

l'accouchement, l'avortement et surtout la grossesse molaire ; c'est l'abondance des hémorragies ; c'est la rapidité avec laquelle se produisent la généralisation et la cachexie.

**Traitement.** — Ce ne peut être évidemment que l'hystérectomie précoce devant les métastases. Cette opération a été jusqu'ici pratiquée par le vagin ; nous ne doutons pas que la voie abdominale ne soit employée à l'avenir aussi souvent que la voie vaginale et avec au moins autant de sécurité.

Chose curieuse quand on songe à la malignité grande de ce néoplasme, l'intervention a donné des guérisons durables ; la malade de Cazin et Segond, qui pourtant avait une métastase dans l'ovaire droit, était en bonne santé trois ans après l'intervention. Veit pense que plusieurs guérisons sont définitives.

# TRAITÉ DE CHIRURGIE

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

X

★★

ANNEXES DE L'UTÉRUS,  
MEMBRES

Le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* est complet et forme 10 vol. gr. in-8  
Prix : 125 francs.

Le tome X, publié en deux parties, est terminé par une table alphabétique des  
matières des 10 volumes. Il est du prix de 17 francs.

#### COLLABORATEURS

- ALBARRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.  
ARROU, chirurgien des hôpitaux de Paris.  
BINAUD (J.-WILLIAM), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.  
BRODIER (H.), chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.  
CAHIER, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.  
CASTEX, chargé de cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris.  
CHIPAULT (A.), chef de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.  
FAURE (J.-L.), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.  
GANGOLPHE (MICHEL), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu.  
GUINARD (A.), chirurgien des hôpitaux de Paris.  
JABOULAY (M.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.  
LEGUEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.  
LUBET-BARBON (F.), ancien interne des hôpitaux de Paris.  
LYOT (C.), chirurgien des hôpitaux de Paris.  
MAUCLAIRE (PL.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.  
MORESTIN (H.), chirurgien des hôpitaux de Paris.  
NIMIER (H.), médecin principal de 2<sup>e</sup> classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.  
PICHEVIN, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Necker.  
RICARD (A.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.  
RIEFFEL (H.), chirurgien des hôpitaux de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine.  
SCHWARTZ (ÉD.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin.  
SEBILEAU (PIERRE), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.  
SOULIGOUX (CH.), chirurgien des hôpitaux de Paris.  
TERSON (ALBERT), chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris (Hôtel-Dieu).  
VILLAR (F.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

# TRAITÉ DE CHIRURGIE

## CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

### A. LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté  
de médecine de Paris,  
Membre de l'Académie de médecine,  
Chirurgien de l'hôpital Necker.

### PIERRE DELBET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine  
de Paris,  
Chirurgien des hôpitaux.

TOME DIXIÈME

2<sup>e</sup> PARTIE

## MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME ANNEXES DE L'UTÉRUS, MEMBRES

PAR MM.

A. LE DENTU, S. BONNET,  
PL. MAUCLAIRE

AVEC 147 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PARIS  
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain

1904

Tous droits réservés

## III

LE DENTU ET S. BONNET

ANNEXES DE L'UTÉRUS  
ÉTATS ANORMAUX ET MALADIES

Sous le nom d'*annexes de l'utérus*, on désigne les ovaires et les trompes de Fallope. Ces organes sont en connexion anatomique étroite avec les ligaments larges ; leurs maladies et les complications de leurs maladies retentissent inévitablement sur le péritoine et sur le tissu conjonctif du petit bassin. C'est pourquoi nous avons exposé toute leur histoire pathologique, en y rattachant les états morbides secondaires de la séreuse abdominale et du tissu cellulaire pelvien, dans les chapitres suivants :

- 1° Les anomalies et malformations des trompes et des ovaires. —  
2° Les diverses formes des salpingites et des ovarites. — 3° La pelvi-péritonite. — 4° La pelvi-cellulite et le phlegmon du ligament large. —  
5° Les tumeurs liquides, solides et mixtes des ovaires et des trompes. —  
6° Les tumeurs des ligaments ronds et des ligaments larges. —  
7° La grossesse ectopique et 8° l'hématocèle pelvienne.

