

CHAPITRE IV

AFFECTIIONS DES TROMPES ET DES OVAIRES

ARTICLE PREMIER

SALPINGITES ET INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES

Définitions et doctrines. — L'utérus une fois infecté, les microbes pathogènes peuvent gagner : 1° les *annexes*, trompes et ovaires ; 2° le *péritoine pelvien* ; 3° le *tissu cellulaire péri-utérin*. — Donc, *salpingite* et *salpingo-ovarite*, *pelvi-péritonite*, *cellulite pelvienne* : tels sont les trois modes de propagation de l'infection utérine (fig. 281).

Quelle est leur importance relative ? — Cette question qui a été le chapitre le plus controversé de la gynécologie n'a pu être tranchée que dans la période contemporaine : la laparotomie aseptique nous a permis de saisir, à leur phase précoce et à leur état de lésions simples, les inflammations et suppurations péri-utérines, qui n'étaient autrefois connues, par les autopsies, que dans leurs termes ultimes et dans leurs formes complexes et diffuses.

Jusqu'à ces vingt dernières années, il était admis, par les classiques, que les tumeurs inflammatoires, ordinairement suppurées, qu'on rencontre autour de l'utérus, ont l'un ou l'autre de ces deux sièges : 1° soit le tissu cellulaire du bassin, dont NOXAT avait affirmé l'importance prépondérante ; 2° soit le péritoine pelvien, qui, comme BERNUTZ et GOUPIE l'avaient établi, par leur mémoire fameux de 1857, s'enflamme secon-

dairement aux lésions utéro-annexielles et donne lieu à des masses plus ou moins volumineuses, constituées par des exsudats fibrineux, par des viscères agglomérés ou des collections purulentes enkystées.

Lorsque le 11 février 1872, LAWSON-TAIT fit sa première opération d'ablation des annexes, il n'eut point seulement le mé-

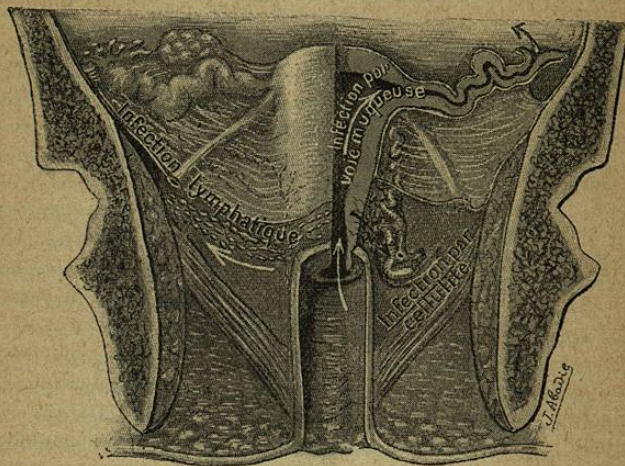


Fig. 281.

Schéma montrant les diverses voies (muqueuse, lymphatique, cellulaire), que peut suivre l'infection pour gagner de l'utérus vers les annexes.

rite d'innover une intervention féconde en résultats : du coup, il établit, en pathologie pelvienne, l'individualité de la salpingite, son importance étiologique comme foyer initial, comme facteur de la transmission infectieuse, et, dans la majorité des cas, sa prépondérance comme lésion extirpable.

Est-ce à dire qu'on doive, au profit exclusif de la salpingite, rayer de la nosographie le phlegmon de NOXAT et la pelvi-péritonite de BERNUTZ ? — Non, assurément, car ces trois conceptions essentielles des inflammations pelviennes ont chacune une part de vérité. Les tumeurs salpingiennes sont les plus fréquentes.

Mais le tissu cellulaire sous-séreux du bassin est le siège incontestable d'inflammations phlegmoneuses, surtout consécutives aux infections puerpérales. Quant au péritoine pelvien, il est des formes cliniques où son inflammation, au lieu d'être dominée par la lésion primitive et causale des annexes, prend le rang prépondérant, par son extension à une partie plus ou moins grande de la séreuse, par l'absence de gros abcès tubaires concomitants, par la formation de collections purulentes cloisonnées dans le péritoine du petit bassin.

Étiologie et pathogénie. — De même que les métrites, les inflammations pelviennes reconnaissent comme causes, deux infections principales : 1° la blennorrhagie ; 2° l'infection puerpérale succédant à un accouchement et surtout à un avortement septiques.

Le gonocoque est le facteur prépondérant des salpingites et des péritonites périsalpingées. — C'est ordinairement d'une façon insidieuse qu'il envahit les annexes, et le cycle habituel de l'affection peut se résumer ainsi : une vieille blennorrhée négligée, une goutte militaire réputée inoffensive est l'origine de la contamination féminine ; sur l'épithélium cylindrique du col, le gonocoque pénètre et cultive ; de là, une endométrite qui devient chronique et tend à gagner, par continuité de tissu, la muqueuse du corps, puis la muqueuse tubaire, puis le péritoine, soit que l'infection y arrive par le pavillon de la trompe, soit qu'elle s'y propage, par pénétration transpariétale, sur le repli séreux qui enveloppe l'organe.

