

durant de longues périodes, pour une poche de pus exactement limitée. Toutefois, on soupçonnera le pyo-salpinx si la dilatation de l'oviducte s'est produite après une infection blennorrhagique, ou puerpéro-gonorrhéique, et si la tumeur est très adhérente. Quand on observe des fistules purulentes intermittentes ou permanentes, il n'y a plus de doute. Le seul diagnostic qui reste à faire alors est celui de la limitation exacte du foyer, de sa transformation possible en abcès pelvien. Mais, dans les cas douteux, il faut l'avouer, ce n'est qu'à l'ouverture du ventre que la question peut être tranchée.

L'hydro-salpinx et le pyo-salpinx sont presque toujours doubles, tandis que l'hémato-salpinx serait plus souvent unilatéral¹. On peut se demander si ce fait n'est pas dû à ce que ce dernier provient fréquemment d'une grossesse tubaire, arrêtée dans son développement. Il peut exister, du reste, d'un côté une collection purulente et de l'autre une collection séreuse.

Le volume très considérable de la tumeur salpingienne et l'absence d'adhérences étendues seront en faveur de l'hydro-salpinx; la pression est alors aussi moins douloureuse que dans le kyste purulent.

Diagnostic différentiel avec kyste de l'ovaire.
Kyste intra-ligamentaire.

On peut, quand la tumeur est encore libre, confondre les collections enkystées de la trompe avec un kyste de l'ovaire au début et surtout avec un kyste intra-ligamentaire; ce dernier est cependant plus franchement latéral, et n'est pas ordinairement séparé de l'utérus par l'intervalle qui correspond au pédicule du kyste tubaire.

Grossesse tubaire.

Le diagnostic de la grossesse tubaire, durant les quatre premiers mois, est, on doit l'avouer, presque impossible. La plupart des opérations où l'on a extirpé ces kystes fœtaux avaient été entreprises pour des salpingites présumées. L'hypertrophie de l'utérus et l'expulsion d'une caduque sont les seuls signes de probabilité; les règles peuvent, en effet, persister.

Corps fibreux.

Les corps fibreux de l'utérus sont une des maladies auxquelles un observateur inexpérimenté est surtout enclin à rapporter les gros kystes séreux ou hématiques de la trompe. Il est parfois presque impossible de les distinguer à la première exploration. Mais le cathétérisme utérin, fait avec précaution, montre la grande augmentation de profondeur de l'organe dans les corps fibreux, son état normal dans l'affection tubaire. Enfin, la fluctuation est toujours perceptible dans l'hydro- et l'hémato-salpinx lorsqu'ils offrent un certain volume, pourvu qu'on endorme la malade avant l'exploration; on est alors surpris de percevoir une sensation toute nouvelle de celle que l'on avait, avant l'anesthésie. Les pyo-salpinx adhérents faisant saillie dans

¹ C. HENNIG. *Die Krankheiten der Eileiter*, Stuttgart, 1876.

le cul-de-sac de Douglas donnent souvent la sensation du *vagin de carton*.

Dans le doute, est-il permis, pour éclairer le diagnostic, de faire une ponction exploratrice? Je repousse ce moyen comme dangereux, pour peu que la tumeur soit éloignée du point où l'on pratique la ponction, paroi abdominale ou cul-de-sac vaginal. Il expose à la blessure de l'intestin; il expose, surtout, à l'effusion d'un liquide septique dans le péritoine, soit primitivement, si, malgré l'aspiration, l'évacuation n'a pu être faite entièrement, soit secondairement, quand la réplétion nouvelle du kyste viendra désunir les lèvres récemment agglutinées de la petite plaie. Cette exploration, qui paraît insignifiante à la malade et à son entourage, est, en réalité, plus grave qu'une incision exploratrice, faite avec les précautions antiseptiques. Certes, il ne faut pas se résoudre légèrement à cette dernière entreprise; mais on ne doit pas non plus perdre de vue que c'est une des ressources les plus précieuses de la chirurgie contemporaine¹.

