

Employés de préférence en Angleterre et aux Etats-Unis, ils indiquent :
Périmérite. — L'inflammation du péritoine pelvien.
Paramérite. — L'inflammation du tissu cellulaire pelvien.
 Leur étymologie ne saurait d'ailleurs justifier cette distinction que l'usage seul a consacrée.

Nous allons successivement étudier :
 L'anatomie pathologique de ces inflammations en rappelant les éléments de l'anatomie normale qui en sont la base, et en exposant les symptômes dépendant de chaque lésion :
 Leur pathogénie et étiologie avec l'allure clinique imprimée par chaque cause ;
 Enfin leur diagnostic souvent délicat, qui nous conduira au traitement.

I

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE
SYMPTOMATOLOGIE

UTÉRUS

L'utérus est la portion du canal génital intermédiaire entre les trompes et le vagin.

La trompe le relie à l'ovaire et amène dans sa cavité l'ovule fécondé, qui doit s'y développer jusqu'au terme normal de la grossesse.

Le vagin sert de trait d'union avec l'extérieur, permettant l'apport des spermatozoïdes fécondants et donnant passage au fœtus au moment de l'accouchement.

L'utérus est une sorte de poire musculaire divisée en trois parties : le *corps*, le *col* et l'*isthme* qui les réunit l'un à l'autre.

Dimensions : longueur totale extérieure, 6 centimètres.

Dans l'enfance les dimensions du col l'emportent sur celles du corps, c'est le contraire chez la multipare adulte.

Poids : 40 grammes.

La surface externe est recouverte (fig. 212), dans la plus grande partie de son étendue, par le péritoine, qui lui est particulièrement adhérent sur la ligne médiane.

Latéralement, surface d'insertion des ligaments larges.

Inférieurement, portion intra-vaginale, accessible au doigt et à la vue par l'intermédiaire de ce canal.

En avant et en bas, petite région au contact de la vessie.

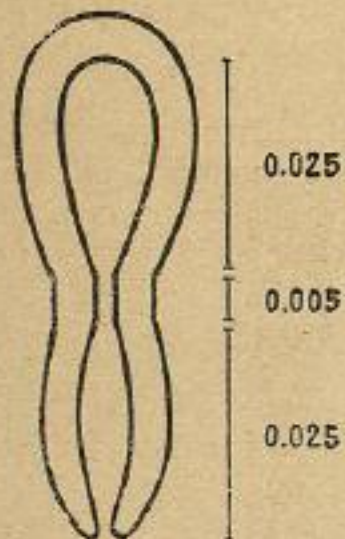


Fig. 211. — Dimensions des diverses parties de l'utérus.

Les rapports du col en avant et en arrière sont schématisés par la figure 213.

L'utérus est percé d'une cavité qui en occupe le centre, et qui est tapissée d'une muqueuse continue en haut avec celle des trompes, en bas avec celle du vagin.

La cavité utérine se subdivise en trois régions, celle du corps, celle du col, reliées l'une à l'autre par le défilé de l'isthme (fig. 214).

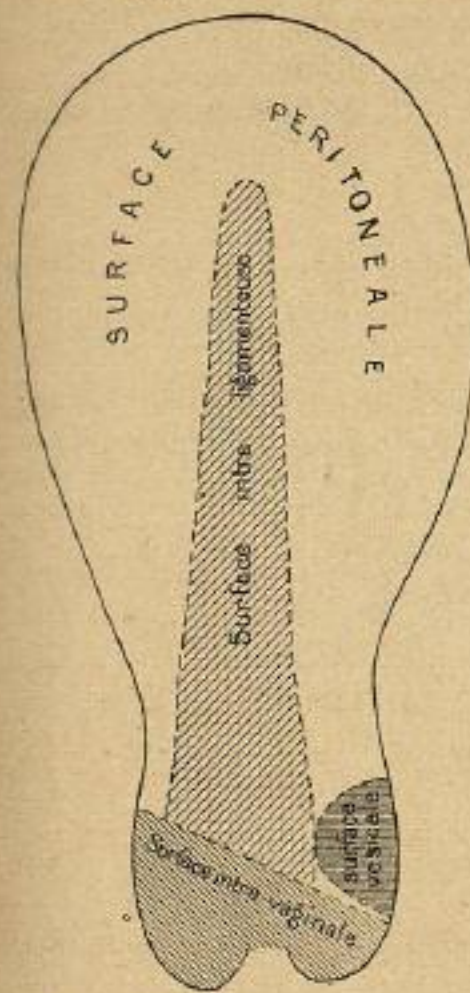


Fig. 212. — Topographie utérine.

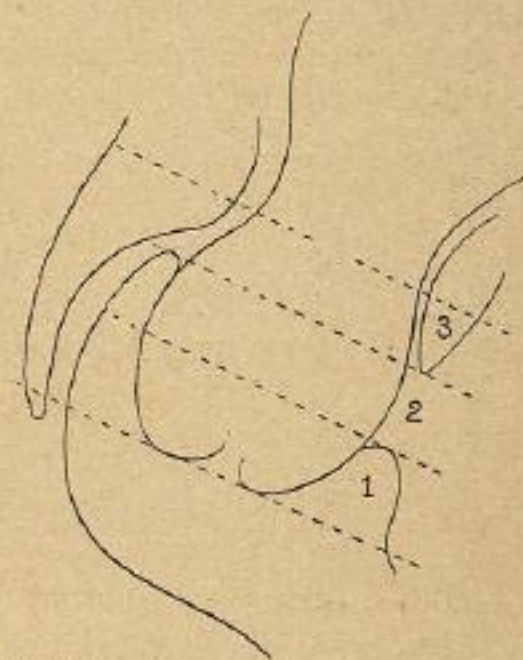


Fig. 213. — Rapports du col. (Schroeder.)

La paroi de l'utérus, recouverte dans la cavité par la muqueuse et à la périphérie dans la plus grande partie de son étendue, par la séreuse, est composée de fibres musculaires lisses ; l'épaisseur de cette paroi est d'un centimètre environ.

La muqueuse utérine présente une épaisseur de 2 à 3 millimètres, augmentant légèrement au moment de la menstruation.

Elle est rose dans la cavité du corps, blanche dans celle du col et redevient rose à l'orifice externe, où elle se continue avec la muqueuse du vagin.

La structure diffère suivant la région utérine :

Corps (fig. 215) : Epithélium cylindrique avec cils vibratiles, glandes en tube, simples pour la plupart, quelques-unes ramifiées — sécrétion d'un mucus très peu abondant, alcalin, transparent et légèrement visqueux.

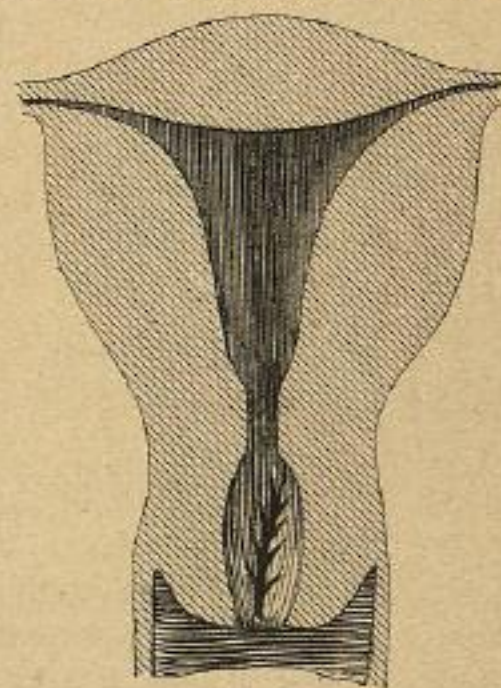


Fig. 214. — Configuration de la cavité utérine.

Isthme : même structure que le corps.

