

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.

rique ou central. Dans ce dernier cas, elle est ordinairement associée soit à des troubles trophiques, soit à d'autres troubles de la sensibilité.

Certaines névralgies, enfin, sont liées à l'*hystérie* et à la *neurasthénie*.

L'*hystérie* en est la cause la mieux reconnue et sans doute la plus fréquente. Elle suffit à expliquer certaines récidives opératoires de même que l'intensité disproportionnée des phénomènes douloureux symptomatiques de minimes lésions pelviennes.

Anatomie pathologique. — S'il existe réellement des lésions, celles-ci sont légères et peuvent facilement échapper à un examen superficiel. Elles portent généralement sur l'ovaire : périovarite, adhérences, prolapsus, dégénérescences scléro-kystiques, névrite ascendante; parfois sur la trompe : sclérose, microkystes; ou sur le tissu cellulaire : paramérite, quelquefois secondaire à une déchirure du col.

Symptômes. — Très variables dans leurs manifestations et leur siège sont les douleurs accusées par les malades. Le plus souvent, elles siègent dans la région ovarienne, gauche de préférence. La pression les sollicite et les exaspère jusqu'à provoquer même une grande attaque d'*hystérie*. L'utérus, quoique moins fréquemment, peut aussi en être le siège.

Partie de l'utérus ou des ovaires, la douleur peut s'irradier du côté de la vessie, du rectum, des lombes, de l'abdomen. « Ces phénomènes douloureux sont extrêmement violents : ils se présentent sous une forme paroxystique, lancinante, gravative; ils sont exaspérés par les mouvements et forcent les malades à garder l'immobilité la plus complète. Il y a cependant des périodes d'accalmie, mais l'utérus et les annexes restent, même dans ce cas, toujours sensibles au toucher (Labadie-Lagrave). »

A l'*examen*, les culs-de-sac sont généralement très douloureux au toucher, de même que la région utéro-ovarienne au palper hypogastrique. Les tentatives d'exploration exaspèrent ou provoquent la crise douloureuse; mais on ne constate généralement aucune lésion si ce n'est parfois une flexion exagérée du col, un noyau de paramérite, un ovaire scléreux prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, etc.

Ce qui caractérise, en somme, les névralgies pelviennes, c'est l'intensité des douleurs, leur continuité avec paroxysmes et leur longue durée. Elles peuvent présenter des rémissions; elles ne sont pas incompatibles avec la grossesse — une malade de Richelot eut trois grossesses en huit ans, — elles peuvent même disparaître subitement à la suite, soit d'une grande perturbation morale, soit d'une opération légère ou même simulée, soit même sans cause appréciable (Verneuil). Mais ordinairement elles sont tenaces, rebelles à tout traitement, si bien que les malades découragées ou exaspérées réclament à grands cris le traitement chirurgical le plus radical.

Pronostic. — On conçoit qu'une telle affection, si elle ne menace

pas directement et immédiatement l'existence des malades, n'en est pas moins extrêmement sérieuse. L'intensité, la durée indéfinie des douleurs et, trop souvent, leur incurabilité en font de pitoyables infirmes à qui sont interdits tout plaisir ou toute occupation. Si le traitement chirurgical a pu donner quelques succès en cas de lésions manifestes, il est généralement impuissant, lorsqu'il s'agit de névroses, d'*hystérie*, de *neurasthénie*, de troubles nerveux d'origine centrale et même périphérique. Enfin, les névralgies pelviennes finissent par exercer un retentissement profond sur la santé générale.

Traitement. — Il doit être *local* et *général* et son choix doit être déterminé, autant que possible, d'après la notion des causes réelles ou probables de la douleur.

Le TRAITEMENT LOCAL, sous forme d'*hydrothérapie* et d'*électricité*, est encore celui qui donne les résultats les moins négatifs. Aux névralgies d'*origine hystérique* semble mieux convenir le courant faradique, soit intra-utérin bipolaire (Apostoli), soit avec une électrode intra-utérine et une sus-pubienne; contre celles d'*origine neurasthénique*, les courants *continus ascendants* avec le pôle négatif appliqué sur la colonne vertébrale et le pôle positif sur les points douloureux, ou les courants de haute fréquence et surtout le courant *sinusoïdal*. L'électrisation *statique* peut également être employée en raison de son action tonique générale.

Comme TRAITEMENT GÉNÉRAL, on conseillera un régime tonique, des occupations intellectuelles et surtout l'*hydrothérapie* générale bien dirigée et des cures thermales, suivant les cas, à Nérès, Plombières, Luxeuil, Dax, Saint-Sauveur, Ragatz, etc.

Quant au TRAITEMENT CHIRURGICAL, il ne peut être justifié que dans deux conditions : lorsqu'on a reconnu des lésions réelles du côté des organes du bassin et lorsque l'application *persévérante* et raisonnée des traitements médicaux aura complètement échoué. Soit en supprimant les organes altérés, soit en agissant par suggestion, l'intervention chirurgicale a pu, dans quelques cas fort rares, déterminer la guérison définitive (Richelot).

Mais, le plus souvent, cette guérison n'a été que temporaire, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations (Reclus, Kirmisson, Quenu, Bousquet, etc.). Une opération secondaire n'a pas donné de meilleurs résultats et, dans tous les cas, on ne consentira à pratiquer la laparotomie qu'en faisant les plus expresses réserves relativement à son résultat thérapeutique définitif.