dangereuse lorsque la suppuration s'étend aux autres organes urinaires.

L'issue du pus à l'extérieur, à travers la peau, paraît très favorable à première vue, et cependant elle est rarement suivie de guérison spontanée de l'abcès. J'ai déjà fait observer que les exsudats, situés entre les anses intestinales, prennent facilement des caractères putrides. Comme la cavité de l'abcès ne se vide pas entièrement, la suppuration et l'infection putride amènent certainement la mort par épuisement. La situation est plus grave encore lorsque l'intestin est perforé en même temps que la peau, et que des matières stercorales séjournent à demeure dans la cavité de l'abcès.

Les *périmétrites d'origine blennorrhagique* présentent une marche tout différente. Elles se caractérisent par leur longue durée, par leur tendance prononcée aux récidives, peut-être parce que les gonocoques, emprisonnés dans des cavités purulentes, tardent plus longtemps à périr que les streptocoques de la septicémie.

Cette affection a une marche essentiellement chronique. Elle ne débute pas d'une manière aiguë par de la fièvre, mais les malades donnent cependant des renseignements précis sur le début de leur affection. Il est rare que presque tous les symptômes aient fait défaut ; les besoins fréquents d'uriner sont parfois le seul symptôme observé au début de la maladie. Mais dans la majorité des cas, les malades, tout en n'ayant pas dû garder le lit, se sont senties mal dès le début de l'affection. Elle ont été constamment tourmentées par des douleurs dans le bas-ventre, par l'incapacité de faire un travail quelque peu fatigant, par une constipation chronique ou par des diarrhées interminables.

Les symptômes sont parfois très peu marqués ; alors même qu'il existe des adhérences très solides dans le petit bassin, les malades n'accusent que quelques douleurs dans le bas-ventre, survenant de préférence lorsque les organes du petit bassin subissent de grands déplacements à la suite de changements brusques et considérables de la pression abdominale.

Le coït est souvent douloureux, alors même qu'il n'existe ni inflammation gonorrhéique de la vulve ou du vagin, ni symptômes de vaginisme. Ces douleurs sont produites en partie par l'hypérémie qui augmente la sensibilité des organes, mais en majeure partie par l'acte traumatique du coït qui provoque des tiraillements des adhérences qui fixent l'utérus, surtout quand cet organe a subi un certain degré de descente.

Cette périmétrite dure souvent pendant toute la vie. Les trompes

gorgées de pus provoquent de temps en temps de nouvelles poussées de périmétrite et de nouveaux accès douloureux. Rien n'est plus triste que le sort de ces jeunes femmes infectées de blennorrhagie dès leur première nuit de noces. Elles se sont mariées, l'âme remplie des plus douces espérances, et dès les premiers rapprochements survient une inflammation des parties sexuelles, qui rend les approches du mari horriblement douloureuses et parfois impossibles. Déjà pendant le voyage de noces s'établissent de violentes douleurs dans le petit bassin, la jeune mariée garde le lit pendant des semaines, puis elle se lève, malade et souffrante pour le reste de sa vie, ou tout au moins jusqu'à l'époque de la ménopause. Seul, l'espoir de devenir mère la tient debout, mais l'extension de la maladie aux trompes de Fallope apprend au médecin intelligent que cette espérance est absolument illusoire.

Tel est le sort qui, chaque année, échoit en partage à des milliers de femmes. Ce qui ruine la santé de ces malheureuses, ce n'est pas le voyage de noces, comme on le prétend si souvent, c'est la blennorrhagie dont l'homme, en se mariant, est atteint, le plus souvent sous une forme tout-à-fait latente. Pour moi, il n'est pas douteux que la blennorragie apporte à la femme infiniment plus de misères que la syphilis.

Abstraction faite des symptômes généraux, la *péritonite tuberculeuse* provoque surtout de l'ascite. De légères élévations thermiques sont fréquentes. Il est certain que cette affection peut guérir spontanément.

Diagnostic. — Abstraction faite de la péritonite septique récente, le diagnostic doit porter d'une part sur les adhérences et les fausses membranes qui unissent les organes abdominaux, et d'autre part sur les exsudats.

