

d'une phase d'hydrosalpinx (Pozzi). Il peut arriver également qu'une hémato-salpingite suppure secondairement; peut-être même beaucoup de pyosalpingites unilatérales ne sont-elles autre chose que des grossesses tubaires anciennes, dont le stade hémorrhagique a passé inaperçu.

Dans certains cas enfin, au lieu de se transformer, le contenu des salpingites kystiques peut se résorber laissant après lui un résidu caséux ou même calcaire (L. Tait).

Les salpingites peuvent présenter au cours de leur évolution différents accidents tels que : l'évacuation, la rupture, la torsion du pédicule. L'évacuation par la cavité utérine ne peut se produire que si l'orifice interne de la trompe est resté perméable. Le fait n'est guère possible qu'en cas de salpingite catarrhale, et, si l'écoulement est constant, il caractérise cette forme particulière dite salpingite *profluente*, dont j'ai parlé plus haut. Mais dans les salpingites kystiques anciennes, l'orifice utérin de la trompe est complètement oblitéré et l'évacuation n'est plus possible que par l'orifice externe. Elle se fait alors en pleine séreuse péritonéale déterminant une péritonite presque toujours limitée, mais qui peut cependant se généraliser.

La rupture résulte moins de l'excès de distension de la trompe que de l'altération d'un point quelconque de ses parois. Aussi se produit-elle surtout au niveau d'adhérences anciennes, d'où sa fréquence dans le rectum auquel adhèrent si souvent les collections tubaires. Par ordre de fréquence viennent ensuite les ruptures dans le péritoine, dans l'épaisseur du ligament large. L'ouverture dans la vessie ou au niveau de la paroi abdominale est exceptionnelle.

La torsion du pédicule a été observée pour la première fois par Bland Sutton⁽¹⁾. On en connaît aujourd'hui 14 observations publiées : Bland Sutton, 1 cas; Delbet⁽²⁾, 1 cas; Strogonoff⁽³⁾, 1 cas; Hartmann⁽⁴⁾, 4 cas; Warneck⁽⁵⁾, 3 cas; Hirst⁽⁶⁾, 1 cas; Pierson⁽⁷⁾, 1 cas; Jacobs⁽⁸⁾, 1 cas; Legueu⁽⁹⁾, 1 cas.

B. *Lésions des ovaires.* — L'ovaire participe presque toujours aux lésions inflammatoires de la trompe, mais les altérations ne sont pas forcément de même nature dans les deux organes. « Il ne faut pas croire que l'ovaire hémato-cystique se rencontre toujours avec un hématosalpinx ou une ovarite suppurée avec un pyosalpinx⁽¹⁰⁾. » Les lésions des ovaires sont plutôt en retard sur celles de la trompe⁽¹¹⁾. Elles peuvent cependant exister seules, et si l'ovaire reste sain dans certains cas de salpingite catarrhale, il se peut réciproquement que des ovarites, même suppurées, évoluent à côté de trompes normales. Paul Petit a proposé, pour l'étude des lésions si variées des ovarites, une classification calquée sur celle de Pozzi pour les salpingites.

⁽¹⁾ BLAND SUTTON, *Surgical diseases of ovaries and Fallopian tubes*. Londres, 1891, p. 526.

⁽²⁾ PIERRE DELBET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 500.

⁽³⁾ STROGONOFF, *Wratch*, 1895, p. 1095.

⁽⁴⁾ HARTMANN et REYMOND, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, t. XLII, p. 172, et 1898, t. L, p. 161.

⁽⁵⁾ WARNECK, *Nouv. Arch. de gyn. et d'obst.*, 1895, p. 82.

⁽⁶⁾ HIRST, *Amer. Journal of obst.*, 1896, t. I, p. 265.

⁽⁷⁾ PIERSON, cité par MALCOLM STORER, *Boston med. and chir. Journal*, 1896, p. 465.

⁽⁸⁾ JACOBS, *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1896, p. 157.

⁽⁹⁾ LEGUEU et CHABRY, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1898, p. 41.

⁽¹⁰⁾ F. IMLACH, *Liverpool med.-chir. Journal*, 1886, p. 192.

⁽¹¹⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 675.

OVARITE NON KYSTIQUE..	} Aiguë.	} corticale. diffuse.
OVARITE KYSTIQUE.	} Kystes séreux.	} par hydropisie folliculaire. par hydropisie interstitielle. des follicules.
	} Kystes purulents. Kystes par ectasie lymphatique.	

Je ne saurais entrer dans l'analyse détaillée de toutes ces formes anatomopathologiques; quelques-unes d'ailleurs (kystes séreux, kystes sanguins et leurs variétés) seront décrites au chapitre *kystes de l'ovaire*. J'insisterai spécialement ici sur la dégénérescence scléro-kystique et sur la transformation purulente de l'ovaire.

