locale. — La deuxième, à laquelle j'avais extirpé un utérus sarcomateux, fut atteinte d'une fistule dont la guérison fut obtenue en quelques semaines à l'aide de cautérisations au nitrate d'argent et et à la teinture d'iode. La troisième enfin, opérée au printemps de 1886, peut conserver ses urines pendant deux heures, avant qu'elles ne soient évacuées par le vagin. Cette dernière n'a pas encore pu se décider à se soumettre à une intervention de ce côté.

BIBLIOTECA

VI — Maladies des trompes de Fallope

1 — Salpingite. Hydro-hémato-pyosalpinx

En raison des difficultés et de l'incertitude des résultats de l'exploration des trompes de Fallope, les affections de ces organes ont été traitées pendant longtemps un peu à l'aventure. Ce fut déjà un progrès que d'abandonner la conception qui voulait que les trompes, en même temps que les ovaires, fussent toujours étendues latéralement au corps de l'utérus, et que de s'habituer à les considérer comme des cordons de l'épaisseur d'un crayon, à circonvolutions multiples, situés à côté et en arrière de la matrice. Les trompes sont d'une assez grande mobilité qui varie avec le degré de plénitude de la cavité abdominale et les déplacements subis par les viscères du bas-ventre.

Les tentatives faites depuis pour serrer de plus près les affections de ces organes, ont toujours échoué devant l'absence de symptômes spéciaux et pathognomoniques et les difficultés de l'exploration. Il faut une grande habitude pour palper, sur la femme vivante, les oviductes, et pour en déterminer avec certitude les lésions. Des erreurs diagnostiques nombreuses, des affections tubaires trouvées à la place de ce que j'avais pris pour des tumeurs ovariques, m'ont amené depuis huit ans environ à pratiquer le palper méthodique des trompes de Fallope, dans l'espoir d'obtenir ainsi les données nécessaires. Le nombre des cas est étonnant où j'ai pu sentir distinctement les trompes, même dans des conditions normales, alors que les parois abdominales n'étaient ni trop chargées de graisse ni trop tendues ; je considère aujourd'hui comme étant les trompes de Fallope, les organes de la grosseur d'un crayon que je constate latéralement à la matrice, et dont je puis sentir le point d'origine au niveau des cornes utérines. En général le diamètre des oviductes augmente au fur et à mesure qu'on s'approche de leur orifice

abdominal, orifice qu'on sent parfaitement au-dessus ou à côté de l'ovaire correspondant, et en arrière et en dehors de l'utérus. Il est assez facile de différencier les trompes d'avec les ligaments ronds, plus fins qu'elles, et de déterminer leurs rapports avec les ovaires qu'elles entourent quelquefois comme une couronne; on les distingue aisément aussi des formations pathologiques qui ne sont pas très rares dans ces régions. J'ai exercé mes élèves au palper des trompes, et j'ai acquis la conviction qu'il faut une délicatesse extraordinaire dans l'exploration bi-manuelle pour arriver au but désiré. Ce n'est qu'en agissant très doucement que l'examen combiné réussit dans les cas où l'on n'emploie pas le chloroforme, et chez les femmes présentant des conditions favorables. La palpation des trompes n'est pas douloureuse; il en est de même des déplacements de ces organes.

La constitution anatomique de la muqueuse tubaire a été enveloppée de ténèbres pendant longtemps. Après les recherches de *Hennig* (1), beaucoup d'auteurs admettaient encore la présence de glandes dans cette muqueuse, quoique les anatomistes, *Henle* (2) surtout, n'eussent pu en constater l'existence. Mes propres observations m'obligent à conclure à l'absence d'éléments glandulaires dans la muqueuse tubaire à l'état physiologique.

Au point de vue de sa structure, la muqueuse serait constituée par de nombreuses villosités qui se présentent, en effet, sur une coupe transversale, en nombre d'autant plus considérable qu'on se rapproche davantage de l'infundibulum. (Voir les belles coupes et préparations injectées de *Léopold*, *Arch. f. Gyn.*, VI.) Ces villosités ne sont autre chose que la coupe transversale des plis longitudinaux, à peine indiqués du côté de l'embouchure utérine (fig. 183) et qui, augmentant à mesure qu'on avance vers le pavillon, présentent un aspect foliacé, arborescent. (Fig. 184.)

