d'après l'étiologie. Nous nous en sommes déjà occupé plus haut, de sorte qu'il ne nous reste plus qu'à parler des suites ultérieures de l'oblitération.

A l'état normal, la muqueuse tubaire ne sécrète qu'une minime quantité d'un liquide complètement neutre, lequel s'élimine par l'ouverture abdominale de la trompe, sans causer d'irritation. Le liquide sécrété paraît ne pas se déverser habituellement dans l'utérus, puisque l'atrésie du méat tubo-utérin n'entraîne jamais d'accumulation de sécrétions dans les trompes.

Cette quantité minime de liquide passe à travers la trompe même rétrécie, sans aucune difficulté. Il faut donc que l'atrésie soit complète pour qu'il puisse se produire une accumulation, quand la sécrétion est normale; mais si la quantité de liquide augmente beaucoup, il peut y avoir stase, en deçà de l'orifice rétréci. Il peut même arriver dans le cas de sécrétion purulente profuse que le calibre normal de la trompe ne suffise point à l'élimination et que la trompe reste pourtant normale, ou soit dilatée.

En cas d'oblitération complète de la trompe, les liquides sécrétés s'accumulent toujours dans la partie du canal qui se trouve entre l'endroit atrésié et la matrice. L'accumulation commence toujours dans le voisinage immédiat du lieu de l'oblitération. Lorsque l'orifice abdominal est fermé, le liquide s'accumule d'abord à l'extrémité abdominale de la trompe et peu à peu le canal tout entier se distend sur le reste de son parcours.

Les parois deviennent minces : les fibres musculaires écartées sous l'effort de la distension, finissent par disparaître. La muqueuse se déplisse, devient semblable à une membrane séreuse et se recouvre d'un épithélium fort bas. L'oviducte gêné dans sa distension à cause des connexions étroites de son bord inférieur avec le ligament large, se dispose en circonvolutions, Là où ces dernières s'infléchissent à angle aigu, la muqueuse repliée sur elle-même semble faire cloison dans la lumière du canal. *L'hydropisie des trompes*, *l'hydrosalpinx* peut devenir considérable, bien qu'il ne faille point tenir pour absolument certain tout ce qu'ont avancé les anciens auteurs. En général l'hydrosalpinx a des dimensions modérées et présente l'aspect d'une saucisse ou d'un intestin. L'hydropisie tubaire n'atteint pas ce même volume, lorsque l'oblitération siège, non pas à l'orifice abdominal, mais dans la continuité de la trompe, parce qu'alors les sécrétions ne s'accumulent que dans le côté adjacent à l'utérus.

Le *contenu* de l'hydrosalpinx varie. J'ai vu une trompe fortement gonflée par la présence d'une matière blanchâtre et épaisse (épithélium

desquamé et mucus). Mais en règle générale, on trouve un liquide séreux, clair, très fluide, jaunâtre et très riche en albumine. Il peut être teint d'un peu de sang.

Il arrive que le contenu de la tumeur soit presque exclusivement du sang. On trouve du reste tous les intermédiaires.

Lorsque le méat utéro-tubaire est normal ou seulement rétréci et que la sérosité est arrivée jusque là, le liquide peut s'écouler dans l'utérus (il est indubitable que l'hydrosalpinx peut se constituer malgré la perméabilité de l'ouverture utéro-tubaire). *A priori*, nous pouvons comprendre, — et un grand nombre d'observations bien faites et peut-être plus encore d'observations mal faites, en font foi — que lorsque la première partie du liquide s'est écoulée, la sortie du liquide est entretenue par la pression abdominale, de sorte que la poche se vide à peu près entièrement. Les anciens désignaient déjà sous le nom *d'hydrops tubae profluens*, l'évacuation subite par l'utérus et le vagin d'une grande quantité de liquide, provenant de la trompe de Fallope. Le mécanisme de l'hydropisie tubaire ne comporte aucun doute et quand *Kiwisch* s'étonne de voir le départ du liquide se faire toujours vers l'utérus et non vers la cavité péritonéale, on peut lui répondre que si la sérosité pouvait s'écouler dans la cavité abdominale, il ne saurait se développer d'hydrosalpinx.

