

norrhagique semble aujourd'hui démontrée, car dans deux cas on a signalé la présence du gonococcus dans le liquide de la trompe malade. Cette variété n'est peut-être pas aussi fréquente que l'ont dit certains auteurs, mais beaucoup plus néanmoins que l'on ne le croyait généralement.

La salpingite consécutive aux métrites de la puerpéralité est au moins aussi fréquente que la blennorrhagique. D'après certains auteurs, elle serait même plus fréquente encore, et nous serions assez disposé à admettre cette opinion. Les métrites puerpérales qui lui donnent naissance peuvent être consécutives soit à des avortements, soit à des accouchements normaux. L'avortement est déjà souvent un accident dû à un état pathologique antérieur : tantôt une infection blennorrhagique ancienne, tantôt une lésion préexistante de l'utérus (version ou flexion utérine) ou des annexes (périmérite, ovarite ancienne, etc.). Les accidents consécutifs à l'avortement sont causés souvent par une rétention partielle du placenta ou des membranes, ou bien par une infection utérine amenée par le manque de soins.

Les accouchements longs et laborieux, ou bien répétés à courte distance, et ceux qui nécessitent des opérations obstétricales sont plus que les autres suivis d'endométrites d'inoculation qui se propagent facilement aux annexes. Mais, même dans ces cas, la propagation de l'inflammation aux trompes et aux ovaires est facilitée par certaines causes occasionnelles telles que la fatigue prématurée des accouchées, la reprise trop hâtive de la marche et des habitudes ordinaires, et surtout des rapports sexuels. Il est bien entendu du reste qu'en parlant des salpingites d'origine puerpérale, nous laissons de côté les infections puerpérales à marche rapide qui emportent les malades en quelques jours avec ou sans péritonite généralisée. Nous avons spécialement en vue les infections en quelque sorte atténuées, à marche lente, les endométrites légères, dans lesquelles l'infection tubaire est facile et malheureusement fréquente.

Dans certains autres cas, la salpingite peut être le résultat d'une véritable infection instrumentale. Elle est alors consécutive à des manœuvres chirurgicales intempestives, pratiquées quelquefois sans mesure par des mains inexpérimentées, ou avec des instruments insuffisamment désinfectés. Les faits de cette nature suffiraient à nous permettre d'insister tout particulièrement sur la nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse dans toutes les explorations et les opérations gynécologiques.

Enfin, parmi les salpingites d'origine utérine, il faut encore ranger toutes celles qui sont dues à l'existence d'un drainage incomplet de l'utérus. Toutes les fois, en effet, que sous l'influence d'une cause quelconque, l'écoulement des liquides utérins ne se fait pas facilement et complètement par les voies naturelles, ceux-ci peuvent séjourner dans

quelque partie de la cavité utérine, s'y altérer et donner naissance à une inflammation de la muqueuse qui est à son tour capable de se propager à la trompe. C'est là ce qu'il faut entendre par drainage incomplet de l'utérus (Gil Willie, Doleris). Cet état s'observe dans une série de circonstances, parmi lesquelles nous signalerons l'atrésie du col, qu'elle soit congénitale (avec ou sans malformation utérine) ou acquise (cicatrices vicieuses, etc.). Le drainage incomplet de l'utérus s'observe en outre dans une série d'états pathologiques. Dans certains cas de cancer, la tumeur peut oblitérer en partie la cavité cervicale, de là certaines endométrites infectieuses. Les fibromes utérins peuvent oblitérer mécaniquement le col, ou bien, tout en agrandissant notablement la cavité de l'utérus, y déterminer des anfractuosités où les liquides sont capables de séjourner. De plus, dans certains cas, le sphacèle spontané ou provoqué de la totalité ou d'une partie du fibrome peut donner naissance à des inflammations infectieuses qui se propagent facilement à la muqueuse tubaire. Dans quelques cas aussi, un polype fibreux peut oblitérer l'ostium uterinum et déterminer directement une inflammation salpingienne. Enfin, les déviations utérines, les versions et les flexions surtout peuvent amener une oblitération plus ou moins complète sur un point de la lumière du conduit utérin avec rétention incomplète des liquides; de là des endométrites et des salpingites consécutives. Quant aux prolapsus utérins que l'on a aussi considérés comme pouvant être la cause de ces phlegmasies, ils ne semblent pouvoir donner naissance à cette lésion que lorsqu'ils s'accompagnent d'une inflammation de la muqueuse utérine soit par ulcération, soit à la suite d'une infection quelconque.