Les adhérences se reconnaissent surtout en ce que des organes mobiles à l'état normal — tels que l'utérus, les trompes et les ovaires — sont fixés ou plus difficiles à déplacer qu'à l'état normal. Il arrive souvent que l'on sente directement les travées cicatricielles et les dépôts de fausses membranes.

Les adhérences des organes du bassin avec l'intestin sont aussi, en règle générale, accessibles au diagnostic. A l'exploration bimanuelle, le doigt éprouve une sensation de résistance insolite, accompagnée d'un bruit de ronflement.

Les *exsudats* se reconnaissent d'ordinaire facilement à leur siège caractéristique, à leur sensibilité, à leur manque de mobilité et à leur forme irrégulière. Les exsudats intra-péritonéaux se trouvent presque toujours dans la cavité de *Douglas*, qui constitue le point le plus

déclive de la cavité abdominale, tant dans le décubitus dorsal que dans la station debout. Encapsulé dans le cul-de-sac de *Douglas*, l'exsudat forme une tumeur rétro-utérine, qui peut, lorsque l'épanchement continue, acquérir des dimensions énormes (voir fig. 155).

Les exsudats intra-péritonéaux peuvent être situés sur les côtés de l'utérus, lorsque la cavité de *Douglas* est fermée par des inflammations antérieures, ou quand il s'est formé des cavités encapsulées en d'autres endroits. Au début, ces exsudats sont toujours placés si haut qu'on ne saurait y atteindre par le vagin ; ils sont parfois situés au-dessus du petit bassin, latéralement, dans les fosses iliaques. Le plus souvent ils sont aplatis et pas très volumineux. Si l'épanchement continue dans une pareille cavité close, située sur les côtés de l'utérus, la tumeur augmente, en repoussant le ligament large en avant ou en arrière, et en refoulant en bas le péritoine qui forme le plancher de la cavité de l'exsudat. Ainsi se développent des tumeurs qui siègent à côté de l'utérus et qui peuvent plonger profondément dans le petit bassin, à la façon des exsudats paramétriques. On peut, même sur le cadavre les confondre avec des exsudats paramétriques : on prend alors la pseudomembrane pour le péritoine et on considère le péritoine profondément déprimé et altéré comme étant la paroi de nouvelle formation de la cavité de l'abcès. Il est rare que l'excavation vésico-utérine soit ainsi déprimée vers le bas.

Quand les abcès sont épaissis et que la partie liquide de l'épanchement s'est résorbée, il devient difficile de ne pas les confondre avec des néoplasmes proprement dits. Il est vrai que la forme et le siège de ces exsudats restent encore caractéristiques : ils remplissent, ayant été primitivement liquides et ne s'étant solidifiés que petit à petit, toute la partie inférieure du ventre d'une manière si uniforme, que toute l'excavation semble avoir été comblée par un liquide qui s'est pris après coup. L'exsudat est en contact avec la paroi de tout le petit bassin et entoure si bien l'utérus de toutes parts qu'on ne peut plus palper isolément cet organe. L'entrée du bassin est si bien remplie qu'il n'y persiste plus qu'une étroite ouverture pour livrer passage au rectum à travers la masse concrétée. Lorsque l'exsudat se rétracte, le passage du rectum n'en devient pas toujours plus large, mais ce canal peut, à la suite d'une cicatrisation concentrique, se rétrécir, au point de provoquer un sérieux danger. La muqueuse du cul-de-sac vaginal postérieur se ratatine tellement sous l'influence de la rétraction de l'exsudat, qu'elle se plisse et se recouvre de petites végétations polypeuses qui pourraient faire croire à l'existence de fistules perforantes livrant passage à du pus.

On ne pourrait confondre avec des myomes ou des tumeurs ovariques que les exsudats très anciens qui ont perdu toute sensibilité, ont acquis un certain degré de mobilité et qui parfois sont reliés à l'utérus par un véritable pédicule. Indépendamment du commémoratif, ces exsudats sont reconnaissables à leur forme irrégulière et aussi à leur consistance, qui peut parfois surpasser celle des myomes, et présenter la dureté du bois.