Un fait rapporté par *Scanzoni* prouve que le liquide échappé provient réellement des trompes. Il a trouvé à l'autopsie une trompe remplie de liquide, tandis que l'autre était représentée par une poche vide à parois affaissées.

Les trompes se vident ainsi de temps en temps, et parfois d'une manière presque périodique.

Si le contenu de la trompe est purulent — *pyosalpinx* — la paroi de la trompe est souvent très épaissie et par conséquent moins dilatable.

Cet épaississement est dû à une hyperplasie conjonctive avec infiltration cellulaire. La muqueuse se transforme peu à peu en tissu de granulations. Tout en étant moins dilatable que dans le cas d'hydro-salpinx, la paroi tubaire peut néanmoins s'amincir et se distendre. Moi-même j'ai enlevé un pyosalpinx à streptocoques, qui remontait jusqu'à l'ombilic.

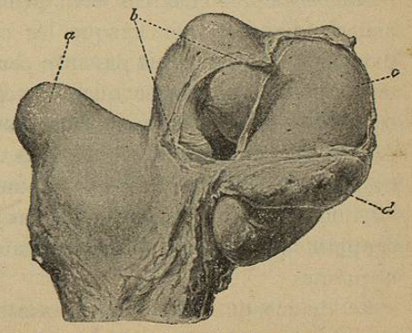

Fig. 174. — Pyosalpinx droit. *a* Petit fibrome. *b* Adhérences. *c* Pyosalpinx. *d* Ovaire. (Clinique de Wurzbourg.)

Il est de fait qu'un pyosalpinx peut se transformer graduellement en hydrosalpinx. En voici un exemple : une de mes malades avait eu pendant des années un énorme pyosalpinx, qui avait été ouvert par la paroi abdominale et par le vagin ; puis la suppuration s'était tarie. Elle mourut d'iléus, et à l'autopsie je découvris un volumineux hydrosalpinx.

Des altérations macroscopiques analogues s'observent dans le pyosalpinx *tuberculeux*. Le contenu de la trompe est alors constitué par un liquide purulent, mêlé de détritus, parfois par une pâte caséeuse. Bien souvent, le diagnostic n'est possible qu'à l'aide du microscope.

Symptômes. — L'*hydrosalpinx* ne donne naissance qu'à des manifestations vagues, telles qu'en présentent les petites tumeurs de l'ovaire. On peut observer une sensation de pesanteur et de pression dans le bassin, des symptômes de compression des nerfs des extrémités inférieures ; mais dans beaucoup de cas tout symptôme fait défaut, ou bien on ne perçoit que les signes de la péritonite causale ou consécutive au mal.

Les symptômes du *pyosalpinx* sont d'ordinaire beaucoup plus graves ; cependant il est des femmes qui portent dans le ventre de grosses poches remplies de pus, et cela pendant des années, sans accuser de vives souffrances. Les symptômes sont entièrement sous la dépendance de la périmétrite concomitante.

La stérilité qui ne manque jamais, lorsque le mal siège des deux côtés à la fois, existe souvent même lorsqu'une seule trompe est distendue ; l'autre, en effet, quoique non dilatée, est fréquemment le siège de catarrhe, elle a subi des déplacements ou bien elle est étranglée par une bride péritonéale qui la rend imperméable.

La menstruation est souvent irrégulière.

Diagnostic. — Les cas bien prononcés d'hydropisie tubaire sont faciles à diagnostiquer lorsque les circonstances s'y prêtent et que la quantité de liquide n'est pas trop considérable. On ne saurait méconnaître la trompe dilatée quand on perçoit une tumeur partant d'une des cornes de la matrice, à forme allongée, et à diamètre d'autant plus fort, qu'on s'éloigne plus de l'utérus. La grande mobilité de la trompe dilatée, que *Simpson* considère comme un élément essentiel au diagnostic, et qui dans beaucoup de cas est un symptôme extrêmement frappant, n'existe pas toujours à cause des adhérences qui sont très fréquentes.