La coexistence à peu près constante des lésions ovariennes et péritonéales avec celle de la trompe a fait penser à certains auteurs que les secondes pouvaient être une conséquence des premières. L. Tait, en particulier, considère les ovarites chroniques et les dégénérescences fibreuses de l'ovaire comme une cause fréquente d'inflammation tubaire. En France, au contraire, on est porté à penser que presque toujours les lésions ovariennes sont consécutives à celles de la trompe à cause du peu de profondeur de ces lésions. On ne doit faire une exception que pour les inflammations de nature tuberculeuse dans lesquelles les lésions ovariennes sont souvent primitives ou tout au moins simultanées. Quant aux lésions péritonéales, à la pelvi-péritonite, la grande majorité des auteurs contemporains pense qu'elles sont toujours secondaires à la salpingite.

Enfin certaines salpingites dues à la présence de germes spéciaux ont une étiologie particulière. Ce sont les salpingites tuberculeuses, syphilitiques et papillomateuses.

La salpingite tuberculeuse est une des localisations les plus fréquentes de la tuberculose génitale chez la femme; elle peut être primitive

et isolée, ou bien coexister avec d'autres localisations utérines ou ovariennes. D'ailleurs la tuberculose génitale est tantôt simplement une localisation particulière dans le cours d'une tuberculose généralisée, tantôt au contraire une manifestation primitive de la diathèse bacillaire. Dans le premier cas, on admet généralement qu'elle est le résultat d'une sorte d'auto-infection qui se produit soit par propagation de proche en proche, soit par transport vasculaire. Quant à la tuberculose génitale primitive, certains auteurs, surtout en Allemagne, la considèrent comme étant le plus souvent le résultat d'une inoculation directe par le doigt du chirurgien, ou par un instrument contaminé, souvent même par le coït. En France la doctrine de la transmissibilité de la tuberculose génitale par le coït n'est pas admise, et du reste, l'existence de salpingite tuberculeuse chez des vierges qui n'ont jamais été soumises à aucune exploration chirurgicale, montre bien qu'il y a là une pathogénie qui nous échappe encore.

L'existence de la salpingite syphilitique paraît au moins douteuse. Elle est basée sur deux observations, dont aucune n'est absolument probante. Il convient donc d'attendre de nouveaux faits pour l'admettre.

Enfin la salpingite papillomateuse décrite surtout en Angleterre et en Allemagne, et dont on ne connaît du reste qu'un petit nombre de faits, comprend deux ordres de cas. Dans le premier groupe, il s'agit de véritables salpingites avec production de papillomes sur la muqueuse. Elles semblent dues à la propagation de proche en proche de papillomes des organes génitaux externes. Dans le second groupe de faits, au contraire, les papillomes de la trompe doivent être considérés comme le premier stade de véritables épithéliomas tubaires; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

Nous dirons en terminant, que certaines formes de salpingites, par exemple les salpingites purulentes des jeunes filles, qui sont à la vérité fort rares, sont encore pour nous de cause inconnue. De plus, dans quelques maladies générales aiguës, des fièvres graves telles que la fièvre typhoïde et la scarlatine, on peut voir survenir des inflammations tubaires qui ne sont alors que des localisations accidentelles d'une infection générale. Enfin il existe dans la science un cas d'actinomycose de la trompe (Adolphe Ziemann).

La pathogénie des lésions salpingiennes est variable suivant les cas. Nous l'avons indiqué chemin faisant pour certaines d'entre elles, pour la tuberculose, les formes générales, etc. Mais pour expliquer l'infection de la trompe à la suite des lésions utérines, deux grandes théories sont en présence : celle de l'infection par la voie lymphatique, et celle de la propagation inflammatoire directe.

