

lon, on est en présence d'un *kyste tubo-ovarien* à contenu hématique muqueux ou muco-purulent.

### e. Pelvi-péritonite.

Nous distinguerons, dans la pelvi-péritonite, la *pelvi-péritonite localisée*, c'est-à-dire bornée au voisinage de l'utérus et des annexes, et la *pelvi-péritonite proprement dite*, ou inflammation diffuse de la cavité pelvienne, dans laquelle les altérations de la séreuse sont prédominantes.

#### I. Pelvi-péritonite localisée.

Dans l'inflammation chronique, les néo-membranes qui relient l'ovaire et la trompe aux organes voisins sont ordinairement très serrées, très résistantes et non moins vasculaires. Elles renferment ou non, dans leurs cloisonnements, des collections séreuses, hématiques ou purulentes. On trouve assez souvent une collection de ce genre interposée au pavillon de la trompe et à l'ovaire.

##### 1. Péri-salpingite.

Même dans l'inflammation récente, il y a ordinairement épaissement de l'enveloppe séreuse de la trompe. Les adhérences les plus fréquentes de cet organe se font avec la face postérieure de l'utérus le cul-de-sac de Douglas, le ligament large et le rectum; viennent ensuite les adhérences avec le détroit supérieur, la paroi abdominale, l'épiploon, l'appendice vermiforme, le cæcum, l'S iliaque et l'intestin grêle. L'adhérence avec la paroi abdominale donne lieu à la formation d'un *plastron intra-péritonéal* (Terrillon), qu'on ne confondra pas avec le *plastron extra-péritonéal* du phlegmon. L'hydro-salpinx peut être libre de toute attache.

##### 2. Péri-ovarite.

Tandis que dans l'ovarite corticale, scléro-kystique, atrophique, l'encapsulement néo-membraneux est ordinairement très prononcé, les fausses membranes protectrices sont souvent peu marquées autour de l'abcès de l'ovaire, ou manquent complètement sur une certaine étendue, d'où tendance toute spéciale du pus à se faire jour dans la cavité péritonéale. Cette particularité est bien d'accord avec l'idée, déjà émise, de la genèse ordinaire de l'ovarite suppurée par la voie vasculaire. Les adhérences viscérales, quand elles existent,

ont lieu le plus souvent avec le rectum, le cæcum et son appendice, à droite; avec l'S iliaque, à gauche.

##### 3. Péri-mérite.

Les adhérences péri-métritiques, causes ordinaires des déviations fixes de l'utérus, siègent le plus souvent en arrière.

#### II. Pelvi-péritonite proprement dite.

Dans la *pelvi-péritonite proprement dite*, ou *extensive*, la masse morbide est constituée, de la profondeur à la surface, par l'utérus et les annexes enflammées, par des anses intestinales agglutinées et l'épiploon épaissi, vascularisé, adhérent aux viscères, à l'enceinte pelvienne et formant enveloppe. Le tout est relié par des néo-membranes circonscrivant ou non, avec les viscères, une ou plusieurs loges pleines d'un exsudat liquide ou en voie de résorption.

##### 1. Variétés anatomiques.

Les variétés anatomiques de la pelvi-péritonite dépendent de la prédominance de l'élément solide ou liquide et de l'ancienneté des lésions.

A. **Pelvi-péritonite enkystée.** — Quand il existe une notable collection de liquide, en une ou plusieurs poches, on dit qu'il y a *pelvi-péritonite enkystée*. Le liquide inclus peut être séreux, séro-fibrineux, hématique, purulent ou putride.

Les grandes collections de la pelvi-péritonite sont difficiles à distinguer, même sous le scalpel et le microscope, des collections annexielles volumineuses; mais il est certain qu'on est actuellement porté à exagérer la fréquence de celles-ci au détriment des premières.

B. **Pelvi-péritonite plastique.** — La *pelvi-péritonite plastique* présente deux variétés principales, suivant son âge :

a. **PELVI-PÉRITONITE ADHÉSIVE.** — La *pelvi-péritonite adhésive* répond à la prédominance des fausses membranes sous forme de brides peu épaisses et relativement peu résistantes.

b. **PACHY-PELVI-PÉRITONITE.** — Quand, au contraire, on a affaire à un de ces bassins fibreux, parcourus en tous sens par un réseau inextricable et indestructible de vieilles adhérences, on peut dire, avec Reclus, qu'il y a *pachy-pelvi-péritonite*.

## 2. Localisations.

Lorsque l'infection s'attache à un péritoine sain, il se fait un épanchement qui s'accumule d'abord dans le fond du cul-de-sac postérieur (Delbet). Guidé par un rapide travail d'adhérences, cet épanchement s'élève jusqu'aux limites supérieures du Douglas, parfois plus haut et jusqu'au voisinage de l'ombilic; il a la forme d'un ovoïde à grand axe vertical (*pelvi-péritonite postérieure*).

Quand, au contraire, le péritoine est déjà altéré par des lésions péri-organiques, l'extension inflammatoire qui constitue la pelvi-péritonite peut être distribuée de façon très diverse. Ainsi, du fait de l'accolement des parois du Douglas ou d'une accumulation liquide dans une poche de néo-formation, la masse principale de la tumeur peut être située sur les côtés (*pelvi-péritonite latérale*), et même en avant de l'utérus (*pelvi-péritonite antérieure*).

## f. Lésions de l'utérus, de la vessie et du rectum dans l'inflammation circum-utérine.

L'inflammation circum-utérine ne peut exister sans des altérations plus ou moins profondes de l'utérus. Quand le foyer endométritique est éteint, au moins trouve-t-on des lésions pariétales, sclérose, dégénérescence graisseuse, dans les cas anciens. Cette dernière transformation rend compte du peu de vascularité que présente parfois l'organe et de la facilité avec laquelle il se déchire sous l'action des instruments, notions importantes pour l'opérateur.

La pelvi-péritonite fléchit l'utérus, le tord sur son axe ou le refoule en haut et en avant, quand il y a collection dans le cul-de-sac postérieur.

La cellulite ne produit que le déplacement en masse et la version.

Les lésions inflammatoires de l'intestin se traduisent par de l'épaississement, de la friabilité, de l'induration cartonnée (Terrier et Hartmann).

La rectite est assez fréquente, en particulier dans le cas de paramétrite postérieure et d'ovaro-salpingite adhérente au Douglas.

En dehors des raptus purulents dans la vessie, l'inflammation génitale ne provoque pas la cystite, mais seulement de l'irritation vésicale, par l'intermédiaire de la congestion ou par tractions exercées sur les nerfs vésicaux. Les exsudats du cul-de-sac postérieur déterminent des tiraillements marqués et un aplatissement d'ar-

rière en avant, et de bas en haut; le phlegmon du ligament large, un aplatissement latéral. C'est la paramétrite chronique qui altère le plus la forme de la vessie (Lindemann).

## g. Inflammation circum-utérine généralisée.

Dans l'inflammation circum-utérine généralisée, il pourra devenir très difficile de faire l'analyse des lésions. Ainsi pourra-t-on trouver l'utérus baigné de pus et enclavé dans une masse de tissus dénaturés. C'est cet état, d'ailleurs assez rare, que décrit fort bien l'heureuse expression d'*éponge purulente*.

## SYMPTOMES ET MARCHE

L'inflammation circum-utérine, envisagée dans son ensemble, se traduit surtout par une douleur spontanée et provoquée, plus vive que dans la métrite, siégeant le plus souvent dans les flancs, avec irradiations diverses, en particulier vers les cuisses; par une tuméfaction saillante dans les culs-de-sac vaginaux ou à l'hypogastre; par une fixité relative ou absolue de l'utérus, dévié du côté sain, au début, attiré, au contraire, du côté malade, après organisation et rétraction des produits inflammatoires.

## a. Inflammation circum-utérine aiguë.

## I. Première période.

## 1. Phlegmon pelvien.

Le phlegmon pelvien débute, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, par de la fièvre et de la douleur.

La douleur n'atteint jamais la même intensité que dans la pelvi-péritonite et peut même manquer. Profonde, pongitive, non exaspérée par un palper léger de la paroi, elle siège sur l'un des côtés de l'hypogastre et présente des irradiations fémorales précoces, avec flexion de la jambe du côté atteint. Les vomissements n'ont lieu qu'au début et sont peu fréquents; il n'y a pas de ballonnement du ventre; la fièvre évolue entre 39° et 41°; le pouls est plein, régulier, ne dépassant guère 130 (Delbet). Il n'y a de métrorrhagie que si l'inflammation survient pendant les règles. Le réservoir urinaire peut être à moitié effacé sans que la miction soit modifiée d'une façon sensible. La pelvi-péritonite, au contraire, détermine, de ce côté, des troubles d'autant plus marqués (pollakurie, ischurie, strangurie);

que son développement est plus rapide, plus étendu et plus rapproché de la vessie (Lindemann).

Au bout de quelques jours, apparaît une tuméfaction latérale, qui immobilise l'utérus.

**A. Paramérite.** — Localisée au parametrium, cette tuméfaction se présente immédiatement sous le doigt; elle descend plus bas que le cul-de-sac vaginal, est intimement fusionnée avec la voûte du vagin et la face correspondante de la portion sus-vaginale du col dont la portion vaginale est repoussée du côté opposé, et se prolonge, en dehors, jusqu'à la paroi pelvienne. Plus ou moins irrégulière, pâteuse au début et, plus tard, de consistance ferme ou même dure, elle n'est guère accessible au palper (Delbet).

**B. Phlegmon du ligament large.** — Localisé au ligament large, le phlegmon se présente, au palper, sous forme d'une tumeur latérale, étendue transversalement, du corps utérin auquel elle se fusionne et qu'elle repousse du côté opposé, à la fosse iliaque, dépassant le détroit supérieur sous forme d'une demi-sphère. Étant donnée sa situation plus élevée, il est plus difficilement perceptible par le vagin qui glisse sur lui et plus facile à confondre avec une tumeur intra-péritonéale.

Quand les deux étages du tissu cellulaire sont pris, les deux ordres de signes sont confondus.

Sous le nom de *cellulite pelvienne diffuse*, Pozzi entend l'inflammation rapide et diffuse du tissu cellulaire pelvien, sorte d'érysipèle malin, d'origine puerpérale.

## 2. Salpingite.

L'inflammation s'annonce dans la trompe, avant d'envahir les tissus qui l'entourent, par une douleur sourde, siégeant aux limites latérales de l'hypogastre et exagérée par la pression de la main; mais cette douleur passe souvent inaperçue, se confond avec les douleurs utérines, et il est bien difficile de reconnaître, sous le doigt, la salpingite catarrhale à ses débuts, sans être guidé par un travail d'adhérences ou un épaissement phlegmoneux péri-tubaire. Chiarri et Schauta ont signalé, au niveau du tiers interne de l'organe, de petits nodules qu'ils rapportent à des indurations de la tunique musculaire.