Ponction et incision exploratrices.

Le diagnostic d'un volumineux kyste de la trompe avec une tumeur fibro-kystique de l'utérus est presque impossible dans certains cas: cependant l'augmentation de la cavité de l'utérus, mesurée à l'hystéromètre, peut le trancher. La ponction exploratrice serait alors particulièrement dangereuse².

Tumeur fibro-kystique.

L'adénite pelvienne, affection rare et d'origine souvent indéterminée, a pu occasionner des erreurs de diagnostic. Les signes rationnels auxquels elle donne lieu, la tumeur qu'elle forme, ont simulé le pyo-salpinx adhérent. Terrier en a cité un cas intéressant. L. Championnière et moi-même en avons observé d'analogues³.

Adénite pelvienne.

Enfin, une grossesse compliquée de pyo-salpinx bilatéral a été observée, et la tumeur complexe à laquelle elle donnait lieu n'a été déterminée qu'après la laparotomie exploratrice⁴.

Grossesse.

¹ LAWSON TAIT, dans une conférence faite au *Jefferson med. College*, le 15 sept. 1884, disait: « L'expérience m'a enseigné que c'était un crime chirurgical de laisser une malade descendre dans la tombe sans opération, quand celle-ci présente une chance de soulagement. » — L. TAIT fait une très petite incision (2 ou 3 pouces anglais) suffisante à l'introduction de 1 ou 2 doigts; toute l'exploration doit se faire par le toucher, sans le contrôle de la vue. — GAILLARD THOMAS (*Med. News*, Philad., déc. 1886), dans un article intitulé: *La laparotomie comme ressource de diagnostic*, exprime les mêmes idées que L. TAIT. Il voudrait qu'on écrivit sur les murs de tout hôpital où l'on fait de la chirurgie abdominale, cet aphorisme: « QUAND IL EXISTE UN DOUTE SUR LE DIAGNOSTIC D'UN NÉOPLASME ABDOMINAL DONNANT LIEU À DES TROUBLES SÉRIEUX, OU SUR UN ÉTAT MORBIDE INDÉTERMINÉ DE LA CAVITÉ ABDOMINALE MENAÇANT L'EXISTENCE, DONNEZ AU MALADE LA CHANCE D'UNE INCISION EXPLORATRICE. » — Voir aussi sur ce sujet JOSEPH PRICE. *Obstet. Soc. of Philad.*, avril 1887. (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 749.)

² SCHRÖDER. *Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, 1886, p. 245.

³ S. POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886, p. 500. — TERRIER, L. CHAMPIONNIÈRE. *Ibid.*, 5 juill. 1889, p. 551 et 555.

⁴ SACRÉ. *Soc. obst. et gyn. de Bruxelles*, 21 juill. 1889. (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 59, p. 685.) — L'opération de Porro fut pratiquée; guérison.

Entéroccèle
adhésive.

Dolérus¹ a cité deux cas curieux d'entéroccèle adhésive dans le cul-de-sac de Douglas, où les phénomènes douloureux et les signes fournis par l'exploration avaient fait croire à une tumeur inflammatoire des annexes. La tumeur, qu'on sentait par le toucher en arrière de l'utérus, était formée par des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes. L'ablation des annexes pratiquée dans ces deux cas n'a pas été suivie d'amélioration. J'ai observé² un cas analogue, mais où les accidents avaient une forme suraiguë et semblaient avoir pour point de départ une péri-salpingite, quoique les trompes fussent peu altérées. La laparotomie suivie de la rupture des adhérences, du lavage du péritoine et du drainage amena une guérison rapide.

Marche. Durée.
Terminaison.
Pronostic.

Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. — On peut affirmer que les collections enkystées de la trompe sont des affections définitives, inguérissables autrement que par l'extirpation; les femmes qui en sont atteintes sont des infirmes, que la moindre fatigue expose aux accidents aigus de la péri-salpingite : aussi la marche de cette affection est-elle essentiellement à répétitions ou à rechutes, ainsi que les cliniciens l'avaient, depuis longtemps, noté pour le phlegmon péri-utérin et la pelvi-péritonite. De fait, les lésions des trompes étaient, naguère encore, confondues et englobées, sous ce nom, avec les inflammations propagées dont elles sont l'origine. Les crises aiguës sont surtout marquées par l'exacerbation des phénomènes douloureux et nerveux dans les tumeurs non purulentes; dans ces dernières, il s'y joint de la fièvre survenant par poussées, avec des rémittences presque complètes. L. Tait a attribué ces accidents répétés à l'issue de quelques gouttes de liquide irritant par des éraillures de la trompe³. Quoi qu'il en soit, de petites poussées de péri-salpingite se reproduisent incessamment. Enfin, il peut se faire des ruptures complètes. Alors, s'il s'agit d'un kyste séreux ou hémattique, les accidents peuvent être relativement légers⁴ (comme dans le cas de rupture de kyste de l'ovaire). Mais si c'est un pyo-salpinx qui se rompt dans le péritoine, des accidents formidables et foudroyants se produisent, et la cause en est parfois méconnue. Le médecin légiste doit être averti de la possibilité de ces morts rapides qui peuvent emporter des femmes dont la santé était, en apparence, à peine

Rechutes.

Ruptures.

Sa

¹ DOLÉRUS. *Quelques points de diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite.* (Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., août 1889, p. 357).

² S. POZZI et BAUDRON. *Revue de Chir.*, août 1891.

³ LAWSON TAIT. *Traité des mal. des ovaires*, trad. franç. d'OLIVIER, 1886, p. 92 et 150.

⁴ On a pourtant cité un cas de mort par la rupture d'un hydro-salpinx, à la suite de la dilatation du col et de l'abaissement de l'utérus. A. MERMANN. *Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 513.

ébranlée; ces faits sont comparables, par leur gravité inattendue, aux ruptures de grossesses extra-utérines.

Quand la poche tubaire, remplie de pus, ne peut se vider par l'orifice utérin définitivement oblitéré et que le processus infectieux n'est pas épuisé, le pus, qui continue à se produire, distend la poche outre mesure, et l'amène au contact des cavités voisines, rectale et vaginale : elle leur adhère et se vide par une perforation. L'orifice créé tend à se rouvrir incessamment, et ainsi se produisent des fistules. On les observe surtout du côté du rectum, le pyo-salpinx étant ordinairement prolapsé dans le cul-de-sac de Douglas. On voit plus rarement le pus se frayer un chemin direct dans le vagin, dans la vessie ou dans l'uretère¹. Des élancements, du ténesme, de la diarrhée glaireuse (Nonat), précèdent l'ouverture rectale : des signes de cystite annoncent l'ouverture vers la vessie. Une communication recto-vésicale peut être créée par une double ouverture.

Fistules.

Ces fistules sont généralement intermittentes; après un orage fébrile et douloureux prémonitoire, le pus s'évacue brusquement; un soulagement remarquable et instantané se produit aussitôt; la malade, qui paraissait parfois à toute extrémité, renaît à la vie; elle se rétablit même plus ou moins en apparence, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée analogue l'abatte de nouveau. De pareilles alternatives peuvent durer assez longtemps avant d'altérer profondément l'état général. Mais, d'autres fois, ces accès revêtent un caractère de septicité extrême, le thermomètre monte jusqu'à 41 degrés; des frissons violents, du délire, une altération profonde des traits, indiquent l'intensité de l'infection. Au bout de quelques attaques, la malade demeure affaiblie, en proie à une petite fièvre hectique qui l'épuise. Une anorexie invincible est un des caractères les plus frappants de cet état morbide : il est des femmes qui ne peuvent plus supporter aucun aliment, qui les vomissent tous, et qui meurent littéralement d'inanition.