Nous terminerons par : 9° la tuberculose utéro-annexielle et 10° les névralgies pelviennes.

I. — ANOMALIES ET MALFORMATIONS DES TROMPES  
ET DES OVAIRES.

**I. Trompes.** — Les trompes se forment aux dépens de la partie supérieure des conduits de Müller dont la partie inférieure constitue l'utérus et le vagin. C'est vers la huitième semaine que ces canaux se fusionnent par en bas, tandis qu'à leur partie supérieure ils restent indépendants et constituent les trompes (1). Les anomalies ou les malformations de ces organes sont donc étroitement liées à celles de l'utérus et coexistent le plus souvent avec elles ; cependant un utérus infantile peut être accompagné de trompes normales et inversement. Elles consistent surtout dans l'absence ou l'état rudimentaire des oviductes et dans l'existence de *pavillons multiples*.

L'ABSENCE est bilatérale ou unilatérale. Dans les cas d'utérus unicomme, la trompe n'existe ordinairement que du côté normalement développé ; il est exceptionnel qu'elle manque du côté d'une corne utérine normale (Blot).

(1) Voy. Développement des organes génitaux, p. 460.

ÉTAT RUDIMENTAIRE. — Les oviductes peuvent être réduits à un simple cordon filiforme oblitéré dans la totalité ou dans une partie seulement de son étendue. L'orifice abdominal est parfois rétréci et à peine visible au milieu des franges, qui ne manquent guère que dans les cas d'utérus foetal ou infantile, ou bien il est allongé en forme de gouttière ouverte par en haut.

PAVILLONS MULTIPLES. — La présence de pavillons accessoires se verrait chez un sixième (G. Richard) ou un seizième (Sappey) des femmes.



Fig. 187. — Exemple de pavillons multiples (d'après Howard A. Kelly) (1).

N'excédant guère le nombre de deux ou de trois, ils communiquent avec le conduit principal et sont, comme lui, entourés de franges (fig. 187). Cette disposition a été invoquée pour expliquer quelques cas de grossesse ectopique (Kossmann). D'autres orifices,

dépourvus de franges, résulteraient de la déhiscence d'une hernie de la muqueuse au travers d'une éraillure de la paroi. Ces diverses anomalies n'ont guère d'importance pratique.

LONGUEUR ANORMALE ET DÉVIATIONS. — Les trompes peuvent aussi, en dehors de tout processus inflammatoire, subir, sous l'influence de lésions ou de tumeurs pelviennes, un allongement ou un déplacement, dont les proportions et le siège, tout en étant d'importance secondaire, doivent être présents à l'esprit, au cours d'une opération. Lors de hernie de l'ovaire, la trompe peut être allongée et entraînée dans le sac.

II. Ovaires. — Les anomalies des ovaires portent sur leur nombre, leur volume ou leur siège.

L'ABSENCE congénitale des deux ovaires, chez l'adulte, est extrêmement rare, si tant est qu'il en existe des observations bien probantes (de Sinéty). Elle coïncide ordinairement avec d'autres anomalies incompatibles avec la vie (Puech). L'absence *unilatérale* est moins exceptionnelle et la trompe correspondante est alors presque toujours rudimentaire.

LES OVAIRES RUDIMENTAIRES s'observent assez souvent, mais non

(1) Cette figure et plusieurs autres sont empruntées au livre de HOWARD A. KELLY, *Operative Gynecology*.

fatalement, avec un arrêt de développement de tout l'appareil génital ou au moins de l'utérus. L'atrophie porte spécialement sur le parenchyme de la glande qui est alors privée d'ovules et de follicules. Cependant, on a pu en trouver exceptionnellement sur des ovaires réduits au volume d'un grain de chènevis (Eppinger). L. Tait fait jouer, dans l'atrophie des ovaires, un rôle important à certaines maladies de l'enfance, telles que la scarlatine. En relation avec ces anomalies, il faut signaler la stérilité, l'aménorrhée ou au moins l'oligorrhée dysménorrhéique. Le type féminin n'est nullement incompatible avec des ovaires rudimentaires.