## 3. Ovarite.

On ne peut dissocier l'ovarite véritablement aiguë, à point de départ cortical ou interstitiel, de l'inflammation phlegmoneuse

ou péritonéale qui l'engendre. L'ovarite parenchymateuse des maladies générales ne donne lieu à aucun symptôme tranché; seule, la stérilité qui la suit, peut la faire soupçonner (Slavjansky).

## 4. Péri-méthro-ovaro-salpingite.

La *péri-méthro-ovaro-salpingite* ou, pour abréger, la *péri-méthro-salpingite* (Pozzi), est due au développement *simultané* de l'inflammation dans le *péritoine* et le *tissu cellulaire* qui entourent les organes génitaux internes, eux-mêmes plus ou moins atteints. C'est l'analogue de l'inflammation de la vaginale et des bourses chez l'homme. Elle survient, dans la blennorrhagie, qui nous fournira le type de la description, du huitième au quarantième jour après la cessation de l'écoulement (Bernutz), à l'occasion d'une fatigue, d'un examen intempestif et, surtout, des règles.

La femme accuse des douleurs lancinantes dans les flancs et dans l'aîne, ordinairement supportables au repos. On découvre, en l'examinant, une tuméfaction rétro-latérale, accolée à l'utérus, et n'atteignant pas la paroi pelvienne, généralement arrondie, empâtée, très sensible à la pression, mais ne s'accompagnant cependant pas d'hyperesthésie de la paroi abdominale. Pas de modifications sensibles du pouls. La température ne dépasse guère 38°.

Quand les annexes sont accolées à la paroi abdominale, on comprend, d'après l'intervention de l'œdème sous-séreux, qu'elles puissent donner une sensation analogue au plastron du phlegmon suppuré; mais le plastron de la salpingo-ovarite est plus limité et toujours distant de l'arcade de Fallope.

## 5. Pelvi-péritonite.

**A. En général.** — La pelvi-péritonite proprement dite, du moins celle qui est d'origine *streptococcique* (puerpérale ou chirurgicale), a un début autrement dramatique.

Elle s'annonce par une douleur soudaine, violente, siégeant à l'hypogastre, facilement exagérée par un mouvement ou un simple frôlement de la paroi abdominale, s'accompagnant de prostration, de ténésme vésical et anal, de nausées ou de vomissements, rarement porracés. Le ventre est ballonné, tendu, la défécation difficile ou impossible. *La petitesse et l'irrégularité du pouls, la discordance entre le nombre des pulsations et le degré thermique*, qui atteint rarement 39°, constituent les phénomènes les plus caractéristiques.

**B. Localisations.** — a. PELVI-PÉRITONITE POSTÉRIEURE. — Quand

l'infection s'attaque à un péritoine sain, elle détermine rapidement, dans le cul-de-sac de Douglas, un épanchement qui devient perceptible vers le deuxième ou troisième jour, dès qu'il est entouré de fausses membranes.

La tuméfaction, ainsi constituée, ne saurait être confondue avec une collection volumineuse et adhérente de la trompe, dont le développement est beaucoup plus lent, ni avec une hématocele, dont le début est cataclysmique et qui ne s'accompagne que secondairement de phénomènes inflammatoires. Nettement rétro-utérine, elle déprime le cul-de-sac vaginal, au point de descendre parfois plus bas que le col, et affecte une forme ovoïde et régulière. Elle applique le rectum contre la concavité sacrée, ce dont il est facile de se rendre compte par le toucher rectal, et repousse en haut et en avant : l'utérus, qui devient absolument fixe, la vessie, qui s'aplatit contre le pubis, et le ligament large qui, dans le cas d'épanchement abondant, prend la forme d'un fer à cheval. La fluctuation, d'abord facilement perçue, devient de plus en plus obscure à mesure que la coque néo-membraneuse s'épaissit.

Par le palper abdominal, toujours difficile ou même impossible, du fait du ballonnement ou de la douleur, on ne peut que se rendre compte de l'éloignement de la tumeur, à moins qu'elle ne s'élève au-dessus de l'utérus et se mette au contact de la paroi du ventre. Dans ce cas, on constate de la matité sur toute l'étendue accessible au palper et, à ses limites, des zones alternativement sonores et mates, dues à l'interposition des anses intestinales et des adhérences (Delbet).

Quand la pelvi-péritonite à forme *extensive* se greffe sur des lésions annexielles et péri-annexielles antécédentes, quand il s'agit, par exemple, d'une infection puerpérale secondaire à la gonorrhée (infection puerpéro-gonorrhéique), on comprend que la tuméfaction, guidée dans son développement par des adhérences préformées, puisse être très variable de siège et de caractères :

b. PELVI-PÉRITONITE LATÉRALE. — Ainsi, elle peut se présenter sous forme d'une tumeur latérale, parfois énorme, remontant jusqu'à l'ombilic et même plus haut, confinant à la ligne médiane ou la dépassant, descendant vers le pli de l'aîne, dont elle reste toujours distante d'au moins deux travers de doigt, pointant de même, sans l'atteindre, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Toujours éloignée, au début, des culs-de-sac vaginaux, elle pourra y faire saillie plus tard, du fait même de son développement, à la façon des exsudats paramétritiques.

c. PELVI-PÉRITONITE ANTÉRIEURE. — Au lieu d'être latérale, la tumé-

faction peut encore être antérieure, développée entre l'utérus et la vessie.

c. Pelvi-péritonite putride. — La *pelvi-péritonite putride* (Bumm), sur laquelle nous n'avons pas à insister, se distingue par les phénomènes de dépression qui l'accompagnent, en particulier par l'hypothermie et le défaut de sensibilité abdominale.

## II. Deuxième période.

A cette période de début de l'inflammation pelvienne succèdent : la résolution, la suppuration ou le passage à l'état chronique.

### 1° Résolution.

La *résolution* peut être complète en deux ou trois semaines.

Dans le phlegmon qui veut se résoudre, il y a déjà, au bout de deux ou trois jours, une sédation de tous les symptômes et une diminution sensible et rapide de la tumeur.

Cette même particularité se présente dans la *péri-méthro-salpingite*, par suite de l'intervention de l'élément phlegmoneux. En quelques jours, cette tumeur juxta-utérine, dont nous avons donné la description, revient sur elle-même d'une façon surprenante; les annexes, se dégageant de la gangue inflammatoire dont elles forment comme le noyau, se présentent bientôt, pour qui sait attendre, sous forme d'une petite masse irrégulière, relativement mobilisable, le plus souvent rétro-latérale et haut située, séparée de l'utérus par un sillon. Si la péritonite adhésive n'est pas trop accentuée et suit le mouvement de résorption, l'ovaire et la trompe peuvent arriver à se différencier : la trompe, sous forme d'un cordon douloureux au toucher, rattaché à la corne utérine ou à son voisinage; l'ovaire, sous forme d'un corps ovoïde, d'une sensibilité exquise qui porte à la syncope et aux nausées et provoque, chez la femme, un brusque mouvement de défense.

Il n'est pas douteux qu'avec du repos et des soins appropriés, la *salpingite récente, catarrhale*, puisse disparaître sans laisser de traces, aussi bien que l'ovarite corticale qu'elle engendre. Il en est de même pour la péritonite exsudative, quel que soit son volume apparent : ainsi avons-nous vu se fondre, complètement et d'une façon définitive, une masse inflammatoire énorme, unilatérale, remontant jusqu'au voisinage des fausses côtes et survenue sans bruit à la suite d'un accouchement.

## 2° Suppuration.

La *suppuration aiguë* s'annonce : 1° par les modifications de la température : dans le phlegmon il se produit des oscillations vespérales de 1°,5 à 2°,5; dans la pelvi-péritonite, la température n'est vraiment élevée que si l'épanchement est purulent; dans l'ovario-salpingite, il faut surtout compter avec la prolongation de l'état fébrile au delà des limites de la résolution franche, soit environ une quinzaine de jours (Le Dentu).

2° Par le *syndrome septicémique*, et, en particulier par les sueurs nocturnes et les troubles digestifs.

3° Par l'*accentuation des douleurs*, jointe aux modifications rapides dans le volume et la consistance de la tumeur, sauf, bien entendu, dans le cas de salpingite simple se vidant bien dans l'utérus (salpingite profluente).

La *fluctuation* n'est le plus souvent perçue qu'au point même où l'ouverture spontanée va se faire. Cependant, dans le phlegmon, on peut, avant cette période, déterminer sous le doigt des dépressions molles, douloureuses, véritables trous des tissus qui sont caractéristiques de la présence du pus (Gewebslücke).

Les *abcès à contenu gazeux*, qui résultent de l'osmose des gaz intestinaux, donnent à la percussion un son tympanique.

En cas de doute, on est autorisé à faire une *ponction exploratrice*; mais il faut que la tumeur soit au contact du cul-de-sac vaginal ou adhérente à la paroi abdominale, sinon l'on s'expose à la blessure de l'intestin, ou à l'effusion immédiate ou secondaire du pus dans le péritoine.

Le pus une fois collecté, il se produit en général une détente brusque (Le Dentu) et alors, de deux choses l'une : ou il s'enkyste et la suppuration passe à l'état chronique, ou il s'ouvre à l'extérieur.

L'*ouverture spontanée* s'annonce par des élancements douloureux et par des phénomènes en rapport avec son siège : ténésme rectal, diarrhée glaireuse, si la paroi rectale est attaquée; phénomènes de cystite, si le travail se fait du côté de la vessie. Elle est suivie d'un soulagement immédiat, à moins qu'elle ne se fasse dans le péritoine, auquel cas il y a mort subite, ou mort très rapide par péritonite purulente.

L'*abcès de l'ovaire*, par suite de l'insuffisance, ou même de l'absence complète de fausses membranes à son pourtour, s'ouvre volontiers dans le péritoine et ensuite, par ordre de fréquence, dans le rectum.

Le *pyosalpinx*, dont nous donnerons la description à propos de l'inflammation chronique, attendu qu'il ne se produit, pour ainsi dire, jamais dans une première poussée aiguë, s'ouvre également : dans le péritoine, mais plus rarement que l'abcès de l'ovaire, dans le tissu cellulaire, dans les viscères (vessie et intestin) (1), à la paroi abdominale. L'ouverture dans le tissu cellulaire se fait, soit directement par la face inférieure de l'organe (Montprofit), soit après adhérences avec la face postérieure du ligament large.

Les *collections intra-péritonéales* se font jour, par ordre de fréquence, dans le rectum, le péritoine, le vagin, par la paroi abdominale (autour de l'ombilic, quand elles s'élèvent très haut dans le ventre), enfin dans l'utérus. Exceptionnellement, l'ouverture peut être multiple et déterminer un anus contre nature, une fistule vésico-rectale, vésico-utérine, utéro-intestinale.

Le *pus*, formé dans le tissu cellulaire, fuse dans ses interstices et évolue généralement beaucoup plus vite vers l'extérieur que le pus intra-péritonéal. Il s'échappe de préférence par le vagin, le rectum ou la paroi abdominale. Nous avons déjà indiqué, à l'anatomie pathologique, les diverses voies qu'il pouvait prendre; nous ne ferons que compléter ces notions.

