

la cavité utérine subit un élargissement proportionnel à l'épaississement des parois ». Il a rapporté l'observation d'une femme de quarante ans, qui avait eu un enfant à vingt-trois, et qui présentait un utérus énorme (la cavité de l'utérus n'a pas été exactement mesurée). M. Polaillon a fait la castration avec succès.

ANNEXES DE L'UTÉRUS

OVAIRES — TROMPES — LIGAMENTS LARGES — PÉRITOINE PELVIEN

Par le D^r PAUL SEGOND

Chirurgien des hôpitaux. — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES

Les phlegmasies péri-utérines comprennent trois variétés distinctes : les *salpingo-ovarites*, les *phlegmons*, les *péritonites pelviennes*. L'individualité de ces trois localisations inflammatoires n'a pas été toujours reconnue, tant s'en faut. On a d'abord pensé, avec Nonat, que toute tumeur douloureuse péri-utérine devait être un phlegmon ; plus tard, Bernutz et Goupil ont voulu déposer le tissu cellulaire au bénéfice du péritoine ; enfin, depuis que la vulgarisation de l'opération de Lawson Tait nous a démontré l'exagération des deux précédentes doctrines, les salpingites ont pris la place qui leur est due. Ici encore, on a même failli dépasser la mesure, et quelques gynécologistes, trompés par la fréquence d'ailleurs indiscutable des phlegmasies annexielles, ont cru qu'elles étaient la cause unique des suppurations péri-utérines. Ces trois phases de l'histoire des phlegmasies péri-utérines, dont l'étude complète n'aura bientôt plus qu'un intérêt bibliographique, n'en sont pas moins très utiles à retenir, parce que, suivant la remarque de Delbet, les trois grandes conceptions qui leur correspondent ont chacune leur part de vérité. « Leur exagération seule est vicieuse. Le phlegmon de Nonat existe, la pelvi-péritonite existe, les salpingites existent. Si l'on peut encore discuter sur la fréquence relative de ces affections, il n'est plus permis de les nier. Chacune d'elles a droit à une place spéciale dans la nosologie » (1).

I

SALPINGO-OVARITES

L'histoire nosologique de ces affections est de date relativement récente, et, comme le dit Delbet, « il a fallu que les salpingites fussent traitées chirurgi-

(1) P. DELBET, *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 6.

calement pour prendre la place qu'elles méritaient ». Avant cette époque, elles étaient sans doute connues, mais les anatomo-pathologistes et les gynécologistes n'y voyaient jamais qu'une lésion accessoire venant parfois compliquer les *engorgements utérins* (1), les *métrites partielles* (2), les *phlegmons péri-utérins* (3), ou la *pelvi-péritonite* (4); et si Gallard, par exemple, décrit avec soin l'*ovarite*, il n'ose point encore en faire une entité morbide indépendante. Pour lui, « l'inflammation de la trompe accompagne presque forcément, dans l'immense majorité des cas, l'inflammation de l'ovaire » et « cette dernière est une complication presque inévitable des phlegmons péri-utérins ou des péritonites partielles du bassin » (5). Le progrès réalisé par Lawson Tait est, on le voit, considérable. L'ablation des annexes, qu'il a le premier tentée, lui a permis de rattacher enfin à des lésions anatomiques bien définies des symptômes jusque-là vagues ou mal interprétés, et, du coup, l'individualité des salpingites, leur fréquence et leur importance en pathologie pelvienne se sont imposées comme autant de vérités démontrées. Depuis, les travaux se sont multipliés, et la bibliographie complète de ces affections demanderait un volume. Les *Traité de gynécologie* de Pozzi (6) et de Labadie-Lagrave et Legueu (7) résument très bien tous les travaux importants qu'elles ont inspirés.

Les lésions inflammatoires des trompes ne sauraient être décrites séparément de celles de l'ovaire. En effet, *salpingites* et *ovarites* se confondent tellement au point de vue clinique, qu'il est impossible, le plus ordinairement, dans une tumeur inflammatoire des annexes, de faire exactement la part de la trompe et celle de l'ovaire. Aussi l'usage a-t-il consacré les termes de *salpingo-ovarites*, de *tubo-ovarites*, d'*oophoro-salpingites* (Pozzi), d'*annexites* (Bouilly), sous lesquels les cliniciens désignent les affections non néoplasiques des annexes. Je ferai de même, et si parfois au cours de ma description le terme de *salpingite* revient seul sous ma plume, il ne faudra point le prendre à son sens propre, mais le regarder comme une abréviation du terme plus exact, sinon plus euphonique, d'*oophoro-salpingite*.