Col (fig. 216) : Epithélium caliciforme sans cils vibratiles; sur la saillie des arbres de vie l'épithélium redevient cylindrique et muni de cils vibratiles; glandes en grappe avec épithélium caliciforme, sécrétion d'un mucus assez abondant, alcalin, transparent, fortement visqueux, adhérent à la paroi cer-

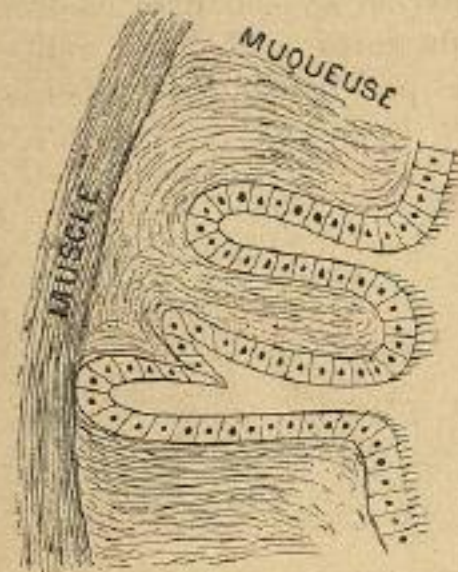


Fig. 215.
Muqueuse du corps de l'utérus.

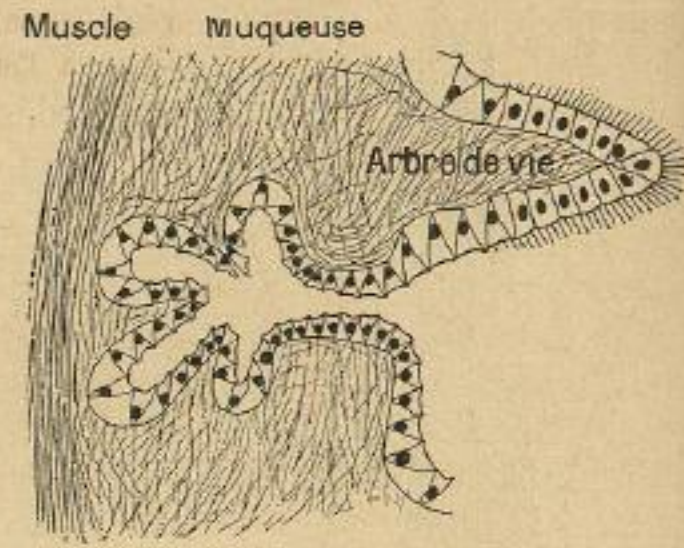


Fig. 216.
Muqueuse du col de l'utérus

vicale, dont il est difficile de le détacher. Ce mucus obstrue en quelque sorte l'entrée de la cavité utérine; il est le *conciierge* de l'utérus, et isole la cavité du corps de celle du vagin. Son alcalinité est propice à la vie des spermatozoïdes, et rend la cavité cervicale hospitalière à l'élément fécondant masculin.

Surface vaginale du col : A l'orifice externe les caractères de la muqueuse changent brusquement, les glandes disparaissent, l'épithélium de cylindrique devient pavimenteux stratifié, et abrite des papilles assez volumineuses; en somme, la structure s'identifie avec celle de la muqueuse vaginale (fig. 217).

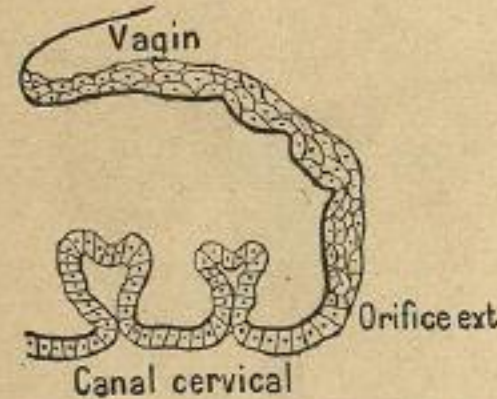


Fig. 217. — Coupe du col utérin.

Qu'un microbe pathogène soit inoculé à la surface muqueuse de l'utérus, le plus souvent à l'entrée de la cavité cervicale et on va assister au développement de l'endométrite, qui plus tard aboutira à la métrite.

L'inflammation, d'abord limitée à la surface de la muqueuse, va pénétrer dans les glandes qui deviennent autant de repaires microbiens, et de là se propager au stroma de la muqueuse.

De la muqueuse elle s'étendra ultérieurement par la voie lymphatique au muscle utérin; à ce moment l'endométrite se complique de myométrite.

La muqueuse, sous l'influence du processus inflammatoire, se boursoufle, s'hypertrophie et, trop volumineuse pour être contenue dans la cavité cervi-

cale, elle fait hernie à travers l'orifice externe qui s'ouvre et se dilate pour la laisser passer.

Ainsi se constitue l'*ectropion de la muqueuse cervicale*, dont le mode de formation est expliqué par les figures 218 à 221.

Si on fait une coupe parallèle à l'axe de l'utérus sur le col en ectropion, on trouve, ainsi que l'a indiqué *Doleris*¹, l'aspect suivant, représenté par la figure 222.

On voit sur cette figure en allant de gauche à droite :

Deux glandes intra-cervicales enflammées;

Une glande au niveau de la muqueuse en ectropion, dont l'origine est enfouie au milieu d'épithélium pavimenteux. C'est l'épithélium de la surface vaginale du col qui, par envahissement concentrique, est venu couvrir la surface de l'ectropion baignant dans le vagin.

Une autre glande de la muqueuse cervicale en ectropion, dont l'orifice a été absolument comblé par l'épithélium pavimenteux, de telle sorte qu'elle est transformée en une cavité kystique.

Ce petit kyste contient un liquide mucopurulent, il varie comme grosseur d'une tête d'épingle à une lentille; on l'a encore désigné sous le nom d'*œuf de Naboth*.

Des petits kystes analogues sont très fréquents dans l'endométrite cervicale, ils donnent au doigt qui pratique le toucher la sensation d'une série de noyaux minuscules enveloppés dans une gangue de tissu mou.

L'orifice externe est, comme on le voit dans la figure 222, très éloigné de sa situation normale.

Quand on examine les planches coloriées X et XI, on se rend compte des aspects variés que peut prendre l'ectropion inflammatoire.

La figure 1 de la planche X, mise ici par comparaison, appartient à une autre maladie, à l'inflammation de la surface vaginale du col, c'est de la *vaginite du col*, et non de l'endométrite avec ectropion comme les figures suivantes. Elle fait partie de la description de la vaginite et non de celle de l'endométrite.

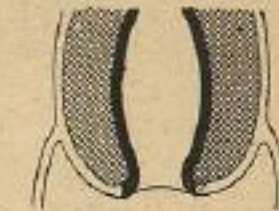


Fig. 218. — Col normal.



Fig. 219. — Ectropion léger.

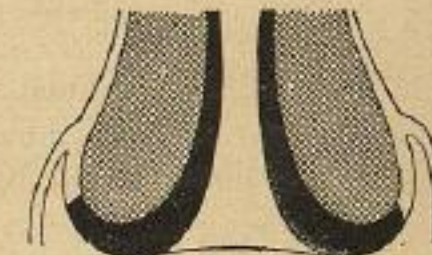


Fig. 220. — Ectropion moyen.

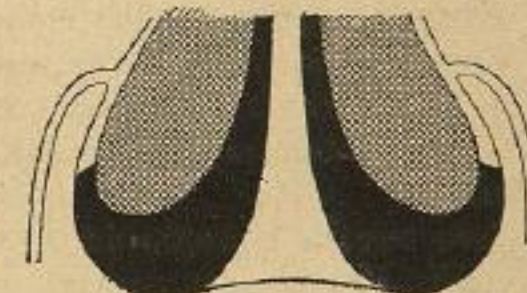


Fig. 221. — Ectropion accentué.

¹ *Nouvelles arch. d'obstétrique*, 1889, p. 461.