Le *phlegmon du ligament large*, après avoir atteint l'arcade de Fallope, peut envahir la loge prévésicale et remonter derrière la paroi abdominale, de façon à déterminer une tuméfaction faisant corps avec elle, à contours indécis, à surface lisse, de consistance œdémateuse ou ferme : c'est le *plastron d'origine phlegmoneuse* qui ne se distingue, en somme, du *plastron de la salpingo-ovarite* (Terrillon) que par ses rapports avec l'arcade, par l'envahissement plus considérable du tissu sous-séreux et la présence du pus.

Le *prolongement iliaque sus-aponévrotique* avant d'atteindre l'arcade crurale, détermine la formation d'une tumeur profonde bien distincte de la paroi.

Le *prolongement sous-aponévrotique* de la paramérite peut fuser le long des vaisseaux iliaques, sous l'arcade de Fallope, et envahir la gaine du psoas.

Enfin, s'il émigre à travers l'échancrure sciatique, le pus vient faire saillie, en arrière et en dedans du grand trochanter, au-dessous du grand fessier, et peut le décoller dans toute son étendue.

(1) Terrier, à propos de 10 cas de suppuration tubo-intestinale haut placée, fait cette remarque importante que « l'évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum » (7<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie).

### b. Inflammation circum-utérine chronique.

L'inflammation circum-utérine chronique succède à l'état aigu ou s'établit d'emblée et, parfois, d'une façon absolument latente.

Au point de vue pratique, elle se présente sous forme : 1° de *tuméfactions solides*; 2° de *collections enkystées*; 3° de *suppurations ouvertes*.

#### 1. Tuméfactions solides.

##### 1° Indurations et cicatrices phlegmoneuses.

Sous l'influence de poussées successives de lymphangite péri-utérine, et surtout péri-annexielle, il peut se produire, dans le tissu cellulaire pelvien, des indurations plus ou moins durables, se présentant sous forme d'épaississements diffus, de nodosités ou de cordons. On les rencontre particulièrement : au voisinage des lacérations du col (*noyau de paramétrite latéro-utérine*); accolées à la paroi pelvienne, dans la zone des ganglions hypogastriques (*noyau de paramétrite juxta-pelvienne*); entre la vessie et le col (*noyau de paramétrite antérieure*).

En abaissant l'utérus avec une pince à griffes et en pratiquant le toucher rectal, on se rendra compte de l'induration des ligaments utéro-sacrés (*paramétrite postérieure* ou *péri-rectale*).

Ces nodosités et ces cordons jouent un rôle important dans les déplacements en masse (*latéro-position, rétro-position* avec effacement du Douglas) et dans les versions de l'utérus. Ils déterminent des pesanteurs sourdes, des besoins fréquents d'uriner (localisation à la base de la vessie), de l'obstruction du rectum (localisation postérieure).

Ce sont ces indurations phlegmoneuses, ou bien les annexes atrophiées et adhérentes, qui en imposaient naguère pour des ganglions indurés. Ainsi Lucas-Championnière a-t-il soutenu avoir rencontré souvent, dans l'inflammation pelvienne, au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin, un ganglion dont l'existence est niée par Sappey et Poirier. Ce dernier auteur n'a rencontré qu'une seule fois le ganglion sous-pubien dont A. Guérin fait le foyer primitif du phlegmon; pour lui, les ganglions les plus rapprochés du trou sous-pubien, ne recevant que des lymphatiques fémoraux, n'ont rien à voir avec l'inflammation pelvienne. Cependant, Pozzi, Terrier, Lucas-Championnière ont enlevé des masses ganglionnaires

qui avaient été prises pour des annexes enflammées; mais il ne s'agit là que de cas tout à fait exceptionnels (4 cas, dont 1 douteux).

Il nous paraît plus improbable encore de pouvoir reconnaître des lymphatiques enflammés, et Cantin qui, dans un ouvrage récent, considère comme tels des cordons, donnant la sensation de *vers enroulés*, nous paraît avoir eu plutôt affaire au varicocèle.

Mais, si le diagnostic de l'adéno-lymphite pelvienne est aussi problématique, il n'en est pas de même pour l'inflammation de cette petite ramification inguinale que nous avons signalée et qui reflète assez souvent, par les douleurs qui suivent son trajet, les poussées aiguës de métrite corporéale.

Les cicatrices qui succèdent aux abcès forment des brides faisant corps avec le vagin et se portant de l'utérus à la paroi pelvienne. Elles peuvent déterminer l'obstruction du rectum, de l'uretère (Delbet).

La *paramétrite atrophique de Freund* se traduirait par l'induration totale du paramétrium, avec raccourcissement des ligaments larges et atrophie générale des organes génitaux. Comme signes fonctionnels : suppression douloureuse de la menstruation, dégoût du coït, troubles psychiques et sénilité prématurée.

##### 2° Ovaro-salpingite chronique non kystique.

A. **Signes physiques.** — L'*ovaro-salpingite chronique non kystique* se présente, dans l'intervalle des poussées aiguës, sous forme d'une tuméfaction rétro-latérale exigeant, pour être bien sentie, un palper combiné profond. Accolée, ou seulement adjacente au vagin, séparée de l'utérus par un sillon manifeste, fuyant sous le doigt quand elle est peu adhérente, ordinairement très sensible à la pression, elle est de configuration irrégulière et de consistance ferme.

Dans les cas anciens, quand l'inflammation chronique péri-annexielle est prononcée, les caractères précédents sont moins nets et il est assez difficile de se rendre compte de ce qui revient, dans la masse morbide, aux fausses membranes et aux organes adhérents, épiploon et intestin; mais généralement on s'exagère le volume des annexes.

Dans un bon nombre d'autres cas, l'ovaire et la trompe sont fusionnés de telle sorte, qu'il faut se résigner à diagnostiquer en bloc l'inflammation chronique des annexes. Cependant, si l'on sait attendre et si l'on favorise la résorption des exsudats, on arrivera

souvent à différencier l'un de l'autre les deux organes, d'après leurs caractères propres et leurs rapports.

La trompe se reconnaît à son voisinage de l'ovaire et à sa forme de cordon, relié, d'un côté, à la corne utérine et se perdant, de l'autre, dans le bassin.

Dans l'*endo-salpingite*, sa consistance et son volume sont peu modifiés : (elle n'est guère plus grosse qu'un crayon et peut à peine être perçue); aussi, pour peu qu'on la trouve sous le doigt, on peut être certain qu'elle est malade, à moins cependant que la femme ne soit très maigre et les parois abdominales exceptionnellement souples.

La *salpingite chronique parenchymateuse* se distingue à sa dureté, à ses bosselures et à l'ancienneté du processus. Suivant le volume du cordon tubaire, on pourra différencier les phases d'*hypertrophie* et d'*atrophie*.

L'ovaire se reconnaît à sa forme particulière, qui est plus ou moins conservée, et aux réflexes révélateurs déterminés par le toucher (sensation exquise, nauséuse).

Une simple augmentation de volume, une sensibilité exagérée de l'ovaire, pouvant relever uniquement d'un état névropathique, ne suffit pas pour porter le diagnostic d'ovarite. Il faut qu'il s'y joigne des modifications dans la consistance et la configuration de l'organe, et des troubles fonctionnels.

Dans le cas d'*ovarite microkystique*, on peut arriver à sentir très nettement le relief des saillies folliculaires; mais, encore une fois, elles n'impliquent un état pathologique que par leur nombre, leurs dimensions et les modifications concomitantes dans le volume et la consistance de la glande.

**B. Symptômes subjectifs et fonctionnels.** — Les symptômes subjectifs et fonctionnels de l'*ovario-salpingite chronique* consistent en douleurs, troubles menstruels, stérilité, symptômes de voisinage et troubles réflexes variés.

La douleur *spontanée*, liée à l'ovarite et surtout à l'inflammation péri-annexielle, a son foyer au milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, et s'irradie en différents sens, particulièrement vers les cuisses et le rectum. Intermittente ou continue, avec exacerbations, de modalité très diverse (cuisson, piqure, pesanteur, élancements), elle varie d'intensité, depuis une simple gêne jusqu'à une véritable acuité. Elle augmente du fait du coït, pendant la marche (forçant la malade à se plier en deux), et surtout au moment des règles.

La douleur *provoquée* par la pression, parfois plus vive au mo-

ment où on retire la main, est souvent *paradoxe*, c.-à-d. qu'elle est plus accusée du côté où les lésions sont le moins prononcées. Cette particularité s'explique, soit par l'enroulement en S d'une trompe malade autour de l'utérus et vers le côté sain, soit par le tiraillement des annexes saines.

Les *règles* sont irrégulières (Sänger). Parfois supprimées dans les phases aiguës, diminuées dans les formes atrophiques (Tait), elles sont ordinairement plus abondantes, plus prolongées et plus fréquentes. Mais les véritables métrorrhagies sont ordinairement dues à une autre cause, endométrite ou corps fibreux. La menstruation, et c'est là son trait le plus caractéristique, non seulement active la douleur, mais augmente la tuméfaction annexielle par un apport plus considérable de liquides : sérum, sang ou muco-pus.

La *stérilité* est à peu près constante, mais elle n'est pas fatale, si les annexes d'un côté sont peu altérées. Elle dépend beaucoup plus de la trompe que de l'ovaire, dont une très minime portion, demeurée saine, suffit pour assurer l'ovulation.

Si la constipation est habituelle, il peut y avoir, au contraire, diarrhée ou rectite glaireuse. La défécation ne provoque guère de douleurs que dans le cas où les annexes sont adhérentes au Douglas. Les troubles de la miction sont la règle.

La grande majorité des femmes atteintes d'inflammation annexielle présentent un nervosisme très accentué, des modifications du caractère et des troubles réflexes variés.

À l'*ovarite* appartiennent plus particulièrement : la douleur exquise provoquée par le toucher, avec, parfois, sensation nauséuse et lipothymie; l'accentuation des douleurs spontanées durant les trois ou quatre jours qui précèdent les règles, puis leur sédation au moment où le sang apparaît; le nervosisme, avec tendance à l'hypochondrie; l'invalidité; les troubles réflexes : anorexie, état nauséux, ectasie gastrique, névralgies diverses.

Que doit-on penser des rapports de l'ovarite avec l'état nerveux? Il est probable que, lorsque l'hystérie est véritablement en cause, la lésion ovarienne joue simplement le rôle d'agent provocateur (Conzette). En tout cas, on semble actuellement d'accord pour n'enlever l'ovaire que s'il présente des lésions, à moins toutefois que les troubles nerveux, d'une acuité extrême, ne soient en relation manifeste avec la menstruation (Tait, Bazy).

Sous le nom de *coliques salpingiennes*, on a décrit des douleurs spéciales aux trompes enflammées et qui coïncideraient avec l'évacuation intermittente de leur contenu; mais il est assez dif-

facile de distinguer les *coliques salpingiennes* des *coliques utérines*.

Il en est de même de la *profluente tubaire*, par rapport à la *profluente utérine*, sauf cependant en cas de tumeur kystique (voir plus loin).

