

paroi abdominale, à la vessie, aux parois du bassin; ces adhérences sont très vasculaires, alors que les vaisseaux des pédicules utérins et tubaires semblent au contraire atrophiés.

C'est dans des cas de cette catégorie qu'on peut trouver tout le bassin transformé comme une vaste éponge purulente.

Au point de vue histologique, Williams décrit trois formes de tuberculose des trompes :

1° La *forme miliaire*, rare, caractérisée par l'infiltration de petits tubercules localisés au niveau de la couche vasculaire et donnant à la lésion la physionomie de la salpingite catarrhale;

2° La *forme chronique fibreuse* dans laquelle le processus dominant est « un développement excessif du tissu fibreux à l'intérieur et autour du tubercule, avec absence relative de caséification. Ce qui caractérise principalement cette forme de tuberculose, c'est la chronicité »

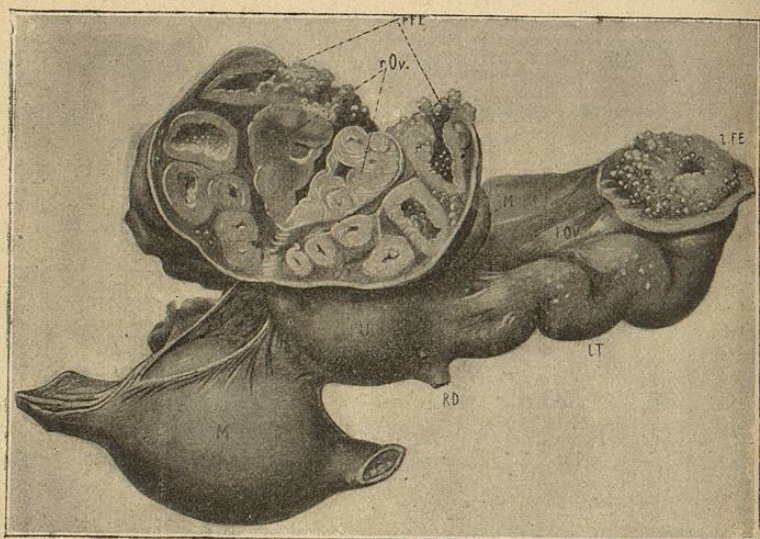


Fig. 257. — Tuberculose tubo-ovarienne; forme chronique diffuse (d'après Howard A. Kelly). — FU, fond de l'utérus; MM, fibromes sous-péritonéaux; rFE, extrémité et franges de la trompe droite tuberculeuse sectionnée; rOV, ovaire droit tuberculeux; LT, trompe gauche; lFE, pavillon de la trompe gauche tuberculeuse; lOV, ovaire gauche.

3° La *forme chronique diffuse*. Dans celle-ci, la plus ordinaire, les tubercules qui envahissent la muqueuse subissent rapidement la dégénérescence caséuse, détruisent la couche épithéliale et envahissent la couche musculaire. Les parois présentent d'ailleurs les lésions de la salpingite interstitielle à tous les degrés (fig. 257).

Lorsque l'affection est peu avancée, la cavité tubaire reste perméable à l'ovule et la fécondation normale peut se faire. Mais il peut arriver que l'ovule fécondé se greffe sur la trompe : Worthin et Stöber

ont rapporté deux exemples de grossesse extra-utérine de cette origine.

La tuberculose tubaire évolue donc soit vers la *transformation fibreuse*, soit vers la *caséification* avec formation de vaste pyosalpinx tendant à s'ouvrir soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit dans la vessie. Enfin on a observé assez souvent la *caséification* des produits tuberculeux.

d. *Péritoine*. — La relation de la tuberculose péritonéale avec les lésions génitales de même nature a été signalée par P. Brouardel en 1865, puis par Péter en 1871. Parmi les travaux d'ensemble qui ont plus récemment envisagé la question, nous signalerons un mémoire de Chéron (1), les thèses de Pic (1890), de Masson (1891), Aldibert (1892), Rosal (1894), Daclin (1897), un article de Bouilly (2) qui a rattaché à cette cause et bien décrit l'*ascite idiopathique des jeunes filles*, de Cruveilhier, un autre de Le Dentu (3).

Qu'elle soit secondaire à la salpingite tuberculeuse ou à la tuberculose générale, la péritonite tuberculeuse se montre soit sous forme sèche, soit sous forme ascitique.