La théorie lymphatique a surtout été soutenue par Lucas-Championnière, qui s'appuie pour la défendre sur la disposition anatomique

des lymphatiques utérins communiquant largement avec ceux du ligament large (ce dernier réseau donnant naissance aux lymphatiques de la trompe) sur la bilatéralité ordinaire et la multiplicité des lésions, sur l'intégrité habituelle de la partie interne de la trompe, tandis que les lésions présentent leur maximum au niveau de la moitié externe de l'organe.

Les partisans de la théorie de la propagation inflammatoire de proche en proche lui font, et selon nous avec raison, les objections suivantes : la bilatéralité des lésions tubaires ne prouve rien pour aucune des théories, et les dernières recherches anatomiques ont montré que les lymphatiques utérins vont dans le ligament rond et non vers la trompe, qu'il existe seulement, à la base de l'aileron moyen du ligament large, un tronc très court par lequel on n'a jamais pu injecter le système lymphatique tubaire. De plus le maximum des lésions est dans la muqueuse tubaire, non dans la partie externe des parois, et le pus, quand il existe, est toujours dans la cavité de la trompe et non dans l'épaisseur des parois, ce qui se produirait, si l'inflammation suivait les lymphatiques. L'intégrité de la portion interne de la trompe n'est pas réelle, le microscope démontre l'existence d'altérations de cette région même dans des cas où la muqueuse paraissait saine à l'œil nu. En outre, les exemples d'inflammation propagée à distance sont fréquents, ainsi que le prouvent les épидидymites blennorrhagiques sans déférentites (?), les néphrites sans urétérites, etc., etc. Enfin, dans les cas où les germes infectieux (bacilles, gonococcus, etc.) ont été rencontrés dans les salpingites, c'est toujours dans le liquide cavitaire, et jamais au sein des tissus pariétaux qu'on les a trouvés. Tous ces arguments nous paraissent suffisants pour démontrer que toutes les lésions salpingiennes d'origine utérine peuvent s'expliquer par l'infection de proche en proche au niveau des surfaces muqueuses.

Cette théorie peut rendre compte aussi, la plupart du temps, des lésions péritonéales et ovariennes. Il ne faut en excepter que certains grands abcès ovariens, et les salpingites qui accompagnent les septicémies puerpérales suraiguës dans lesquelles la lymphangite puerpérale a souvent été absolument démontrée.

L'anatomie pathologique des salpingites est encore imparfaitement connue. Cependant on peut dès aujourd'hui affirmer qu'il y a plusieurs variétés anatomiques d'inflammation tubaire. Les auteurs qui les ont décrites ont adopté chacun une classification particulière, multipliant souvent outre mesure les types différents, et certains d'entre eux ont certainement décrit, comme variétés distinctes, des lésions qui sont probablement des périodes différentes d'un même processus. Sans vouloir discuter ces classifications, nous croyons devoir nous borner à décrire les variétés suivantes qui nous paraissent mériter d'être examinées séparément.

- 1° Salpingite catarrhale végétante.
- 2° Salpingite interstitielle.
- 3° Salpingites purulentes..... { Abscès vrai de la trompe.
- { Salp. blennorrhagique.
- { Salp. tuberculeuse.
- 4° Salpingites kystiques..... { Hydro-salpingite.
- { Héмато-salpingite.

A. *Salpingite catarrhale végétante*. — C'est la forme de beaucoup la plus fréquente et peut-être la forme primitive de certaines autres variétés.

Les lésions sont ordinairement bilatérales, mais souvent plus développées d'un côté que de l'autre.

Dans cette forme, la trompe est manifestement augmentée de volume et varie entre la grosseur du petit doigt et celle d'une saucisse; elle est d'ordinaire concave, et enveloppe plus ou moins complètement l'ovaire dans sa concavité. Elle lui est souvent unie par des adhérences néomembraneuses, tantôt conjonctives, tantôt véritablement fibreuses avec des vaisseaux adultes (Cornil). La dilatation tubaire est régulière et cylindrique ou au contraire bosselée, irrégulière, présentant une série de renflements successifs. La partie qui avoisine le pavillon est presque toujours plus développée que le reste de l'organe. Quelquefois enfin elle présente une série de replis qui semblent indiquer un certain degré d'allongement. Sa couleur est gris rosé, elle est plus ou moins congestionnée.