Le diagnostic étiologique de la *blennorrhagie* se fera d'après le syndrome blennorrhagique (Sänger) et l'absence d'autre cause.

Terrillon a donné, comme caractéristiques de la salpingo-ovarite *tuberculeuse*, la fréquence des poussées de pelvi-péritonite, la dureté et les bosselures de la tumeur; mais ces signes ont tout au plus, quand ils manquent, une certaine valeur négative. On accordera une importance plus grande à la virginité de la femme et aux autres localisations, antérieures ou concomitantes, de la tuberculose.

La salpingo-ovarite, une fois passée à l'état chronique, est soumise à des alternatives incessantes de calme relatif et de poussées subaiguës, déterminées par les fatigues de tout genre, par le coït, la menstruation, et qui font de la malade une véritable invalide.

L'affection, engagée dans ce cycle, aboutit, en l'absence de soins, à l'état kystique, à la mort physiologique de l'ovaire et de la trompe qui persistent, au sein des tissus, à l'état de corps étrangers plus ou moins mal tolérés.

Cependant, malgré les entraves apportées à la guérison par les fonctions mêmes des organes en cause, il ne faut pas en désespérer dans les cas encore rapprochés de leur début; dans les cas plus anciens, on cherchera tout au moins à obtenir l'amélioration symptomatique, qui rendra inutile ou retardera l'extirpation, en donnant à la virulence le temps de s'atténuer.

### 3° Pelvi-péritonite plastique.

La *pelvi-péritonite plastique péri-annexielle* donne lieu à des brides ou travées irrégulières, douloureuses au toucher, fixant les organes pelviens en situation anormale. C'est elle qui provoque, concurremment avec l'ovarite, les douleurs dans les flancs, la dyschésie, la dyspareunie. Elle concourt, avec la paramétrite postérieure, à la constipation mécanique et, avec la paramétrite antérieure, aux troubles vésicaux. La constipation mécanique peut aller jusqu'à de véritables troubles d'obstruction. Parfois, l'on pourra soupçonner l'adhérence de l'intestin à une résistance insolite, mobilisable, donnant, en un point à peu près fixe, un bruit de gargouillement. Les envies fréquentes d'uriner et la dysurie peuvent être simplement dues à des phénomènes congestifs de voisinage; mais, quand il existe des dou-

leurs hypogastriques, coïncidant avec la réplétion modérée de la vessie ou la fin de la miction, sans phénomènes de cystite, on peut être à peu près sûr de l'existence de brides péri-vésicales.

La *pelvi-péritonite plastique à forme extensive* donne lieu à ces tuméfactions volumineuses dont nous avons déjà parlé et qu'on ne peut guère analyser qu'après sédation de l'état aigu. Parfois très dures, irrégulières, elles peuvent n'adhérer que peu ou pas à la paroi abdominale: dans ce cas, on arrive à les saisir entre les mains, à travers la paroi, et à les mobiliser, dans une certaine mesure, particulièrement de haut en bas. On comprend combien est facile, dans ces conditions, la confusion avec le fibrome.

Dans d'autres cas, on sentira seulement, çà et là, des indurations en plaques ou des brides.

La pelvi-péritonite plastique, à l'état chronique, peut être absolument indolente, particulièrement dans les cas de tuméfaction volumineuse, immobilisant les organes.

Elle peut se résoudre complètement; mais ce travail demande en général plusieurs mois et même des années.

## II. Collections enkystées.

### Signes physiques, subjectifs et fonctionnels.

Les collections enkystées du petit bassin passent souvent inaperçues.

La fluctuation est nulle ou, du moins, toujours obscure et la rénitence même, difficile à percevoir, quand la poche est épaisse et haut placée. Dans le cas d'épanchement séreux (hydrosalpinx, pelvi-péritonite séreuse), les enveloppes sont plus minces, mais les mêmes difficultés peuvent surgir du seul fait de l'exagération ou, au contraire, du défaut de tension du liquide. On comprend donc, *a fortiori*, les incertitudes fréquentes de sa localisation.

Quant aux symptômes subjectifs et, en particulier, la douleur, ils peuvent absolument manquer.

Le fait est surtout remarquable pour les collections suppurées qui peuvent être, une fois formées, aussi bien apyrétiques qu'indolores et même peuvent n'avoir jamais présenté de symptômes aigus, au cours de leur évolution. On peut aller jusqu'à dire que, pour les abcès volumineux, l'apyrexie et le défaut de sensibilité sont la règle. Fièvre et douleur, du reste, peuvent simplement relever de l'inflammation périphérique.

Il faut donc s'attacher à fouiller dans le passé pelvien, à saisir



au passage les périodes fébriles, qui coïncident généralement avec un foyer de suppuration, en l'absence de douleurs aiguës, indices d'une poussée péritonitique.

Il faut surtout recueillir les autres éléments du syndrome septicémique : amaigrissement, état saburral, diarrhée et surtout, sueurs nocturnes. Au besoin, on aura recours à la ponction exploratrice, et on la répétera, si on la croit utile, en trois ou quatre points différents.

Les kystes inflammatoires de l'ovaire et de la trompe sont facilement confondus entre eux ou avec les kystes du ligament large.

Il peut être impossible d'établir si la poche est unilatérale ou bilatérale : ainsi, une poche unique peut contourner l'utérus et donner, de chaque côté, la sensation d'un kyste séparé de l'utérus par un sillon distinct ; ou bien, deux poches peuvent être si intimement fusionnées qu'on a la sensation d'une seule rainure de séparation entre la tumeur et l'utérus.

Dans la *salpingite kystique*, la menstruation peut n'être pas troublée. Il ne faut pas compter, pour établir le diagnostic, sur les coliques spéciales ou les écoulements profluents, dont nous avons déjà parlé ; ces symptômes sont exceptionnels ou difficiles à apprécier. La profluence ne peut être rapportée, avec quelque raison, à la trompe, que si elle est très marquée et coïncide avec la disparition rapide de la tumeur ou avec des pressions exercées sur les limites latérales de l'hypogastre (Routier).

A l'examen physique, qui doit être fait avec ménagement, on trouve, dans la région des annexes, une poche rénitente, oblongue, sphérique ou moniliforme, que l'on peut parfois rattacher à l'utérus par son pédicule. Le voisinage immédiat de l'ovaire, plus facile à délimiter, est caractéristique.

Le *pyosalpinx* est ordinairement bilatéral, et très sensible au toucher, quand il est assez récent. Il s'accompagne d'adhérences très prononcées qui donnent la sensation du *vagin de carton*, et parfois de pyométrorrhée, signe important, s'il répond aux conditions précitées pour la profluence en général. Le *pyosalpinx* peut atteindre un grand volume, mais au bout d'un temps assez long : une poche suppurée, volumineuse, d'un développement rapide, a son siège dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire.

Nous savons ce qu'il faut penser de l'*hématosalpinx*. On lui reconnaît comme symptômes les plus caractéristiques : l'indolence et les modifications rapides de volume au moment des règles.

D'après Landau, la sensation de consistance kystique est plus en faveur d'une collection purement hématiche que de la grossesse tubaire.

Ordinairement unilatéral et coïncidant assez souvent avec un *pyosalpinx* de l'autre côté, l'*hydrosalpinx* est une lésion plutôt tardive. D'une mobilité et d'une indolence complètes ou relatives, par suite du défaut d'adhérences, il donne une *sensation de ressort* toute spéciale (Landau).

L'*ovarite hydro-kystique* à gros kystes se distingue, de la trompe kystique, aux lobulations multiples de sa surface et à la proximité même de la trompe indurée.

Il y aura lieu de croire aux extravasats sanguins de l'*ovarite hémato-kystique* lorsque, sur un ovaire antérieurement examiné, on constatera une augmentation brusque de volume à la suite des règles, d'un traumatisme ou d'une poussée inflammatoire.

Enfin l'*abcès de l'ovaire*, très souvent latent, comme le *pyosalpinx*, par suite de l'épaisseur de son enveloppe, très souvent développé entre les deux feuillets du ligament large, peut être facilement confondu avec le kyste parovarique.

#### Marché.

La pelvi-péritonite séreuse peut disparaître très rapidement, en quelques jours, laissant ordinairement derrière elle des adhérences. Ou bien encore, elle persiste un certain temps, ou tourne à l'épanchement séro-hématique ou purulent.

La *salpingite kystique* passe généralement pour incurable. Une sentence aussi absolue n'est exacte que pour une poche volumineuse, à nu état de sclérose avancée. Encore peut-on espérer une grande amélioration symptomatique, si elle arrive à se vider par l'utérus, naturellement ou artificiellement. Il semble prouvé que, dans des cas assez récents, cette évacuation peut suffire à la guérison.

Les différents kystes inflammatoires de l'ovaire, à contenu séreux, sanguinolent ou purulent, souvent associés les uns aux autres, ont pour caractère commun leur développement restreint. Aucun d'eux ne peut se transformer en kyste prolifère. Ils peuvent persister longtemps, avec ou sans modifications de volume. A un moment donné, ils s'ouvrent dans la cavité abdominale (kystes sanguins, purulents) ou dans les viscères voisins (kystes purulents) ; ou bien ils s'atrophient, se combent, après résorption de leur contenu.

Les collections suppurées, de quelque origine qu'elles soient, peuvent persister indéfiniment d'une façon latente, ou provoquer les phénomènes de la septicémie chronique. Il est certain que

le pus peut se résorber ou se transformer en un liquide non virulent, en changeant ou non d'aspect. Mais ces transformations sont tellement lentes ou aléatoires qu'il ne faut pas compter sur elles.

Nous avons déjà indiqué les diverses voies que pouvait se frayer le pus vers l'extérieur.

### III. Suppurations ouvertes.

Le foyer purulent une fois ouvert, il est souvent difficile d'en préciser l'origine; mais on pourra toujours se guider suffisamment pour intervenir, s'il y a lieu.

Dans la suite, suivant que l'abcès se vide bien ou mal, ce qui dépend de l'épaisseur de la poche, de sa déclivité, de la largeur et du siège de l'ouverture, la guérison peut survenir d'elle-même; ou bien, si l'on n'intervient pas, la femme tombe dans le marasme.

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic des différentes localisations de l'inflammation circum-utérine se déduit de l'étude que nous en avons faite.

Pour la distinguer des tumeurs ou tuméfactions diverses qui peuvent la simuler, il faut porter successivement son attention, comme dans tout examen clinique un peu compliqué: sur les antécédents morbides; sur la topographie exacte des lésions, d'où dérive la notion de leur siège organique; enfin, sur les signes physiques, subjectifs et fonctionnels des affections diverses du petit bassin, qui ne valent que par leur ensemble.