La différence d'aspect de ces divers cols provient de traumatismes antérieurs dépendant la plupart de l'accouchement, du volume de l'ectropion,

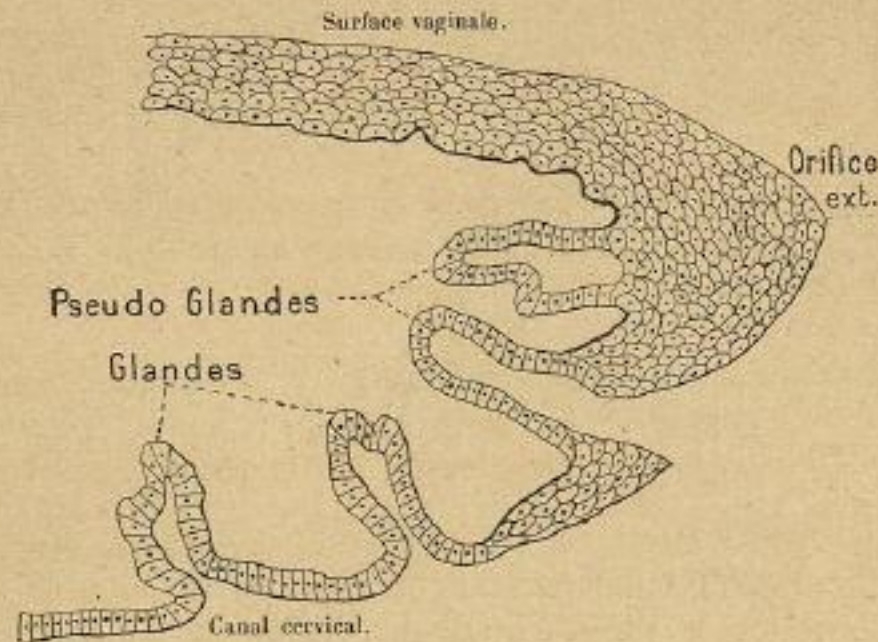


Fig. 222. — Col enflammé en ectropion.
(Comparer avec la figure 217 où le col est normal.)

de son étendue, de l'abondance des kystes glandulaires qui, dans la dernière figure, par exemple, donnent presque un aspect végétant à la lésion. Toutes ces lésions étaient englobées autrefois sous le nom générique d'

Ulcérations du col.

Mais par ce qui a été dit à propos de la description histologique qui nous a montré au contraire à leur surface une épaisse couche d'épithélium, on s'aperçoit que c'est une *fausse*, une *pseudo-ulcération*.

L'aspect macroscopique a induit en erreur, ainsi que l'a prouvé le microscope.

Nous verrons à propos du diagnostic qu'il existe des *ulcérations du col* (syphilis, chancre mou, cancer), mais elles diffèrent comme nature du processus inflammatoire que nous étudions actuellement.

Dans quelques cas relativement rares, l'orifice externe, en quelque sorte sténosé, demeure fermé empêchant l'ectropion de la muqueuse; l'endométrite reste alors intra-cervicale, et le spéculum ne peut révéler les lésions à l'œil explorateur.

Le processus inflammatoire ne reste pas limité à la muqueuse cervicale, mais rampant de la superficie vers la profondeur, il envahit bientôt tout le revêtement utérin.

Toute la muqueuse boursoufflée, hyperplasiée, hypertrophiée, comble et distend le muscle utérin, d'où l'augmentation de volume de l'organe en entier, même en l'absence de myométrite, qui ne tarde pas, il est vrai, à survenir si le processus n'est pas arrêté dans sa marche envahissante.

La muqueuse malade donne lieu à un écoulement tantôt muco-purulent, tantôt sanguin, vulgairement désigné sous le nom :

De pertes blanches;
De pertes rouges.

Les *pertes blanches* sont tantôt blanchâtres, tantôt jaunâtres, tantôt jaune verdâtre.

La coloration dépend de la proportion du mucus et du pus.

La faible abondance de pus se traduit par la coloration blanchâtre, et à mesure que les globules purulents augmentent de quantité, le liquide devient jaune, puis verdâtre.

Gluance analogue à celle du blanc de l'œuf, c'est la consistance normale du mucus utérin et en particulier du mucus cervical.

La gluance diminue proportionnellement à l'abondance du pus.

Les *pertes rouges*, sang plus ou moins mélangé à l'écoulement muco-purulent, se traduisent tantôt par une plus grande abondance des règles, tantôt par de véritables hémorragies intermenstruelles.

La muqueuse en ectropion saigne assez difficilement au contact du doigt

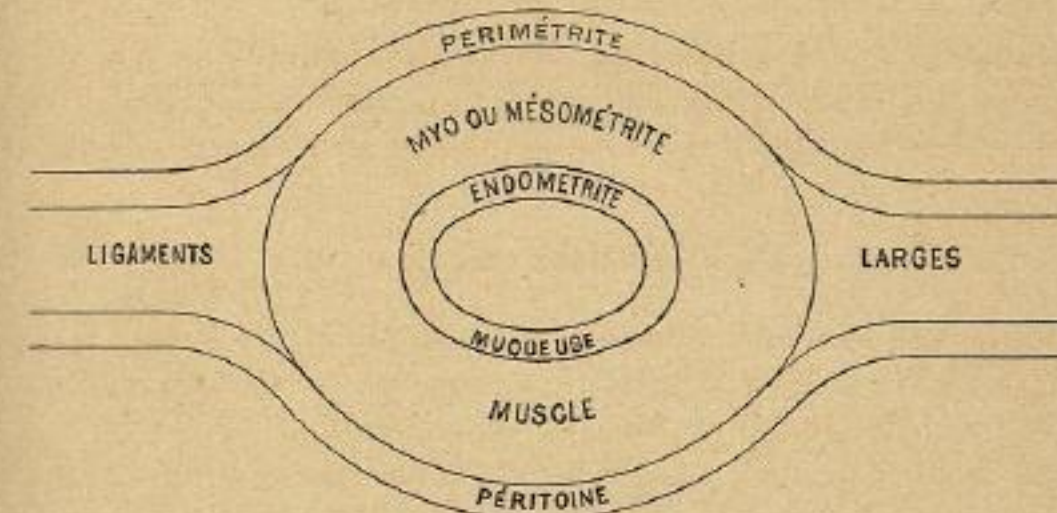


Fig. 223. — Schéma de l'inflammation utérine.

explorateur, élément diagnostique important avec le cancer, où on observe, au contraire, l'hémorragie facile.

Par contre, l'introduction de l'hystéromètre dans la cavité utérine provoque le plus souvent une hémorragie, mais d'habitude légère.

Aux lésions de la muqueuse, ne tardent pas à succéder celles du muscle utérin, désignées sous le nom de myométrite, mésométrite, métrite parenchymateuse ou interstitielle (fig. 223).

Dans une première période, on n'observe que de la congestion augmentant notablement le volume de l'organe, qui atteint quelquefois jusqu'à la grosseur du poing.

Puis il y a infiltration d'éléments embryonnaires, localisés surtout au pourtour des vaisseaux; ces éléments embryonnaires se transforment après

un temps variable en éléments fibreux, emprisonnant, étouffant le muscle utérin, et amenant la sclérose de l'organe, dernière phase de la métrite.

Le processus est le plus souvent étendu à tout le muscle utérin, avec prédominance, tantôt au niveau du corps, tantôt au niveau du col.

Il est exceptionnel qu'il soit localisé en une région de l'utérus à l'exclusion de l'autre.

En résumé, le processus marche d'habitude de la façon suivante : début par la muqueuse cervicale, envahissement de la muqueuse corporelle, puis atteinte du muscle utérin; par la suite l'inflammation gagne le tissu péri-phérique.

Mais avant d'étudier cette inflammation périutérine, voyons les *symptômes de la métrite*.

On a essayé, pour jeter quelque lumière sur cette question complexe, de distinguer plusieurs variétés de métrites, les voici résumées sous forme de tableau :

I. — *Métrites non kystiques :*

a. *Muqueuses :*

- 1° Catarrale Hydrométrite.
- 2° Hémorragique Hématométrite.
- 3° Purulente Pyométrite.

b. *Parenchymateuse ou interstitielle.*

II. — *Métrites kystiques :*

- 1° Hydrométrie;
- 2° Hématométrie;
- 3° Pyométrie.

Les métrites kystiques seront étudiées à propos des tumeurs génitales; je les élimine ici.

Quant aux variétés de métrites non kystiques, celles qu'on désigne communément sous le nom générique de métrites, les divisions qu'on a essayées de leur imposer reposent sur la prédominance d'un symptôme ou d'une lésion, et ne méritent pas d'être conservées.