L'ovaire, comme la trompe, passe par une phase d'altération aiguë que P. Petit⁽¹⁾ a bien décrite. Au début le parenchyme est sain : seule, la couche corticale s'enflamme au contact de la péri-oophorite. Puis le parenchyme s'infiltré à son tour de cellules embryonnaires et se creuse de nombreux kystes folliculaires à contenu séreux ou sanguinolent. A cette période d'infiltration aiguë succède une transformation purulente caractérisée par de petits abcès miliaires, ou le plus ordinairement une *dégénérescence scléro-kystique*⁽²⁾.

La sclérose peut se limiter à l'écorce de l'organe, entravant ainsi la nutrition des couches sous-jacentes qui se désorganisent peu à peu; ou se localiser par plaques autour des vaisseaux et des follicules. Dans ce processus, l'ovaire double parfois de volume par hypergénèse du tissu fibreux. Peu à peu les follicules sont effacés et détruits, et l'ovaire, par l'exagération de ses sillons normaux, prend un aspect extérieur qui rappelle les circonvolutions cérébrales. Lorsque la sclérose est totale, l'organe est petit, ratatiné et souvent rempli de petits kystes séreux, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Cet état anatomique est connu sous le nom de *dégénérescence scléro-kystique*. Sur de tels ovaires on constate parfois une ectasie lymphatique⁽³⁾ semblable à celle que Pozzi a signalée dans la métrite chronique. A la coupe on trouve des lacunes remplies de lymphes avec quelques corpuscules lymphatiques.

Les petits abcès miliaires qui succèdent à l'ovarite aiguë sont, dans bien des cas, le point de départ d'un grand *abcès de l'ovaire*. En effet, peu à peu le tissu sain qui les sépare s'altère, disparaît, et ces petites cavités se fusionnent jusqu'à constituer un abcès unique. La poche d'une ovarite suppurée est constituée de dedans en dehors « par une couche embryonnaire, une couche fibreuse dense et enfin une couche vasculaire dans laquelle on retrouve plus ou moins modifiés les éléments de l'organe » (Pozzi). Le pus des abcès de

⁽¹⁾ P. PETIT, *Ovarites et kystes de l'ovaire*. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nov. 1888, p. 507.

⁽²⁾ G. CONZETTE, *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes*. Thèse de Paris, 1890.

⁽³⁾ MARY A. DIXON JONES, *Amer. Journal of obst.*, fév. 1888, t. XXI, p. 164.

l'ovaire est généralement épais, crémeux. On y a décelé le streptocoque (1), jamais le gonocoque, bien que, dans certains cas, la blennorrhagie fût avérée. Ce fait semblerait corroborer les idées de Cornil (2) et de Widal (3) qui regardent la muqueuse utérine comme un véritable filtre microbien seulement perméable au streptocoque; il confirme aussi l'opinion généralement admise que l'ovaire s'infecte surtout par les voies lymphatiques. Enfin, dans bien des cas, l'ovaire et la trompe sont confondus en une poche unique, dont le pus présente alors les caractères bactériologiques d'un pyosalpinx pur.

Lésions de voisinage. — Les trompes et les ovaires enflammés déterminent autour d'eux des altérations constantes. Le péritoine pelvien est adhérent, épaissi; il est le siège d'abcès de voisinage, de collections séreuses. Les ligaments larges sont infiltrés, épaissis, parfois dédoublés par les annexes malades. Le rectum, l'intestin grêle, la vessie, le cul-de-sac de Douglas peuvent être le siège de fistules communiquant avec les collections purulentes. Généralement, le pelvis est alors cloisonné de fausses membranes, et c'est avec raison qu'on l'a comparé à une éponge purulente. Je signalerai enfin la coexistence ordinaire de la métrite, la présence possible de fibromes, ou du cancer utérin.

Symptômes. — Il est assez difficile de déterminer chez une femme qui souffre depuis longtemps dans le bas-ventre le moment précis où les annexes ont été envahies par l'inflammation, et les différences individuelles sont, à ce point de vue, très grandes. Cependant, d'une façon schématique, on peut assigner aux accidents de début un mode *aigu* et un mode *insidieux*. Dans le premier cas, soit à la suite d'un avortement ou d'un accouchement normal, soit en pleine blennorrhagie, la malade est prise d'accidents sérieux du côté du péritoine. Il semble que le petit bassin soit envahi par une inflammation qui englobe en masse péritoine, tissu cellulaire et annexes. Puis au bout de deux à trois septenaires en moyenne, les phénomènes aigus rétrocedent et l'exploration permet de déceler des lésions tubo-ovariennes constituées. Plus souvent peut-être, c'est insidieusement que la tubo-ovarite s'installe. Les douleurs tantôt unilatérales, tantôt bilatérales d'emblée, les troubles de la menstruation, en un mot tous les symptômes qui constitueront plus tard le cortège de la salpingite avérée, se montrent successivement, d'abord intermittents, à longs intervalles, puis bientôt continus. Entre ces deux modes de début lent et insidieux, il est, on le conçoit, de nombreux intermédiaires. Toutefois, les malades atteintes d'une affection inflammatoire des ovaires et des trompes présentent un certain nombre de symptômes qui, pour n'être pas pathognomoniques, n'en sont pas moins très significatifs. L'ensemble de ces symptômes a reçu de Pozzi (4) le nom de *syndrome utérin*. On le retrouve dans toutes les affections inflammatoires de l'appareil génital interne de la femme, avec certaines modifications relevant du siège de la lésion.