Au palper combiné, il arrive souvent que l'on hésite entre une *salpingo-ovarite*, adhérente à la face postérieure de l'utérus, un *petit fibrome sous-péritonéal* occupant le même siège, ou une simple *rétroflexion*. Dans le cas de fibrome ainsi placé, les hémorragies manquent assez souvent, mais la cavité utérine est ordinairement allongée; dans tous les cas, les douleurs provoquées par le toucher, la marche, les fatigues, sont très modérées. S'il y a *rétroflexion mobile*, le cathétérisme, suivi de réduction, suffit à lever les doutes. Mais il se peut que l'utérus rétrofléchi soit adhérent et, s'il existe en même temps des inégalités, des bosselures qui font penser à l'adjonction d'une *salpingo-ovarite* également adhérente à l'utérus lui-même et au Douglas, le mieux nous paraît être, pour sortir d'embarras, de pratiquer, non pas, la laparotomie exploratrice, mais la dilatation progressive qui peut, tout à la fois, aider ou même suffire au traitement.

Le *fibrome*, que l'on retrouve constamment, en gynécologie, à propos du diagnostic différentiel, peut encore faire songer à la *salpingo-ovarite*, quand il siège dans l'épaisseur du ligament large, qu'il soit ou non, dans ce cas, d'origine utérine. On basera son appréciation sur les éléments déjà indiqués: degré des douleurs, existence ou non d'hémorragies, hystérométrie.

Les *kystes néoplasiques* se distinguent, d'une façon générale, des collections inflammatoires, par leur évolution apyrétique, leur indolence, leur forme lisse, la netteté de leur fluctuation.

Cependant le *kyste prolifère de l'ovaire, de petit volume*, se confond facilement avec le *kyste sanguin* du même organe; mais il se distingue du *pyosalpinx* par l'absence de douleurs actuelles ou passées et par la minceur de ses parois; de plus, à moins qu'il ne soit complètement enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, il conserve toujours, même quand il est enflammé, une certaine mobilité. L'*hydrosalpinx* s'en distingue à ses bosselures, à sa forme allongée, à la coexistence fréquente d'adhérences inflammatoires du côté opposé à la tumeur kystique.

Les *kystes prolifères de grand volume* ne peuvent guère se confondre qu'avec les grosses collections de la trompe, à évolution silencieuse.

Le *kyste du ligament large* ne peut être pris pour un phlegmon de même siège; mais nous nous souvenons en avoir porté le diagnostic, alors qu'il s'agissait d'une ovarite suppurée et torpide, non adhérente, qui avait dédoublé le ligament large. Dans ces conditions, l'erreur est presque fatale, car, dans les deux cas, la tumeur fait une saillie prononcée dans les culs-de-sac, immobilise, ou, tout au moins, dévie l'utérus et présente une forme arrondie, lisse et de la rénitence.

La consistance des *matières fécales* n'a vraiment rien de commun avec l'*empatement inflammatoire*. En cas de doute, il n'y a qu'à évacuer l'intestin, précaution excellente, du reste, avant tout examen pelvien.

Dolérís a attiré l'attention sur l'*entérocele adhésive* qui pourrait être prise, au premier abord, pour une inflammation kystique des annexes, d'autant plus qu'elle reconnaît la même origine.

L'*appendicite* se présente sous forme d'un petit noyau dur et douloureux, siégeant dans la fosse iliaque, ou sous forme de péritonite enkystée de la même région. Dans un cas, Richelot a trouvé l'appendice adhérent aux annexes et simulant une salpingite. Mais le diagnostic différentiel de l'appendicite n'a vraiment lieu d'être fait qu'avec l'étranglement interne et l'occlusion intestinale.

L'hématocèle se distinguera suffisamment des collections enkystées par son début tout spécial, par l'absence ou l'apparition tardive de la fièvre; de plus, lorsqu'elle est liée à la grossesse extra-utérine, par tout un ensemble morbide que nous exposerons plus loin.

L'intervention de la grossesse, au cours de l'inflammation péri-utérine, peut être d'un diagnostic assez difficile. On peut croire à la grossesse ectopique (E. Blanc).

### PRONOSTIC

En dehors des cas de suppuration, l'inflammation péri-utérine n'entraîne qu'exceptionnellement la mort.

A ses débuts, elle peut guérir complètement et spontanément, sous la seule influence du repos. Les récurrences d'acuité n'impliquent pas fatalement la chronicité et l'incurabilité; elles peuvent fort bien se concilier avec une résolution graduelle et s'accordent avec le fonctionnement éminemment congestif de l'organe (Dolérís) qu'il faut savoir supprimer (coût), ou diriger (repos au moment des règles).

De toutes les localisations de l'inflammation péri-utérine, la salpingite est la plus importante, car c'est ordinairement elle qui commande la pelvi-péritonite et l'ovarite.

La salpingo-ovarite, à la phase de sclérose, kystique ou non, n'a guère de chances de guérir, et ce qu'on peut espérer de mieux c'est la mort physiologique des organes malades.

La pelvi-péritonite plastique est la cause principale des douleurs, de la gêne apportée au fonctionnement de l'intestin et de la vessie, et des difficultés opératoires. C'est surtout elle qui, à chaque poussée nouvelle, à laquelle elle survit, aggrave l'état de la malade en déviant les organes pelviens et surtout la trompe, source première du mal. Elle peut tuer par obstruction intestinale.

Les collections séreuses du péritoine n'ont de gravité que par les adhérences qui les suivent.

Les kystes séreux de la trompe et de l'ovaire ne mettent pas la vie en danger et leur rupture, très rare, est bien tolérée.

En dehors de la grossesse ectopique, l'hémorragie intra-tubaire est toujours, dit-on, modérée. Peut-être vaudrait-il mieux dire qu'avant la sixième semaine, l'avortement intra-tubaire est moins à craindre.

La rupture des kystes sanguins de l'ovaire détermine une forme spéciale de l'hématocèle.

D'après Delbet, il y aurait une mortalité de 20 p. 100 dans l'ovario-salpingite suppurée, de 33 p. 100 dans la suppuration diffuse (abcès pelvien), et de 44 p. 100 dans les cas de rupture des collections péri-utérines suppurées, en général. De toutes les collections suppurées, celles du plegmon sont les plus bénignes, en raison de leur évolution naturelle vers l'extérieur; celles de l'ovaire, les plus graves, car elles s'ouvrent le plus souvent dans le péritoine. La pelvi-péritonite suppurée ne se généralise guère que dans le cas d'infection puerpérale ou opératoire: la généralisation est moins à craindre, quand il existe déjà un travail d'adhérences (infection gonorrhéopuerpérale).

La salpingite suppurée tue rarement par septicémie ou par propagation directe au péritoine. Elle tue beaucoup plus souvent du fait de sa rupture, qu'il faut attribuer au processus ulcératif, aidé de la traction des adhérences et de la tension de la poche. La pyométrorrhée ne préserve pas de cet accident qui serait certainement beaucoup plus fréquent, n'était la cuirasse néo-membraneuse du pyosalpinx.

De tous les modes d'ouverture spontanée des suppurations pelviennes, l'ouverture vaginale répond le mieux à la pression abdominale et au besoin de déclivité. L'ouverture dans l'intestin peut donner une guérison rapide ou bien être suivie d'une fistule interminable, d'une ouverture en un autre point ou de mort par hécitité. L'ouverture dans la vessie expose à la pyélo-néphrite et ne fournit pas un écoulement suffisant au pus.

Lorsque la grossesse intervient au cours de l'inflammation circum-utérine, elle peut suivre sa marche normale, et cela, à plusieurs reprises, sans qu'il en résulte autre chose qu'une aggravation progressive des lésions (Lucas-Championnière). Cependant, d'après E. Blanc, il faut compter sur une mortalité de 49 p. 100 pour la mère: 30 p. 100 par le phlegmon, 53 p. 100 par la pelvi-péritonite et 60 p. 100 par l'ovario-salpingite. La mort, par rupture des collections suppurées, aurait lieu dans la proportion de 27 p. 100 pour l'ensemble et de 50 p. 100 pour l'ovario-salpingite suppurée. La grossesse serait interrompue dans la proportion de 53 p. 100. Enfin, après l'accouchement, il faut craindre l'infection puerpérale que Dolérís considère même, dans ces conditions, comme inévitable.

### TRAITEMENT

La thérapeutique active des inflammations pelviennes est l'une des conquêtes récentes et fécondes de la chirurgie. Mais si l'expectation

tation systématique et résignée n'est plus de mise, aussi bien doit-on résister à l'entraînement actuel d'un grand nombre vers les mutilations inutiles.

Il faut savoir agir avec patience et discernement, employant des moyens énergiques, mais avant tout conservateurs, toutes les fois qu'il n'y a pas danger immédiat pour la patiente ou perte irrémédiable de la fonction.

#### a. Traitement prophylactique.

La prophylaxie se résume dans le repos, au cours de la métrite, et dans la rapide guérison de celle-ci.

#### b. Traitement curatif.

##### 1. Indications générales.

###### 1. Traitement indirect.

Au cours des phases aiguës de la maladie, il faut se borner aux procédés de la *thérapeutique indirecte*, sauf s'il y a collection suppurée, ou si l'on espère arrêter la généralisation d'un processus septique (péritonite post-opératoire, rupture d'un pyosalpinx).

On agit généralement de même, à l'état chronique, s'il s'agit du plegmon ou de la péritonite, bien qu'il soit avéré que des ponctions ou incisions blanches, qu'une simple destruction d'adhérences, puisse donner d'excellents résultats. En s'y conformant, on verra souvent disparaître, comme par enchantement et sans risque pour la malade, des tuméfactions parfois énormes. Au contraire, en ce qui concerne l'annexite, l'accord est loin d'être parfait, les uns tendant à la conservation à outrance, d'autres ne voulant s'arrêter qu'aux opérations radicales, bien peu sachant observer une juste mesure.

###### 2. Traitement direct.

Les considérations qui doivent guider dans le choix de la *thérapeutique directe* se rattachent à quatre chefs principaux : lésions anatomiques, évolutions de ces lésions, symptômes, résultats thérapeutiques antérieurement acquis.

**A. Indications anatomiques.** — Toute tumeur enkystée des annexes doit-elle être attaquée par le couteau ?

Pour la tuberculose localisée aux annexes, le seul traitement

rationnel est l'extirpation. De même, l'intervention directe est justifiée dans tous les cas de pyosalpinx. Cependant, si la tumeur est récente, souple, peu volumineuse et semble se vider par l'utérus, spontanément ou sous l'influence de la dilatation, il est possible qu'elle guérisse (Freund, Walton, Doléris) ou, du moins, s'efface (Le Dentu), et la rupture est peu à craindre.

L'ovarite suppurée doit être opérée sans retard, vu le danger imminent de rupture intra-péritonéale.

Il faut de même intervenir de bonne heure dans les cas d'abcès de siège incertain ou d'une poche quelconque, d'un certain volume, d'origine indéterminée, et dont le contenu n'a pu être décelé par la ponction.

Pour tous les autres cas, on s'en rapportera aux autres chefs d'indications.

**B. Indications fournies par l'évolution.** — La récurrence ne peut pousser à intervenir que si, malgré un traitement approprié, elle n'a pas tendance à décroître (Doléris), ou bien si elle se reproduit au delà d'un certain temps, variable pour chaque cas en particulier, suivant l'âge, le volume, la nature de la tumeur, l'efficacité des soins donnés, la docilité de la malade et sa condition sociale. Six mois représentent le minimum de cette période d'expectation; douze à dix-huit mois répondraient, d'après Trélat, à la moyenne des faits.