Dans l'infection puerpérale, c'est le streptocoque qui intervient généralement : comme CORNIL et WIDAL l'ont démontré, ce microbe, à l'inverse du gonocoque qui reste ordinairement à la surface de l'endomètre, peut traverser la paroi utérine et pénétrer dans le tissu cellulaire du bassin. Au surplus, après un accouchement, les déchirures du col lui ouvrent l'accès vers ce tissu cellulaire : la plaie utérine infectée est le point de départ d'une absorption par les vaisseaux et les lymphatiques qui portent l'agent microbien vers les nappes cellulaires voisines et vers le péritoine. De là, ces accidents aigus et souvent diffus : phlegmons péri-utérins ; péritonite, tantôt limitée au pelvis, tan-

tôt diffuse à toute la séreuse ; dans les formes septicémiques, intoxication générale.

La distinction de ces formes est capitale. Dans l'une, il s'agit de lésions septiques superficielles, dépassant peu l'épaisseur de l'endomètre ; aucune plaie ne leur ouvre la voie vers les espaces cellulaires du bassin : c'est une maladie de la muqueuse qui se propage, en surface, de proche en proche, le long de la cavité utéro-tubaire, de même que l'urétrite, chez l'homme, amène une inflammation de la vessie ou du canal déférent. Cela s'explique bien : anatomiquement, les trompes ne sont qu'un prolongement bicorne de l'utérus ; embryologiquement, elles dérivent du même canal de MULLER ; histologiquement, leur muqueuse a même texture et même épithélium cylindrique, favorable à la pénétration du gonocoque.

Dans la seconde forme, au lieu de cette propagation lente, ce sont des inflammations rapides et graves qui succèdent à une plaie intra-utérine infectée par des microbes pyogènes, d'une particulière virulence, streptocoques ou staphylocoques. Alors que le gonocoque fait surtout les salpingites, l'infection puerpérale streptococcique cause plus ordinairement le phlegmon des ligaments larges ou la pelvi-péritonite. Et l'on s'explique ainsi que les salpingites soient devenues actuellement l'espèce clinique prépondérante, puisque l'asepsie obstétricale est la règle et qu'au contraire la blennorrhagie se multiplie.

Toutefois cette différence, sur laquelle BENNET avait autrefois insisté et que TERRILLON a bien indiquée, n'est point constante. — D'une part, des infections secondaires, à streptocoques ou à staphylocoques, peuvent se combiner au microbe de NEISSER, et l'on voit alors la blennorrhagie donner lieu d'emblée à des accidents aigus et moins circonscrits de suppuration pelvienne. — D'autre part, les infections qui succèdent à une fausse couche évoluent ordinairement comme l'infection d'origine blennorrhagique : les phénomènes septiques demeurent localisés à la muqueuse ; et cette endométrite *post abortum* ne gagne la trompe que par lente propagation. — Enfin, il est acquis aujourd'hui que l'infection puerpérale détermine surtout des salpingo-ovarites chez les femmes déjà atteintes d'endométrite blennor-

ragique : il se fait chez elles une infection mixte, le gonocoque préparant la muqueuse à l'inoculation strepto ou staphylococcique.

Ces deux grands facteurs étiologiques, blennorragie et infections puerpérales, dominent la presque totalité des inflammations pelviennes. Toutefois, celles-ci peuvent reconnaître comme causes plus rares, des infections d'autre origine. En premier lieu, c'est la tuberculose : le bacille de Koch aborde la sphère péri-utérine soit par la voie de la circulation sanguine, ce qui donne lieu à des péritonites bacillaires à localisation pelvienne, soit par infection ascendante utéro-tubaire, auquel cas on observe une salpingite avec péricosalpingite tuberculeuse. — Plus rarement, il s'agit d'une infection colibacillaire : salpingite et appendicite coexistent assez fréquemment ; la propagation se fait, soit par les lymphatiques de CLADO qui unissent l'appendice et l'ovaire, soit par les adhérences qui s'établissent entre cet organe et les annexes. — A titre exceptionnel, on a rattaché certaines salpingites à des fièvres éruptives : oreillons, scarlatine, rougeole, variole. — Enfin, il faut signaler les contaminations chirurgicales. Une exploration septique, une intervention inopportune portant sur un utérus très enflammé ont souvent déterminé une phlegmasie pelvienne.

Anatomie pathologique. — 1° SALPINGITES ET SALPINGO-OVARITES. — De la muqueuse utérine, l'infection a gagné, de proche en proche, la muqueuse tubaire de même structure ; à l'endométrite fait suite l'endosalpingite.