La métrite est une, avec des variantes.

Voici l'ordre dans lequel nous étudierons les *symptômes :*

Interrogatoire :

Douleurs	1
Pertes	2
Phénomènes généraux et sympathiques	3

Examen direct :

Exploration digitale	4
Exploration instrumentale	5
Marche et terminaisons	6

1° La douleur est faible, parfois nulle quand la muqueuse est seule prise, mais elle s'accroît aussitôt que le muscle est atteint.

Ceinture douloureuse partant en arrière des régions lombaires et sacrées (*douleurs de reins*) passant par les flancs et aboutissant à l'hypogastre.

Irradiations fréquentes sur le trajet du crural (douleurs dans les aines, à la

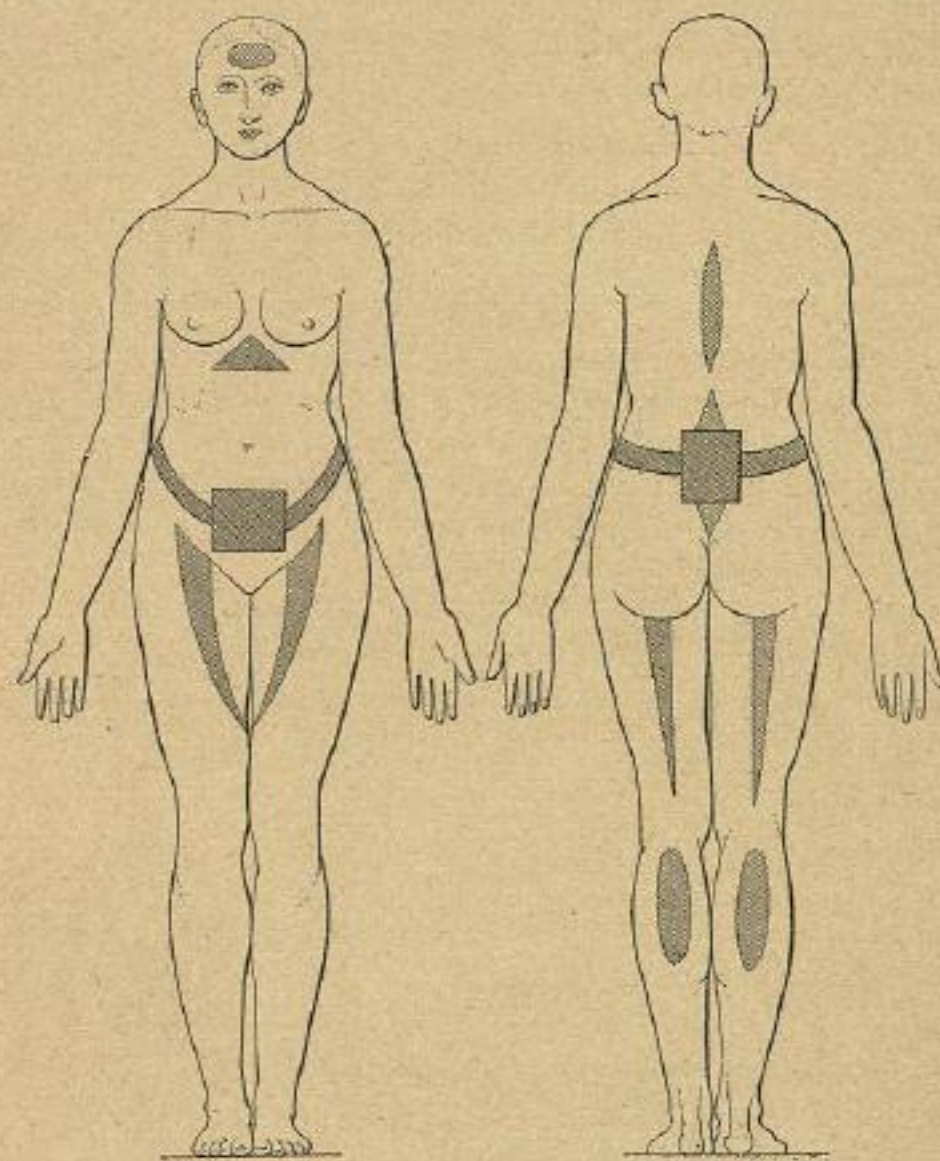


Fig. 224.

Face antérieure du corps.

Fig. 225.

Face postérieure du corps.

Zones douloureuses dans la métrite.

face antérieure des cuisses) et sur celui du sciatique (douleurs sur le trajet de ce nerf).

La *coccygodynie* ou douleur limitée au coccyx, qui peut dépendre d'une lésion même de cet os ou d'une maladie du voisinage, est une compagne assez fréquente des métrites anciennes.

Gastralgies, névralgie intercostale, palpitations, céphalalgie, névralgies diverses.

Les deux figures ci-jointes 224 et 225 sont destinées à montrer schématiquement la topographie la plus habituelle de la douleur dans la métrite.

2° Les pertes ont déjà été mentionnées : tantôt muco-purulentes, tantôt sanguines.

Il ne faut pas omettre d'interroger les femmes sur les pertes blanches, qui constituent parfois l'unique symptôme révélateur d'une endométrite légère.

Toute femme, qui perd par la vulve du muco-pus, a les organes génitaux malades; si ce muco-pus est visqueux, l'origine utérine est à peu près certaine, il y a de la métrite; l'examen direct complètera le diagnostic.

Parfois l'écoulement est tellement faible qu'il passe inaperçu pour certaines malades inattentives.

Aussi de ce qu'une femme dit qu'elle n'a pas de leucorrhée, il ne faut pas conclure à l'absence de métrite, bien que métrite et leucorrhée soient inséparables, mais il faut chercher cette leucorrhée, la dénicher.

C'est dans ce but que *Schultze* a préconisé ce qu'il a appelé le « *probe-tampon* ». Faites un nettoyage sérieux du vagin, appliquez sur le col un tampon de coton hydrophile, laissez-le vingt-quatre heures en place, quand vous le retirerez, s'il existe de la métrite, vous le verrez, dans la portion qui était au contact du col, imbibé de muco-pus, c'est la signature de l'endométrite.

Du moment où la muqueuse utérine sécrète du muco-pus, c'est qu'elle est malade.

Les hémorragies génitales sont tantôt de faible importance, tantôt au contraire constituent le phénomène dominant parfois unique.

On voit aussi de temps en temps des femmes atteintes d'endométrite qui viennent réclamer le secours médical uniquement parce que, suivant leur expression, « elles sont constamment dans le sang ».

Avec un curage utérin, tout rentre dans l'ordre.

3° Les phénomènes sympathiques sont nombreux dans la métrite, et on les devine sans peine, quand on pense à l'importance de l'utérus dans l'organisme féminin.

Ce sont d'abord les deux organes voisins, la vessie et le rectum, qui ont souvent à souffrir de la maladie utérine.

Ténésme vésical pouvant aller jusqu'à une véritable cystite.

Du côté du rectum, ténésme ou constipation.

Les malades de l'utérus digèrent mal, elles ont du tympanisme abdominal; la langueur des fonctions digestives conduit à l'abattement et à l'amaigrissement.

Parfois la respiration se fait avec une certaine peine, la malade sent de l'oppression qui, jointe aux palpitations, fait croire à une maladie de cœur.

On a signalé une toux réflexe d'origine utérine, guérissant avec l'utérus.

La métrite enfin, comme toute affection génitale, retentit avec intensité sur le système nerveux et chez les femmes prédisposées amène l'essor des manifestations hystériques les plus diverses.

L'hystérie est une déséquilibration du système nerveux qui peut se produire spontanément, qui existe congénitalement chez certains sujets, mais que les maladies du système génital, et la métrite en particulier, facilitent et exagèrent.

Ces phénomènes nerveux se traduisent parfois dans les cas anciens par un anéantissement de la volonté, un découragement insurmontable, un véritable dégoût de la vie.

4° L'exploration digitale consiste dans le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale, qui en constitue le compagnon indispensable.

L'utérus est :

Gros, corps et col;

Sensible;

Souvent dévié; la déviation est une complication accompagnant, entretenant et aggravant la métrite. Toutes les déviations peuvent coexister, elles seront étudiées dans un chapitre distinct, indépendamment de la métrite.