Les salpingites ne sont point des affections homotypiques. Elles peuvent se présenter sous différents aspects qui permettent d'en différencier les modalités cliniques. Toutefois leur classification ne laisse pas que d'être assez délicate. Le problème serait simple si chaque type clinique correspondait à un type anatomo-pathologique issu d'une étiologie toujours la même. Il n'en va malheureusement pas ainsi, et si Pozzi (8), par exemple, a pu réduire, au point de vue des symptômes physiques, les annexites à deux grandes classes, les *salpingites non kystiques* et les *salpingites kystiques*, il est obligé de comprendre sous chacun de ces noms des types tout à fait différents, au triple point de vue clinique, histologique et étiologique. Voici d'ailleurs quelques-unes des classifications les plus autorisées :

(1) LISFRANC, *Clinique de la Fitié*, 1845, t. III, p. 675.

(2) NONAT, *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 97, 410, 429. — VALLEIX, *Union médicale*, 1855, t. IX, p. 285 et 419.

(3) T. GALLARD, *Du phlegmon péri-utérin*. Thèse de Paris, 1855, et *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2^e édit., p. 92.

(4) BERNUTZ et GOUPIL, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1862, t. II, p. 7.

(5) T. GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, p. 99.

(6) S. POZZI, *Traité de gynécologie, clin. et opérat.*, 5^e édition.

(7) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Paris, 1898.

(8) S. POZZI, *Traité de gynécologie*, 5^e édit., p. 654.

CLASSIFICATION DE CORNIL ET TERRILLON (1).
 1° Salpingite catarrhale végétante.
 2° Salpingite purulente (pyosalpingite).
 3° Salpingite hémorragique (hématosalpinx).
 4° Salpingite blennorrhagique.
 5° Salpingite tuberculeuse.

CLASSIFICATION DE S. POZZI
 1° Salpingites non kystiques. { a. Aiguë catarrhale.
 b. Aiguë purulente.
 c. Chronique parenchymateuse. } Variété hypertrophique ou végétante.
 Variété atrophique ou scléreuse.
 2° Salpingites kystiques. { a. Hydrosalpinx,
 b. Hématosalpinx.
 c. Pyosalpinx.

CLASSIFICATION DE LANDAU (2).
 1° Endosalpingite catarrhale aiguë et chronique.
 — purulente et chronique.
 — hyperplastique (végétante).
 — diphthérique.
 2° Salpingite aiguë et chronique.
 — purulente ou disséquante.
 3° Périsalpingite aiguë et chronique.

CLASSIFICATION DE MARTIN ET ORTHMANN (3).
 I. Salpingite catarrhale. { 1° Aiguë. . . Simple ou endosalpingite.
 a. Diffuse ou (α. Pseudo-interstitielle) folliculaire. } Toutes ces formes conduisent aux lésions suivantes: 1° Sactosalpinx (4) séreux; 2° Sactosalpinx hémorragique.
 2° Chronique. { β. Hémorragique.
 b. Isthmique noueuse (Chiari).
 — Chronique végétante (Sawinoff). }
 II. Salpingite purulente. { 1° Aiguë. . . a. Septique. } α. Puerpérale } Ces formes conduisent à la forme suivante: Sactosalpinx purulent.
 2° Chronique. . . b. Gonorrhéique. } β. Non puerpérale }
 Interstitielle disséminée (Zweifel).

Jusqu'à plus ample informé, la division proposée par Pozzi, bien que passible de plus d'une objection, me paraît la plus simple. Mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est que toutes ces classifications ont le grand tort de répondre plutôt à une phase de l'affection qu'à des affections différentes. Bouilly l'a dit avec raison : « L'affection primitive est toujours la même et, suivant la virulence de l'agent infectieux, la nature du terrain, le mode de traitement, elle aboutit à des lésions variées qui ne représentent que des étapes ou des complications de la lésion primitive » (5).

Étiologie. — Les phlegmasies des annexes sont des affections de la vie génitale de la femme. On les rencontre surtout de vingt à trente-cinq ans (Bouilly), mais avec un maximum de fréquence de vingt à vingt-cinq ans. On les observe chez les vierges dont elles compliquent fréquemment les métrites. Le plus souvent la lésion est bilatérale, 120 fois sur 210 cas (P. Delbet) (6), et, quand elle ne frappe qu'un seul côté, c'est plus souvent le côté gauche qui

(1) CORNIL ET TERRILLON, *Arch. de phys.*, 1887, 5^e série, t. X, p. 555.