LES OVAIRES SURNUMÉRAIRES ne sont pas absolument rares. Beigel en a rencontré vingt-trois dans cinq cents autopsies : Winckel, Grohe, Kœberlé, Olshausen, Spencer Wells, Klebs, de Sinéty, O. Engström, etc., en ont publié des observations. Les uns semblent être le résultat d'une subdivision embryonnaire de l'ovaire (Winckel, Beigel); d'autres sont franchement supplémentaires (Kocks, Magiagalli). Ils siègent soit sur le bord péritonéal de la glande, soit, plus rarement, en dehors d'elle, sur un point quelconque du ligament large, et entre ses deux feuillets. Leur volume ne dépasse guère celui d'un pois; cependant on a trouvé plusieurs fois une troisième glande bien développée. On a décrit quelquefois comme ovaires surnuméraires des noyaux juxta-ovariens dépourvus d'ovules et qui ne sont en réalité que de petits fibromes. La présence des ovules est nécessaire pour caractériser ces organes accessoires; leur présence pourrait expliquer la persistance de la menstruation après la castration bilatérale et éclairer la pathogénie de certains kystes pelviens.

ECTOPIE DES OVAIRES. — Indépendamment de déplacements liés au prolapsus génital ou à un processus inflammatoire, les ovaires, normalement ou incomplètement développés, peuvent figurer, seuls ou avec d'autres organes, dans une hernie inguinale, acquise ou congénitale (Legueu). H. Delagénère en a rencontré un dans la fosse iliaque interne. Enfin l'ectopie dans les grandes lèvres se lie à une variété d'hermaphrodisme.

#### INFLAMMATION PELVIENNE.

Sous cette dénomination un peu vague, nous comprenons les différentes espèces de phlegmasies du petit bassin dont les progrès de la gynécologie ont permis de bien préciser le siège et les rapports réciproques.

Nous sommes loin de l'époque où retentirent les fameuses discussions relatives à cette importante question.

Après Nonat, qui localisait toujours l'inflammation dans le tissu cellulaire, tandis que Bernutz et Goupil en faisaient de la pelvi-péritonite, Bright, Lisfranc, Aran, puis Siredey, Brouardel, dans sa thèse

de 1865, etc., entrevirent ou démontrèrent déjà le rôle de l'inflammation tubaire, au moins comme terme de transition entre la métrite et l'inflammation pelvienne étendue.

Mais c'est la chirurgie abdominale qui devait, plus efficacement que les recherches nécroscopiques, dissiper l'obscurité répandue autour de cette question : c'est elle qui a permis de faire de l'anatomie pathologique sur le vivant, de surprendre et de fixer les différentes phases de l'inflammation péri-utérine et d'en prévoir l'aboutissant ultime. A la suite de Lawson Tait qui pratiqua, en 1872, la première salpingectomie par la voie abdominale, tous les chirurgiens portèrent leur attention sur les lésions tubo-ovariennes, et la salpingite, trop longtemps méconnue, joua désormais, en pathologie et surtout en chirurgie, un rôle primordial et peut-être excessif. En France, Terrier, Terrillon, Lucas-Championnière, Bouilly, Pozzi, Péan, etc., furent les premiers à pratiquer l'opération de Tait ; elle est devenue depuis longtemps familière à tous et a subi des déviations et des perfectionnements de technique que nous aurons à étudier.

Grâce à l'analyse d'une quantité innombrable d'observations particulières, grâce aux travaux d'ensemble et aux recherches bactériologiques qui se sont multipliées en ces dernières années, on peut dire que, si quelques détails de pathogénie sont encore en discussion, les grandes localisations anatomiques de l'inflammation péri-utérine sont définitivement établies et ses manifestations cliniques bien délimitées. Parmi les auteurs qui ont contribué à ce résultat, citons seulement, pour la France, Cornil et Terrillon, Monprofit, Pozzi, Bouilly, Mordret, Conzette, P. Petit, Pierre Delbet, Terrier, Le Dentu, Hartmann, Reymond, Doléris, etc. ; à l'étranger, Hegar, Lawson Tait, Martin, Sängner, Orthmann, Nagel, Slavjanski, Freund, Landau, Schauta, Veit, Menge, Wertheim, etc. On sait aujourd'hui, d'après leurs travaux, que l'infection, émanée de l'utérus ou des voies génitales, gagne, suivant le processus le plus fréquent, la trompe d'abord, puis le péritoine voisin et l'ovaire, mais qu'elle peut envahir ensuite, ou même primitivement et indépendamment, le tissu cellulaire et le péritoine. D'où les divisions nécessaires de l'inflammation pelvienne en *salpingo-ovarites*, *pelvi-péritonite* et *pelvi-cellulite* que nous étudierons successivement.