I. *Types anatomiques.* — Le premier degré de cette inflammation est la *salpingite catarrhale aiguë*. — Quand la muqueuse suppure, il s'agit de la *salpingite aiguë purulente*. — Au lieu de rester limitée à la muqueuse, l'inflammation peut gagner la paroi même de la trompe : par analogie avec la métrite parenchymateuse, c'est la *salpingite interstitielle*, qui prend tantôt la forme hypertrophique, avec parois épaisses et cavité rétrécie, remplie d'une substance pulpeuse, tantôt la forme scléreuse.

II. *Formation du salpinx.* — Tant que l'orifice utérin de la trompe demeure perméable, le pus a un libre écoulement vers

l'utérus : la *salpingite* reste *profluente*. — Au contraire, dès que cette évacuation vers l'utérus devient difficile ou impossible, la rétention entre en jeu et la *cavité close* tubaire tend à se constituer : on lui donne le nom de *salpinx*. Et, selon son contenu, qui peut être de la sérosité, du pus, ou du sang, on dit qu'il y a : *hydro-salpinx*; *pyo-salpinx*; *hémato-salpinx*.

Comment se constitue cette cavité close ? — Il faut que la trompe se ferme : 1° au niveau de son orifice utérin, *ostium uterinum*; 2° au niveau de son pavillon, *ostium abdominale*.

S'agit-il ordinairement d'une oblitération complète de l'ostium utérin ? — Cette disparition de la lumière du canal est une rareté, comme l'a montré REYMOND. Plus souvent, il s'agit simplement d'une imperméabilité, qui reconnaît les causes suivantes : l'épaississement des parois et la diminution du calibre de la trompe à ce niveau ; et surtout, les coudures de l'extrémité utérine (fig. 282), coudures telles, qu'une coupe histologique faite perpendiculairement à l'axe de l'organe peut rencontrer deux ou trois fois la lumière de la trompe contournée.

Selon la théorie de FREUND, on s'explique que certaines femmes soient particulièrement prédisposées à cette rétention. On sait que, normalement, pendant la vie intra-utérine, les trompes présentent une torsion en spirale qui, vers la fin de la trente-deuxième semaine, compte six à sept tours. De la naissance à la puberté, il se produit un redressement normal qui supprime cette torsion ; mais il peut arriver, par un arrêt de développement, que la trompe garde la forme spiroïde qu'elle présente chez les nouveau-nés, ce qui favorise sa coudure et la rétention intra-tubaire.

Le pavillon peut s'oblitérer par des adhérences à l'ovaire : 1° il lui adhère par sa face externe, péritonéale ; 2° il s'abouche contre la surface ovarienne ; 3° il s'ouvre dans une cavité purulente de l'ovaire, formant ainsi un grand abcès

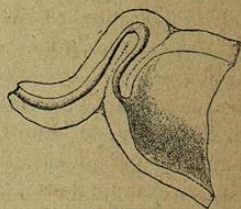


Fig. 282.

Ostium uterinum. Sinuosités de la trompe à son origine (REYMOND).

tubo-ovarien. Mais il arrive aussi qu'il se ferme lui-même sur place, en dehors de toute adhérence extérieure : cette clôture du pavillon se fait aux dépens de la face séreuse des franges comme REYMOND l'a bien écrit ; les franges, enflammées et épaissies, se replient sur elles-mêmes, s'invaginent vers le pavillon.

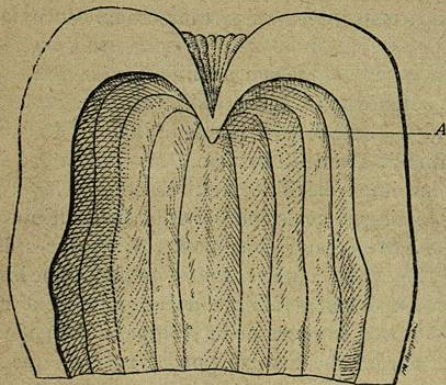


Fig. 283.

Deuxième temps de la fermeture du pavillon ; les franges se sont soudées ; le pavillon est fermé (E. REYMOND).

et s'accolent par leur revêtement péritonéal, en une cicatrice étoilée (fig. 283).

III. *Lésions macroscopiques.* — La trompe, distendue, est volumineuse : elle acquiert la grosseur du pouce, d'un œuf ; unie à l'ovaire par des fausses membranes, elle peut former des masses plus considérables encore (fig. 230). Elle est contournée, recourbée sur elle-même, embrassant l'ovaire dans sa concavité ; il est rare qu'elle se dilate régulièrement, « en boudin » ordinairement elle se développe davantage dans les deux tiers externes, en forme d'ampoule, « en poire » ; quelquefois elle présente une dilatation moniliforme (fig. 284), bosselée, « en chapelet ».

