuberculeuse contenant deux litres de liquide; Championnière en a rencontré 1 200 grammes. Lawson Tait, 700; moi-même j'en ai opéré une qui contenait certainement plus d'un demi-litre de pus. Tous

¹ Loc. cit., p. 39.

ces chiffres n'ont d'ailleurs aucun intérêt réel, et il nous suffit de savoir que les salpingites ne sont pas rares qui peuvent acquérir le volume du poing, d'une tête de fœtus, ou même un volume plus considérable encore.

La forme des poches salpingiennes est des plus capricieuses. Lorsqu'elles sont volumineuses, elles sont en général arrondies ou plutôt fusiformes, avec une grosse extrémité externe et une extrémité plus petite, s'insérant sur la corne utérine et consti-

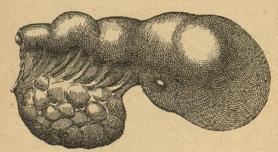


Fig. 41. Hydrosalpinx non adhérent à l'ovaire (d'après Kelly).

tuée par le tiers interne de la trompe, beaucoup moins dilatable que les deux tiers externes. Mais lorsque le volume est moyen, lorsque la poche n'est pas extrêmement distendue, la trompe présente presque toujours un aspect sinueux, contourné, avec des dilatations irrégulières et des bosselures plus ou moins saillantes. Parfois même, elle est contournée en hélice, comme un cor de chasse (fig. 40).

L'ovaire affecte par rapport à elle les rapports les plus variables. Parfois il en reste tout à fait indépendant et paraît tout à fait sain (fig. 41). Mais ce fait est relativement rare, et il est de règle de voir l'ovaire participer plus ou moins à l'inflammation tubaire. Souvent il adhère à la poche kystique dont l'extrémité, l'ancien pavillon oblitéré, vient s'accoler à lui. Parfois la trompe le dépasse en dehors et l'englobe pour ainsi dire dans une de ses sinuosités au fond de laquelle il peut dis-

paraître presque totalement, enseveli sous des adhérences et des fausses membranes (fig. 42). Parfois enfin, l'ovaire, transformé lui-même en une cavité kystique qui communique avec la trompe, comme nous l'avons vu plus haut, s'efface complètement, si bien qu'il est impossible d'en trouver la moindre trace.

Les trompes malades peuvent occuper toutes les situations. Presque toujours, cependant, elles sont situées en arrière du

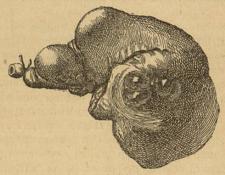


Fig. 42.

Hydrosalpinx avec adhérences intimes à l'ovaire (d'après Kelly).

ligament large et de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas. Il n'en saurait être autrement. A l'état normal l'extrémité externe de la trompe, flottant vers l'ovaire, est située en arrière du ligament large et plus bas même que l'ovaire. Or, c'est précisément cette partie externe qui devient presque toujours kystique. La trompe tout entière aura donc une tendance à tomber en arrière, entraînée par sa moitié externe et aussi par son propre poids. Le décubitus dorsal auquel la maladie oblige pendant longtemps la plupart des femmes souffrant de salpingite, tend également à entraîner les trompes en arrière. Le poids des trompes malades et augmentées de volume concourt au même but. Il est donc tout naturel de trouver, dans l'immense majorité des cas, les trompes kystiques dans le cul-de-

sac de Douglas qu'elles remplissent plus ou moins, suivant leur

Parfois une trompe peu volumineuse, prolabée tout au fond de la cavité de Douglas, derrière le cul-de-sac postérieur du vagin par lequel on peut la sentir, remplit à peine la moitié correspondante de cette cavité, dont le reste pourra être libre. Parfois, au contraire, une trompe énorme comble la totalité du cul-de-sac de Douglas, dépassant par en haut le fond de l'utérus et remontant à une certaine hauteur dans la cavité pelvienne.