A la muqueuse confine ***la tunique musculaire,*** composée de deux couches de fibres, l'une circulaire, l'autre longitudinale. Cette tunique n'est pas très riche en vaisseaux dans la moitié utérine de la trompe; le nombre des vaisseaux, grands et petits, est

(1) *Catarrhes des organes gén. de la femme*, 1862.

(2) *Manuel d'Anatomie*, 1874. — Mon assistant, le Dr Orthmann, a publié les observations recueillies dans mon service, dans *Virchow's Achiv.* 1887.

au contraire considérable dans le segment qui se termine par l'orifice abdominal. (Fig. 184.)

Le ***péritoine*** tapisse ce conduit musculeux sur toute son étendue, à part la portion qui regarde le ligament large. Au niveau de l'infundibulum il s'interrompt brusquement devant la muqueuse, et sa limite a un aspect dentelé. Les ***fimbria ovarica*** de *Henle* ne sont pas constantes, d'après mes recherches personnelles.

La trompe de Fallope devient malade relativement souvent. Sur

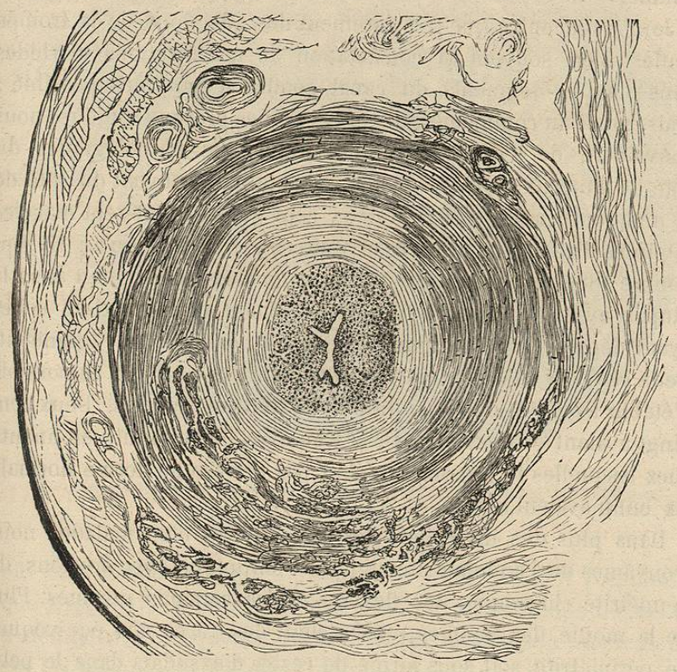

Fig. 183. — Coupe transversale de la trompe de Fallope au niveau de son orifice utérin (Kiderlen).

cinq cents cadavres de femmes, *Winckel* (1) a trouvé trois cents fois

(1) *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, 1886, p. 567.

des altérations pathologiques des trompes. Moi-même j'ai constaté sur un total de mille clientes de ma policlinique, et les premières venues, soixante-trois femmes atteintes d'affections ou plutôt d'altérations de ces organes. Il est évident que pendant la vie nous ne sommes pas à même de diagnostiquer certaines altérations très délicates, que *Winckel*, lui, a pu trouver sur le cadavre, et qui passent inaperçues du clinicien, quelque habile qu'il soit. Quoi qu'il en soit les maladies des trompes sont à classer parmi les affections les plus fréquentes des organes génitaux de la femme.

Je n'ai rencontré que très rarement des affections de la trompe seule. Bien souvent la constatation de modifications morbides dans d'autres segments du canal génital n'était plus possible ; mais, grâce au commémoratifs, nous pûmes presque toujours nous convaincre de l'existence antérieure d'états pathologiques du côté de l'utérus ou du péritoine, mais le plus souvent du côté de la muqueuse utérine. Parmi deux cent quatre-vingt-sept malades atteintes d'affections tubaires et traitées par moi jusqu'au 15 septembre 1886, il n'y en avait que trois au-dessous de vingt ans ; la plupart avaient de vingt à trente ans ; quant au nombre de celles ayant dépassé l'âge critique, il allait de nouveau en diminuant. Deux cent dix d'entre elles étaient mariées ; il fut impossible d'établir avec certidude la virginité de toutes les autres. Deux cent vingt avaient eu des enfants ; il y en avait une quantité étonnante chez lesquelles la grossesse n'était pas arrivée au terme normal ; six enfin avaient avorté.