Le diagnostic différentiel présente de grandes difficultés lorsque la trompe est normale sur une certaine étendue depuis l'utérus jusqu'à la

tumeur, ainsi que cela arrive pour les pyosalpinx comme pour les hydrosalpinx.

Lorsque la trompe n'est oblitérée qu'en partie, de sorte que la tumeur prend une forme sphérique, ou bien si la dilatation est arrivée à un degré très avancé, qui en altère fortement la forme caractéristique, on ne peut plus bien la distinguer des kystes de l'ovaire ou des kystes du ligament large. Les parois de l'hydrosalpinx soumises à une forte distension, peuvent devenir très minces, et elles sont douées alors d'une très grande élasticité. Le pyosalpinx, par contre, a toujours des parois épaissies et rigides. Comme signes caractéristiques de ces tumeurs tubaires notons : leur *siège bilatéral*, leur *proximité de l'utérus*, leur *situation profonde dans le petit bassin* et les *adhérences* qui les enveloppent de toutes parts. Cependant il est parfois difficile de les différencier d'avec de petites tumeurs ovariques compliquées de périmétrite et d'avec de petits myomes sous-séreux.

En cas de doute, on pourra recourir à une ponction aspiratrice pour fixer le diagnostic.

Hématosalpinx. De vraies collections sanguines dans les trompes ne s'observent que comme suite de l'hématocolpos et de l'hématométrie (voir p. 119). Les parois tubaires sont alors minces, friables, fixées par des adhérences. Le sang reste à l'état liquide et la trompe est fermée.

Du sang s'épanche dans les trompes dans la grossesse extra-utérine, compliquée d'avortement tubaire ; l'orifice abdominal de la trompe reste alors ouvert et le sang est coagulé (*Veit*).

En cas de salpingite *tuberculeuse*, il existe souvent des lésions de même nature ou d'autres organes, et la trompe affecte la forme d'un chapelet (*Hegar*) surtout dans le voisinage de l'utérus. Cependant il peut exister des tumeurs tuberculeuses, localisées vers l'extrémité libre des trompes, dures, et mobiles, tout comme de petites tumeurs ovariques.

Pronostic. Il n'est pas rassurant, surtout si on a des raisons de croire à une salpingite blennorrhagique, puerpérale ou tuberculeuse. La salpingite catarrhale est curable, et la conception est possible après guérison ; dans toutes les autres variétés, la stérilité est la règle, même quand on parvient à amender tout symptôme inflammatoire et à rendre la vie bien supportable. De plus, de nouvelles poussées inflammatoires peuvent survenir à la moindre cause ; et la salpingite tuberculeuse peut provoquer une infection générale.

L'*hydrosalpinx* ne présente d'autre suite fâcheuse que la stérilité. Même la rupture de la poche est bien tolérée, attendu que le liquide

est stérile et ne tarde pas à être absorbé par le péritoine. Très volumineuses, les poches d'hydrosalpinx peuvent comprimer les organes du petit bassin.

L'évacuation du liquide par l'utérus est une terminaison naturelle, heureuse.

Le *pyosalpinx* est une affection grave : car, même abstraction faite des dangers de la période aiguë, elle dure des années et ne peut aboutir à une complète guérison. La conception n'est possible que dans le pyosalpinx unilatéral.

Pour l'*hématosalpinx*, voir p. 119.

Traitement. Les trompes étant profondément situées dans le petit bassin, il est impossible de diriger contre la salpingite un traitement médical direct. On doit forcément se borner à prescrire le repos et la suppression de toutes les causes d'irritation. Pareil traitement suffit d'ordinaire, dans la salpingite catarrhale, à faire disparaître, après quelques semaines, tous les symptômes de la maladie. Il consiste dans le repos au lit, l'abstention de toute excitation génitale, un régime approprié, les compresses de *Priessnitz*, les bains de siège tièdes, les scarifications du col, et, lorsque les douleurs sont vives, l'application de suppositoires à la belladone et à la morphine. On peut conseiller aussi l'emploi des tampons imbibés d'une solution d'iode ou de tannin dans la glycérine. Ce traitement ne convient pas seulement à la salpingite au début; il est utile aussi, plus tard, quand il existe déjà des collections tubaires.