Le pavillon offre des modifications spéciales. Ses franges sont le plus souvent épaissies, congestionnées, œdémateuses, redressées et rayonnant en corolles. Quelquefois au contraire elles sont retournées en dedans et l'orifice externe est obstrué. Enfin, dans certains cas, mais moins fréquemment que dans d'autres formes, elles sont adhérentes à l'ovaire, ou comprises, en même temps que lui, dans une masse de néomembranes inflammatoires engainant les deux organes.

L'augmentation du volume de la trompe ne peut se produire qu'en amenant un dédoublement des deux lames du méso-salpinx, aussi l'organe perd-il pour ainsi dire sa mobilité.

A la coupe, la paroi tubaire est manifestement épaissie, principalement au niveau de la muqueuse, dont la surface est gris rosé, plus ou moins congestionnée. La cavité tubaire est dilatée, mais remplie en grande partie par les villosités hypertrophiées. Elle contient en outre en abondance variable, mais toujours plus considérable qu'à l'état normal, une sécrétion d'aspect muqueux, souvent visqueuse et louche.

L'examen histologique démontre que le maximum des lésions siège au niveau de la muqueuse. La cavité tubaire est, ainsi que l'avait déjà fait voir l'examen macroscopique, remplie par de nombreuses végétations qui sont dues à une hypertrophie très considérable en nombre et

en volume, des replis et des villosités qui existent normalement à la surface de cette muqueuse.

Ces villosités hypertrophiées peuvent affecter les dispositions les plus diverses. Presque toutes sont augmentées de volume, épaissies, terminées par une extrémité libre, effilée ou au contraire renflée en masse. Beaucoup d'entre elles émettent des bourgeons latéraux, de forme et de disposition variables, tantôt semblables à une grappe, tantôt à un véritable bouquet de végétations. Souvent les bourgeons et les extrémités de deux villosités voisines se soudent entre elles, et délimitent des aréoles, des cavités plus ou moins multipliées. De même encore les plus grandes de ces villosités, qui atteignent et même dépassent le milieu de la cavité tubaire, se recourbent souvent en arcade et viennent se souder tantôt à la paroi tubaire elle-même, tantôt à la surface d'une villosité plus petite. De là des aréoles analogues à celles que nous venons d'indiquer. C'est cette disposition qui a fait décrire à certains auteurs allemands (Martin, Orthman) une variété aréolaire qui ne nous paraît pas devoir être conservée.

L'épithélium de la muqueuse tubaire, épithélium cylindrique à cils vibratiles, est conservé dans la salpingite catarrhale. Il recouvre toutes les villosités, leurs bourgeonnements et même les cavités aréolaires que ces végétations circonscrivent par leurs anastomoses; cependant, quelquefois, sur certaines parties, il peut être détruit, mais cette desquamation n'existe jamais que sur des points très restreints.

Le stroma des villosités est, de même qu'à l'état normal, formé de faisceaux de tissu conjonctif soutenant les capillaires qui sont plus nombreux et plus volumineux. Enfin on trouve çà et là, quelques cellules embryonnaires peu nombreuses infiltrées dans ces éléments conjonctifs.

Le reste de la paroi tubaire est fort peu altéré. La couche musculaire et la couche externe ou conjonctive sont peu épaissies, très légèrement hypertrophiées, sans autre lésion.

B. *Salpingite interstitielle*. — La salpingite interstitielle, dont Mundé et quelques auteurs américains font une forme très fréquente, est caractérisée surtout par l'épaississement manifeste des parois tubaires.

Le volume de la trompe va, dans cette variété, de la grosseur d'un crayon à celle du petit doigt. Sa consistance est d'une dureté ligneuse. Le pavillon est rarement adhérent à l'ovaire, mais il l'est quelquefois.