Dans des cas assez nombreux, la trompe est située non plus en arrière, mais au-dessus du ligament large, entre la corne utérine et le détroit supérieur. Des adhérencs ont probablement fixé la trompe près du détroit supérieur dès les premiers temps de l'infection et l'ont empêchée de tomber dans le cul-de-sac de Douglas. Peut-être encore, comme le pense Pierre Delbet, ces adhérences de la trompe au péritoine qui tapisse le détroit supérieur sont-elles dues à l'inflammation primitive, non de la trompe, mais du cæcum, de l'appendice ou de l'S iliaque. Une infection tubaire consécutive trouvera la trompe fixée et celle-ci ne pourra quitter la situation qu'elle occupe.

La trompe se fixe encore sur le fond de l'utérus lui-même. Parfois aussi elle occupe une situation tout à fait étrange et Pierre Delbet a rencontré un cas dans lequel les deux trompes se croisaient si bien que l'extrémité de la trompe droite était à gauche et celle de la trompe gauche à droite. J'ai moi-même observé un cas à peu près semblable. Ce sont là des faits exceptionnels et qui s'expliquent aisément par la mobilité extrême des trompes saines. L'inflammation et les adhérences peuvent donc les saisir dans une situation quelconque, presque toujours, par conséquent, dans leur situation normale.

Enfin les trompes sont parfois situées en avant du ligament large, dans le cul-de-sac vésico-utérin, qu'elles remplissent plus ou moins.

Le kyste tubaire peut aussi se développer dans l'intérieur du ligament large dont les deux feuillets s'écartent pour le

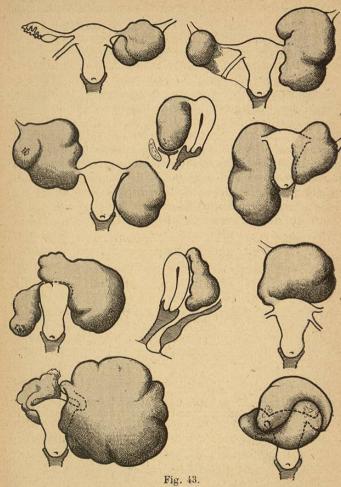


Figure schématique montrant que les poches salpingiennes peuvent présenter comme volume, forme et situation, les dispositions les plus diverses.

contenir. Mais il est très probable que le cas n'est pas aussi fréquent que le pensait Monprofit. Il est d'ailleurs à peu près impossible à admettre pour l'extrémité externe de la trompe qui est vraiment libre dans le ventre et ne saurait déplisser, en augmentant de volume, les feuillets du ligament large. Mais ce développement intra-ligamentaire peut avoir lieu, dans les cas, d'ailleurs assez rares, où la partie interne de la trompe devient elle-même kystique.

La paroi kystique, constituée par les divers éléments de la trompe plus ou moins altérés, est très variable dans son épaisseur. Parfois très mince, très fragile, elle est en général épaisse et résistante dans la plus grande partie de la surface. Mais il y a presque toujours des points faibles, où le paroi se rompra de préférence au cours des manœuvres de décortication pendant l'extirpation de ces organes.

Les lésions histologiques qu'on y rencontre ne m'arrêteront pas et j'en ai suffisamment parlé plus haut (voir p. 45). La muqueuse est plus ou moins atteinte; elle peut être très épaissie, dépouillée par endroits de son épithélium qui laisse à nu les franges. Celles-ci, sous la pression du liquide qui distend la trompe, s'aplatissent contre la paroi à laquelle elles peuvent adhérer par leur extrémité libre, en formant ainsi des espaces clos qui peuvent devenir l'origine de petits kystes. Par endroits les franges peuvent s'atrophier complètement et même disparaître.

La tunique musculaire de la trompe, qui peut être hypertrophiée, surtout au début et dans les salpingites de petit volume, comme elle l'est dans les salpingites simples, non kystiques, finit au contraire, en général, par s'atrophier de plus en plus, à mesure qu'augmente le volume de la poche. La prolifération conjonctive devient en revanche de plus en plus abondante, et étouffe les cellules musculaires, si bien que la paroi finit par n'être plus constituée que par du tissu fibreux à peu près pur. La couche séreuse peut quelquefois rester intacte et la surface externe de la poche kystique apparaître lisse et brillante. Mais dans la plupart des cas elle est dépolie, recouverte d'adhérences et dans beaucoup de points, le péritoine qui tapisse la poche n'existe pour ainsi dire plus.