Le plus souvent, la trompe et l'ovaire sont tombés dans le cul-de-sac postérieur : c'est là qu'on les trouve, fixés par des

adhérences, formant masse irrégulière sur le côté et en arrière de l'utérus. Dans quelques cas, les deux organes s'accolent à la face postérieure du pubis ou derrière la paroi abdominale. La trompe est toujours unie à l'ovaire par des adhérences. Selon l'intensité du retentissement péritonéal, on trouve les annexes malades, tantôt simplement unies aux parties voisines par quelques filaments faciles à rompre, tantôt agglutinées avec l'uté-

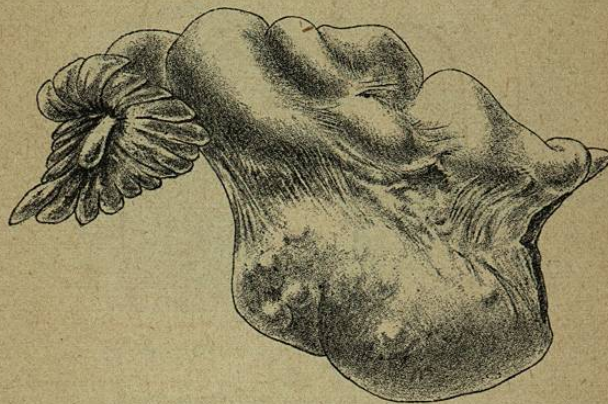


Fig. 284.

Salpingite blennorrhagique (E. REYMOND).

rus, l'épiploon, le rectum et l'anse oméga à gauche, le cæcum et l'appendice à droite, la vessie elle-même, par des fausses membranes épaisses et étendues.

IV. *Lésions histologiques.* — Dans l'infection blennorrhagique, il est fréquent que les lésions se limitent à la muqueuse : c'est l'endosalpingite pure. Mais, ordinairement, la trompe est lésée dans toute son épaisseur : les franges atteignent des dimensions tellement considérables qu'elles donnent parfois à l'œil nu l'impression de masses villeuses, se comprimant réciproquement, se soudant d'un côté à l'autre de façon à séparer la lumière en plusieurs loges secondaires.

L'épithélium présente une double tendance : il subit une desquamation aiguë et il se reproduit par une prolifération abondante. La musculature de la trompe, composée de deux couches, l'interne circulaire, l'externe longitudinale, subit d'abord une hypertrophie telle qu'elle peut sextupler son épaisseur : puis, secondairement, elle présente une atrophie par

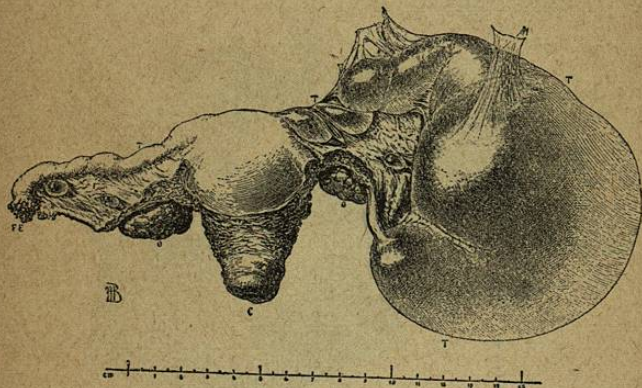


Fig. 285.

Volumineux hydrosalpinx gauche avec nombreuses adhérences (Hystérectomie abdominale) (KELLY).

transformation fibreuse. Parfois on rencontre de petits abcès dans l'épaisseur même des parois de la trompe (abcès pariétaux de Gendrin).

Ordinairement, les lésions de l'ovaire accompagnent celles de la trompe. — Au cours d'une annexite, l'ovaire peut être infecté : 1° par sa périphérie ; 2° par le hile à travers les tissus. L'inflammation périphérique est la plus fréquente surtout dans la salpingite blennorragique : l'ovaire, enveloppé des fausses membranes de la péri-ovarite, ne présente que des lésions peu profondes. L'écorce de l'organe subit un processus de sclérose : l'ovaire devient fibreux, irrégulier, rempli de petits kystes séreux, variant du volume d'un grain de mil à celui d'un pois. On donne à cette lésion très fréquente, le nom de *dégénérescence*

scléro-kystique. — Une variété d'ovarite est caractérisée par la formation d'épanchements sanguins qui se produisent soit dans les follicules, soit dans les corps jaunes, soit dans le tissu interstitiel : c'est l'*ovarite hémato-kystique*. Enfin, il faut signaler l'*ovarite suppurée* : elle se présente soit sous la forme de

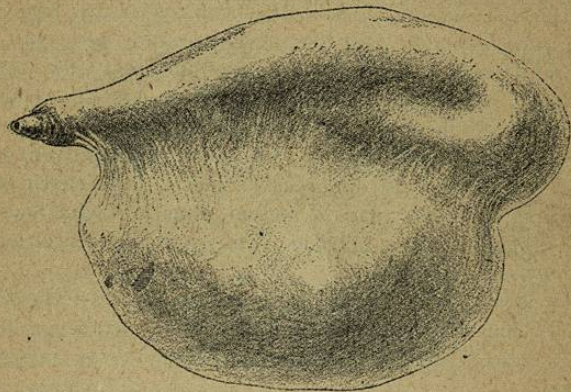


Fig. 286.