Dans plus des deux tiers des cas, l'utérus était malade ; nous trouvâmes de l'endométrite aiguë ou chronique avec érosions, de la métrite chronique, des flexions et des versions utérines. Plus de la moitié des femmes présentaient des traces non équivoques de périmétrite, soit sous forme de restes d'exsudats dans le petit bassin, soit sous forme d'adhérences réciproques entre les viscères pelviens, surtout entre les trompes et les ovaires. On rencontre très souvent des soudures et des déformations paramétriques. Un petit nombre seulement de malades présentaient des phlegmasies récentes des organes génitaux externes, de la gonorrhée, des ulcères syphilitiques, de la bartholinite, de l'adénite inguinale.

Dans six cas, je constatai l'existence simultanée d'un carcinome ; dans trois cas, celle d'un myôme ; dans vingt cas enfin, celle de tumeurs ovariques ou d'ovarite chronique.

Donc, sur les deux cent quatre-vingt-sept femmes atteintes d'affections tubaires, il n'y en avait pas une chez laquelle le mal

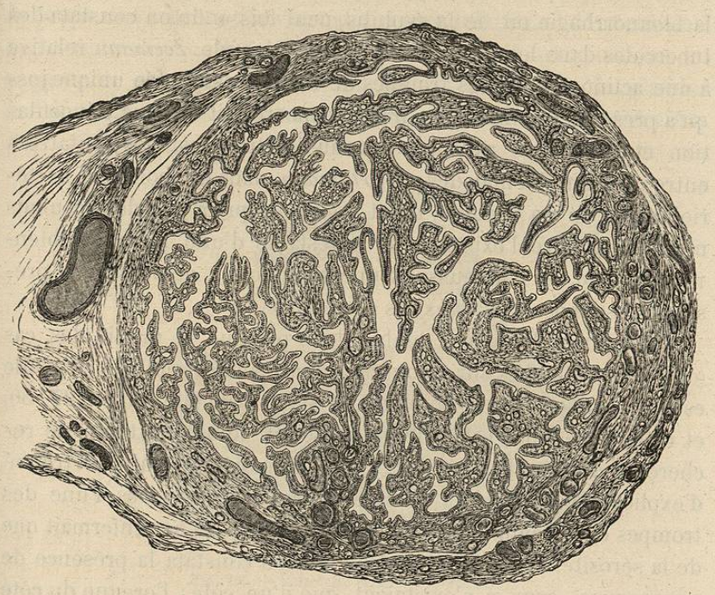

Fig. 184. — Coupe transversale de la trompe de Fallope au niveau de son orifice abdominal. Hartnack. oc. 2, obj. 2 (Orthmann).

pût être considéré comme primitif. Ce n'est que tout récemment que *Hegar* (1), dans un ouvrage riche en observations nouvelles, a démontré la fréquence relative de la localisation tuberculeuse sur les trompes de Fallope ; quant à moi je n'ai pas jusqu'à présent réussi à prouver ce fait-là.

En revanche l'affection tubaire était, dans cent quarante-quatre cas, la conséquence de processus catarrhaux chroniques des organes génitaux ; je ne sais s'il faut mettre en jeu ici l'action des

(1) *La tuberculose génitale*, Suttgart, 1886.

micro-organismes. Pour les cent quarante-trois femmes restantes, il faut admettre l'influence de l'immigration d'agents pathogènes; dans soixante-dix cas, il y avait eu antérieurement des processus infectieux puerpéraux (l'opinion de *Buhl* et *E. Martin* sur l'existence de la salpingite puerpérale se trouve ainsi corroborée d'une façon brillante); cinquante-neuf fois on trouva ou de la blennorrhagie ou de la syphilis, neuf fois enfin on constata des tubercules dans les poumons. L'observation de *Zeemann* relative à une actinomycose des trompes de Fallope est restée unique jusqu'à présent. De même on n'a pas encore fait d'essais d'inoculation et de culture avec le contenu des trompes; les tentatives entreprises sur dix malades par *Orthmann*, dans le laboratoire bactériologique de ma clinique, n'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs. Malgré l'existence incontestable d'une infection blennorrhagique, on n'a réussi qu'une seule fois à démontrer la présence de gonocoques dans les sécrétions (1).