Il existe un autre type clinique où la fistule, permanente ou intermittente, ne provoque presque pas de réaction, mais entraîne graduellement un dépérissement général.

L'ouverture de la trompe suppurée peut aussi se faire latéralement, vers la fosse iliaque, en donnant lieu à des abcès de cette région, ou en avant, dans le tissu cellulaire pré-vésical, d'où une forme spéciale de suppuration de la cavité de Retzius. Ces lésions, qui seront spécialement étudiées dans le chapitre suivant, sortent du cadre des inflammations circonscrites, pour entrer dans celui des abcès pelviens.

Propagation.

¹ WYLIE. *Complication of salpingitis: right tube adherent to ureter.* (Amer. Journ. of Obstet., 1891, t. XXIV, p. 544).

Résidus.

Lorsqu'une guérison relative est spontanément obtenue, les **résidus plastiques** qui emprisonnent et déplacent l'utérus et les annexes constituent une cause permanente de douleurs et une menace incessante de retour d'inflammation aiguë. De plus, les trompes, même après l'évacuation de leur contenu, restent atteintes de salpingite interstitielle, d'abord hypertrophique, puis atrophique, qui perpétue les douleurs.

Traitement.

Traitement. — « Nombre de maladies qui font le désespoir de la médecine guérissent très facilement par les secours de la chirurgie, » écrivait Louis, il y a plus d'un siècle. Ces paroles n'ont jamais trouvée une démonstration plus éclatante que pour les affections des trompes. Il y a quelques années à peine, les femmes qui en étaient atteintes, confiées à la médecine expectante, étaient condamnées les unes à un état perpétuel d'infirmité, les autres à une mort lente et douloureuse. Actuellement la chirurgie les guérit presque sûrement.

Est-il possible de s'adresser ici au traitement indirect que j'ai préconisé pour les salpingites non enkystées? Nombre d'auteurs recommandables, Walton d'abord, puis Doléris, Gottschalk, etc.¹, ont eu la pensée de provoquer l'expulsion du liquide contenu dans la poche tubaire en débouchant, pour ainsi dire, l'orifice utérin par le curettage et la dilatation de l'utérus. Il suffit de se rappeler l'anatomie pathologique de pareilles lésions, l'oblitération complète et définitive du calibre de la trompe, dans l'immense majorité des cas, pour voir tout ce qu'un pareil espoir a de théorique. Les améliorations et guérisons réelles observées après ce traitement sont certainement relatives à des péri-salpingites séreuses prises, à tort, pour des pyo-salpinx.

Quant à l'idée d'évacuer le contenu des trompes par leur **cathétérisme**, c'est à peine si elle mérite d'être mentionnée. La possibilité de pénétrer dans une trompe saine est déjà douteuse²; la manœuvre serait à la fois illusoire et dangereuse pour une trompe malade.

¹ WALTON. *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus.* (Mémoire présenté à l'Acad. roy. de méd. de Belgique, 50 juill. 1887 et publié dans les *Mémoires couronnés*, 1888, t. VIII). — *Du drainage de la cavité utérine, en cas d'abcès pelviens* (Annal. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand, 1888, p. 102). WALTON appuie ses propositions thérapeutiques sur une expérience fort contestable faite avec une boule creuse de caoutchouc qu'il dilate avec un pessaire Gariel. L'application qu'il en fait aux conditions pathologiques me semble très discutable. — DOLÉRIS (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 21 déc. 1888) reproduit les idées précédentes. Dans un article plus étendu (*Journ. de méd. de Paris*, 1889, n° 7 et 9), il relate des expériences sur le cadavre et sur des pièces pathologiques, qui n'entraînent guère la conviction. — S. GOTTSCHALK. *Zur Behandlung der Pyosalpinx.* (*Deutsche med. Zeit.*, 1889, n° 50, p. 551.)