**C. Indications symptomatiques.** — La douleur et les autres symptômes, à moins d'une intensité extrême, ne valent que par leur récurrence et leur durée.

**D. Indications tirées du traitement antérieur.** — Enfin, on ne devra tenir compte de la thérapeutique conservatrice, antérieurement suivie, que d'une façon relative, et si elle a été pratiquée par quelqu'un de compétent.

Hormis ces conditions, il sera toujours temps d'en venir à la *thérapeutique directe*.

#### II. Indications particulières.

##### 1. Traitement indirect.

**A. État aigu.** — a. HYGIÈNE. — Avant tout, *repos absolu* au lit, *diète hydrique*.

b. ANTIPHLOGISTIQUES. — De préférence, application permanente de glace sur l'hypogastre. A son défaut : grand vésicatoire, si la femme n'est pas trop nerveuse; une douzaine de sangsues ou de ventouses,

sur le flanc, s'il n'y a pas dépression; compresses humides et froides; onction mercurielle. Laxatif salin, si besoin est.

c. CALMANTS. — Les meilleurs calmants sont : la glace, à l'état aigu; les révulsifs, à l'état subaigu. On aura recours cependant avec avantage à l'opium, à condition de combattre la stercorémie par les antiseptiques intestinaux et les évacuants doux (extrait d'opium à doses fractionnées, jusqu'à 0<sup>gr</sup>,02 toutes les deux heures; extrait de belladone et chlorhydrate de morphine, à 0<sup>gr</sup>,01 en suppositoires, deux ou trois dans les vingt-quatre heures, etc.). Il vaut mieux s'abstenir des injections de morphine auxquelles les malades s'habituent très vite. Les autres calmants, journellement employés, chloral, antipyrine, exalgine, etc., semblent inférieurs à l'opium. On a dernièrement vanté le salicylate de soude à la dose de 6 grammes, la teinture de simulo (xxx gouttes de teinture anglaise au 1/8), la teinture d'anémone pulsatile (xxv à xxx gouttes).

d. ANTISEPSIE. — Ne pas recourir encore aux injections vaginales chaudes répétées qui ne peuvent qu'aggraver l'état de la malade en la faisant sortir de son immobilité et qui peuvent même, d'après Sängier, provoquer la suppuration. Se borner, après une injection vaginale tiède antiseptique, à faire l'asepsie vulvaire.

B. **État subaigu.** — Lorsque la fièvre et les phénomènes péritonitiques ont rétrogradé et qu'il persiste un certain degré de douleur et d'engorgement inflammatoire :

a. HYGIÈNE. — *Repos* au lit, ou sur une chaise longue, jusqu'à la sixième ou huitième semaine, s'il est nécessaire. Abstention du coït : il est même bon d'éloigner le mari.

b. RÉSOLUTIFS. — *Injections vaginales* à 40°, sous faible pression et dans la position horizontale, avec une canule pénétrant jusqu'aux culs-de-sac, de 4 litres, trois fois par jour, ou de 2 litres, toutes les deux heures.

*Tamponnement vaginal, dialyseur et antiseptique*, avec la glycérine iodoformée à 3 ou 5 p. 100, ou mieux, ichtyolée à 5 ou 10 p. 100, l'ichtyol ayant une puissance décongestive très marquée.

*Scarifications du col*, surtout en cas d'aménorrhée et, si la virulence et l'abondance de l'écoulement n'exposent pas à l'infection des lymphatiques. Deux fois par semaine, badigeonnage des culs-de-sac vaginaux à la teinture d'iode.

*Laxatif salin*, tous les quatre ou cinq jours et *lavement*, tous les matins, pour combattre la formation des adhérences, l'obstruction mécanique et parétique de l'intestin et la stercorémie. Le lavement, d'un demi à trois quarts de litre, sera donné aussi chaud que possible (entre 40° et 48°), avec une canule en gomme de 10 centi-

mètres, ou une canule métallique à double courant et poussé très lentement pour être toléré. Il sera répété, après l'injection vaginale du soir, si la malade s'y prête.

*Vésicatoires volants*, fréquemment renouvelés, ou pulvérisation de chlorure de méthyle, de quatre à cinq secondes, deux fois par semaine.

*Bains de siège ou grands bains chauds.*

C. **Période d'accalmie.** — Activer le processus de résolution, et s'efforcer surtout de prévenir le retour de l'état aigu.

a. HYGIÈNE. — *Exercice modéré.* Repos au lit pendant les règles. Éviter toute cause de congestion, coït, refroidissement, examen inutile.

b. RÉSOLUTIFS ÉNERGIQUES. — *Injections vaginales*, de 43° à 48°, au moins trois par jour, et de quatre litres chacune. Continuer les lavements chauds, si la malade s'y prête et n'est pas ordinairement constipée.

*Pointes de feu*, deux ou trois fois par mois et, dans l'intervalle, enveloppement humide local, permanent : appliquer sur l'hypogastre une double compresse, imbibée d'eau simple salée, ou mieux d'eau mère de Salins, de Salies-de-Béarn; recouvrir de taffetas gommé et fixer avec une ceinture de flanelle.

*Bains résolutifs* : série d'une vingtaine de bains salés (5 kilos par bain), chauds et d'une demi-heure au moins; ou encore, deux bains sulfureux par semaine; bains de boue.

Les *eaux résolutives, toniques et sédatives* de Saint-Sauveur répondent à la généralité des cas (Sabail). On enverra à Carlsbad les constipées; à Nérès, les nerveuses qui accusent de grandes douleurs pour de faibles lésions. Les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn, de Biarritz et de Salins conviennent aux formes torpides. Elles amènent la résorption des exsudats et préparent au besoin l'intervention chirurgicale qui ne doit jamais être tentée avant un repos d'au moins un mois, à la suite du traitement thermal (de Lostalot-Bachoué).

A l'intérieur, on pourra prescrire l'*iodure de potassium*, à la dose de 1 à 2 grammes par jour; le *mercure*, sous forme de pilules bleues (Laroyenne) ou de *sublimé* (Wineberg), surtout dans les cas où il y a engorgement concomitant du foie.

Le *massage*, complètement à rejeter dans le cas de tumeur kystique, peut donner des résultats, au bout d'un certain temps, lorsqu'il s'agit de résidus inflammatoires. A côté du massage bi-manuel, il faut placer : le redressement répété à la sonde, l'abaissement du col avec la pince tire-balles, efficace surtout dans le cas de brides

paramétriques, les grandes douches rectales d'Hégar, le tamponnement vaginal compressif d'Emmet, auquel Wernitz a ajouté la compression élastique de l'abdomen, temporaire ou permanente, avec l'ouate et une bande élastique.

c. TRAITEMENT UTÉRIN. — Le cathétérisme des trompes doit être écarté, jusqu'à nouvel ordre, comme exceptionnellement praticable; il est, de plus, aveugle et dangereux dans le pyosalpinx. La correction d'une déviation utérine pourra améliorer la situation d'une trompe et favoriser l'écoulement de son contenu.

L'électrolyse intra-utérine, dont on a vanté les effets résolutifs et révulsifs, est très inférieure, à ces points de vue, au curettage. Tout au plus, est-elle à employer comme sédatif, à la dose de 30 à 40 milliampères. Le courant faradique, préconisé par Apostoli, ne donne qu'un soulagement momentané et expose à la rupture de la trompe, par contraction de sa paroi.

Toutes les fois qu'il y a métrite avérée, il faut commencer par la combattre, à moins qu'il n'y ait urgence à faire autrement. Il s'en faut, en effet, qu'elle cède toujours au processus atrophique déterminé par l'ablation des annexes; d'autre part, en faisant la laparotomie avant de guérir la métrite, source de l'infection, on s'expose à l'obligation de réopérer la malade pour lui enlever des annexes jugées saines au cours de la première opération.

Laissant de côté les pratiques incertaines et de longue durée, dangereuses, parce qu'elles permettent à l'inflammation de cheminer, et les caustiques, parce qu'ils peuvent aggraver ou réveiller les lésions annexielles, on aura recours, de préférence, à la dilatation et au curettage.

Cette dernière opération a pu être faite, sans inconvénient, à l'état aigu (Mlle Finkelstein). Il est cependant plus sage, surtout s'il y a prédominance de la paramétrite, d'attendre la période d'accalmie. On agira, plus particulièrement, avec la curette, au niveau des orifices tubaires et de l'isthme utérin, points où se font les sténoses inflammatoires, défavorables au libre écoulement des liquides (Doléris).

On est en droit d'attendre du curettage, non seulement la guérison de la métrite, mais encore une action des plus favorables sur les annexes qu'il décongestionne, désobstrue et sépare du foyer primitif et permanent de l'infection.

La dilatation intra-utérine à l'éponge antiseptique, qui effrite si bien la muqueuse, la désinfecte et détermine un abondant afflux de liquides, peut suffire à donner exactement les mêmes résultats.

La dilatation produit de plus des effets analogues à ceux du

massage et provoque parfois l'évacuation des collections tubaires.

L'évacuation, ou drainage direct de la trompe, qui se distingue du simple appel produit sur les lymphatiques (drainage capillaire), par le rapide affaissement de la collection tubaire, par l'abondance et surtout la nature (hématique ou franchement purulente) des liquides, est un fait relativement rare, mais qui paraît indéniable (Walton, Doléris, Le Dentu, Gottschalk). Il ne peut être dû qu'à l'assouplissement, au raccourcissement et à la dilatation de l'*ostium uterinum* (Walton, Doléris) et aux contractions de la trompe: il semble surtout favorisé par le peu d'épaisseur, la distension régulière et la rectitude du conduit.

Après dilatation à la laminaire, et surtout à l'éponge, prolongée pendant cinq ou six jours, on en viendra, s'il y a lieu, aux indications opératoires. On fera le curettage, s'il y a encore endométrite. L'excision du col, s'il y a hypertrophie de l'organe, cervicite invétérée avec ectropion, fera disparaître des tiraillements douloureux du côté des annexes et favorisera la résorption de noyaux paramétritiques.

On entretiendra ensuite le drainage, au moyen de la gaze imprégnée de glycérine, durant quinze à vingt jours, jusqu'à disparition ou diminution considérable de la tumeur. La gaze intra-utérine sera renouvelée tous les jours, ou tous les deux jours, et son volume, progressivement diminué (Doléris). Puis on donnera, pendant quelque temps, des injections chaudes (de 43° à 48°) et la femme gardera, jusqu'à nouvel ordre, le repos sexuel et le repos général, au lit, pendant les règles.

## 2° Traitement direct.

Une intervention directe étant reconnue nécessaire, il faut s'efforcer de concilier l'intérêt vital de la malade avec la conservation de ses organes et la facilité de l'exécution opératoire.

Une même méthode ne saurait être appliquée à tous les cas et les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées aux formes chroniques, sauf dans les cas d'infection aiguë, à marche rapide (rupture de pyosalpinx, péritonite post-opératoire), sans dépression marquée (Le Dentu).