Le traitement de l'hydrosalpinx varie suivant le volume de la tumeur et les symptômes qu'elle provoque.

La tumeur ne donne-t-elle pas lieu à de vives souffrances, on la laisse en repos ; lorsqu'il n'en est pas ainsi, on conseille généralement de faire la *salpingotomie*. L'expression du contenu de la tumeur, que *Frankenhäusen* a faite avec succès, ne produit pas une guérison définitive. On pourrait en dire autant de la ponction faite par le vagin, conseillée déjà par *Simpson*, et reprise par *Landau* ; tout au moins ne convient-elle qu'aux poches situées tout près des culs-de-sac vaginaux. A la ponction je préférerais l'incision large, suivie de drainage. *Doléris* conseille de dilater et de drainer la cavité utérine pour provoquer l'évacuation de la trompe par l'utérus, procédé qui ne parviendra pas à se généraliser.

La laparotomie est dépourvue de danger, lorsque le contenu de la trompe n'est pas infectieux et lorsque il n'y a pas d'adhérences très solides. L'opération est facile. Le caractère infectieux d'un hydrosalpinx peut être exclu avec certitude.

La stérilité est incurable, lorsque l'affection est bilatérale. *Schrœder* a un jour, au cours d'une ovariotomie gauche, qui avait nécessité l'enlèvement de la trompe gauche dilatée, pratiqué une large ouverture dans le voisinage du bout abdominal atrésié de la trompe droite également dilatée, de façon à donner à la jeune fille du moins la possibilité d'une conception ultérieure. *Martin*, *Skutsch*, *Mackenrodt* et d'autres ont pratiqué des opérations analogues. La conception est survenue dans plusieurs cas.

La salpingotomie est d'ordinaire indiquée dans le cas de *pyosalpinx*, parce qu'il existe alors des troubles sérieux et que la vie est menacée. Cette opération, au cours de laquelle on fait bien d'enlever les ovaires, est moins grave qu'on ne serait tenté de le croire.

Alors même que la trompe se rompt et que du pus fétide s'épanche dans le ventre, la mort ne survient pas nécessairement par péritonite septique. Cela s'explique par le fait que les microbes finissent par périr dans des cavités de pus bien closes. Injecté en suffisante quantité dans le sang, ce pus horriblement fétide produirait bien l'intoxication par les ptomaïnes, mais il n'est pas infectieux parce qu'il ne contient plus de germes. Cela n'empêche pas qu'on veillera avec soin à ne pas rompre la trompe, puisqu'on ne sait pas si elle contient, ou non, des germes infecticux. Pour s'en assurer, *Schauta*, dans 100 opérations, a fait examiner pendant l'opération même, le pus enlevé au moyen d'une seringue aspiratrice, pour modifier sa technique opératoire suivant le résultat bactériologique obtenu; cela est faisable, mais je ne crois pas que ce procédé aboutisse à des résultats bien importants. Quoi qu'il en soit, on évitera avec soin que du pus vienne souiller le péritoine ; au besoin on aura recours au lavage de la cavité péritonéale et on en fera le drainage avec des bandelettes de gaze. Les ovaires, qui sont presque toujours malades, seront enlevés avec les trompes. Toutefois il vaut mieux laisser les ovaires, car il est établi que leur ablation, surtout chez de jeunes femmes, exerce une influence fâcheuse sur l'état général.

La salpingotomie est facile lorsque la tumeur est petite et peu adhérente. Dans les conditions inverses elle peut être fort difficile, car les tentatives d'énucléation sont aisément suivies de rupture de la trompe. Lorsque les annexes, enveloppées d'épaisses fausses membranes, sont fixées à l'intestin et aux parois du petit bassin, l'opération peut devenir impraticable. Mieux vaut alors suturer le sommet de la poche à l'angle inférieur de la plaie abdominale, puis ouvrir le sac, et chercher à l'oblitérer par le drainage.