Si la structure de la trompe kystique n'intéresse guère que l'histologiste, son *contenu*, en revanche intéresse le chirurgien.

Dans le plus grand nombre des cas, elle contient du pus. et c'est alors un pyo-salpinx. Le pus est en général verdâtre, crémeux, bien lié. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il est quelquefois séreux et peu homogène. J'ai déjà dit plus haut que bien souvent ce pus était stérile. Cela tient à l'ancienneté de la lésion. D'ailleurs dans les vieilles salpingites le pus peut changer de plus en plus de nature. Les globules disparaissent, les particules solides qu'il tient en suspension se déposent sur la paroi et le liquide peut devenir clair, transparent, d'aspect séreux, quelque peu filant. C'est l'hydro-salpinx. Dans ce cas la poche kystique, en général peu volumineuse, est lisse, presque toujours libre d'adhérences; elle apparaît bleuâtre et translucide, mince et assez fragile. Dans les lésions anciennes, la paroi interne de la poche est en général unie, les plis ont disparu, les végétations ont été détruites, et, fait important au point de vue chirurgical, la stérilité du liquide est complète.

Il est enfin des collections tubaires qui sont constituées par du sang. Ce sont les hémato-salpinx. Ce sang est d'ailleurs presque toujours assez profondément altéré. C'est un liquide brunâtre, poisseux, ou au contraire assez fluide et peu coloré.

La présence du sang dans l'intérieur de la cavité kystique peut être due à diverses causes : la rétention du sang menstruel, tout à fait exceptionnelle, l'apoplexie de la trompe, hémorragie qui peut se produire dans diverses circonstances, par exemple à la suite de la rupture d'un vaisseau tubaire dans la cavité salpingienne au cours de quelque poussée congestive, et enfin la grossesse extra-utérine. C'est certainement dans ce dernier accident qu'il faut voir la cause la plus fréquente de l'hémato-salpinx.

J'aurai à insister assez longuement plus loin sur cette affection pour pouvoir me dispenser d'en parler davantage ici. Normalement l'hémato-salpinx est stérile, mais il peut s'infecter secondairement et donner lieu à des accidents graves.

LÉSIONS DES OVAIRES

On a abusé des divisions et des subdivisions dans la description des lésions ovariennes, et Pozzi, par exemple, à la suite de Paul Petir, admet un grand nombre d'ovarites différentes qui, pour la plupart, ne sont en réalité que des degrés divers d'un même processus morbide. Ces classifications, sans intérêt au point de vue clinique, sont purement artificielles au point de vue anatomique, puisqu'elles ne sont établies que sur des caractères tout à fait secondaires, tels que, par exemple, l'étendue des lésions de sclérose et le volume plus ou moins considérable des kystes qu'elle détermine. Les noms d'ovarites corticale, hypertrophique, microkystique, scléreuse, sclérokystique, etc., qu'on applique à certaines lésions chroniques des ovaires ne sont que la traduction de désordres qui tous doivent être, au moins pour le moment et tant que nous n'aurons pas de notions plus précises sur la pathogénie de certains processus morbides, rapportés à la même cause. Je préférerais, à tout prendre, la division bien simple en ovarites aiguës et chroniques, qui, au moins, a l'avantage de correspondre à des différences cliniques importantes. Pierre Delbet 1 admet les ovarites simples et les ovarites infecticuses. Cette classification a le grand mérite de tenir compte de la pathogénie des lésions ovariennes. Cette pathogénie, des plus claires pour les ovarites infectieuses, est beaucoup plus obscure pour les ovarites simples, dans lesquelles rentrent à peu près exclusivement les ovarites caractérisées par des lésions plus ou moins prononcées de sclérose. Et comme c'est, en somme, à ce processus morbide mal défini, mais qui n'en existe pas moins, qu'il faut rapporter la plupart des lésions ovariennes qui pa-

raissent indépendantes d'une infection microbienne, je crois qu'il est bon d'en tenir grand compte.