(2) L. LANDAU, *Ueber Tubensäcke*. *Arch. für Gyn.*, 1891, Bd. XL, p. 1.

(3) A. MARTIN, *Die Krankheiten der Eileiter*. Leipzig, 1895, p. 155.

(4) Sactosalpinx, de σακτος, rempli et σαλπυξ, trompe, signifie *trompe distendue*.

(5) BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 437.

(6) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 57.

est affecté. Sur 196 cas de lésions unilatérales, Martin⁽¹⁾ a relevé 158 lésions du côté gauche.

La cause pour ainsi dire unique des salpingo-ovarites, c'est l'endométrite. La propagation des germes infectieux se fait de l'utérus vers les trompes par continuité de tissus, par voie muqueuse. Cette opinion exclusivement admise par Schröder⁽²⁾ semble rationnelle et suffisante en dehors de l'état puerpéral. Les trompes qui s'ouvrent dans l'utérus, comme les uretères dans la vessie ou le canal cholédoque dans l'intestin, ne s'infectent point autrement que les conduits vecteurs de l'urine ou les voies biliaires, et c'est à cette opinion que s'est ralliée la majorité de la Société de chirurgie⁽³⁾.

J.-L. Championnière⁽⁴⁾ demeure le dernier défenseur de la propagation constante par la voie lymphatique. Il s'appuie sur un argument dont on méconnaît trop la portée. « Sur la trompe, dit-il, même lors des accidents puerpéraux graves, on ne trouve la lésion que du côté du pavillon, mais point vers l'*ostium uterinum*. Nous retrouverons plus tard la même disposition dans la plupart des trompes que j'ai enlevées. J'ai montré que le voisinage de l'utérus était sain, une seule fois j'ai trouvé cette partie dilatée. » A cela les histologistes répondent que les examens microscopiques ont toujours démontré les profondes altérations du segment interne des trompes enflammées. Mais la remarque de Championnière n'est pas moins juste et macroscopiquement elle est irréfutable.

Pozzi⁽⁵⁾, partisan de la théorie muqueuse, admet le rôle des lymphatiques dans un seul cas. « On connaît, dit-il, la fréquence extrême des adhérences unissant le fond de l'utérus aux annexes. Or ces adhérences sont, comme Poirier l'a constaté, presque entièrement composées de lymphatiques mettant en communication le réseau sous-endothélial de l'utérus avec les lymphatiques des annexes. L'inflammation du corps de l'utérus peut suivre cette voie pour se porter sur la trompe et sur l'ovaire, surtout si une nouvelle influence pathologique vient lui donner un coup de fouet. » Certes, cette hypothèse est admissible, mais dans la grande majorité des cas, lorsqu'on trouve les annexes soudées à l'utérus, il est beaucoup plus rationnel de ne voir dans les adhérences inter-utéro-annexielles que la conséquence d'un état pathologique antérieur des annexes.

Si le problème peut être, pour les salpingites, ramené à cette conception simple d'une propagation directe par la muqueuse, il n'en saurait être de même pour les ovarites. L'ovaire, quand il est seul malade, ne peut s'infecter que par son bord adhérent, celui par où pénètrent les troncs lymphatiques ainsi que le prouvent les faits très nets de Bourdon⁽⁶⁾ et de Komerell⁽⁷⁾. Au contraire, quand il existe simultanément des lésions suppurées de l'ovaire et de la trompe, ce qui est la règle, l'infection de l'ovaire se fait directement par la trompe qui lui adhère.

Parmi les causes les plus fréquentes des salpingites, il faut ranger la blen-

(1) MARTIN, cité par Delbet, p. 56.

(2) SCHROEDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*. Trad. franç., 1886.

(3) TRÉLAT, TERRILLON, QUÉNU, ROUTIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1888, p. 862 et suivantes.

(4) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Ibid.*, p. 927.

(5) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 657.

(6) BOURDON, *Revue médicale*, 1841, p. 169.