La mortalité de la salpingotomie n'est certes pas très élevée. Mais

les résultats définitifs laissent souvent à désirer : il survient des troubles inflammatoires dans l'utérus et dans le petit bassin, provoqués par des petits foyers infectieux qui occupent le plus souvent les moignons des trompes extirpées. Aussi a-t-on conseillé de faire en même temps l'ablation de l'utérus, devenu un organe inutile ; et les faits publiés par *Schauta* et par *Bardenheuer* ont démontré que la gravité de l'opération n'en est pas sensiblement accrue.

L'extirpation par le vagin de l'utérus avec ses annexes est basée sur les mêmes considérations ; mais cette opération, vivement préconisée par *L. Landau*, n'est plus possible lorsque les trompes ont contracté de solides adhérences.

Lorsque le pyosalpinx est constitué par une poche unique, voisine des culs-de-sac vaginaux, on peut conseiller de l'inciser et de la drainer par le vagin.

La mortalité des opérations dirigées contre le pyosalpinx n'est pas très élevée : 3 à 7 p. 100. Elle varie du reste avec la teneur du pus en micro-organismes et avec les difficultés techniques de l'intervention. L'opération est moins grave, mais moins complète et plus risquée, par le vagin.

Mais tout n'est pas fini avec l'opération. La cure n'est radicale que dans 50 à 60 p. 100 des cas ; les autres fois il persiste des inflammations chroniques et des hémorragies entretenant un état de malaise permanent.

Lorsque le contenu des trompes est épaissi, concrété, que la sensibilité à la douleur a disparu et qu'il ne survient plus d'aggravation inflammatoire, on peut renoncer à l'opération, et se contenter de cette guérison relative.

L'extirpation des trompes envahies par la *tuberculose*, ne présente de chances de succès que lorsque tous les autres organes sont indemnes.

3. — NÉOPLASMES DES TROMPES

Ils sont rares, et n'offrent pas grand intérêt pratique.

On trouve parfois des *papillomes* et des *cancers* papillaires provenant de la muqueuse tubaire, dont la structure papillaire prédispose à ce genre de néo-formations. *Sänger* et *Barth* ont colligé six cas de papillome, et seize cas de cancer primitif de la muqueuse tubaire. La structure de ces tumeurs rappelle la structure de l'adénome malin de l'utérus.

Ahlfeld a décrit un cas remarquable de déciduome malin de la muqueuse tubaire, consécutif à une grossesse tubaire.

Les *sarcomes* sont très rares : on n'en connaît que quatre cas, dont trois provenant de la muqueuse. *v. Kahlden* vient de publier un cas de sarcome de la muqueuse des deux oviductes.

Les *fibromes* sont très rares et n'atteignent guère qu'un volume très médiocre. *Simpson* est le seul qui en ait décrit un de la grosseur de la tête d'un enfant ; la tumeur se trouvait sur la trompe gauche. Les fibromes se développent sur le trajet des trompes et partent de l'épaisseur des parois du canal, ou bien ils siègent sur les franges de l'orifice abdominal. Ces tumeurs n'ont pas d'importance pratique ; elles n'oblitèrent même pas la lumière du canal, puisqu'elles se développent vers l'extérieur.

On rencontre quelquefois dans l'épaisseur des ligaments larges et au bord inférieur de la trompe des *lipomes;* il est très rare qu'ils atteignent les dimensions d'une grosse noix.

Les *kystes* qui s'observent fréquemment à la périphérie des trompes n'ont guère d'importance, car ils ne deviennent généralement pas plus gros qu'un pois.

L'hydatide de *Morgagni* ne présente d'intérêt qu'au point de vue embryologique.

Sous le nom de *fibromyxoma fimbriarum cystosum*, *Sänger* et *Barth* ont décrit une tumeur formée d'un amas de kystes insérés sur les franges de la trompe.

Doléris a décrit un cas, jusqu'ici unique, de nombreuses et grosses vésicules à échinocoques des deux oviductes.

Le *diagnostic* exact est d'ordinaire impossible.

Le *traitement* ne saurait consister que dans l'extirpation des trompes; en cas de tumeurs malignes, on enlèvera en même temps les deux trompes et l'utérus. Il est de fait que ces tumeurs sont souvent bilatérales et qu'elles peuvent envoyer des métastases à la muqueuse utérine.