C'est ainsi que je distinguerai les scléroses et les infections ovariennes, et qu'une division en ovarites scléreuses et ovarites infectieuses me paraît être celle qui répond le mieux à la fois à la clinique et à la pathogénie.

Cette division est, en somme, très analogue à celle de Delbet. Elle n'en diffère que par un mot, mais elle me paraît plus explicite, puisqu'elle introduit dans la classification première des ovarites cette notion de sclérose qui, bien que mal connue dans son essence, n'en domine pas moins toute l'histoire des ovarites chroniques.

Cette division a en outre l'avantage de cadrer assez exactement avec les phénomènes cliniques. La plupart des ovarites scléreuses appartiennent en effet aux formes lentes, apyrétiques, torpides, et qui parfois même passent inaperçues, tandis que les ovarites infectieuses sont celles qui correspondent aux lésions aiguës de l'ovaire, aux inflammations douloureuses et graves qui accompagnent si souvent les infections utérines, et se traduisent en général par des signes physiques importants.

Celles-ci peuvent d'ailleurs se refroidir pour passer à l'état chronique. Il y a par conséquent sur ce point une sorte de terrain commun et certaines infections ovariennes peuvent être suivies de lésions de sclérose qui ne diffèrent en rien des lésions analogues qui s'établissent d'emblée sans infection appréciable. Certaines ovarites scléreuses peuvent donc n'être que le dernier terme de l'évolution d'ovarites infectieuses, que l'acuité des phénomènes du début et l'histoire de la maladie permettront seulement de soupçonner. Peut-être même faut-il reconnaître cette origine à toutes ou à presque toutes les ovarites scléreuses, qui ne seraient ainsi que le stade ultime de l'évolution progressive de quelque infection ovarienne.

C'est là un point sur lequel il est impossible de rien affirmer d'une façon ferme, et le mieux est, pour le moment, de nous borner à l'étude des lésions elles-mêmes, sans nous égarer dans les interprétations qu'on en peut donner.

¹ Loc. cit., p. 91.

Ovarites infectieuses. — L'infection microbienne se traduit dans l'ovaire par les lésions ordinaires qu'elle détermine dans tous les tissus, depuis la congestion active jusqu'à la suppuration circonscrite ou diffuse. Les lésions sont d'ailleurs différentes suivant la voie par laquelle s'est faite l'infection, qui peut atteindre l'ovaire soit par la périphérie, soit par le hile.

L'infection par la périphérie est sans aucun doute consécutive au passage des agents microbiens par le pavillon de la trompe. Il en résulte une péritonite très localisée, avec production de fausses membranes qui enveloppent l'ovaire de couches plus ou moins épaisses. Les lésions corticales sont en général assez peu marquées, bien que, d'après Lawson Tait, il y ait toujours, lorsque la surface de l'ovaire est atteinte, quelques lésions dans la profondeur et une certaine augmentation de volume. Cette infection périphérique, qui est presque toujours d'origine blennorrhagique, ne détermine pas, dans l'intérieur de l'ovaire, la production de collections purulentes. Mais il est très probable qu'elle entraîne à sa suite, à une échéance plus ou moins longue, des lésions de sclérose qui évoluent vers l'une des formes que je décrirai brièvement plus loin.

L'ovaire peut également être envahi par le hile, ainsi que Reymond l'a bien montré. Il a trouvé dans l'épaisseur de l'ovaire, dans le hile et dans les lymphatiques de l'aileron des ligaments larges, des microbes, qui d'ailleurs sont toujours les mêmes, des streptocoques. Sous leur influence, l'ovaire se congestionne et s'hypertrophie. Il y a dilatation et multiplication des vaisseaux, infiltration de cellules embryonnaires, hypertrophie de la couche ovigène, dont les ovisacs augmentent en nombre et en volume et peuvent même devenir trois ou quatre fois plus gros qu'à l'état normal. Plus tard quelques-uns d'entre eux continueront à grossir, tandis que tous les autres tendront à s'atrophier (Reymond).