Salpingite avec abcès de l'ovaire (E. REYMOND).

petits abcès miliaires, soit sous l'aspect d'un grand abcès ovarien, formé ordinairement par la fusion progressive de kystes purulents, consécutifs à la suppuration des follicules et pouvant s'aboucher à un pyo-salpinx (fig. 286).

2° PELVI-PÉRITONITES. — Autour de l'utérus et des annexes enflammées, le péritoine enveloppant réagit d'une façon subaiguë. Ainsi se forment des néomembranes qui aboutissent à des adhérences viscérales ou à de petites collections séreuses cloisonnées : c'est la *périmérite*, la *périsalpingite*, la *périorovite*, où le processus de péritonite, atténué et circonscrit, s'efface devant la prédominance de la lésion d'origine.

Le mot de pelvi-péritonite ne s'applique point, en clinique, à ces formes adhésives localisées : il est réservé aux collections intrapéritonéales enkystées du bassin, où le pus s'accu-

mule, non dans la trompe distendue, mais dans la séreuse. En pareil cas, la lésion péritonéale prend le pas sur l'affection de l'utérus et des annexes. L'épanchement se fait, ordinairement, en arrière de l'utérus, dans la cavité de DOUGLAS, point déclive. Une fois constitué, l'épanchement se cloisonne par un véritable pont d'adhérences, allant de la face postérieure de l'utérus vers le rectum et le sacrum : c'est l'abcès rétro-utérin, cas fréquent. Quelquefois, quand il s'agit de pelvi-péritonite puerpérale où l'utérus est haut situé, cette loge de péritonite enkystée s'élève plus haut : séparée de la masse intestinale par un véritable diaphragme d'adhérences, elle peut atteindre l'ombilic, formant un ovoïde à grand axe vertical. La poche purulente une fois formée, le pus tend, par un processus ulcératif, à s'ouvrir dans les organes adhérents : dans le rectum, dans le vagin, dans la vessie. D'autres abcès pelviens s'enkystent et s'encapsulent d'épaisses néomembranes.

3° PHLEGMONS PÉRI-UTÉRINS, CELLULITE PELVIENNE. — Le tissu cellulaire sous-séreux du bassin, ce que les Allemands appellent sub-serosium, a été bien étudié par PIROGOFF, BRAUNE, LUSCHKA, DELBET.

Cliniquement, il faut y distinguer deux zones auxquelles répondent deux variétés principales d'abcès pelviens : 1° entre la face inférieure du péritoine et le muscle releveur de l'anus, le tissu cellulaire du plancher du bassin et de la base du ligament large, traversé par les branches intrapelviennes de l'iliaque interne (gaine hypogastrique de DELBET), par les lymphatiques du col et de la portion supérieure du vagin, zone cellulaire qui répond au *paramétrium* des Allemands, qui entoure la moitié inférieure de l'utérus et embrasse en avant la vessie, en arrière le rectum ; 2° la région du ligament large traversée par l'artère utéro-ovarienne, par les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire.

De là, ces deux espèces : 1° la paramétrite, phlegmon de la base du ligament large, cellulite pelvienne, phlegmon de la gaine hypogastrique ; 2° le phlegmon du ligament large. — Les *abcès du paramétrium* se propagent vers la vessie en avant, vers le vagin en bas, vers le rectum en arrière, vers la fosse iliaque en

dehors ; ils peuvent sortir du bassin par l'échancrure sciatique ou par le trou obturateur. — Les *abcès intraligamentaires* se développent entre les deux lames de la séreuse, dédoublent en haut les ailerons de la trompe et de l'ovaire, répondent en bas à la base ligamentaire, en dehors à la paroi pelvienne et fument fréquemment vers la fosse iliaque, en suivant les vaisseaux utéro-ovariens.

Symptômes et diagnostic. — 1° SALPINGITES ET ANNEXITES.

— Deux modes cliniques s'observent : 1° l'évolution par crises aiguës ; 2° le développement progressif insidieux des symptômes.