Le diagnostic des *abcès* n'est généralement pas difficile. Lorsqu'ils se sont développés dans la cavité de *Douglas*, leur siège est caractéristique ; toutefois il est difficile de les différencier d'une hématocéle rétro-utérine surtout quand le contenu de l'hématocèle s'est enflammé. Les abcès situés plus haut sont parfois difficiles à découvrir ; lorsqu'ils sont volumineux, la fièvre à type rémittent très prononcé, le pouls petit et rapide, l'aspect de maladie grave doivent conduire fatalement à rechercher l'endroit du mal, et celui-ci ne saurait échapper, vu la grosseur, la sensibilité et la tension de la tumeur. Le diagnostic devient plus facile encore, lorsque l'infiltration purulente et la rougeur de la peau du ventre précèdent l'ouverture de l'abcès et coïncident avec le ramollissement des parties avoisinant le lieu où s'ouvrira l'abcès. Les *abcès à contenu gazeux* donnent à la percussion un son tympanique. Ils sont pourtant faciles à reconnaître à la zone inflammatoire qui les entoure et à l'altération des parois du ventre. On ne saurait les confondre avec l'intestin et on peut hardiment y plonger le bistouri.

Le diagnostic de la *périmétrite gonorrhéique* sera justifié s'il existe un pyosalpinx et si l'on découvre d'autres manifestations de l'infection blennorrhagique, telles que la vaginite, etc.

Le diagnostic de la *péritonite tuberculeuse* est parfois fort difficile, et n'est possible que par exclusion de toutes les autres causes d'ascite. On tiendra compte des symptômes généraux : fièvre, amaigrissement ; on cherchera à palper les tubercules par le vagin (cavité de *Douglas*) ou par la paroi abdominale ; au besoin on pratiquera une injection d'essai à la tuberculine. *Fehling* attache une grande importance au développement de la rate.

Pronostic. — Les reliquats de la péritonite septique ont une certaine importance pathologique, alors même que l'inflammation n'a pas dépassé les limites du petit bassin. Les adhérences provoquent des changements de position définitifs des organes pelviens, et par suite la dysménorrhée, la stérilité et les autres symptômes des changements de position de l'utérus.

Les adhérences avec les intestins peuvent amener le tiraillement, la sténose et même l'atrésie de ces viscères.

Les abcès sont très dangereux également, moins à cause du risque de les voir s'ouvrir dans le ventre, — ce qui n'arrive pas souvent, — que parce que la malade, sous l'empire de ce foyer inflammatoire, en vient à un état incroyable de dépérissement. L'abcès, de plus, peut à chaque instant, allumer une péritonite générale. La situation devient plus grave encore, lorsque les matières alvines et les gaz intestinaux pénètrent dans la cavité de l'abcès ; cette éventualité est rare, mais elle peut pourtant se présenter, lorsque le canal qui a livré passage au pus est large et court.

Le pronostic de la périmétrite blennorrhagique, tout en n'étant pas dangereux pour la vie, est cependant encore plus sombre. Si l'inflammation spécifique s'est étendue aux trompes et au péritoine pelvien, la destruction des trompes avec adhérences partielles aux organes voisins doit être considérée comme une issue très favorable. Des périmétrites rebelles à tout traitement, accompagnées de douleurs qui empoisonnent toutes les jouissances de la vie, sont les manifestations ordinaires de l'affection qui nous occupe.

Traitement. — Le traitement prophylactique, qui consiste à éviter toutes les occasions d'infection septique ou gonorrhéique, ne doit pas être l'objet de plus amples explications.

Lorsque la température est devenue normale et que le ventre n'est plus sensible à la pression, on cherchera à amener la résorption des adhérences, des pseudo-membranes et des exsudats.

Il convient de stimuler les mouvements péristaltiques de l'intestin : par les tiraillements qu'ils exercent sur les brides de néo-formation, ils constituent le meilleur moyen de relâcher les adhérences. Des lavements ou injections dans le rectum de grandes quantités de liquides (eau, huile), aussi chauds qu'on pourra les faire supporter, sont très efficaces, tant à cause de l'élévation de la température que par la distension mécanique qu'elles font subir aux viscères. Les bains de siège de 28° à 32° R. additionnés de sel de Stassfurt, de sel marin et d'eaux-mères, — les enveloppements humides et chauds à l'aide d'eau, d'eau salée ou de boue ferrugineuse, et spécialement les injections vaginales chaudes de 38° à 40° R. ont une influence réelle sur la résorption des exsudats, à cause de l'incitation aux échanges organiques, provoquée par ces divers moyens. Cependant tous ont une action excitante de sorte qu'il ne faut les mettre en œuvre que petit à petit, et avec prudence.