L'utérus est mobile à moins de complication périutérine, mais cette mobilité est diminuée par le fait même de l'augmentation de volume.

5° Au spéculum, on aperçoit le col malade tel qu'il a été décrit précédemment.

L'hystéromètre révèle une augmentation de la cavité utérine qui mesure 7, 8, 9 ou 10 centimètres; mais il faut autant que possible éviter l'emploi de cet instrument; car, dans la pluralité des cas, il est inutile au diagnostic, et son emploi même doux et aseptique, expose à des accidents hémorragiques et septicémiques.

6° La marche de la métrite varie beaucoup avec la cause et le traitement; il nous suffira de tracer la différence, suivant que la forme est aiguë ou chronique.

Aiguë. — La douleur est vive et rappelle celle de la péritonite, avec vomissements, fièvre.

L'utérus est gros et très douloureux.

Tout l'organe a été rapidement envahi par l'élément microbien.

Elle s'observe le plus souvent pendant le post-partum.

Après deux ou trois semaines, les symptômes aigus se calment et la forme chronique se constitue.

Chronique. — La maladie évolue lentement; le muscle est pris après la muqueuse, le plus souvent avec quelque complication périutérine.

L'utérus se sclérose et les lésions restent stationnaires, ainsi que les symptômes qui en dépendent avec quelques variations et intermittences insignifiantes.

Dans tous ces cas la stérilité est la règle, cependant dans les formes légères on voit parfois la conception survenir, mais l'avortement est habituel; il est dû aux obstacles mêmes que trouve l'œuf à se développer dans l'utérus pathologique.

Il existe encore une endométrite, qui ne surviendrait qu'avec la conception atteignant par conséquent les caduques, et amenant comme la métrite ordinaire soit l'avortement, soit des adhérences entre l'œuf et la paroi utérine,

quise traduiront par la rétention partielle ou totale des annexes ovulaires au moment de l'accouchement.

Cette *endométrite gravidique* ne doit pas être confondue avec celle qui survient pendant le post-partum et qui sera étudiée ultérieurement.

TROMPES ET OVAIRES

La **trompe** est le canal long de 12 centimètres qui mène de l'ovaire à la cavité utérine (fig. 227).

L'ouverture dans l'utérus est *ponctiforme* et ne mesure qu'un millimètre

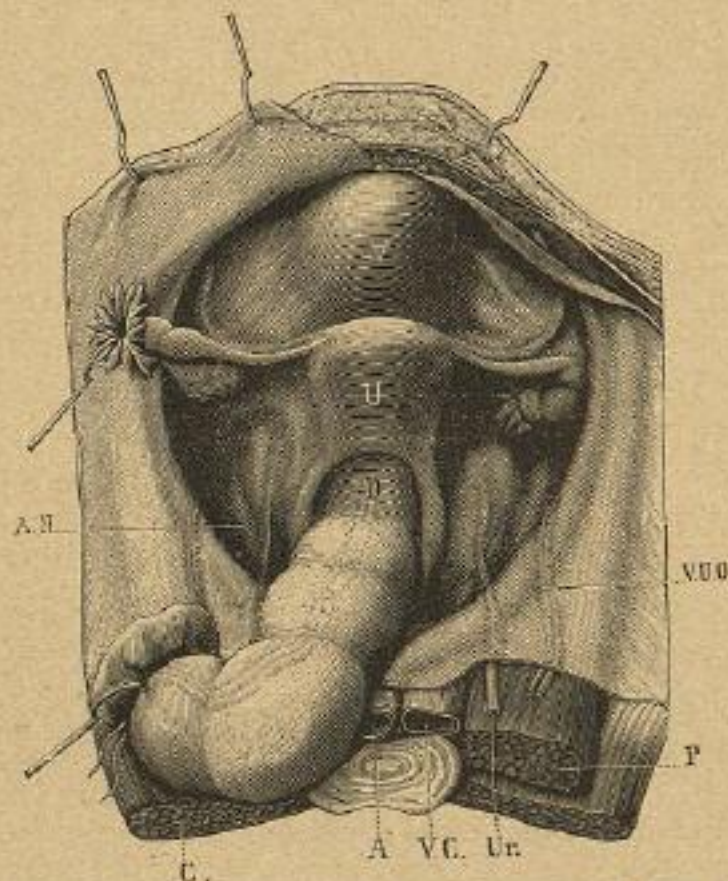


Fig. 226. — Organes du petit bassin vus par l'abdomen.

A, aorte. — V, C, veine-cave. — Ur, urètre. — V, U, O, vaisseaux utéro-ovariens. — A. H., arête hypogastrique. — V, vessie. — D, cul-de-sac de Douglas limité en avant par l'utérus, U, sur les côtés par les ligaments utéro-sacrés et en arrière par le rectum R. — F, muscles psoas. — C, D, carré des lombes. Du côté droit, on aperçoit le ligament rond traversant le canal inguinal, et ses 2 branches de terminaison. Du côté gauche, la trompe a été attirée en dehors du petit bassin pour montrer la situation physiologique de l'ovaire.

de diamètre; l'élargissement est progressif jusqu'au niveau du pavillon dont le diamètre est de 2 centimètres environ.

La trompe constitue donc une sorte de réservoir mobile et capricieux, qui doit saisir l'ovule à la sortie de l'ovaire pour le conduire jusqu'à l'utérus un peu comme l'épervier lancé par le pêcheur saisit le poisson.

Une coupe de la trompe perpendiculaire à son axe (fig. 228) montre qu'elle se compose de trois couches :

Une périphérique *séreuse*, incomplète puisqu'elle manque en bas vers le ligament large.

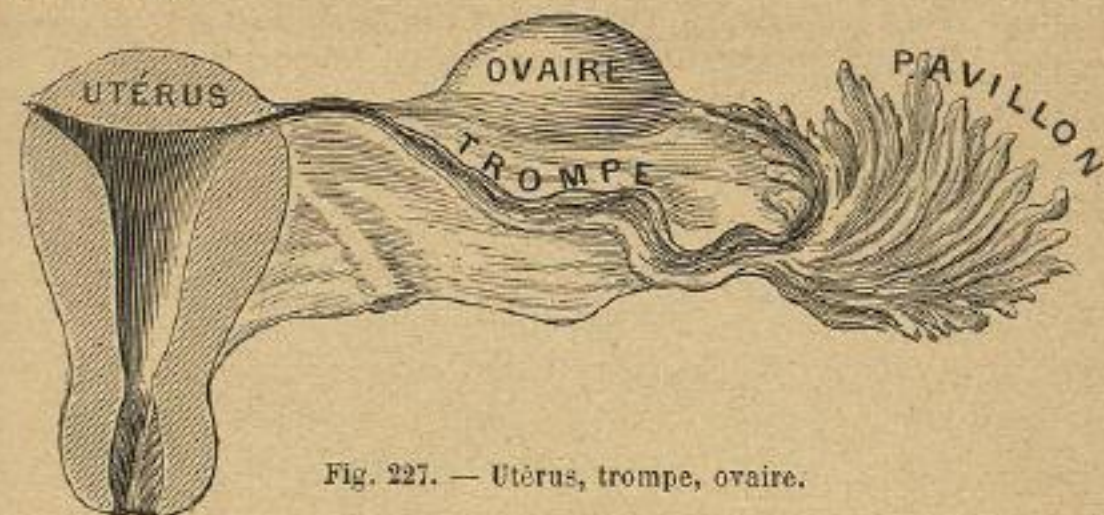
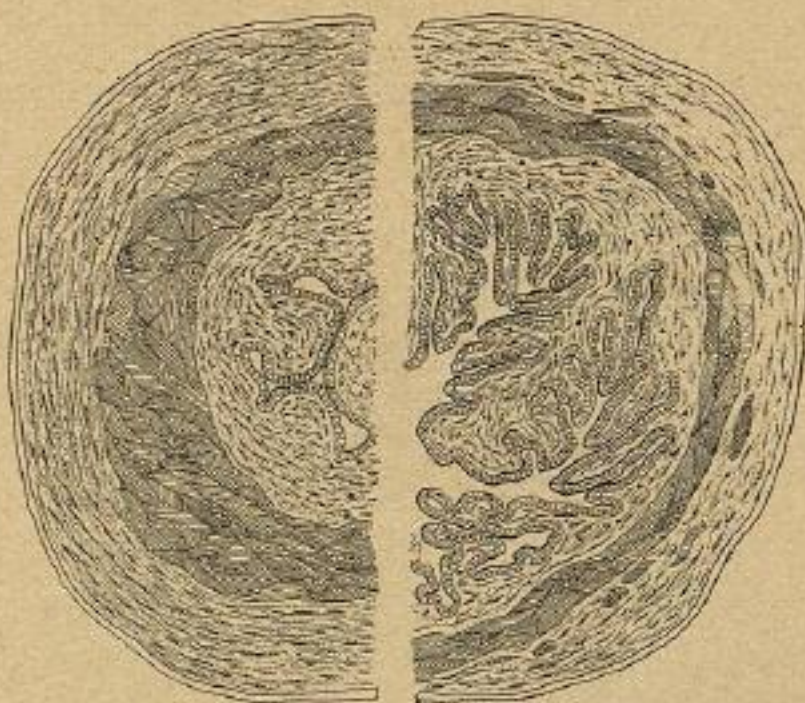