On a suivi ou conseillé des voies très diverses: *voie pariétale*, *voie inguino-sous-péritonéale*, *voie vaginale*, *voie périnéale*, *voie sacrée*, *voie rectale*.

La *voie rectale* est à coup sûr mauvaise (Segond) et ne mérite même pas d'être discutée.

La voie sacrée a été employée un trop petit nombre de fois (Hégar, Wiedow) pour pouvoir être jugée d'après ses résultats. Elle semble surtout convenir aux abcès voisins de l'échancrure sciatique (Delbet). Segond la considère comme d'une application exceptionnelle. Sanger n'y voit que le résultat d'une audace expérimentale et Doyen la rejette également, à cause des délabréments qu'elle entraîne.

Willems, de Gand, en s'appuyant sur des données purement expérimentales et sur les résultats obtenus pour d'autres affections, a dernièrement plaidé la cause de la *périnéotomie*, jugée, d'après lui, trop sommairement par Segond. Il conseille la *périnéotomie à lambeaux de Zuckerkandl* qui doit permettre d'effondrer largement le cul-de-sac de Douglas et d'éviter la suppression de l'utérus, si les collections prédominent en arrière. Sanger préférerait la *périnéotomie latérale de Hégar*.

En somme, les seules voies qui semblent actuellement recommandables sont : la voie *pariétale* (ou *abdominale*), la voie *vaginale* et la voie *inguino-sous-péritonéale*.

Les différentes méthodes qui les utilisent peuvent être rangées sous deux chefs principaux : les unes ne visent qu'à l'évacuation des foyers inflammatoires ; les autres tendent à supprimer le contenant et le contenu.

**A. Évacuation simple des foyers inflammatoires.** — Les méthodes comprises sous ce chef, envisagées d'une façon générale, sont d'une application plus simple et moins dangereuse que les méthodes radicales ou qui visent à l'être. Elles sont applicables aux collections *extra-péritonéales* et aux collections *intra-péritonéales, adhérentes ou faisant une saillie notable*. Elles conviennent particulièrement, au cours des *périodes aiguës* (Le Dentu), dans les cas où la malade est très affaiblie ou refuse une opération plus importante.

**a. Ouverture directe.** — L'*ouverture directe* consiste à pénétrer, dans un même acte opératoire, jusqu'à un foyer liquide ou supposé tel, facilement accessible, c'est-à-dire, séparé du doigt par une couche de tissu assez mince, qui peut être traversée d'emblée et sans danger. Elle comprend : la *ponction simple* et l'*incision simple, avec ou sans ponction préalable*.

**1. Ponction simple.** — Utile pour fixer le diagnostic ou guider l'incision, quand le liquide se cache au milieu d'une épaisse enveloppe, la *ponction* n'est que rarement utilisable, à elle seule, comme procédé thérapeutique. A ce point de vue, Segond la déconseille formellement et dans tous les cas. Elle a cependant suffi le plus souvent à Landau pour guérir, du premier coup, l'hydrosalpinx.

En cas de récurrence, il la fait suivre d'un lavage avec la solution phéniquée à 3/100 et, si la tumeur se reproduit encore, il l'incise.

S'il s'agit d'une poche renfermant du pus, on ne fait généralement la *ponction simple* que pour diminuer la tension et prévenir la rupture, au cas où la malade se refuse à une intervention curative.

Vulliet en fait cependant la base de son traitement des suppurations pelviennes et, dans 15 cas sur 18, il n'a pas eu besoin de recourir à d'autres moyens que la ponction vaginale pour obtenir la guérison. « Si, au bout de dix à quinze jours, le liquide se reproduit, il ponctionne à nouveau ; mais, cette fois, l'évacuation étant achevée, il injecte, à plusieurs reprises, 5 à 10 centimètres cubes de solution de sublimé à 1/1000 dans la poche, en la malaxant, de façon à en bien mettre les parois au contact du liquide antiseptique. Si le liquide se reproduit une troisième ou une quatrième fois, il a recours à l'incision et au tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée. »

Nitot a dernièrement cité un fait analogue à ceux de Vulliet : dans ce cas, il s'agissait d'un pyosalpinx récent, souple et de petit volume. Une seule ponction suivie d'injection de sublimé à 1/1000 suffit à assurer la guérison.

Il faut avoir grand soin, si l'on emploie ce procédé de la ponction suivie d'injection, de ne pas introduire dans la poche une quantité de liquide supérieure à celle qu'on a extraite, sans quoi l'on s'expose à la rupture ; de plus, si l'on a employé le sublimé, il faut l'évacuer aussi complètement que possible, dans la crainte de l'intoxication.

**II. Incision avec ou sans ponction préalable.** — C'est le procédé de choix pour évacuer les foyers suppurés au cours des *périodes aiguës, fébriles* (Le Dentu), et même à l'état chronique, lorsqu'il n'y a pas prédominance accentuée de l'élément solide et que tous les cloisonnements peuvent être atteints. En cas d'erreur, l'incision pourrait toujours être suivie de l'hystérectomie.

Elle peut suffire, dans le cas de *fistule*, ouverte dans le vagin ou à la paroi abdominale (agrandissement de l'ouverture existante ou contre-ouverture), et dans le cas d'ouverture viscérale d'un abcès, si le foyer pointe vers la paroi abdominale et surtout vers le vagin.

Elle est encore admissible pour une tuméfaction extirpable, si elle est accessible par le vagin, unilatérale, peu épaisse, uniformément fluctuante ou rénitente, ce qui indique l'absence de cloisonnement (Bouilly).

L'incision peut être curative et amener la guérison en vingt ou trente jours. On a théoriquement avancé que les foyers tubaires,

limités par une paroi muqueuse, devaient s'oblitérer plus difficilement. Mais, à la longue, s'il y a suppuration, la muqueuse est remplacée par une véritable paroi pyogénique. Il faut tenir grand compte, au contraire, au point de vue du retrait de la poche, de sa déclivité et de son épaisseur.

Laroyenne et ses élèves, en France, Landau, en Allemagne, qui ont une grande expérience de l'incision simple dans les abcès pelvien, disent en avoir obtenu d'excellents résultats: possibilité d'ouvrir des collections haut situées et multiples, disparition de masses indurées volumineuses, guérisons nombreuses, sans fistules et avec quelque espoir de maternité (Goullioud : 4 grossesses consécutives, sur 48 cas); les fistules peuvent d'ailleurs persister assez longtemps, sans que la malade s'en ressente, au point de vue de la santé générale.

Quel que soit le procédé employé, il est préférable que l'incision soit large et soit maintenue en cet état pendant le temps voulu.

Le curettage de la poche inflammatoire, après *incision*, préconisé par Byford et Mundé, nous paraît trop dangereux pour être conseillé.

b. OUVERTURE APRÈS DISSECTION DE TISSUS. — L'ouverture, après dissection de tissus, convient, en général, aux poches adhérentes ou faisant saillie, mais assez profondément situées.

I. Ouverture par la voie inguino-sous-péritonéale. — L'ouverture, après dissection par la voie inguino-sous-péritonéale ou laparotomie, sous-péritonéale (Pozzi), a ses applications dans le cas de tuméfaction intra-péritonéale, non directement abordable, mais adhérente au péritoine pariétal et faisant plus ou moins saillie dans la fosse iliaque, ou dans les cas de *phlegmon pelvien* qui présentent cette dernière particularité. Elle est surtout utilisable lorsque l'état général est grave et qu'il y a eu des poussées répétées de pelvi-péritonite faisant prévoir de grandes difficultés dans la laparotomie.

II. Ouverture par la voie vaginale. — 1° Par le cul-de-sac postérieur. — Incision en deux temps séparés. — L'incision en deux temps séparés (Hégar et Wiedow), qui consiste, après ouverture du cul-de-sac postérieur, à tamponner à la gaze iodoformée et à n'ouvrir la poche qu'au bout de quelques jours, n'est qu'un écho de méthodes surannées et ne s'emploie pas en France.

Incision en deux temps successifs. — Nous considérons, au contraire, comme très recommandable, l'incision en deux temps successifs, lorsqu'elle est possible. Le cul-de-sac péritonéal étant ouvert, la poche, qui en est plus ou moins éloignée, est amenée au niveau des lèvres de l'ouverture, suturée, puis largement ouverte.

2° Par le cul-de-sac latéral. — Péan, dans le cas de salpingite

unilatérale, conseille, si l'on voit la malade assez tôt, « de faire l'ouverture du cul-de-sac latéral du vagin, de disséquer le ligament large jusqu'à la trompe sans ouvrir le péritoine, d'inciser la cavité kystique et de la drainer ».

B. Extirpation plus ou moins complète des foyers inflammatoires. — a. LAPAROTOMIE VAGINALE. — La *laparotomie vaginale* expose moins à la septicémie que la laparotomie antérieure, en ce sens qu'elle permet d'éviter la grande cavité abdominale et de ne toucher aux intestins et au péritoine que sur une moindre étendue; mais elle met le chirurgien moins à l'aise pour réprimer les hémorragies, pour reconnaître et libérer les adhérences.

I. *Laparotomie vaginale proprement dite*. — La *laparotomie vaginale proprement dite*, ou simple ouverture du cul-de-sac postérieur par le vagin, en vue d'une extirpation d'annexes, n'est admissible que si le vagin est dilaté ou dilatable dans ses parties profondes, si la tumeur est prolabée, non adhérente, et ne dépasse pas le volume d'une orange (ovaire polykystique).

II. *Hystérectomie vaginale*. — Cette opération a été proposée, en ces derniers temps, par Péan, puis par Segond, pour remplacer la *laparotomie antérieure*, dans tous les cas d'inflammations pelviennes bilatérales, justifiables de l'extirpation.

Le but de l'hystérectomie est d'obtenir un large drainage des foyers purulents en enlevant, aussi complètement que possible, l'utérus et les poches d'abcès. *Extirpation de l'utérus en entier*, si c'est possible, *morcellement par tranches horizontales* (Péan), *morcellement par incision longitudinale et médiane des deux parois antérieure et postérieure* (Muller et Quénu), *ou de la paroi antérieure seule* (Doyen), *morcellement du col par tranches horizontales, suivi d'un morcellement de la paroi antérieure du corps* (Segond), tous ces procédés sont bons, pourvu qu'ils conduisent au but indiqué et seront utilisés, sans parti pris, suivant les cas.

b. LAPAROTOMIE ANTÉRIEURE. — En faisant la laparotomie antérieure, on se propose d'ouvrir le péritoine dans des conditions telles, qu'on puisse facilement explorer les organes malades et pratiquer, en connaissance de cause, soit une opération conservatrice, soit une extirpation complète, soit une opération de nécessité.

I. *Opérations conservatrices*. — On doit se borner à l'ablation unilatérale, si les annexes d'un côté semblent suffisamment saines, si, par exemple, il n'y a du côté de l'ovaire, qu'une transformation scléro-kystique peu prononcée, partielle, si la trompe n'est pas kystique, épaissie, et ne laisse pas sourdre de pus sous la pression.