² A. MARTIN. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIV, p. 505

Dès que l'on a constaté une tumeur enkystée des trompes, il faut pratiquer son ablation, en choisissant pour cela le moment convenable. Autant que possible, on n'opérera pas durant une poussée aiguë. Cependant, si celle-ci présentait un caractère grave et menaçait de donner lieu à une péritonite généralisée; si surtout on avait quelque raison de craindre la rupture d'un pyo-salpinx, on ouvrirait immédiatement l'abdomen; ce serait le seul moyen de sauver la malade.

L'opération de l'**oophoro-salpingotomie**, faite dans ces conditions, offre des difficultés incomparablement plus grandes que lorsqu'il s'agit de salpingites catarrhales. La multiplicité des adhérences, le danger de crever une poche pleine de liquide prêt à infecter le péritoine, commanderont les plus grandes précautions. On devra, généralement, faire une incision plus grande que pour la castration proprement dite. Parfois, on tombe sur un épiploon adhérent au pubis et boursoufflé par des bulles de sérosité (œdème aigu) qui en dénaturent complètement l'aspect: il sera détaché avec les doigts coiffés de compresses-éponges, et, s'il est très altéré, réséqué après ligature au catgut, par petits paquets. Les doigts chercheront aussitôt à s'orienter sur le fond de l'utérus, et, en suivant les cornes, on palpera les trompes et les ovaires. Dès qu'on aura reconnu la trompe qui est la plus altérée, on s'attaquera à elle en essayant de faire le tour de la tumeur, de la décoller, si elle est adhérente, en insinuant le doigt entre elle et les organes voisins. Quand le sac est très volumineux et présente des parois minces, il faut, par crainte de le crever, en aspirer le contenu avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy, puis fermer la piqûre en y plaçant une ou deux pinces à forcipresure. Si la tumeur est petite, ferme, résistante, il vaut mieux, en allant avec précaution, la détacher sans la vider, ce qui donne beaucoup plus de prise à l'action des doigts. Quand la tumeur est libérée et ne tient plus au ligament large que par les ailerons de la trompe et de l'ovaire, on traverse ce pédicule membraneux avec l'aiguille mousse armée d'un fil de soie et on lie, soit par le nœud de Lawson Tait, soit par deux fils croisés ou avec une série de ligatures en chaîne, si le pédicule est trop large. Si les adhérences rendaient très difficile le début de la décortication d'une trompe kystique soudée au cul-de-sac de Douglas, on pourrait commencer, pour se donner du jour, par sectionner la trompe entre deux ligatures à un centimètre de l'utérus, en un point où elle est généralement peu altérée et point dilatée et offre un véritable pédicule; on opérerait ensuite le détachement des adhérences de dedans en dehors, au lieu de procéder de dehors en dedans.

Je signalerai, à ce propos, une erreur que pourrait causer l'adhé-

Oophoro-salpingotomie.
Technique opératoire.

rence de l'appendice vermiculaire à la tumeur : on évitera de le prendre pour le pédicule, ce qui serait très dangereux.

La surface de section de la trompe doit être cautérisée au thermocautère dans un but antiseptique, car elle présente toujours, au centre du moignon, une petite hernie de la muqueuse malade.

Quand on éprouve une grande difficulté à isoler les parties, on a une tendance naturelle à agrandir la plaie pour se donner du jour et pour contrôler par la vue la manœuvre des doigts. Lawson Tait, qui a une expérience incomparable de l'opération, condamne formellement cette pratique. Il conseille de s'en rapporter exclusivement au toucher et de ne pas compliquer la tâche, par la nécessité de refouler les intestins et de rétracter les lèvres d'une plaie abdominale souvent très résistante. Si, au moment de faire la ligature du pédicule, on trouve qu'il est large, tendu, inextensible, et menace d'être déchiré par la traction qui est nécessaire pour l'amener à portée des instruments, ou s'il risque d'être coupé par la striction des fils, Lawson Tait conseille le procédé suivant pour lui donner plus de laxité : il glisse ses doigts le long du ligament large jusqu'au niveau de son insertion au pelvis, et, en grattant avec les ongles, il produit en ce point des éraillures de la séreuse et de la charpente fibreuse du ligament; ces éraillures n'entament pas les vaisseaux qui échappent par leur élasticité et leur mobilité. On donne ainsi du jeu au ligament large, et l'on arrive bien plus facilement à attirer le pédicule vers la plaie et à le lier sans le déchirer ni le couper¹.