A la suite d'une fausse couche surtout, rarement au cours d'une blennorrhagie, une malade est prise de douleurs violentes et présente les signes d'une pelvi-péritonite localisée ; en quinze ou vingt jours, cette poussée se calme et les phénomènes graves disparaissent. Après cette explosion aiguë, la salpingite continue à évoluer insidieusement. Dans certains cas, des poussées successives se produisent à intervalles irréguliers : entre ces crises, persistent des douleurs pelviennes profondes. — Plus fréquemment, la salpingo-ovarite suit une marche chronique et progressive : ce sont d'abord des douleurs abdominales qui n'empêchent point la malade de vaquer à ses occupations. Puis à l'occasion d'un effort, d'une fatigue, les douleurs redoublent, et s'apaisent par le repos. Mais, peu à peu, la moindre marche provoque une recrudescence des douleurs, toutes les périodes menstruelles doivent être passées au lit ou sur la chaise longue, la malade devient une infirme réduite à l'inaction.

I. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Un symptôme domine la scène : c'est la *douleur*, spontanée, ou provoquée. Son siège d'élection occupe la région latérale et inférieure de l'abdomen : le repos et la position horizontale l'apaisent ; le mouvement, l'effort, la pression avec la main la réveillent ; au moment des règles la douleur s'exaspère. Elle reste rarement limitée à la région tubo-ovarienne : elle s'irradie vers les lombes, vers les flancs, vers le siège. — Les *troubles digestifs* sont fréquents ; ils prennent la forme de gastralgie, de dyspepsie flatulente, parfois avec état nauséux ou vomissements. — Les *troubles menstruels* sont variables : ordinairement les règles sont plus abondantes, dou-

loureuses, revenant irrégulièrement; quelquefois, elles diminuent de quantité; leur suppression complète est rare. — Les *phénomènes nerveux* sont d'autant plus marqués que l'affection évolue chez une femme prédisposée : chez certaines hystériques, ils sont disproportionnés avec la lésion; mais il est constant de trouver chez ces malades une véritable neurasthénie, avec inégalité dans le caractère et hypocondrie.

II. SIGNES PHYSIQUES. — Hormis le cas d'une poche volumineuse, l'inspection du ventre ne révèle rien ou simplement un ballonnement du ventre. — La palpation permet quelquefois de percevoir au-dessus de l'arcade de Fallope ou en dehors la sensation d'une plaque indurée, faisant corps avec la paroi : c'est le *plastron abdominal*, constitué par d'épaisses fausses membranes entourant les annexes malades, unies à l'épiploon épaissi et ayant pris contact avec la paroi.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal fournit une série de renseignements qui permettent d'établir le diagnostic. Le doigt, porté sur le col de l'utérus, apprécie : 1° la *mobilité* de l'organe, que l'on trouve limitée ou même abolie lorsque l'inflammation péri-utérine l'immobilise dans le bassin; 2° la *déviatio*n de l'utérus, tantôt repoussé en avant contre la symphyse pubienne par une tumeur postérieure, tantôt basculé d'un côté par une tumeur latérale.

Le col une fois exploré, le doigt se porte profondément vers chacun des culs-de-sac vaginaux qu'il déprime : le doigt qui touche et la main qui palpe doivent combiner leur action, de façon à s'opposer mutuellement. On explore ainsi : 1° la *sensibilité* du cul-de-sac, parfois tellement accrue qu'on réveille une douleur vive, auquel cas la main qui palpe perçoit nettement une contraction de défense des muscles de la paroi; 2° la *souplesse* des culs-de-sac, ou bien au contraire leur induration; 3° la *présence d'une tumeur* plus ou moins volumineuse, que l'on perçoit dans la profondeur, et dont on détermine la *forme* (généralement arrondie), le *volume* (variant des dimensions d'une noix à celle d'une mandarine), la *situation* (tantôt sur les flancs de l'utérus dont la sépare un sillon plus ou moins prononcé, tantôt en arrière de l'organe), la *consistance* ordinaire-

ment dure ou d'une résistance très ferme), enfin la *mobilité*.

Chez les femmes maigres, à paroi flasque, l'exploration bimanuelle des annexes donne tous les renseignements nécessaires. Chez les obèses, à paroi très adipeuse, à vulve étroite, à périnée résistant, il est parfois difficile de palper assez profondément; on peut alors recourir au toucher rectal qui, uni au palper abdominal, permet de circonscrire mieux la tuméfaction et de préciser ses rapports avec la face postérieure de l'utérus. Dans le cas de lésion très douloureuse, l'anesthésie est nécessaire pour approfondir l'examen.

2° PELVI-PÉRITONITES. — Une malade est atteinte de salpingo-ovarite ancienne. A l'occasion d'une fatigue, d'une menstruation ou d'une exploration, il se produit une recrudescence brusque des phénomènes douloureux, avec un état fébrile, embarras gastrique; l'exploration bi-manuelle fait constater une augmentation notable du volume des annexes malades qui se confondent en une masse empâtée et sensible. Telle est la pelvi-péritonite secondaire, se surajoutant, par crises irrégulières, au tableau ordinaire d'une salpingo-ovarite chronique, de nature généralement gonococcique.