Le calibre de la trompe ainsi altérée est normal, souvent même rétréci, jamais augmenté de volume. La cavité ne contient que quelques gouttes de liquide.

Cette forme d'altération inflammatoire paraît n'être que le résultat d'une lésion plus avancée que la salpingite catarrhale. En effet, elle est caractérisée par ce fait que l'inflammation a dépassé la muqueuse et a gagné les parties profondes de la paroi tubaire. On trouve la tunique

musculaire infiltrée de cellules embryonnaires, et plus tard encore, cette tunique semble atteinte de sclérose, et devient plus ou moins fibreuse.

C. Salpingites purulentes. — Les salpingites purulentes comprennent plusieurs variétés : la salpingite purulente proprement dite ou abcès de la trompe, la salpingite blennorrhagique et la tuberculeuse, qui présentent chacune certaines particularités anatomiques.

La salpingite purulente proprement dite succède souvent aux métrites puerpérales. Elle est d'ordinaire bilatérale, mais les lésions sont plus avancées d'un côté que de l'autre.

Les déformations de la trompe sont extrêmement accentuées et très variables suivant la quantité de liquide contenu et le siège exact de l'oblitération du conduit tubaire. Dans certains cas, la trompe dilatée en entier prend une forme cylindroïde, avec ou sans flexuosités et peut atteindre des dimensions très considérables. D'autres fois, bien que la trompe soit entièrement altérée, elle n'est dilatée que sur une portion de son étendue, tantôt au niveau de sa partie moyenne, tantôt au niveau du pavillon. Quelquefois même elle présente une série d'abcès juxtaposés séparés par des points rétrécis; elle prend alors un aspect moliniforme.

Dans les formes purulentes le conduit tubaire est toujours oblitéré sur un point qui avoisine l'extrémité externe et qui siège tantôt au niveau du pavillon, tantôt à la base de l'infundibulum. Il existe souvent aussi une seconde oblitération au niveau de l'isthme.

L'oblitération de la trompe au niveau du pavillon se produit de plusieurs manières. Elle peut se faire par l'inversion et l'adhérence des franges entre elles; l'extrémité tubaire, dilatée, présente alors une cicatrice froncée, en étoile, en rosette. D'autres fois, l'extrémité du pavillon est enserrée dans une masse de néo-membranes qui en ferment l'orifice. Enfin il peut adhérer à l'ovaire, et cette fermeture de la trompe par l'ovaire qui s'applique sur le pavillon est une des plus fréquentes. Souvent en effet, dans les pyo-salpingites, l'ovaire fait partie de la tumeur tubaire, de là la légitimité de la dénomination tubo-ovarite. Dans ces cas, on trouve parfois dans l'ovaire une cavité pleine de pus, qui peut communiquer avec l'abcès tubaire.

Cette communication se fait soit par amincissement progressif de la cloison qui sépare les deux abcès, soit par la production dans le tissu qui sépare les deux organes d'un nouvel et troisième abcès, qui s'ouvre à la fois dans la trompe et dans l'ovaire (A. Martin, de Berlin). Enfin, suivant le mécanisme indiqué par E. Burnier, la trompe dilatée peut venir adhérer à l'ovaire au niveau d'une vésicule de Graaf, dont l'évolution gênée par cette adhérence aboutit à une dilatation kystique qui finit par s'ouvrir dans la cavité dilatée de la trompe. C'est peut-être là l'origine de certains kystes tubo-ovariques.

Quant à l'oblitération de l'isthme, fort peu constante, elle peut être due à un caillot, à un bouchon de mucus concrété, ou même à l'épaississement de la muqueuse à ce niveau.

Le volume de la pyo-salpingite est très variable : il peut aller de la grosseur d'une noix à celle d'une tête de fœtus. Le cas le plus volumineux connu est celui d'une malade observée par Lucas-Championnière dont la trompe contenait 1 200 grammes de pus : les cas d'abondance moyenne contiennent de 200 à 300 grammes de liquide.