## II. — SALPINGO-OVARITES.

Les relations anatomiques si étroites qui existent entre l'utérus et les annexes expliquent surabondamment la fréquence des propagations inflammatoires de celui-là à celles-ci. Sans faire la description complète de la trompe et de l'ovaire, nous croyons utile d'en rappeler sommairement les dispositions anatomiques et la structure.

La *trompe*, prolongement embryonnaire de l'utérus, s'étend hori-

zontalement, de chaque côté de l'organe, sous forme d'un conduit souple, légèrement sinueux, de 10 ou 12 centimètres de longueur et d'un diamètre extérieur s'élevant progressivement, de la partie utérine au pavillon, de 4 à 8 ou 10 millimètres. Ces différences de volume, suivant les points où on l'envisage, l'ont fait diviser par Henle en trois parties : l'*isthme*, l'*ampoule* et l'*infundibulum*. Les parois sont formées, de la profondeur à la surface, d'une muqueuse, d'une tunique musculaire, d'une tunique externe et d'un revêtement séreux.

La *muqueuse*, en continuité directe avec l'endometrium, se dispose en replis lamellaires parallèles, peu accentués à l'extrémité interne, mais se développant bientôt en nombre et en hauteur au point de combler presque totalement la lumière de l'ampoule et de donner à une coupe, faite à ce niveau, un aspect arborescent ; puis ils vont en diminuant jusqu'à l'extrémité des franges. Cette disposition foliacée augmente donc considérablement la surface réelle de la muqueuse.

Formée d'un chorion souple, très vasculaire, elle est revêtue d'une couche unique d'épithélium cylindrique vibratile qui, d'une part, continue celle de l'endometrium et, d'autre part, se poursuit sur la face externe du pavillon en perdant ses cils et en se fusionnant insensiblement avec l'endothélium péritonéal. Il est superflu d'insister sur l'importance et les conséquences de cette disposition, unique dans l'économie. Les glandes en tube, spiroïdes, sont relativement peu abondantes.

La *musculeuse* est constituée par deux couches qu'il n'est pas toujours possible de différencier ; elles envoient parfois, autour des glandes, des prolongements qui ont fait décrire une *muscularis mucosæ*. La couche profonde est circulaire et forme, en se renforçant à l'insertion utérine, une ébauche de sphincter ; la couche superficielle, plus épaisse, est longitudinale et préside aux contractions des franges.

La *tunique externe*, conjonctive, mince et vasculaire, sert de substratum au revêtement séreux formé d'endothélium plat. Au niveau du hile, cette tunique s'écarte en deux feuillets auxquels s'interpose une mince couche de tissu cellulaire avec lequel elle forme le mésosalpinx.

Les *artères*, émanées de l'utéro-ovarienne, deviennent hélicines dans la tunique musculaire. Les veines, plexiformes, peuvent servir de véhicule à l'infection et devenir variqueuses (*varicocèle pelvien*).

Les *lymphatiques* de la trompe et ceux de l'ovaire forment, avec ceux de l'utérus, un système indivisible dont la solidarité, bien établie par les travaux de contrôle de Poirier, donne l'explication satisfaisante de la plupart des propagations et des localisations infectieuses péri-utérines. Un réseau muqueux sous-épithélial se continue avec le riche réseau intramusculaire et celui-ci avec le réseau sous-endothélial et les lacunes cellulaires. Cet ensemble réticulé se résume en deux faisceaux collecteurs, l'un *juxta-cervical*, recueillant les lym-