CLASSIFICATION

DES LÉSIONS ANNEXIELLES

Les annexes de l'utérus n'échappent pas à la loi commune et les grands processus morbides qui dominent la pathologie se retrouvent ici comme partout ailleurs. Mais leur importance est très inégale.

C'est ainsi que le traumatisme sous toutes ses formes, plaies, contusions, ruptures et déchirures, peut venir atteindre les annexes. Le fait est très rare, à cause de la petitesse et de la mobilité de ces organes, et aussi de la barrière solide qu'oppose aux violences extérieures le mur de l'enceinte pelvienne. Les *lésions traumatiques* de la trompe et de l'ovaire n'en existent pas moins, mais elles sont toujours associées à des désordres beaucoup plus graves et passent au dernier plan. En réalité elles ne méritent aucune description spéciale, et je n'en dirai rien.

Il n'en est pas de même des *lésions infectieuses*. Par leur fréquence et leur gravité, elles commandent à chaque instant l'intervention chirurgicale. Leur étude domine presque complètement la pathologie des annexes et j'aurai à les décrire avec soin, en m'attachant surtout à ce qui concerne leur traitement.

Les *lésions organiques*, quel que soit d'ailleurs le sens qu'on attache à ce terme, sont aussi des plus communes. Leur étude se limite à l'histoire des tumeurs et en particulier des kystes de l'ovaire. Elle n'en constitue pas moins un des chapitres les plus importants de la chirurgie abdominale.

On sait que, depuis quelques années, la pathologie de la trompe s'est enrichie d'un chapitre nouveau. L'*hématocèle pelvienne* doit être presque toujours rapportée à la rupture d'une

grossesse tubaire. Il est donc tout naturel de faire rentrer dans la pathologie des annexes l'étude de la grossesse ectopique et de ses complications hémorragiques.

J'étudierai enfin les affections des *ligaments larges* qui sont assez importantes et celles des *ligaments ronds*, qui le sont infiniment moins.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS INFECTIEUSES

L'infection microbienne rencontre dans les voies génitales son terrain de prédilection. Leur ouverture à l'extérieur, les causes d'inoculation incessamment renouvelées, et qui trouvent dans la vaste plaie qui suit l'accouchement ou les plaies microscopiques qui accompagnent chaque période menstruelle un terrain tout préparé pour les recevoir, la profondeur des muqueuses malades, souvent inaccessibles à un traitement direct, tout contribue à favoriser l'infection et à l'entretenir lorsqu'elle est établie.

Ainsi s'explique la fréquence et la ténacité des métrites. Mais l'infection ne reste pas localisée à la muqueuse utérine. Bien souvent, par un mécanisme que j'aurai à étudier, elle se communique à la muqueuse de la trompe, et, s'avançant de proche en proche, se propage à l'ovaire et au péritoine pelvien lui-même.

Ainsi naissent et se constituent les *infections annexielles*, les *salpingites*, les *ovarites*, les *pelvipéritonites*, dont les lésions se suivent, s'entremêlent et se compliquent de mille manières et se présentent sous des aspects d'une variété infinie.

D'ailleurs les microbes ordinaires de la suppuration ne sont pas les seuls qui puissent envahir les annexes. Il n'est pas rare d'y rencontrer le bacille de Koch et d'y voir se développer des lésions tuberculeuses plus ou moins étendues.

J'auraidonc à étudier principalement les *infections* et les *suppurations annexielles*, auxquelles se rattachent directement les *pelvi-péritonites* et les *phlegmons péri-utérins*. La *tuberculose* des mêmes organes, n'a qu'une importance très secondaire et nous arrêtera moins longuement.

Toutes ces divisions sont d'ailleurs un peu artificielles et, s'il est possible, si même il est utile d'en tenir compte pour la description anatomo-pathologique et clinique des suppurations pelviennes, il est au contraire indispensable de condenser en un même chapitre l'étude de leur *traitement*.

En effet, ce n'est très souvent qu'au cours du traitement lui-même qu'on peut se rendre compte des lésions pour lesquelles on intervient. S'il est en général assez facile de reconnaître qu'on se trouve en présence de suppurations annexielles, la détermination précise des lésions est le plus souvent impossible. Lorsque le chirurgien, après avoir discuté le traitement, se décide à intervenir, lorsqu'il prend le couteau, ce n'est donc pas en général pour combattre une lésion bien définie et aller jusqu'au bout sans modifier son plan opératoire, c'est le plus souvent pour aller à la découverte, en pliant sa conduite au gré des circonstances. Seuls l'examen direct des lésions, la constatation de leur profondeur et de leur étendue lui dictent sa façon d'agir.

Je crois donc qu'il est beaucoup plus conforme à la réalité clinique de consacrer au *traitement* des suppurations pelviennes une étude d'ensemble et de rechercher quelle est la meilleure conduite à tenir en présence des cas très divers qui peuvent se rencontrer. C'est pourquoi je décrirai en premier lieu les diverses formes anatomiques et cliniques des suppurations pelviennes et je terminerai leur étude par celle de leur traitement.