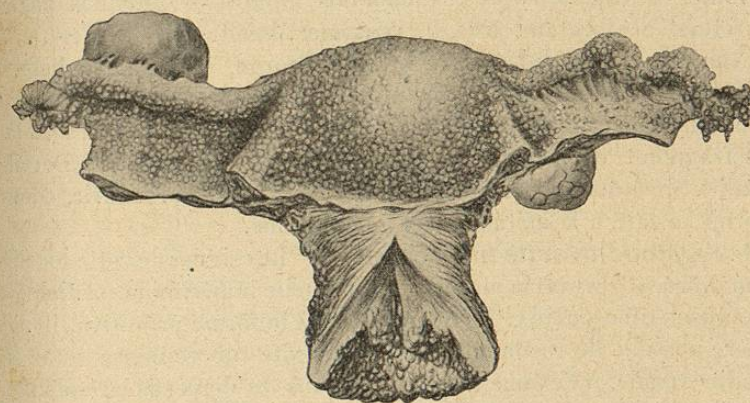


Fig. 258. — Tuberculose utéro-tubaire et péritonéale (d'après Howard A. Kelly).

La *forme sèche* est caractérisée par la présence de tubercules et d'exsudats disséminés sur l'épiploon, le péritoine pariétal et viscéral, les anses intestinales, la surface de l'utérus, etc. (fig. 258). L'épiploon est infiltré et forme, à lui seul ou fusionné avec l'intestin, un gâteau adhérent aux annexes et à la paroi abdominale. Les cloisons néomembraneuses forment des loges multiples à contenu variable, ordinairement purulent. On peut y trouver des grains jaunâtres, caséux, semblables aux grains riziformes des articulations et des gaines tendineuses et qui, inoculés sur des cobayes, ont provoqué la tuberculose (Le Dentu).

Les ganglions hypogastriques subissent la dégénérescence caséuse

(1) CHÉRON, *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, 1889.

(2) BOUILLY, *Sem. gynéc.*, 1896.

(3) LE DENTU, *Sem. gynéc.*, 1899.

(Hegar), et la tuberculose peut s'étendre à tout le péritoine et se généraliser.

Dans la *forme ascitique*, l'épanchement n'est pas toujours proportionnel à l'étendue des lésions. Ce serait même, d'après Bouilly, dans les cas de tuberculose limitée aux annexes et au petit bassin que l'on rencontre les gros épanchements de 10, 12 litres et plus et qui correspondent à ce qu'on a appelé l'*ascite des jeunes filles*.

Signes et diagnostic. — a. *Métrite tuberculeuse*. — Les signes cliniques de l'endomérite tuberculeuse sont vagues et n'ont rien de pathognomonique: ils se confondent à peu près avec ceux de la métrite catarrhale et ce n'est que dans des cas rares et très avancés que l'écoulement peut contenir des débris caséux. L'aménorrhée, signalée par Schröder, ne dure pas longtemps, les métrorragies, l'écoulement muco-sanguinolent n'ont rien de spécial, non plus que les douleurs pelviennes vagues et le syndrome utérin. Ces symptômes ne prennent de la valeur que par leur association avec une annéxite et des signes de tuberculose générale. La nature réelle de la lésion ne peut être, en somme, affirmée qu'après examen des fongosités obtenues par un curetage explorateur (Keogh, Wassmer, Walther, Pettit, etc.).

Sur le col, une ulcération bourgeonnante, saignant facilement, peut être prise aisément pour un début de sarcome ou de cancer. C'est encore la recherche du bacille, soit dans l'écoulement, soit dans un fragment excisé, qui permet de faire le diagnostic (Derville, Janin). Si cette recherche est négative, il est bon de recourir, comme Cornil l'a fait, à la méthode des inoculations.

b. *Salpingo-ovarite tuberculeuse*. — Les signes de cette localisation diffèrent suivant la mesure dans laquelle le péritoine participe au processus tuberculeux. Au début et dans la forme primitive, il n'est guère possible de reconnaître une salpingite tuberculeuse d'une salpingite banale. A l'examen, on trouve dans les deux cas latéralement, ou plus souvent en arrière, une tuméfaction salpingienne sensible à la pression et s'accompagnant de troubles fonctionnels divers. On pourra soupçonner sa nature tuberculeuse si l'on a affaire à un sujet jeune, sans passé génital, si la corne utérine correspondante est sensiblement épaissie, si la trompe, outre une dureté un peu spéciale, présente une série moniliforme de rétrécissements et de dilatations, si dans l'ascendance ou les antécédents de la malade, dans l'examen du conjoint, on trouve des stigmates de tuberculose. Senn attache une certaine importance à l'élévation vespérale de la température associée à une chute matinale au-dessous de la normale. Le curetage explorateur peut donner des résultats confirmatifs; mais le résultat négatif n'infirmé pas le diagnostic de tuberculose tubaire. Enfin, Edebohl a conseillé un moyen qu'on ne saurait recommander: c'est la ponction exploratrice de la poche lorsqu'elle est suffisamment accessible par le vagin.