Une femme fait un accouchement ou un avortement septique. Quelques jours après, elle est prise de douleurs dans le bas-ventre, de ballonnement, d'écoulement par le vagin, elle éprouve des frissons, des nausées, des vomissements; la température s'élève à 39 ou 40°; le pouls s'accélère et tend à fléchir, puis, si l'infection péritonéale se cloisonne et si le pus s'enkyste, ces symptômes aigus tombent, sans céder tout à fait. Le palper montre dans la région hypogastrique une tuméfaction généralement plus saillante à gauche. Le toucher vaginal révèle dans les culs-de-sac vaginaux, et surtout dans le cul-de-sac de Douglas, la présence d'une masse dure, bombant douloureusement, sans fluctuation. L'utérus, ordinairement refoulé en avant, est immobile ou difficilement mobilisable. Tel est le tableau de la pelvi-péritonite primitive, d'origine puerpérale presque constante aboutissant à l'abcès pelvien.

3° PHLEGMONS PELVIENS. — Une infection puerpérale est la cause ordinaire du phlegmon pelvien : dans les métrites, dans

la blennorrhagie, dans les néoplasmes du petit bassin, cette complication est exceptionnelle; quelquefois il s'est produit une infection chirurgicale, par une hystérométrie, par une manœuvre sur le col.

Fièvre et douleur : tels sont les deux signes subjectifs qui annoncent l'apparition du phlegmon pelvien, généralement dès la première semaine après l'accouchement ou l'avortement septique. La douleur, plus profonde et moins aiguë que celle de la péritonite, a pour siège soit la fosse iliaque, soit l'un des côtés de l'hypogastre. Le membre inférieur est ordinairement fléchi : toute tentative d'extension exaspère la souffrance.

L'examen local doit être conduit avec douceur. Dans les phlegmons du *paramétrium*, de la base du ligament large, on trouve, dans un des culs-de-sac, une tuméfaction, formant croissant autour de l'utérus, déplaçant le col du côté opposé, confondue sans intervalle avec cet organe, superficielle, dure, prolongée en dehors vers la paroi pelvienne et pouvant s'étendre en avant dans la cloison vésico-vaginale, en arrière vers le sacrum; le palper abdominal perçoit mal les limites supérieures de la tumeur. — Au contraire, dans les phlegmons du ligament large, c'est surtout à la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade de Fallope, que l'on perçoit une tuméfaction, débordant le plan du détroit supérieur.

Il faut savoir qu'un phlegmon, même accompagné d'un plastron abdominal étendu, peut se résorber tant que la suppuration ne s'est point faite. Celle-ci s'annonce par les signes suivants : la température présente de grandes oscillations, stade amphibole; la face pâlit, l'amaigrissement s'accroît, la diarrhée apparaît, des frissonnements irréguliers se montrent. Il ne faut pas s'attendre à trouver une fluctuation nette en grand foyer; cette masse d'infiltration œdémateuse s'abcède par petites zones de ramollissement. Le pus une fois collecté, sa migration et son évacuation spontanée peuvent se faire dans diverses directions; à l'extérieur au-dessous de l'arcade ou vers le région lombaire, vers le vagin ou le rectum, ce qui est plus fréquent qu'on ne croit et comporte cette indication d'examiner soi-

gneusement les selles, enfin dans la vessie, dans l'utérus ou le péritoine.

Traitement. — Le traitement médical consiste dans le repos au lit, la désinfection vaginale et utérine, l'emploi de l'eau chaude à 50 ou 52° C. sous forme d'irrigations vaginales et rectales. Sous l'influence de ce traitement, auquel on peut combiner l'emploi des tampons ou ovules à la glycérine ichtyolée, on voit les souffrances s'atténuer, les douleurs de rein disparaître et peu à peu les signes physiques s'amender. Maintes fois, on peut ainsi esquiver une intervention.

Le traitement opératoire des suppurations pelviennes doit se fonder, avec l'éclectisme dans le choix de l'intervention, sur le diagnostic de la lésion. Il comprend : 1° l'incision vaginale; 2° l'incision abdominale sous-péritonéale; 3° la laparotomie intrapéritonéale; 4° l'hystérectomie vaginale.

L'incision vaginale est la méthode de choix : 1° dans les abcès aigus du tissu cellulaire pelvien de la gaine hypogastrique; 2° dans les abcès rétro-utérins bombant vers le Douglas; 3° dans les pelvi-péritonites suppurées d'origine puerpérale, post abortive, ou même gonorrhéique, où les annexes sont peut touchées; 4° dans les hématocèles rétro-utérines suppurées. — Cette incision peut être pratiquée à la façon de LAROYENNE avec un trocart spécial, plongé dans le Douglas, et sur la cannelure duquel on introduit un bistouri qui permet un débridement transversal. Avec la plupart des auteurs, nous préférons ouvrir le cul-de-sac postérieur à coups de ciseau, ce qui est simple (fig. 287) : le drainage doit être assuré par deux gros tubes. — Cette incision transversale peut permettre, dans certains cas, l'extirpation par le vagin de petits pyo-salpinx et d'ovaires suppurés.