Des hémorragies peuvent se faire dans ces kystes folliculaires, mais ce qu'on rencontre le plus souvent, bien qu'ils aient été jusqu'ici considérés comme rares, ce sont des kystes purulents. J'ai déjà parlé de ces abcès de l'ovaire à propos de leur communication fréquente avec la cavité de la trompe abcédée. Le volume de ces abcès est très variable. Il en est qui sont presque microscopiques. En général ils sont plus gros que les kystes séreux que l'on trouve sur le même ovaire. Il est com-

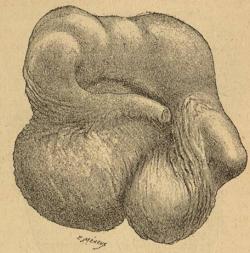


Fig. 44.
Salpingite suppurée : abcès de l'ovaire (Labadie-Lagrave et Legueu).

mun d'en voir du volume d'une noix, mais ils peuvent atteindre parfois la grosseur du poing, d'une tête de fœtus, et l'on conçoit qu'il n'y ait aucune limite précise à leur développement (fig. 44, 45, 46).

Lorsque les phénomènes inflammatoires s'arrêtent, ces diverses lésions peuvent entrer en régression, même lorsqu'il y à eu production de pus, car il est certain que des abcès volumineux peuvent se résorber peu à peu et disparaître complètement. Il y a alors une tendance à l'atrophie, dans laquelle les vaisseaux et le tissu conjonctif jouent un rôle important.

¹ Loc. cit., p. 78.

Les vaisseaux voient leur calibre diminuer, et un grand nombre s'oblitèrent complètement. En même temps, le tissu conjonctif s'organise en tissu fibreux, se rétracte peu à peu, enserrant dans ses mailles tous les éléments vasculaires, nerveux et musculaires qui constituent le stroma ovarien. Et c'est

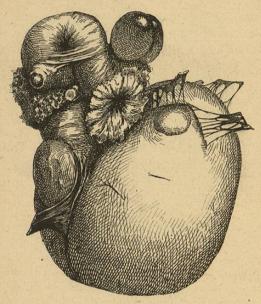


Fig. 45.

Grand abcès de l'ovaire droit, sans participation de la trompe, dû à une infection par le staphylococcus aureus (d'après Kelly).

ainsi que peu à peu se fait une évolution vers les formes scléreuses, lesquelles peuvent d'ailleurs succéder, comme je l'ai déjà dit, à une infection beaucoup moins vive et restée presque latente ou à l'évolution de ce processus mal défini qui relève peut-être d'un état particulier de la nutrition et qui se traduit par la production d'une sclérese plus ou moins profonde.

Ovarites scléreuses. — Suivant le stade de leur évolution auquel on les observe, les scléroses ovariennes peuvent se présenter avec une physionomie bien différente. Au début, et principalement dans les cas qui succèdent à des ovarites aiguës, il peut y avoir hypergenèse du tissu conjonctif, avec une des-

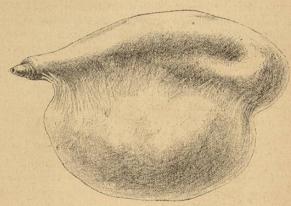


Fig. 46.
Salpingite avec abcès de l'ovaire (E. Reymond).

truction plus ou moins considérable des follicules. C'est l'ovarite chronique hypertrophique. Peu à peu, sous l'influence de la rétraction progressive du tissu cellulaire, la plupart des éléments nobles de l'ovaire disparaissent étouffés, le volume de l'organe diminue, il peut même devenir inférieur au volume normal et on se trouve alors en présence de l'ovarite atrophique.

Mais il est une lésion que son extrême fréquence dans les scléroses ovariennes doit faire mettre au premier plan. Ce sont les *petits kystes*, si communs que leur présence presque constante légitime le nom d'ovarite scléro-kystique qu'on donne bien souvent à la lésion qui nous occupe.

Elle a donné lieu à de nombreux travaux, parmi lesquels, après ceux de Lawson Tait, je citerai ceux de P. Petit.