Howitz, Lucas-Championnière, Terrillon, Doran, etc., ont pra-



liqué avec avantage la *simple libération des adhérences* péri-annexielles.

Richelot, Pozzi, Marchand ont cité des cas de lésions scléreuses anciennes, améliorées ou guéries par la *simple ouverture du ventre*. Le même résultat a été obtenu pour la péritonite tuberculeuse, pour des tumeurs cancéreuses, des fibromes. Il s'agirait là d'un mécanisme physiologique assez obscur, d'une sorte de révulsion provoquée par la mise à l'air des lésions (Pozzi), à moins que les opérateurs ne se soient abusés et qu'il n'y ait eu, à leur insu, évacuation d'ascite ou destruction d'adhérences, en particulier d'adhérences épiploïques (Monod, Tillaux).

Pozzi considère comme illusoire les différentes opérations de *salpingostomie* et autres, qui visent à restaurer les fonctions de la trompe malade. Mais il pratique volontiers la *résection* de l'ovaire, dans le cas de lésion localisée en un point de cet organe : kyste dermoïde ou proligère au début, gros kyste folliculaire, kyste du corps jaune. Dans le cas d'ovarite hydro-kystique, il s'est bien trouvé de l'ignipuncture. Ce moyen peut être employé, sans crainte de produire des noyaux cicatriciels, étant donné que, dans le péritoine, l'eschare est résorbée sans travail inflammatoire.

**II. Extirpation complète.** — L'*extirpation complète* après laparotomie est évidemment préférable, toutes les fois que les opérations conservatrices ne sont pas de mise; mais elle peut être *impraticable* ou trop *laborieuse* pour ne pas exposer à de grands dangers, tels que : irruption du pus, ouverture viscérale, hémorrhagie, longueur de l'opération, etc. Dans ces cas, il faut se résigner aux opérations de *nécessité*.

**III. Opérations de nécessité.** — Les opérations de *nécessité*, de par leur nature même, varient avec chaque cas particulier. Elles comportent cependant un certain nombre d'indications générales.

S'il s'agit d'une poche inextirpable, mais dont la surface est suffisamment rapprochée de l'extérieur, il faut la marsupialiser, c'est-à-dire l'ouvrir après l'avoir fixée, par une couronne de sutures, à l'ouverture abdominale.

Si on ne peut l'amener jusque-là, ou si cette manœuvre détermine trop de tension, ce qui expose à la déchirure immédiate ou consécutive, on pourra, à l'exemple de Martin, ponctionner par le ventre, ouvrir largement (si la décortication ne réussit pas), aseptiser, puis, drainer par le vagin, avec un tube en croix, et, enfin, fermer du côté du ventre, à l'aide d'un surjet, par-dessus lequel on appliquera un tamponnement de Mickulicz.

On peut encore se contenter d'ouvrir et de drainer par le vagin, en s'aidant du palper intra-abdominal.

Enfin, s'il n'y a pas de poche distincte ou s'il y a seulement des débris de poches, avec ou sans fistules viscérales, on ouvrira largement le foyer en écartant l'intestin, on le traitera par l'essuyage, le grattage, la cautérisation à l'acide phénique à 1/20 et on fera le tamponnement de Mickulicz.

Une communication est-elle reconnue entre une poche suppurée et la vessie : si la poche est extirpable et la vessie peu altérée, on peut enlever la poche, puis suturer la vessie, ou bien fixer son orifice accidentel à la plaie abdominale. Si la tumeur n'est pas extirpable, on marsupialise, suivant la commodité, soit la tumeur, soit la vessie.

S'il y a cystite intense on fait, d'emblée, la taille hypogastrique.

En cas de communication avec le rectum, on devra marsupialiser la poche, s'il est possible. Dans le cas contraire, si la fistule est reconnue avant l'ouverture de la poche, on s'en remettra ultérieurement à une opération vaginale; sinon, après avoir extirpé une aussi grande étendue que possible de la poche, on aseptise le reste, on ferme la plaie intestinale et l'on applique le tamponnement de Mickulicz.

**C. PARALLELE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET LA LAPAROTOMIE ANTÉRIEURE.** — INDICATIONS DE CES DEUX INTERVENTIONS. — Pour opter entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie antérieure, il faut se baser, non sur son tempérament chirurgical, ni sur ses préférences pour telle ou telle voie, mais bien, comme toujours, sur les indications.

*Considérations physiologiques.* — Il est certain que la laparotomie permet de bien se rendre compte et de la possibilité qu'on peut avoir de conserver les organes, et de leur aptitude physiologique. Il n'en est pas de même de l'*élythrotomie postérieure*, car l'exploration digitale, faite par la brèche qu'elle produit, est le plus souvent illusoire ou insuffisante (Pichevin). Mais aussi bien, pourra-t-on éviter, dans l'hystérectomie, l'*erreur irréparable*, en appliquant uniquement cette opération aux *grosses lésions qui lui reviennent*, et non à toutes les lésions annexielles qui paraissent bilatérales et incurables (Segond et Bouilly).

*Considérations vitales.* — L'hystérectomie, donnant à l'opérateur moins de jour et d'aisance, expose davantage à l'hémorrhagie primitive et secondaire et à la rupture inconsciente des viscères (intestin, vessie, urètre) (1); elle ne permet pas d'aborder, ni même

(1) Cependant, sur 250 kystérectomies, Segond affirme n'avoir jamais pincé un urètre, n'avoir jamais perdu une malade d'hémorrhagie (hémorrhagie grave au cours d'une opération, arrêtée par le pincement, et cinq hémorrhagies au moment de l'ablation des pinces, au bout de quarante-huit heures, arrêtées par le tamponnement). Il a crevé la vessie trois fois, mais il l'a suturée et les 3 malades ont guéri; il a ouvert trois fois le rectum et a rencontré

d'atteindre, toutes les poches suppurées; enfin elle peut être très longue et très laborieuse, même pour les plus habiles.

La laparotomie, par contre, doit faire craindre davantage l'effusion des liquides inflammatoires et la persistance, au fond de l'abdomen, de débris de poches ouvertes et infectées de microbes (1).

Les résultats éloignés de la laparotomie sont, en somme, excellents. La guérison définitive est parfois assez longue à obtenir, tardant six à dix mois, ou davantage, surtout chez les femmes nerveuses. Elle peut être entravée, ou même indéfiniment compromise, par des accidents divers tels que : 1° Douleurs, dues à la persistance d'adhérences, à la dilatation kystique d'un moignon tubaire (que l'on a pu guérir par la dilatation intra-utérine); à une poussée inflammatoire à son niveau (travail éliminateur); à une récurrence, ou à une poussée post-opératoire de pelvi-péritonite; 2° persistance de fistules purulentes ou pyo-stercorales, malgré la dilatation et le curettage de la poche ou la recherche d'un fil infecté; 3° hémorragies, dues à des reliquats inflammatoires ou à la congestion passive que provoquent les ligatures vasculaires;

six fistules rectales; 2 malades sont mortes de tuberculose, au bout de cinq à six mois, sans avoir guéri; 6 ont guéri seules (Congrès de chirurgie, avril 1893).

(1) Mortalité comparative de l'hystérectomie et de la laparotomie dans le traitement de l'inflammation circum-utérine (Congrès international de gynéc. et d'obstétr. de Bruxelles, 1892 et Congrès de chirurgie de Paris, 1893).

OPÉRATEURS.	LÉSIONS			HYSTÉRECTOMIE.		LAPAROTOMIE.	
	non suppurées.	indéterminées.	suppurées.	Guérisons.	Morts.	Guérisons.	Morts.
Péan .....	"	"	150	149	1	"	"
Segond.....	31	"	77	66	11	"	"
Terrier et Hartmann .....	"	"	59	"	"	52	7
Pozzi.....	126	"	4	3	1	126	"
Jacobs.....	"	"	82	"	"	77	5
Doyen.....	"	11	"	14	"	"	"
Rouffart.....	"	117	"	116	1	"	"
Lauwers.....	"	77	"	73	4	"	"
Richelot.....	"	21	"	20	1	"	"
Broca.....	"	"	6	6	"	"	"
Delagénière.....	"	"	35	31	4	"	"
Beiffin.....	"	"	"	23	2	"	"
Michaux.....	"	"	"	8	1	"	"
	"	"	23	"	"	21	1
	"	"	4	"	4	"	"
	"	"	14	"	"	12	2
	"	"	25	23	2	"	"

Statistique recueillie par Lafoureaud dans différents services: sur 375 hystérectomies, 34 morts, soit 9,06 p. 100, et sur 396 laparotomies, 58 morts, soit 15 p. 100.

métrorrhagies, avec ou sans écoulements purulents; hématoécèle (Bouilly); hématome (Tait), disparaissant en une quinzaine de jours, à moins qu'il ne suppure; troubles dus à la ménopause artificielle: bouffées de chaleur, vertiges, sensations de pesanteur, troubles psychiques, etc. (1).

Les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale restent encore à préciser. Ce qui est certain, c'est que plusieurs opérateurs, parmi lesquels on compte de fervents hystérectomistes, tels que Segond, ont été obligés de faire suivre d'une laparotomie, à courte échéance (pour destruction de brides, extraction de débris annexiels), l'opération vaginale restée incomplète. Il ne paraît pas que la réciproque ait été aussi fréquente.

Considérations d'esthétique. — Les arguments d'esthétique, que l'on fait valoir à l'appui de l'hystérectomie, n'ont qu'une importance très relative. En effet, les dimensions, ordinairement minimales, de l'incision abdominale, les perfectionnements de la suture (suture à étages), mettent à l'abri de l'éventration et laissent une cicatrice à peine apparente.

En somme, l'hystérectomie trouve son emploi, lorsque toute autre opération et, en particulier, la laparotomie, est impraticable ou plus dangereuse. On y aura surtout recours dans les cas de suppurations multiples (en tant que foyers et localisations anatomiques), intra et extra-péritonéales, transformant le petit bassin en une éponge fibreuse remplie de pus; — dans des cas moins graves de suppurations localisées aux annexes, anciennes, bilatérales, entourées d'une gangue épaisse d'adhérences organisées, qui les confond avec l'utérus, les fixe étroitement au bassin, et fait prévoir de grandes difficultés dans l'extirpation ou la marsupialisation de la poche; — enfin, lorsqu'il existe des trajets fistuleux, bien qu'ils ne soient pas absolument incompatibles avec la laparotomie (Pozzi) (2).

(1) Sur 59 cas de lésions péri-utérines suppurées, Terrier en a guéri, opératoirement, 52, sur lesquels 46 ont été ultérieurement suivis pendant longtemps: 4 malades seulement ont continué à souffrir; sur 20, qui ont conservé leurs règles, on a noté, chez 7, des pertes, persistantes chez 2, arrêtées par le curettage chez 2, et, chez 6, des règles irrégulières; chez quelques-unes, persistance de fistules pyo-stercorales (Congrès de chirurgie, 1893).

(2) Sur 176 malades, Pozzi n'a trouvé que 14 fois l'indication de l'hystérectomie, c'est-à-dire 8 fois p. 100.