L'incision abdominale sous-péritonéale trouve parfois indication. Par l'incision classique, employée pour la ligature de l'iliaque externe, au-dessus de l'arcade crurale, on peut cheminer vers le pelvis, dans l'espace cellulaire de Bogros, en décollant le péritoine, et aborder ainsi, sans ouvrir la séreuse, des collections purulentes latérales qu'on peut contre-drainer vers le vagin. Ce procédé convient aux abcès d'origine cellulaire, adéno-lymphiques ou pelvi-péritoniques, qui se compli-

quent de fusées vers la fosse iliaque et se sont rapprochées de la paroi abdominale.

Les indications respectives de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale prêtent encore à des débats. La laparotomie est évidemment l'opération seule permise quand la lésion est unilatérale ou quand la bilatéralité des lésions reste incertaine. Elle est encore la seule indiquée lorsque le diagnostic comporte des obscurités. Elle nous paraît, au surplus, l'opération de choix, applicable à presque tous les cas surtout depuis que nous disposons du plan incliné et que nous faisons l'hystérectomie complémentaire de la castration annexielle double : en effet, limitée à l'ablation des annexes, l'opération abdominale donnait plus fréquemment que l'hystérectomie vaginale des guérisons incomplètes, avec douleurs persistantes, dues aux adhérences des viscères sur les moignons d'amputations annexielles. Avec l'hystérectomie totale, nous créons un plancher pelvien parfait, une surface régulièrement recouverte de séreuse.

L'hystérectomie vaginale, appliquée par PÉAN au traitement des suppurations pelviennes et vulgarisée par SEGOND, garde encore une supériorité évidente pour certains cas : suppurations pelviennes invétérées; pelvi-péritonites graves, où le petit bassin est occupé par des poches purulentes très adhérentes qu'il est impossible dans la laparotomie d'extirper sans déchirure. Dans ces cas, les collections purulentes ont pour centre l'utérus :

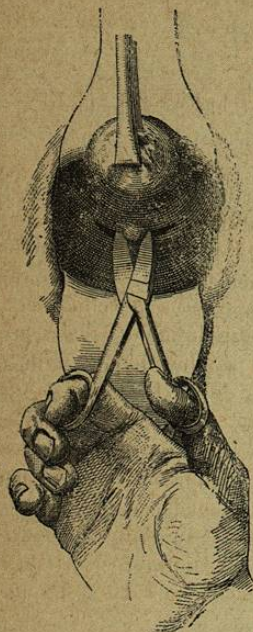


Fig. 287.
Colpotomie postérieure (FAURE).

lorsque cet organe est enlevé, on a retiré la « bonde » qui ferme toutes ces collections; elles se vident, et les poches tendent à revenir sur elles-mêmes.

ARTICLE II

KYSTES DE L'OVAIRE ET DU PAROVAIRE

I. — KYSTES DE L'OVAIRE

Division. — Trois espèces : *kystes mucoïdes*; *kystes dermoïdes*; *kystes mixtes*. — Parmi les kystes de l'ovaire, une distinction est essentielle. — Les uns ont une paroi dont la structure rappelle celle de la peau, paroi dermoïde, revêtue de cellules ectodermiques : leur contenu est formé ordinairement par des produits cutanés, matières sébacées ou épidermiques, poils et cheveux auxquels peuvent se combiner du cartilage, des os, des dents ou même des parties embryonnaires plus avancées en organisation. — Les autres ont des parois simplement fibreuses, dont l'épithélium interne est formé de cellules muqueuses : leur contenu est un liquide filant, sirupeux, dont la couleur varie du jaune ambré à la nuance café ou chocolat, qui doit cette consistance spéciale à une substance colloïde se rapprochant de la mucine. — De là, une division classique en : 1° *kystes dermoïdes*; 2° *kystes mucoïdes*.

Entre ces deux espèces, il faut faire place à une troisième, caractérisée par la présence sur une même tumeur de portions dermoïdes et de loges mucoïdes. Ces *kystes mixtes* seraient même plus fréquents que les kystes dermoïdes purs, car la paroi n'est presque jamais totalement dermoïde : c'est généralement une paroi muqueuse avec enclave dermoïde.

1° — KYSTES MUCOÏDES

Anatomie pathologique. — § 1. VOLUME; FORME; COULEUR. — Ces tumeurs, qui constituent la forme dominante, peuvent