L'iode et ses préparations possèdent aussi une influence indéniable souvent constatée et contribuent puissamment à la résorption. On l'emploie à l'état de teinture d'iode, en badigeonnages sur la peau des

aînes, le col utérin et les culs-de-sac vaginaux. Les tampons d'iodoforme dans le vagin donnent également de bons résultats. L'iodure de potassium et l'iodure de fer à l'intérieur sont à conseiller. *Freund* applique contre le col des tampons imbibés d'ichthyol à la glycérine (5 p. 200).

On ne fera point de massage aussi longtemqs qu'il persiste des traces d'irritation inflammatoire. Lorsque l'exsudat est complètement indolore, il constitue un adjuvant précieux de la résorption. En général, il faudra se garder d'étirer violemment ou de rompre brutalement les adhérences. Il existe cependant des cas, — mais il faut pour les trouver une longue expérience et une grande habileté, — où la rupture des adhérences donne de fort bons résultats. Il est plus prudent, et tout aussi efficace de distendre les adhérences au moyen des mains en pratiquant l'exploration bimanuelle, ou à l'aide de la sonde. Il suffit parfois de quelques séances pour détacher des adhérences très solides. Des exsudats anciens restés inaltérés pendant de longues années, subissent encore parfois une résorption partielle sous l'influence de ce traitement ; du moins rentrent-ils dans le courant des échanges organiques, que peuvent activer puissamment les bains d'eaux minérales bromurées et iodées, surtout celles de *Kreuznach* et *Munster am Stein*, *Tölz*, *Hall* en Autriche, *Sodenthal* près d'*Aschaffenburg*, etc.

Si l'on tient à exciter en même temps la péristaltique intestinale, on enverra les malades à *Kissingen* et à *Pyrmont*. Les bains de boue agissent de la même façon que les bains d'eaux minérales.

Il est à remarquer, du reste, que les exsudats volumineux, remplissant tout le petit bassin, occasionnent souvent moins de symptômes que des adhérences presqu'insignifiantes : cela tient à ce que, dans le premier cas, les organes du petit bassin sont tout à fait fixés, tandis que dans le second cas des tiraillement douloureux se font sentir au moindre mouvement.

L'indication est tout autre quand il s'est développé un *abcès* intrapéritonéal. Il est vrai que les exsudats, qui se résorbent, sont purulents également. L'important est de savoir si le pus s'épaissit et se concrète, ou si les parois de l'abcès continuent à suppurer. Dans le premier cas où il peut exister une fièvre intermittente très vive, la ponction ou l'incision est non seulement inutile, mais nuisible, alors même qu'elle pourrait ramener du pus. Mais lorsque la fièvre est rémittente et que la tumeur devient plus sensible et augmente de volume, il est indiqué d'ouvrir l'abcès au plus tôt. Cela est facile, quand l'abcès siège dans la cavité de *Douglas*. On pratique dans le cul-de-sac vaginal postérieur une large incision n'intéressant que la

muqueuse, on lie les vaisseaux qui donnent du sang et on pénètre avec le doigt jusque dans la cavité purulente. On lave la cavité de l'abcès et on y introduit un drain.

Si un abcès volumineux siège plus haut, il peut être fort malaisé d'y atteindre, d'autant plus que la simple ponction avec le trocart ne suffit pas, mais qu'il faut drainer la poche purulente. Exceptionnellement on voit des abcès se résorber, sans drainage, et après écoulement d'une faible quantité de pus. Cependant on est forcé, en règle générale, d'inciser la muqueuse vaginale et de se frayer, avec le doigt, un passage à travers d'épaisses couches de tissu cicatriciel, jusque dans la cavité de l'abcès, dans laquelle on introduit alors un drain. Il est à remarquer que ces opérations sont toujours difficiles et parfois dangereuses.