Fig. 227. — Utérus, trompe, ovaire.

Une moyenne *musculaire* (fibres lisses) longitudinale superficiellement, circulaire vers la muqueuse. Les fibres longitudinales sont en continuation directe avec celles de l'utérus.

Une interne *muqueuse*. L'épithélium est cylindrique à cils vibratiles¹, analogue à celui de la cavité du corps utérin; au bord libre du pavillon il se



a, partie interne ou voisine de l'utérus.

b, partie externe ou voisine du pavillon.

Fig. 228. — Trompe (d'après Wyder).

continue directement avec l'endothélium péritonéal. La muqueuse forme des replis nombreux, suivant la direction de la trompe et s'accroissant de plus en plus, à mesure qu'on s'approche du pavillon où, ils se continuent directement avec les franges terminales.

¹ Les cils vibratiles ont été omis dans la figure 228.

L'ovaire, pesant 8 grammes et mesurant 4 centimètres dans sa plus grande dimension, a la forme d'une amande, fixée par son bord inférieur à l'aillon postérieur du ligament large (fig. 227).

Il est relié à l'utérus par le ligament de l'ovaire et à la trompe par le ligament de la trompe.

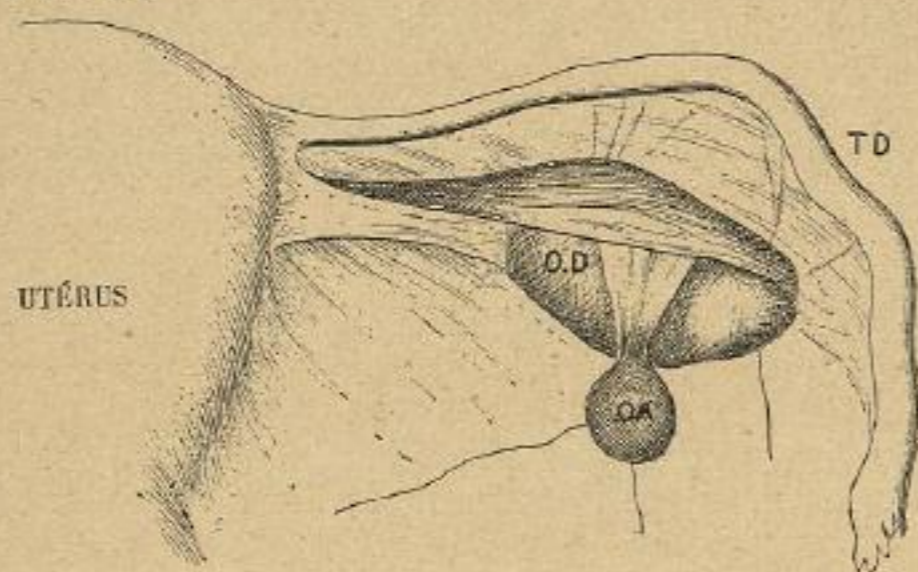


Fig. 228. — O.D, ovaire droit. — T.D, trompe droite. — Ovaire accessoire (O.A.). (Beigel.)

A côté de l'ovaire principal se trouvent parfois des ovaires accessoires (fig. 229), qui expliquent la possibilité de la fécondation après la castration double, complète en apparence.



Fig. 230. — Coupe d'un fragment de l'ovaire.

A la coupe, l'ovaire se compose de deux couches absolument distinctes comme *structure*, mais dont les limites ne sont pas toujours très nettes. La *portion centrale ou bulbeuse*, formant la charpente de l'organe, est cons-

tituée des fibres musculaires lisses, du tissu conjonctif, des vaisseaux et nerfs.

La *portion périphérique* ou ovigène (fig. 230) mesure un millimètre d'épaisseur, elle est formée par l'accumulation des vésicules de de Graaf, dont chacune contient un ovule (fig. 231).

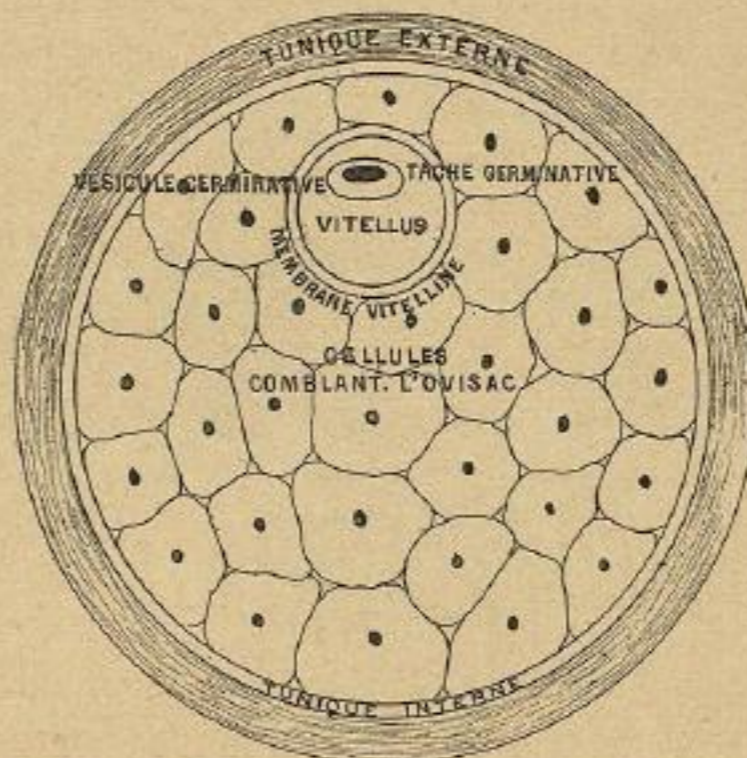


Fig. 231. — Vésicule de de Graaf avec son contenu l'ovule.

(L'ovule comprend la membrane vitelline, le vitellus, la vésicule germinative et la tache germinative.)

Toute la surface de l'ovaire est recouverte d'un épithélium continu qui ait suite à la périphérie de l'organe à l'endothélium péritonéal.

De *Sinety*¹ a, dans un cas, découvert des cellules à cils vibratiles sur la sur-



Fig. 232. — Affinité tubo-ovarienne. (His.)

face d'un ovaire normal; ces cils vibratiles semblent exister d'une façon exceptionnelle et jusqu'à nouvel ordre ils doivent être considérés comme n'appartenant pas à l'état normal.

¹ *Société de Biologie*, 17 décembre 1881.

A chaque époque menstruelle une de ces vésicules se rompt pour mettre en liberté un ovule.