Enfin, dans des cas exceptionnels², si le toucher ne fournit pas des indications suffisantes ou si on craint de s'en rapporter à lui seul, il peut être nécessaire de s'aider de la vue, soit en mettant la malade dans la *position décline de Trendelenburg* (fig. 528), soit en pratiquant l'*éviscération* ou extraction temporaire d'une ou de plusieurs anses intestinales, qui seront recouvertes de compresses aseptiques, chaudes. J'ai pu ainsi séparer commodément avec les ciseaux et le thermocautère les annexes intimement adhérentes à l'S iliaque, dans un cas de pyo-salpinx³.

Le meilleur moyen d'arrêter les hémorragies, dans ces opérations, c'est la compression; je me sers exclusivement pour cela de compresses-éponges. On interrompt momentanément l'opération, et l'on fait une compression énergique, avec les mains, sur des compresses

Position
décline de
Trendelenburg.
Éviscération.

Sa

¹ GREIG SMITH, *loc. cit.*, p. 170.

² C'est à tort, je crois, qu'on a érigé en règle cette position décline dans les opérations de salpingotomie (H. DELAGENIÈRE. *Du plan incliné dans certaines laparotomies in Progrès méd.*, 14 et 21 mars 1891). Elle offre l'inconvénient grave, en cas de rupture d'une poche purulente, de faciliter la souillure étendue du péritoine.

³ S. Pozzi et E. BAUDRON. *Loc. cit.*, p. 654.

accumulées dans la plaie. Les hémorragies provenant de la décortication d'une tumeur remplissant le cul-de-sac de Douglas s'arrêtent très bien ainsi. Celles qui sont dues à une déchirure des bords de l'utérus peuvent persister; un surjet au catgut en vient à bout. Le