Il est bien plus aisé d'ouvrir les abcès situés entre les anses intestinales, attendu qu'ils tendent toujours à se rapprocher de la paroi abdominale antérieure. On reconnaît toujours facilement l'endroit où il convient d'inciser, alors même que des gaz développés dans la poche purulente donneraient un son tympanique à la percussion. A l'incision, il s'écoule d'ordinaire une sérosité louche, mélangée à des flocons fibrineux ou gélatineux. Le contenu de ces abcès est souvent putride, et il répand une odeur de matières fécales.

Quand un abcès du ventre s'est ouvert par une étroite ouverture, il faut la dilater et drainer la poche. Il est parfois nécessaire de fermer des fistules intestinales.

On est souvent très embarrassé lorsque l'abcès s'est ouvert, par une ouverture trop étroite, dans l'intestin ou dans la vessie. Dans le premier cas, de même que pour les abcès profonds du ventre qui ont perforé la paroi abdominale au-dessus de la symphyse, il faut chercher à arriver à l'abcès par le vagin. Cela est souvent fort difficile ; mais si l'on parvient à introduire un drain dans l'abcès, par le vagin, la guérison est assurée.

Lorsque l'abcès s'est ouvert dans la cavité vésicale on ne saurait l'atteindre par le vagin, à cause de l'interposition de la vessie. On pourrait bien arriver à l'abcès par le canal de l'urèthre préalablement dilaté, mais le drainage et les injections ne sont pas très praticables par cette voie. Dans deux cas de ce genre, *Schræder* a ouvert la vessie par la voie abdominale, provoqué la guérison de l'abcès et refermé ensuite la fistule vésicale au-dessus de la symphyse.

Pour aboutir à ouvrir largement et à drainer ces abcès, *Péan* en France et *Landau* et *Küstner* en Allemagne pratiquent l'hystérectomie vaginale. Cette méthode est à conseiller.

Le traitement de la *pelvi-péritonite gonorrhéique* est fort difficile et peu efficace. Il se borne à calmer les symptômes : par l'emploi de bains de siège chauds, d'enveloppements chauds de boue de *Franzensbad*, par des déplétions sanguines locales et par l'introduction de tampons médicamenteux. on cherche à calmer la sensibilité de l'exsudat. Par l'application de ces tampons imbibés d'iodure de potassium, de glycérine iodée ou iodoformée, on pourra activer la résorption et, en fixant les parties enflammées, prévenir les tiraillements douloureux.

L'introduction d'un pessaire en caoutchouc mou de *Mayer* peut remplir aussi cette dernière indication. Si les symptômes dysménorrhéiques sont très accusés, on appliquera deux ou trois sangsues sur le col avant les règles. (Les scarifications ne donnent généralement pas assez de sang, car l'utérus est anémié dans ces circonstances).

Dans le but d'enlever les trompes qui sont généralement malades, et de détruire les adhérences qui peuvent apporter obstacle au fonctionnement des organes, *Martin* et d'autres conseillent d'ouvrir le péritoine, soit par la laparotomie, soit par l'incision des culs-de-sac antérieur ou postérieur.

L'expérience a prouvé que dans la *péritonite tuberculeuse*, compliquée d'ascite, il suffit parfois d'ouvrir le péritoine et d'évacuer le liquide pour obtenir la guérison (33 fois pour 100, d'après *Loehlein*).

C. — Paramétrite

Le petit bassin est une cavité entourée en majeure partie de parois osseuses et présentant ceci de caractéristique qu'elle renferme trois organes creux, dont le degré de réplétion varie beaucoup, même à l'état physiologique. A l'état de vacuité, la vessie, l'utérus et le rectum ne suffisent pas à remplir cette cavité ; à l'état de réplétion, ces viscères n'y trouvent plus suffisamment de place. Ces changements de volume ne sont possibles que parce que la capacité de la cavité abdominale se prête à des variations très étendues et que l'intestin fait office de remplissage, si bien que, lorsqu'il y a place dans le petit bassin, il s'interpose entre l'utérus et le rectum, tandis qu'au besoin il abandonne complètement la cavité pelvienne et se retire dans le ventre où il peut n'occuper que des régions très limitées. Pour que les organes creux du petit bassin puissent se remplir et se vider, il faut qu'ils soient mobiles, l'un vis-à-vis de l'autre ; il faut, en outre, que leur revêtement propre leur permette tour à tour d'augmenter et de diminuer de volume. Et de fait, ces viscères sont enveloppés dans le petit