À la coupe, la paroi tubaire est plus ou moins épaissie. Souvent même cette paroi peut être amincie en totalité ou en partie, soit par suite de sa distension considérable par le liquide accumulé, soit à cause de l'existence de lésions profondes de la paroi tubaire sur certains points. Dans les cas extrêmes, cet amincissement a pu faciliter la rupture spontanée ou provoquée de l'abcès salpingien.

D'ordinaire cependant, il est moins considérable que dans l'hydrosalpinx. Quant à l'épaississement des parois tubaires, il peut atteindre un degré extrême, il est en rapport avec la persistance de la perméabilité de l'orifice utérin.

Le liquide de la pyo-salpingite est variable d'aspect. Tantôt c'est du pus épais et louable, tantôt du muco-pus, quelquefois même un liquide louche, puriforme, dont l'aspect s'éloigne notablement de celui du pus.

Les lésions histologiques sont les suivantes. Du côté de la muqueuse, on trouve des végétations très développées, remplissant plus ou moins complètement la cavité et pouvant présenter toutes les dispositions que nous avons déjà décrites dans la salpingite catarrhale. Elles sont souvent séparées les unes des autres par une mince couche de muco-pus. Elles sont cependant un peu moins allongées que celles de la salpingite catarrhale, mais présentent une épaisseur plus grande. Composées de tissu conjonctif fibrillaire, elles sont, dans toute leur épaisseur, infiltrées par une très grande quantité de cellules rondes, embryonnaires et leurs vaisseaux sont dilatés. Leur surface est revêtue d'une seule couche de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles, plus hautes que celles que l'on observe sur les villosités de la muqueuse normale de la trompe. On voit ici, plus souvent que dans la forme catarrhale, des desquamations épithéliales partielles, et l'on trouve dans le liquide des lambeaux d'épithélium plus ou moins altéré.

La paroi fibro-musculaire est manifestement épaissie. Elle est infiltrée de cellules rondes, lymphoïdes, qui se glissent entre les faisceaux musculaires qu'elles dissocient, et suivent souvent les vaisseaux lymphatiques. Les faisceaux musculaires, dissociés, perdus au milieu de ces cellules jeunes, sont notablement atrophiés. La paroi est souvent, à la suite de ces lésions, ramollie par place, parsemée de petits abcès interstitiels, quelquefois même de petits foyers hémorragiques qui en préparent et en facilitent la rupture.

Dans les cas où le pus s'écoule facilement par l'orifice utérin de la trompe resté perméable, on peut rencontrer une lésion spéciale. C'est une hypertrophie notable de la tunique musculaire. Malgré la présence des cellules embryonnaires, les faisceaux et les cellules musculaires sont augmentés en nombre et en volume; cette hypertrophie est surtout marquée dans les couches externes de cette tunique musculaire. Les mêmes lésions se retrouvent dans la couche conjonctive externe. Il en résulte un épaissement considérable de toute la paroi tubaire (Voit, Kaltenbach).

Le liquide contient des cellules rondes et des cellules épithéliales plus ou moins altérées, soit isolées, soit agglomérées sous forme de lambeaux d'épithélium. L'examen bactériologique de ce liquide a souvent été négatif; d'autres fois il a révélé la présence de diplocoques et de staphylococcus.

La *salpingite blennorrhagique* ne diffère de la précédente que par quelques particularités histologiques. Les végétations très développées sont minces, allongées et parcourues dans toute leur étendue par des vaisseaux capillaires dilatés. Elles sont revêtues d'une couche de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles, qui manque souvent sur des espaces assez étendus. La paroi fibro-musculaire est traversée par de nombreux vaisseaux très dilatés. Le liquide, plutôt puriforme que franchement purulent, contient des cellules rondes et de très nombreuses cellules épithéliales, tantôt isolées, tantôt réunies en plaques, mais souvent très bien conservées. Le gonococcus de Neisser a été trouvé dans le liquide, deux ou trois fois seulement; et sa présence n'a jamais été constatée dans les parois de la trompe (Schmidt, 1889).