La vésicule rompue se referme pour donner naissance au *corps jaune*, composé de sang épanché dans la paroi de la vésicule plus ou moins plissée

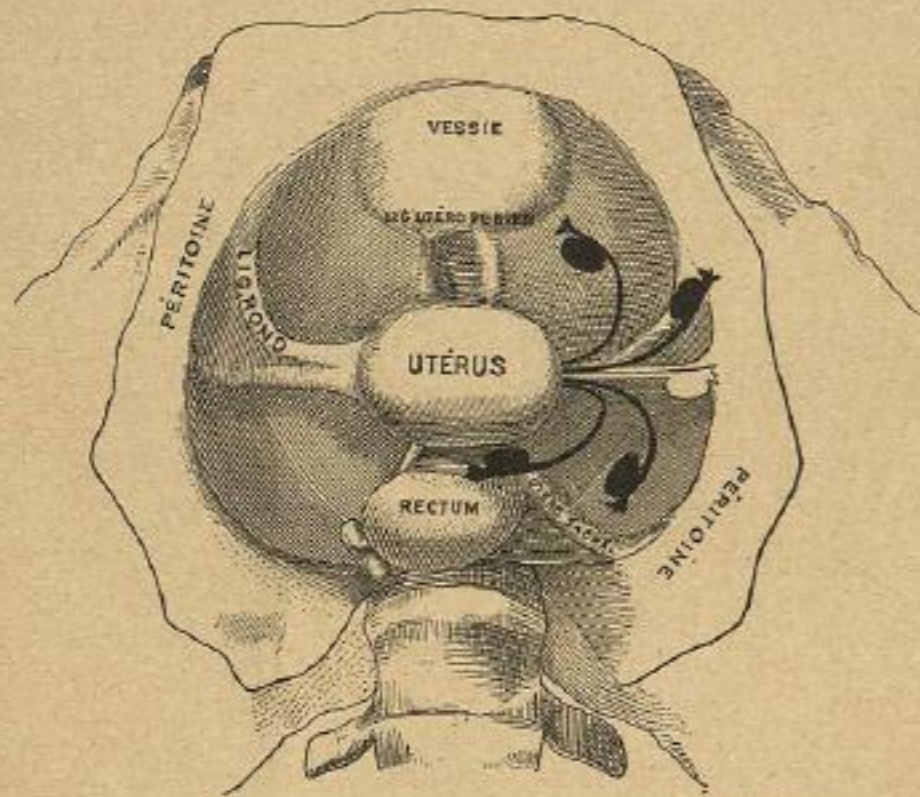


Fig. 233. — Déplacements de l'ovaire et de la trompe.

sur elle-même; ce corps jaune se résorbe progressivement, et après quelques semaines ne laisse plus qu'une cicatrice linéaire.

Le pavillon de la trompe et l'ovaire, bien qu'anatomiquement distincts et séparés, sont physiologiquement très unis, presque aussi intimement que le canal déférent l'est au testicule par l'intermédiaire de l'épididyme, de telle sorte que dans leurs déplacements ces organes ne se quittent guère; quand on trouve l'ovaire, le pavillon de la trompe n'est pas loin (fig. 233).

Or l'ovaire compris dans l'aileron postérieur du ligament large, relié à la trompe et à l'utérus par les deux ligaments déjà mentionnés, uni au plancher pelvien par le *ligament infundibulo-pelvien*, est un organe essentiellement errant.

Il peut se déplacer

POSTÉRIEUREMENT : soit dans la fossette rétro-ovarienne limitée en avant par le ligament large, et en dedans par le ligament utéro-sacré, soit dans le cul-de-sac de Douglas (fig. 233).

ANTÉRIEUREMENT, le déplacement peut se faire en avant du ligament large sur la partie du péritoine qui est tendue par le ligament rond, ou dans la fossette latéro-vésicale sur les côtés de la vessie (fig. 233).

Les déplacements en avant sont très rares, ceux en arrière très fréquents. On se rendra bien compte de l'évolution de ces déplacements en méditant la

figure 234, qui nous montre la fossette rétro-ovarienne et le cul-de-sac de Douglas.

Pour que l'ovaire arrive jusque dans le cul-de-sac de Douglas il faut un cer-

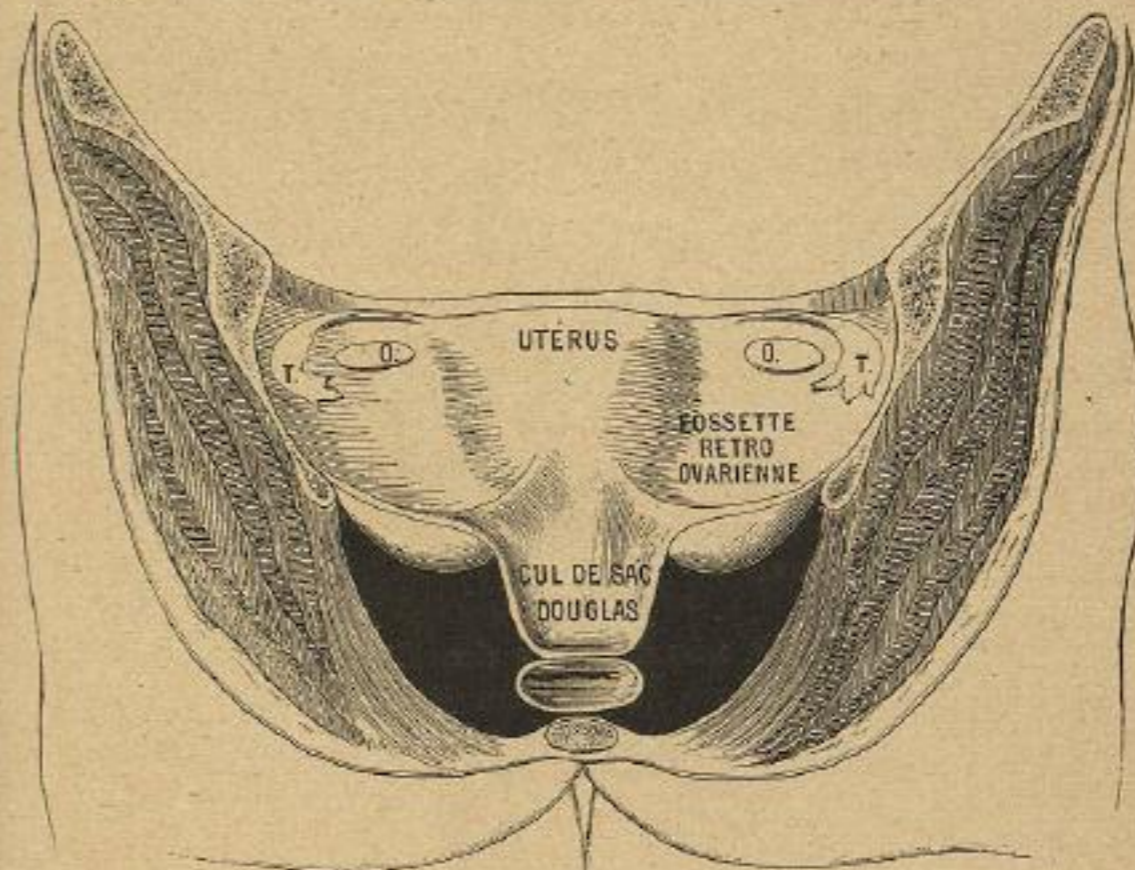


Fig. 234. — Face postérieure de l'utérus et des ligaments larges. Fossettes rétro-ovariennes et cul-de-sac de Douglas. (Hodge.)

tain relâchement de ses attaches ou un basculement de l'utérus en arrière (rétrodéviation).