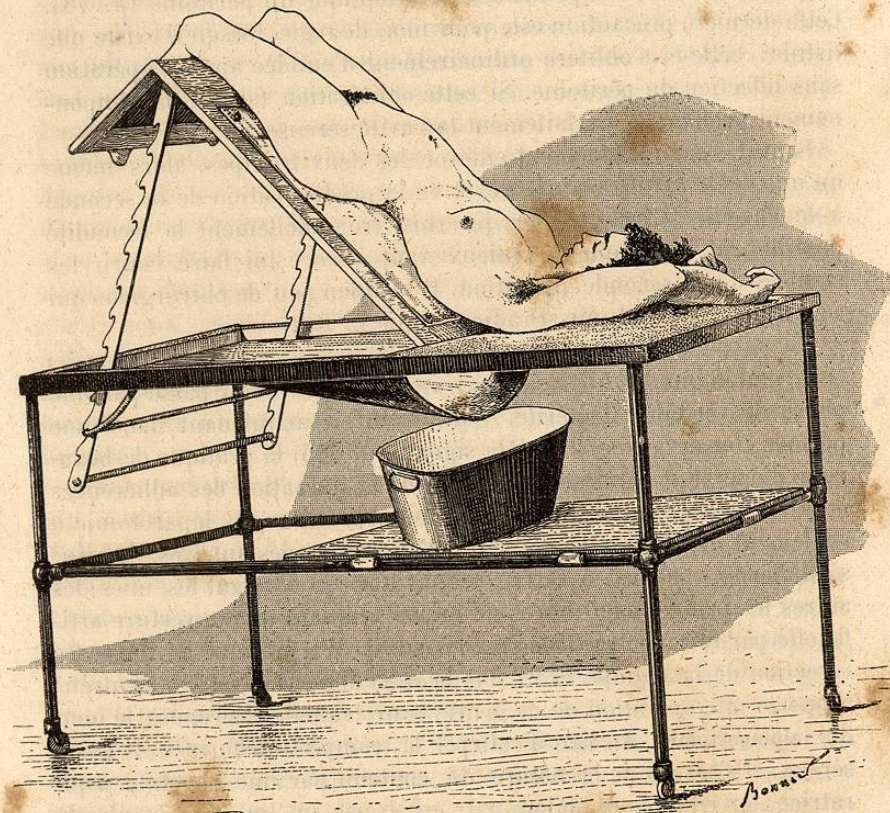


Fig. 528. — Position décline de Trendelenburg sur la table d'Edebohls¹.

lavage à l'eau très chaude, l'attouchement avec le thermocautère seront au besoin essayés. Ce n'est qu'en cas de nécessité absolue qu'on aurait recours au tamponnement hémostatique du péritoine avec la gaze faiblement iodoformée, ou même à la forcipressure à demeure, qui sera l'*ultima ratio*. On devrait, dans ce dernier cas, y joindre le drainage capillaire en enveloppant les pinces de gaze iodoformée. Certains chirurgiens ont même été forcés, quand l'hémorragie provenait d'adhérences utérines, de pratiquer l'hystérectomie abdominale pour obtenir l'hémostase.

¹ Voir *New-York Journ. of Gyn. and Obstet.*, déc. 1891, p. 149.

S'il y a eu effusion de pus ou de liquide irritant dans le ventre, on fera le lavage du péritoine (p. 25) et, si les manœuvres ont été particulièrement pénibles, et que l'on ait lieu de redouter un suintement abondant coïncidant avec des déchirures étendues, on fera le drainage (p. 72) ou le tamponnement antiseptique du péritoine (p. 78). Cette dernière précaution est, pour moi, de règle, lorsqu'il existe une fistule; celle-ci s'oblitére ordinairement d'emblée après l'opération sans infection du péritoine. Si cette oblitération tardait, le tamponnement protégerait parfaitement la cavité séreuse¹.

Faut-il systématiquement enlever les deux trompes, alors même qu'une seule paraîtrait malade, et vu la prédisposition de la seconde à le devenir? C'est sacrifier, je crois, trop facilement la fécondité possible de la femme, et mieux vaut encore lui faire courir les chances d'une seconde opération. Il est bien peu de chirurgiens qui soient, sur ce point, aussi radicaux que L. Tait.

Résection partielle de la trompe.

Il semble que la chirurgie des trompes, après avoir passé par une phase de véritable témérité, veuille entrer maintenant dans une période conservatrice. J'ai déjà signalé (p. 645) la pratique de beaucoup d'opérateurs qui se contentent de la libération des adhérences et de la toilette antiseptique dans tous les cas où la laparotomie a seulement montré un léger degré d'altération des annexes. Martin² s'est borné, parfois, à ouvrir le pavillon en écartant les unes des autres les franges agglutinées ou en y pratiquant une ouverture artificielle par résection partielle de ce conduit. Il a pratiqué 24 fois cette résection de la trompe et 21 fois la résection de l'ovaire³. Skutsch⁴ rapporte une opération de ce genre pour laquelle il propose le nom de *salpingostomie*. Au lieu d'extirper la trompe transformée en kyste séreux, il s'assura de la nature du contenu par une ponction aspiratrice, ouvrit le bout abdominal, en excisa un morceau ovale de 1 centimètre carré et réunit à la soie la muqueuse et la séreuse autour de l'orifice. Une sonde passée dans la trompe en avait établi la perméabilité. Skutsch se demande s'il ne vaudrait pas mieux, en pareil cas, suturer le nouveau pavillon à l'ovaire. Cela me paraît très préférable.

Salpingostomie.