La *salpingite tuberculeuse* se distingue par quelques détails spéciaux. Elle est quelquefois unilatérale, plus souvent peut-être que les autres formes. Dans cette variété, la trompe est très dilatée, bosselée, volumineuse, et souvent plus grosse que dans les salpingites purulentes simples.

De couleur variable, elle peut revêtir une teinte jaunâtre, due à la présence de produits caséux dans son intérieur. Il est souvent difficile de reconnaître à l'œil nu qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, à moins qu'il ne se trouve des granulations tuberculeuses sur la trompe elle-même, ou dans son voisinage sur les anses intestinales ou sur la surface du péritoine. Cependant on a aussi donné comme caractéristique que les lésions sont souvent localisées dans les deux tiers externes et que les adhérences sont plus résistantes, d'une consistance fibreuse, et inextensibles.

A la coupe, la trompe est épaissie, sa paroi jaunâtre est souvent parsemée d'ilots caséux. On trouve aussi dans la muqueuse des ilots tuberculeux jaunâtres, et quelquefois de véritables abcès caséux. Le liquide en abondance variable est tantôt du pus liquide, tantôt à l'état de pâte

caséuse; parfois aussi on rencontre un liquide verdâtre à peine louche, qui n'a aucun des caractères du pus.

Au microscope, les végétations sont très hypertrophiées, très ramifiées et peuvent affecter toutes les dispositions connues. Elles contiennent de nombreux follicules tuberculeux, dont les cellules géantes considérables et à noyaux multiples sont entourées d'une simple collerette de cellules rondes. Ces follicules se rencontrent à la surface des végétations ou bien à leur base.

L'épithélium, qui est constitué, comme dans les autres formes, par une couche unique de cellules cylindriques à cils vibratiles, n'est pas aussi régulièrement continu. Il manque souvent par place, et on y rencontre assez fréquemment des cellules qui ont subi la transformation muqueuse ou granuleuse. Le pus contient des cellules rondes et de très nombreuses cellules épithéliales. On y a constaté dans nombre de cas des bacilles de Koch.

La paroi fibro-musculaire est infiltrée de petites cellules, et présente toutes les lésions ordinaires des salpingites purulentes, avec ou sans accompagnement d'abcès tuberculeux.

D. *Salpingites kystiques*. — Les salpingites kystiques comprennent l'hydrosalpinx et l'hémato-salpinx, qui ne peuvent peut-être pas toujours être considérées comme de véritables salpingites; car, dans certains cas, on a simplement affaire à une hydropisie ou à un hématome tubaire sans lésions inflammatoires. Pour nous conformer à l'usage adopté, nous les rangerons cependant dans les salpingites.

L'*hydro-salpingite* est connue depuis très longtemps sous le nom d'hydropisie tubaire. Elle présente des variétés nombreuses comme forme et comme volume. D'ordinaire, la trompe allongée, dilatée dans toute son étendue, a pu être souvent comparée à une saucisse, une poire, à un intestin grêle distendu. Dans certains cas rares elle atteint un volume très considérable et peut renfermer plusieurs litres de liquide, deux ou trois et jusqu'à neuf (Peaslee). D'ordinaire les hydro-salpingites de volume moyen en contiennent de 200 à 300 grammes. Il faut néanmoins se souvenir que le plus souvent, dans cette variété, la trompe est plus volumineuse que dans les autres.

A sa surface on peut observer des brides et saillies péritonéales plus ou moins marquées, qui peuvent lui donner un aspect moliniforme.

D'habitude la dilatation est totale; la surface lisse, d'aspect blanc bleuâtre, est libre et n'est pas recouverte de fausses membranes, ou du moins en est beaucoup plus dépourvue que dans les autres variétés.

Les parois tubaires sont aussi notablement amincies.

La cavité tubaire est oblitérée souvent à ses deux extrémités: cependant l'oblitération de l'orifice externe est seule nécessaire pour la formation de l'hydropisie tubaire. Suivant que l'oblitération était double ou simple, on avait autrefois divisé les faits en *hydrops tubæ aperta* et