Plus tard et lorsque, comme il arrive dans la plupart des cas, la

tuberculose péritonéale complique la salpingite, la tumeur salpingienne est plus adhérente, plus immobilisée et l'utérus est comme noyé au milieu des adhérences qui emplissent le bassin. On sent parfois, par le toucher profond du cul-de-sac postérieur, un ou plusieurs nodules fibreux du volume d'un pois ou d'une noisette auxquels Hegar et Weiland attachent une importance presque pathognomonique.

La localisation péritonéale se traduit par des signes propres. La *forme aiguë* ou *subaiguë* de la péritonite tuberculeuse est rare et ne diffère des autres variétés que par l'intensité moindre et la plus brève durée de ses symptômes. Bien plus souvent, elle est *chronique d'emblée* et se traduit par une vague et légère sensation de gêne, de plénitude, de pesanteur, généralement en disproportion avec l'étendue des lésions, et par des troubles menstruels. Si le début est antérieur à la puberté, la menstruation ne s'établit pas ou se montre très irrégulière. Chez les adultes, elle est douloureuse, ordinairement peu abondante et souvent supprimée.

Dans la *forme ascitique*, ce qui frappe le plus, c'est le développement exagéré du ventre dû en partie à la parésie intestinale, et l'état d'anémie et d'amaigrissement des malades. « Le ventre volumineux, contenant du liquide d'une façon manifeste, est loin de présenter le plus souvent les caractères ordinaires de l'ascite; il n'est pas, en général, aplati vers le milieu et élargi au niveau des flancs; plus souvent, il est saillant en avant, déprimé sur les parties latérales comme dans un kyste de l'ovaire. La quantité du liquide n'est pas toujours la même suivant les périodes où l'examen est pratiqué. La malade elle-même a conscience des variations de volume de son abdomen... » (Bouilly.)

La *tuberculose de l'ovaire* n'a pas de symptomatologie propre et son histoire clinique se confond avec celle de la salpingite tuberculeuse.

Marche. — Après un début insidieux, la salpingo-ovarite tuberculeuse évolue lentement.

De temps en temps surviennent des poussées aiguës ou subaiguës avec réaction péritonéale plus ou moins vive, fièvre légère, nausées, vomissements, douleurs plus intenses et plus étendues, se manifestant parfois sous forme de *coliques salpingiennes*. Consécutivement à ces poussées, on peut assister à la formation d'abcès pelviens plus ou moins étendus qui tendront à s'ouvrir à l'extérieur.

Le pronostic est grave, comme dans toute lésion tuberculeuse susceptible de généralisation. Cependant on a signalé des cas de guérison spontanée, non seulement du péritoine, mais des trompes. Mais c'est surtout le traitement chirurgical précoce qui allège le pronostic. On ne compte plus les guérisons prolongées et même définitives après l'extirpation des lésions. Bouilly (1) en a observé

(1) BOUILLY, in thèse de Mlle Gorovitz, *loc. cit.*

après sept ans, quatre ans et demi, quatre ans, trois ans, deux ans. Une malade de Doyen restait guérie, en 1898, cinq ans après une hystérectomie abdominale pour tuberculose génitale. Enfin, on sait quelle influence palliative, sinon curative, exerce ordinairement la simple laparotomie exploratrice sur les cas inopérables. C'est ainsi que Bouilly a observé une malade survivant encore neuf ans et Schramm, huit ans, après la laparotomie.

L'observation classique de Terrillon et Ch. Nélaton (1) est démonstrative à cet égard et d'autres, nombreuses, attestent la longue survie de malades opérées de la sorte. Par des hypothèses et des expériences multiples, on a tenté de donner l'explication de ce phénomène. Pour ne citer que les plus récentes, Gatti (2) l'attribue à la propriété bactéricide de l'épanchement séreux post-opératoire; Nannoti et Bacciochi (3), Bumm (4), Stchegeleff (5), à une réaction inflammatoire particulière qui augmente le pouvoir résorptif du péritoine et active la transformation fibreuse des tubercules. Chez une malade de d'Urso (6), quatre fois laparotomisée, on a pu constater, à des degrés chaque fois plus marqués, l'apport des cellules migratrices avec destruction des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, pénétration des vaisseaux jusque dans le centre du nodule et substitution d'un tissu conjonctif nouveau au tissu tuberculeux.