La douleur est d'habitude le symptôme dominant. Elle a son siège très

(1) F. VEIT, *Soc. obst. et gynécol. de Berlin*, 15 déc. 1889; *Centr. für Gyn.*, 1890, p. 66. — P. SCHOEFFER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XX, Heft II, p. 281.
 (2) CORNIL, *Fièvre puerpérale et métrite puerpérale. Journal des conn. méd.*, 1889, p. 405.
 (3) F. VIDAL, Thèse de Paris, 1889, p. 25.
 (4) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3^e édit.; p. 199.

précis au niveau des annexes et les malades la localisent avec la plus grande netteté. Presque toujours bilatérale, cette douleur est généralement prédominante d'un côté, le *gauche* le plus souvent. Elle revêt les caractères les plus divers, tantôt violente, aiguë, lancinante, tantôt sourde et réduite à une simple sensation de gêne ou de pesanteur. Quelle qu'elle soit, elle s'atténue par le repos, la position couchée, et s'exaspère au contraire par la marche, la fatigue, le coït. La *menstruation* surtout modifie la physionomie de la douleur, mais d'une façon variable. Tantôt durant les deux ou trois jours qui précèdent les règles, la souffrance prend un caractère d'acuité extrême auquel succède un véritable bien-être dès que l'écoulement sanguin apparaît; tantôt elle revêt ce degré de violence pendant toute la période menstruelle; plus rarement enfin, elle s'exaspère quand la menstruation finit. Chez quelques femmes le coït est intolérable; les auteurs anglais et américains ont donné à cet état le nom de *dyspareunie*. Outre cette douleur locale, il existe fréquemment des irradiations très pénibles vers les cuisses, les lombes ou la région sacrée, notamment au voisinage de la partie supérieure et un peu interne des articulations sacro-iliaques (Bouilly) (1).

La *menstruation* est presque toujours troublée. L'aménorrhée est rare; en revanche, les pertes de sang revêtent un caractère de fréquence et d'abondance tout particulier. Les règles reviennent tous les quinze ou vingt jours et durent parfois jusqu'à huit jours, laissant les malades très affaiblies. Dans l'intervalle des métrorrhagies, il existe un écoulement purulent ou mucopurulent dont l'intensité varie avec la gravité de la métrite concomitante. Cependant cet écoulement leucorrhéique peut, dans certains cas, s'accompagner de douleurs toutes particulières. Les malades les comparent à des *coliques*; elles en ont, en effet, l'intermittence, l'acuité passagère et elles disparaissent après l'évacuation d'une certaine quantité de liquide séreux ou séro-purulent par l'utérus. Ce phénomène a été décrit par Kaltenbach (2) sous le nom de *coliques salpingiennes*. Il a son point de départ et son maximum de violence au niveau des annexes, il s'accompagne d'une hyperesthésie extrême de cette région pendant l'accès, mais il est exagéré de croire qu'il coïncide toujours avec l'évacuation d'un kyste tubaire. Je ne nie pas que certains hydrosalpinx ne puissent ainsi se vider dans la cavité utérine, et j'admets l'*Hydrops tubæ profluens* de Froriep (3). Mais dans le cas de pyosalpingite, je ne crois pas, comme le pensent Kaltenbach, Veit (4) et Montprofit (5), que l'hypertrophie musculaire des parois tubaires soit suffisante pour vaincre la résistance de l'orifice interne de la trompe presque toujours oblitéré. Je serais plutôt porté à admettre avec Pozzi (6), Terrillon (7), Bouilly (8), que l'utérus est le point de départ de ces écoulements qu'on observe d'ailleurs, dans certaines métrites, en dehors de toute complication du côté des annexes. Ces réserves posées, je dois dire qu'il existe des obser-

(1) E. MORDRET, *Étude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites*. Thèse de Paris, 1891, p. 40.

(2) KALTENBACH, *Centr. für Gyn.*, 1885, n° 45.

(3) FRORIEP, *Loc. cit.*

(4) VEIT, *Soc. obst. de Berlin*, 10 déc. 1886.

(5) MONPROFIT, *Loc. cit.*, p. 61.

(6) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 722.

(7) O. TERRILLON, *Salpingites et ovarites*. Paris, 1891, p. 59.

(8) BOUILLY, cité par Mordret, *Loc. cit.*, p. 49.