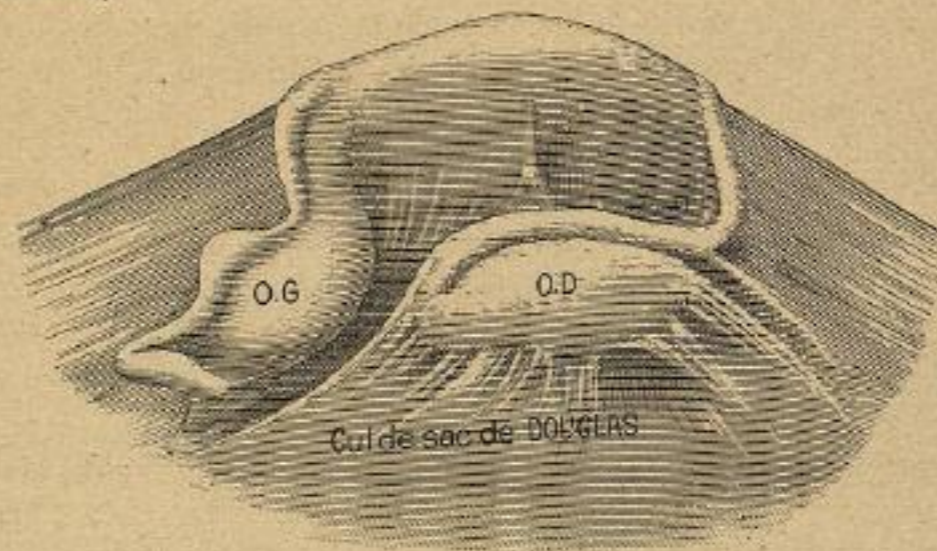


Fig. 235. — Prolapsus des ovaires avec adhérences. — Ovaire droit prolapsé dans le cul-de-sac de Douglas et ovaire gauche dans la fossette rétro-ovarienne. (Skene.)

La figure 235 nous fait assister aux deux degrés de ce prolapsus de l'ovaire en arrière de l'utérus avec complication d'adhérences.

Dans ces déplacements postérieurs l'ovaire est en général rencontré facilement avec le doigt par le toucher vaginal, encore mieux par le toucher vaginorectal, l'index dans le vagin, et le médius dans le rectum.

L'inflammation de la trompe s'appelle **salpingite**, celle de l'ovaire **ovarite**. Les *salpingites* se prêtent à la même classification que les métrites.

I. *Salpingites non kystiques* :

a. Muqueuses.

1. Catarrhale ou séreuse . . . hydrosalpingite.
2. Hémorragique . . . hématosalpingite.
3. Purulente . . . pyosalpingite.

b. Parenchymateuses ou interstitielles.

II. *Salpingites kystiques* :

1. Hydrosalpinx.
2. Hématosalpinx.
3. Pyosalpinx.

On peut, pour les *ovarites*, admettre une classification analogue, mais en supprimant la variété muqueuse, qui ne saurait exister, car à l'encontre de l'utérus et des trompes l'ovaire est un organe plein, c'est-à-dire dépourvu de cavité :

I. *Ovarites non kystiques* :

La seule variété est l'ovarite parenchymateuse ou interstitielle, conduisant :

- Soit à l'atrophie :
- Soit à l'ovarite kystique.

II. *Ovarites kystiques* :

1. Hydroovarie . . . Ovaire séro ou scléro-kystique.
2. Hématoovarie . . . Ovaire hémato-kystique.
3. Pyoovarie . . . Ovaire pyo-kystique.

Les salpingites et ovarites kystiques, constituant de véritables tumeurs, seront étudiées au chapitre des *Tumeurs génitales*; je me bornerai donc ici à l'étude des *salpingo-ovarites non kystiques*.

L'inflammation se propage de l'utérus à la trompe et à l'ovaire :

Soit par la voie muqueuse; ce qui est la règle.

Soit par la voie lymphatique. Ce qui constitue l'exception.

Pour les inflammations de la trompe, il est généralement admis que la voie muqueuse est la règle, la voie lymphatique l'exception.

C'est le contraire pour les inflammations de l'ovaire, la voie lymphatique étant la plus communément adoptée par l'élément pathogène, et conduisant cet élément jusqu'au centre même du tissu ovarien où il va causer des désordres.

Comme pour l'utérus, l'inflammation de la trompe commence par la muqueuse et envahit secondairement la paroi musculaire; il y a successivement (fig. 237) :

Endosalpingite;

Myo ou *mésosalpingite*.

La *périsalpingite* peut ultérieurement survenir de même que la périmé-

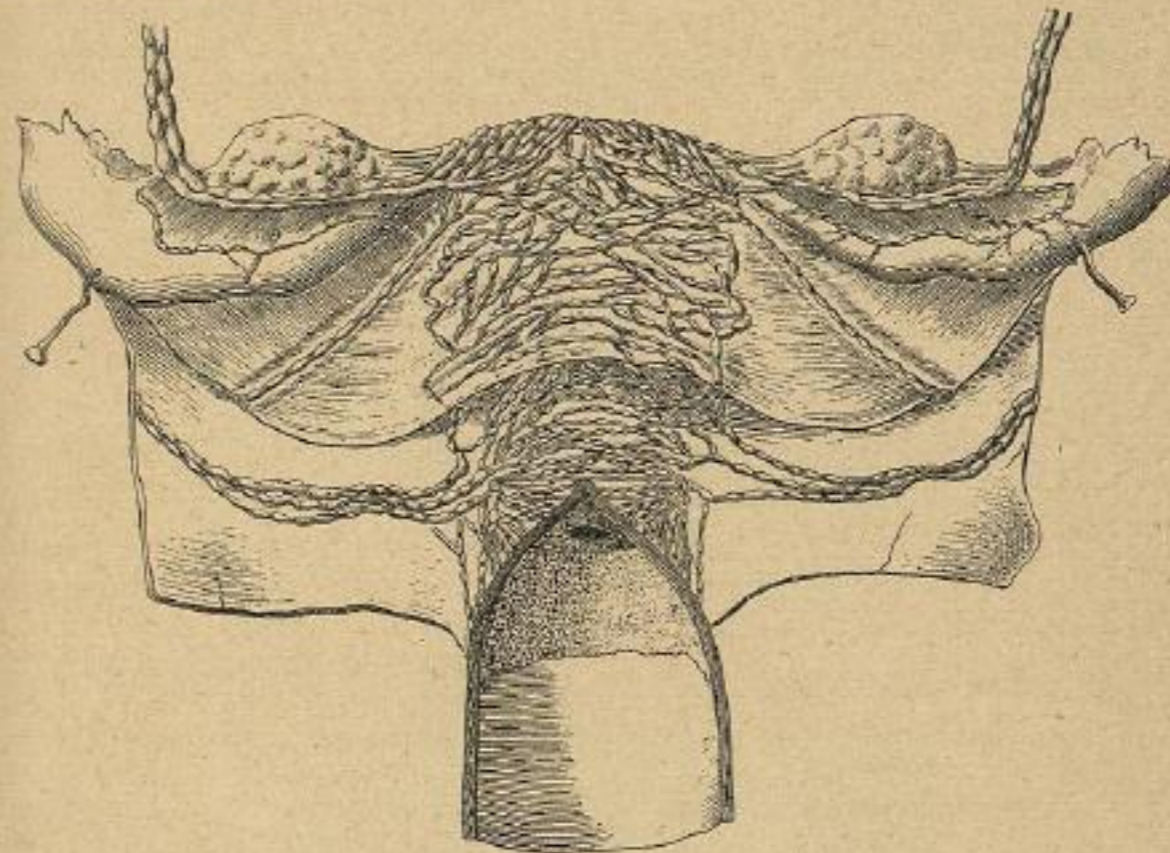


Fig. 236. — Lymphatiques génitaux. (Poirier.)

trite à la suite de l'inflammation utérine. Elle est la règle dans les salpingites qui durent depuis un certain temps.

La muqueuse salpingienne, sous l'influence de l'inflammation, devient le siège d'une prolifération embryonnaire assez intense. Il y a congestion, boursoufflement, exagération de l'aspect déjà si tourmenté de la muqueuse (fig. 238).

La surface de la muqueuse se couvre de végétations à charpente cellulovasculaire, avec cellules embryonnaires abondantes.

La sécrétion muco-purulente, qui se fait à la surface de cette muqueuse enflammée, s'écoule dans l'utérus par l'*ostium uterinum*, et de là gagne le vagin et la vulve pour s'échapper au dehors.

Cet écoulement est tantôt continu, tantôt intermittent; dans ce dernier cas, il donne généralement lieu à des contractions douloureuses de la trompe, désignées sous le nom de *coliques salpingiennes*, revenant avec une périodicité assez régulière.

Labadie-Lagrave a désigné ces écoulements intermittents sous la dénomination assez pittoresque de *vomiques salpingiennes*.