(7) E. KOMERELL, *Würtz. med. Corresp.*, 1885, n° 28.

norrhagie. Ricord⁽¹⁾, Requin⁽²⁾, Bernutz⁽³⁾ avaient bien entrevu l'importance de ce mode pathogénique auquel les recherches bactériologiques de Nöggerath⁽⁴⁾, de Zweifel⁽⁵⁾, de Rosthorn⁽⁶⁾, de Menge⁽⁷⁾, de Wertheim⁽⁸⁾, de Witte⁽⁹⁾, à l'étranger, de Hartmann et Morax⁽¹⁰⁾, de Reymond⁽¹¹⁾, de Jayle⁽¹²⁾, en France, ont donné une consécration définitive. Si le gonocoque n'a pas été retrouvé dans tous les cas de salpingites nettement blennorrhagiques, quelques bactériologistes, en particulier Wertheim et Menge, ont pu le déceler un assez grand nombre de fois, et tous ces auteurs insistent sur la culpabilité particulière des vieilles blennorrhées. La goutte militaire de l'homme engendre chez la femme la métrite d'emblée et secondairement les lésions des annexes : au contraire, la chaudepisse aiguë produit d'abord la vaginite et ultérieurement des poussées presque simultanées du côté des annexes, du tissu cellulaire et du péritoine pelvien⁽¹³⁾.

L'infection puerpérale, survenant soit à la suite d'un accouchement, soit après un avortement, serait d'après Buhl, E. Martin, Price, Bouilly, une source fréquente de salpingo-ovarites caractérisées par la présence du *staphylocoque* ou du *streptocoque*, voire même du *pneumocoque* (Zweifel, Frommel, Witte, Morax) ; cette opinion va à l'encontre des idées de Saenger, pour qui les neuf dixièmes des salpingites sont d'origine blennorrhagique. Mais au fond ces exagérations ne sont qu'apparences, car il est aujourd'hui démontré que l'infection puerpérale détermine surtout des salpingo-ovarites chez les femmes atteintes déjà d'endométrite blennorrhagique. Il y aurait alors une sorte d'infection mixte puerpéro-blennorrhagique (Pozzi). Il est en effet des cas où le gonocoque et le streptocoque ont été trouvés simultanément dans le pus d'un pyosalpinx⁽¹⁴⁾. Ces infections mixtes, d'après Gerheim⁽¹⁵⁾, seraient la règle, le gonocoque ne servant pour ainsi dire qu'à préparer le terrain aux autres microbes. La salpingite peut encore se développer à la suite de toute manœuvre septique portant sur l'utérus (hystérométrie, toucher intra-utérin, curettage, etc.). Delbet⁽¹⁶⁾ en a relevé 5 cas, et beaucoup n'ont pas été publiés.

La salpingite tuberculeuse peut, dit-on, résulter d'une *hétéro-infection*⁽¹⁷⁾. Mais, chez les vierges, il faut bien admettre une *auto-infection*. Le bacille de

(1) RICORD, *De la blennorrhagie de la femme*. Paris, 1845.

(2) REQUIN, *Éléments de pathologie médicale*, 1846, t. XI, p. 201.

(3) BERNUTZ, *Loc. cit.*

(4) E. NÖGGERATH, *Ueber latente und chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht*. *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 49, p. 1059.

(5) P. ZWEIFEL, *Arch. für Gyn.*, 1891, p. 571.

(6) A. V. ROSTHORN, *Ueber die Folgen der gonorrhischen Infection bei der Frau*. *Prag. med. Woch.*, 1892, n° 2 et 5.

(7) MENGE, *Centr. für Gyn.*, 1890, p. 81 (supplément).

(8) WERTHEIM, *Die ascendirende Gonorrhoe*. *Arch. für Gyn.*, 1892, t. XLI, Heft 1.

(9) WITTE, *Gonokokken und Streptokokken in Pyosalpinxweiter*. *Centr. für Gyn.*, 1892, n° 25, p. 454.

(10) HARTMANN et MORAX, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, t. XLII, p. 1.

(11) REYMOND, *Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites*. Thèse de Paris, 1895, p. 87.

(12) JAYLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 222.

(13) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 658. — P. CHARRIER, *De la péritonite blennorrhagique chez la femme*. Thèse de Paris, 1891.

(14) Witte (*Loc. cit.*) en rapporte un exemple.

(15) GERHEIM, *Ueber Mischinfection bei Gonorrhoe*. *Verhandl. der phys. med. Ges. zu Würzburg*, 1888, Bd. XXI.

(16) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 88.

(17) VERCHÈRE, Thèse de Paris, 1884. — DERVELLE, Thèse de Paris, 1887.