¹ S. POZZI, LOSTALOT-BACHOUÉ et BAUDRON. *Remarques clin. et opérat. sur une série de trente laparotomies.* (Annal. de Gyn., mai 1890, t. XXXIII, p. 251 et suiv.)

² A. MARTIN. *Ueber partielle Ovarien und Tubenextirpation* (Samml. klin. Vorträge, 1889, n° 545).

³ A. MARTIN (*Ueber Tuben und Ovarialresektion*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 25, p. 515 et suiv.) a observé 6 grossesses et un avortement après la résection de l'ovaire; en revanche, il n'a noté qu'une seule grossesse suivie d'avortement après la résection de la trompe, ce qui semble prouver combien la résection de la trompe est une opération incertaine au point de vue des grossesses ultérieures.

⁴ SKUTSCH. *Beitrag zur operat. Therapie der Tubenerkrankungen.* 5^e Congrès des gynéc. all. Fribourg, 1889. (*Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 32, p. 566.)

Cependant, je n'ai que peu de confiance dans l'utilité de cette opération soi-disant conservatrice; je crois, en effet, que toutes les fois que la trompe présente des signes d'inflammation ancienne assez intense pour l'avoir transformée en kyste séreux ou même seulement pour avoir oblitéré son pavillon, sa structure, partant, ses fonctions physiologiques, sont fortement compromises. J'attache, par contre, une grande valeur opératoire à la *résection partielle de l'ovaire*, toutes les fois que, la trompe étant saine, on trouvera une portion de l'ovaire indemne. C'est ce qui a lieu parfois dans l'altération scléro-kystique et j'ai par trois fois pratiqué cette résection au grand bénéfice des malades qui ont conservé leur menstruation et leur fécondité, tout en étant débarrassées de leurs douleurs. Cette opération a été faite dans des circonstances analogues, par Martin, Zweifel, Gusserow, Wiedow¹, etc.

Résection partielle de l'ovaire.

J'ai aussi, par deux fois, pratiqué la *salpingorrhaphie*², c'est-à-dire la suture sur l'ovaire du pavillon de la trompe saine, mais retenue loin de lui par des adhérences que j'avais détachées. Dans les deux cas, j'avais préalablement fait la résection d'une partie de l'ovaire.

Salpingorrhaphie.

Il faut être prévenu que l'ablation des trompes et des ovaires peut quelquefois ne faire sentir ses bons effets qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois. La malade peut continuer, durant ce temps, à éprouver des douleurs abdominales qui, quoique bien moins fortes qu'auparavant, la désespèrent en lui faisant croire que l'opération n'a pas atteint son but³. On doit attribuer ces phénomènes à deux causes : l'irritation péritonéale au niveau de la ligature qui, ayant porté sur des tissus enflammés, provoque une certaine réaction périphérique : la persistance de l'inflammation dans le tronçon de trompe respecté par l'opération. Je crois donc qu'il faut toujours réséquer la trompe le plus loin possible et ne laisser attachée à l'utérus que la longueur strictement nécessaire pour faire une ligature solide. Enfin, on doit faire suivre toute opération sur les trompes d'un curetage de l'intérieur de l'utérus avec injections iodées, pour modifier énergiquement l'endométrite concomitante et guérir du même coup l'inflammation réfugiée dans le moignon tubaire. Je ne fais généralement ce curetage qu'au bout d'un mois.

Résultats immédiats de l'opération.

Toutes les fois qu'on a enlevé les deux trompes et les deux ovaires, la ménopause n'est pas immédiatement survenue (p. 590). Les cas où les règles persistent plus ou moins longtemps encore paraissent souvent relatifs à des faits où une lésion de l'utérus

¹ A. MARTIN. *Verhandl. d. deutschen Gesell. f. Gyn.*, 1891, p. 242.

² S. POZZI. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, oct. 1891, t. XVII, p. 592.

³ H. COE. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, t. XIX, p. 561.