CONZETTE, POZZI et plus récemment ceux de FRAIKIN, qui les résume, les critique et auxquels je renvoie pour une foule de détails qu'il est inutile de donner ici ¹.

Les kystes qui caractérisent cette lésion sont formés aux dépens des follicules ovariens. Leur volume et leur nombre varient à l'infini. De la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix, ils peuvent être rares ou, au contraire, cribler la surface de l'ovaire en se touchant presque tous. Ils contiennent un liquide séreux et parfois sanguin. La couche épithéliale qui les tapisse est souvent dégénérée ou détruite.

Il est possible que certains de ces kystes, surtout ceux qui sont d'un très petit volume, ne soient pas le résultat d'une transformation morbide, mais simplement une exagération des follicules normaux. Il est certain qu'on a souvent enlevé, sous prétexte de dégénérescence kystique, des ovaires qui auraient pu être conservés. Mais il est également vrai que certains de ces ovaires scléro-kystiques, que rien, au premier abord, ne permet de distinguer des autres, voient plusieurs de leurs kystes se développer et prendre un volume considérable, au point de se transformer en une masse aréolaire et volumineuse et de constituer une véritable tumeur dont l'étude sera mieux à sa place avec celle des néoplasmes ovariens.

Je ne puis, en effet, à l'encontre de certains auteurs, et en particulier de Pozzi, qui décrit avec les ovarites la maladie kystique de l'ovaire, considérer ces productions comme le résultat d'une simple inflammation de l'ovaire. Il y a dans le développement de ces kystes des causes qui nous échappent. Je sais bien que dans la mamelle, certaines maladies kystiques ne sont très probablement que des mammites chroniques. Mais il ne s'agit très certainement pas ici de l'évolution naturelle d'une infection primitive, il y a autre chose, et tout en m'abstenant formellement de toute hypothèse sur la cause première de ces productions, je n'accepte pas plus de voir réunir la maladie kystique des ovaires aux inflammations de ces

organes que je n'accepterais de voir décrire la maladie kystique du testicule en même temps que les orchites, parce qu'il y a, dans cette affection, autre chose que de simples lésions de sclérose. Et pour pousser plus loin la comparaison et rendre mieux ma pensée, je crois qu'il y a entre la maladie kystique de l'ovaire et l'ovarite scléro-kystique, la même différence qu'entre la maladie kystique du testicule, qui, je crois, est un néoplasme, et les petits kystes de l'épididyme, qui ne sont que le résultat d'une sclérose banale et peuvent être l'aboutissant d'une simple inflammation chronique.

LÉSIONS COMMUNES AUX TROMPES ET AUX OVAIRES LÉSIONS PÉRI-ANNEXIELLES

Quoi qu'il en soit, toutes les lésions que je viens de décrire, soit du côté des trompes, soit du côté des ovaires, sont des plus fréquentes. Elles peuvent atteindre un seul de ces organes, ou au contraire être bilatérales. Toutes les combinaisons peuvent se rencontrer et tous ces désordres peuvent apparaître, soit ensemble, soit séparément, et à tous les stades de leur évolution.

Les ovarites scléro-kystiques sont en général bilatérales, mais il n'y a là rien d'absolu, et pour peu qu'on ait l'habitude de la chirurgie des annexes on a bien souvent rencontré les lésions les plus complexes et les plus bizarrement associées. C'est ainsi qu'on pourra trouver les deux trompes suppurées accolées à des ovaires sains, ou au contraire un des ovaires, ou tous les deux, également suppurés, avec des trompes à peu près intactes.

On pourra voir également d'un côté la trompe kystique et purulente accolée à un ovaire sain, tandis que de l'autre côté l'ovaire sera scléro-kystique et la trompe remplie de liquide séreux. On pourra rencontrer encore un hémato-salpinx accompagnant une double ovarite — et je pourrais ainsi, sans sortir de la vérité clinique, énumérer l'une après l'autre toutes les combinaisons possibles.

En règle générale, cependant, les lésions suppurées vont en-

⁴ Fraikin. L'Ovarite scléro-kystique, Th. Bordeaux, 1899, et Annales de Gynécol. et d'Obstétrique. Paris, avril 1900.