L'affection tubaire est double dans presque la moitié des cas (cent quarante fois sur deux cent quatre-vingt-sept). Lorsqu'elle est unilatérale, c'est le côté gauche surtout qu'elle frappe (97 : 50) et cette préférence est telle qu'on serait volontiers tenté de rechercher des motifs à ce fait. Quant à moi, je n'ai pas trouvé d'explication plausible à ce sujet. Dans bien des cas l'une des trompes était remplie de pus, tandis que l'autre ne renfermait que de la sérosité. Dans le cas même où l'on constata la présence de gonocoques, ceux-ci n'existaient que d'un côté; l'organe du côté opposé n'offrait que des altérations purement catarrhales.

La salpingite nous met sous les yeux les tableaux ***anatomo-pathologiques*** les plus divers. Tout d'abord nous rencontrons les modifications propres aux inflammations catarrhales aiguës des muqueuses, gonflement de la muqueuse, surtout de ses plis, avec conservation complète, presque toujours, de l'épithélium. La coloration de la membrane malade est d'un rouge vif; celle-ci présente, sous le revêtement épithélial, des ecchymoses plus ou moins considérables allant jusque dans la tunique musculaire. Les modifications sont plus profondes encore lorsque la muqueuse

(1) Orthmann, *Ges. f. Geb. u. Gyn.* 1887, 28 janvier.

est le siège d'une infiltration de cellules embryonnaires qui l'épaissit et fait acquérir aux plis un gonflement spécial : ***salpingite catarrhale.*** (Fig. 185.) Sous l'influence de ces états irritatifs, il se produit, dans la profondeur des anfractuosités fournies par les plis de la muqueuse, de petits culs-de-sac qui représentent à la coupe des espèces d'invaginations glandulaires, et donnent ainsi un aspect analogue à celui des érosions du col, invaginations en apparence glandulaires sur un terrain dépourvu de glandes à l'état physiologique : ***salpingite catarrhale proliférante.*** (Fig. 186.) Il faut être très réservé dans l'interprétation de ces

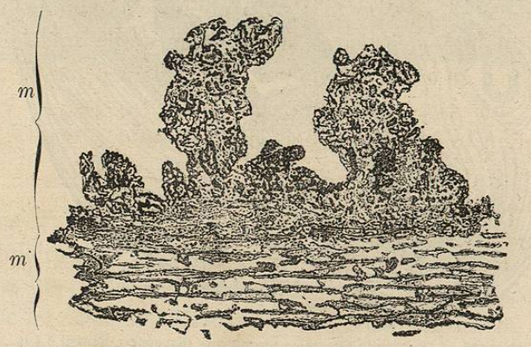

Fig. 185. — Salpingite catarrhale (Orthmann).
m : muqueuse; *m'* : tunique musculaire.

lésions, parceque les affections de la muqueuse amènent une élongation de la trompe qui acquiert alors de bonne heure un trajet tortueux. La section peut très bien tomber sur un endroit ainsi modifié ou sur une place présentant des flexions multiples, de sorte qu'à la coupe on aperçoit des lumières tubaires également multiples.

Dans ces formes de salpingite, les sécrétions sont ordinairement très augmentées. Le liquide est visqueux, presque toujours limpide, rarement coloré par du sang. La substance que *Hennig* y a trouvée et qu'il considère comme caractéristique, l'hyaline, a échappé à mes recherches; peut-être la quantité de sécrétion dont

je disposais était-elle trop petite. Cette substance serait soluble dans l'acide acétique étendu, dans les alcalis caustiques, surtout dans la soude, etc.