Malgré tout, la laparotomie doit viser l'exérèse aussi large et complète que possible, même au prix de grandes difficultés et en sacrifiant, au besoin, l'utérus.

Traitement. — Le simple *curettage* n'aurait son indication que dans le cas improbable d'endométrite tuberculeuse miliaire primitive, récente et diagnostiquée. Dans tous les autres cas de tuberculose utérine, cervicale ou corporéale, secondaire ou ancienne, l'hystérectomie s'impose, par la voie vaginale ou par la voie abdominale: par la première, si les lésions sont surtout utéro-annexielles; par l'abdomen, si elles sont prédominantes ou très étendues du côté du péritoine.

Le traitement de la *salpingo-ovarite tuberculeuse* se confond, dans une certaine mesure, avec celui des salpingites purulentes; toutefois, les indications de la *voie vaginale*, malgré les heureuses modifications qu'elle peut aussi amener du côté du péritoine (Daclin), et bien que Condamin la préconise dans certains cas, n'est pas recommandable en général. L'*hystérectomie vaginale* ne trouve guère son application que dans les suppurations pelviennes complexes d'origine tuberculeuse, avec adhérences, loges et cloisons multiples.

(1) CHARLES NÉLATON, *Ann. de gynec. et d'obst.*, 1896, t. II.

(2) GATTI, *Arch. für klin. Chir.*, 1896.

(3) NANNOTI ET BACCIOCHI, *Il Policlinico*, 1894.

(4) BUMM, *Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. für Gynæk.*, 1893.

(5) STCHEGELEFF, *Arch. de méd. expér.*, 1894.

(6) D'URSO, *Il Policlinico*, 1894.

C'est de la *laparotomie* que relèvent la majeure partie des tuberculoses pelviennes primitives ou secondaires, quelle que soit d'ailleurs la part que prend au tableau clinique la localisation du mal sur la séreuse. Suivant les cas, elle sera simplement *exploratrice* ou conduira à l'*extirpation* des lésions.

La simple ouverture de la séreuse est un pis-aller dont les heureux résultats thérapeutiques dans la tuberculose péritonéale sont bien connus.

X. — NÉVRALGIES PELVIENNES.

Sous la dénomination de *grandes névralgies pelviennes*, Richelot (1) a classé les phénomènes douloureux, graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondant à aucune lésion définie et s'accompagnant d'un état névropathique plus ou moins accentué. Labadie-Lagrave y fait entrer les phénomènes douloureux, névralgiformes que, chez des femmes névropathes, peuvent entraîner certaines lésions locales, mais dont la bénignité est hors de proportion avec l'intensité de ces douleurs.

Ainsi élargi, le cadre, déjà si élastique, des névralgies pelviennes ne trouve plus de limites que dans les innombrables variétés de la sensibilité individuelle et dans l'insaisissable diversité des minimes lésions pelviennes, susceptibles de la mettre en jeu. En réalité, si l'œil ou le microscope sont parfois impuissants à déceler la lésion causale, on n'a pas, pour cela, le droit de conclure à son défaut et « les névralgies pelviennes vraies, *sine materia*, deviendront de plus en plus restreintes à mesure que l'investigation clinique et anatomopathologique sera plus parfaite » (Labadie-Lagrave).

Il faut donc, pour conserver une apparence d'entité à cette vague manifestation nerveuse, faire intervenir, comme Labadie-Lagrave et Legueu, des facteurs étiologiques multiples et, au moins à titre d'élément provocateur, quelque altération réelle des organes du bassin (2).

Étiologie. — Dans la plupart des cas, on peut constater l'existence de lésions, si petites qu'elles soient, telles que : sclérose de l'ovaire, développement imparfait des organes génitaux internes (Pozzi), adhérences légères, varices de l'ovaire (Quénu). Un certain nombre doivent se rattacher à la sclérose de l'utérus ou à des névrites ascendantes, encore indéterminées, des nerfs du bassin. On ne peut guère expliquer autrement la récurrence de la douleur dans les cas où trompes, ovaires, utérus ont été successivement enlevés.

A défaut de toute lésion locale, la névralgie pelvienne peut dépendre encore de certaines *altérations du système nerveux périphé-*

(1) RICHELLOT, *Soc. de chirurgie*, 2 nov. 1892.

(2) LABADIE-LAGRAVE, *Sem. gynec.*, 1896, et LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU, *Traité méd.-chir. de gynec.*, 1898.