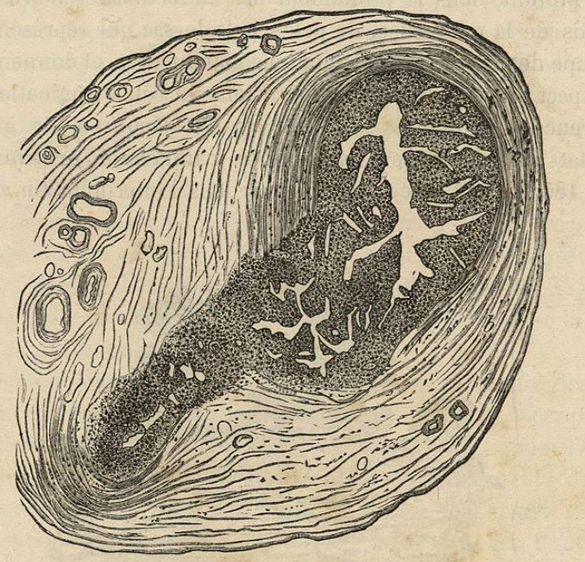

Fig. 186. — Salpingite catarrhale proliférante (Kiderlen). Grossit 6 fois.

Tout autres sont les altérations de la muqueuse qui se développent sous l'influence des agents phlegmasiques pyogènes. Ces derniers donnent naissance très rapidement à une infiltration énorme de cellules embryonnaires qui s'étend à toute la muqueuse et pénètre jusque dans la tunique musculaire, dont elle dissocie les faisceaux; on voit ces derniers réunis par groupes et en voie de dégénérescence graisseuse. Les vaisseaux sont gorgés de sang; çà et là, on rencontre des ecchymoses. Cette ***salpingite interstitielle*** évolue avec destruction de l'épithélium. Les plis de la muqueuse (fig. 187) sont comme rongés; ils disparaissent, après qu'ils ont perdu leur revêtement épithélial. A ce moment il se développe des obstructions dans le conduit tubaire et des cavités qui tantôt communiquent largement entre elles, et tantôt

ne sont en relation que par l'intermédiaire de canaux très étroits. Les parois de l'oviducte sont transformées en une masse cicatricielle rigide et infiltrée, avec augmentation énorme de

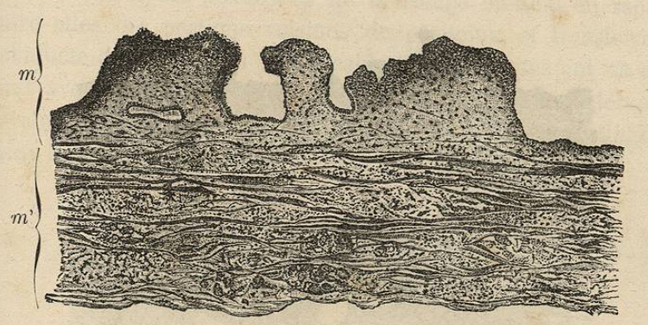

Fig. 187. — Salpingite interstitielle (Orthmann).
m : muqueuse; *m'* : tunique musculaire.

leur épaisseur; la musculature est détruite et remplacée par du tissu inodulaire dont la nutrition est insuffisante ou nulle. Dans d'autres cas les parois sont parsemées de cavités, d'espaces kystiques avec ou sans endothélium à une seule couche et à contenu muqueux, qui leur donnent l'apparence d'un stroma alvéolaire. Quand aux alvéoles, leur distribution est très irrégulière, et ce n'est que difficilement que l'on peut constater leur communication réciproque. C'est là la ***salpingite folliculaire.*** (Fig. 188.) En fin de compte, nous voyons se réaliser la fonte de toutes ces masses.

Le pus est alors tantôt très liquide, tantôt épais et caséeux. Après excrétion des aliments figurés qui recouvrent les parois tubaires d'une couche grumeleuse, le pus est louche et séjourne, liquide souvent puant, entre les parois friables ou ayant la consistance du cuir, qui ne sont préservées de la rupture que grâce aux adhérences que leur surface a contractées avec tous les organes voisins. La fig. 189, extraite du *Manuel de Schrœder,* donne une image très fidèle de ce processus destructif.

Dans les cas extrêmes, il se produit une altération particu-