

atteinte d'inflammation gonococcienne aiguë et abaissée dans le vagin par cœliotomie.

Scutsch a donné le nom de *salpingostomie* à la réfection du pavillon. L'opération consiste à inciser ou à réséquer le pavillon oblitéré et à suturer, muqueuse à séreuse, le nouvel orifice. La *salpingorrhaphie* ou *salpingo-ovaro-syndèse* (Clado), c'est-à-dire la fixation, par suture, du néopavillon à l'ovaire, complète l'opération et vise à son résultat fonctionnel. De nombreux succès la justifient pleinement (1).

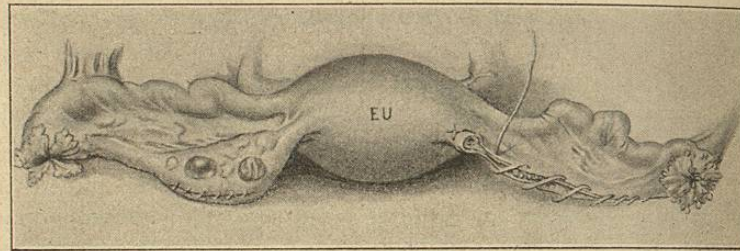


Fig. 222. — Opération conservatrice : ablation complète de l'ovaire droit, résection de deux kystes folliculaires sur l'ovaire gauche (d'après Howard A. Kelly).

Dans tous les cas, il est conforme à l'esprit chirurgical de sauvegarder tout organe sain et d'en préserver, autant que possible, la fonction. Ces opérations conservatrices sont bénignes, peuvent être abordées, pour la plupart, par la cœliotomie vaginale si on les entreprend de propos délibéré, et peuvent toujours être tentées lorsque, au cours d'une laparotomie, on les reconnaît possibles. La conservation, ne fût-ce que d'un fragment d'ovaire, a toujours son utilité au point de vue de la nutrition générale ultérieure, et Kelly a même observé le cas extraordinaire d'une grossesse survenue avec un seul ovaire d'un côté et une seule trompe de l'autre.

III. — PELVI-PÉRITONITE.

La prédominance de la salpingo-ovarite dans les processus inflammatoires pelviens a été reconnue telle, en ces dernières années, que, par un phénomène réactionnel fréquent, la *pelvi-péritonite*, qui occupait le premier plan à une certaine époque, a été reléguée au dernier et même rejetée du cadre nosologique par quelques auteurs. C'est ainsi que Pozzi ne la considère que comme un épiphénomène habituel des annexites et la décrit sous le nom de *périméthro-salpingite* et d'*abcès pelviens*, suivant son degré. P. Delbet (2) et Reclus (3) ont tenté de réhabiliter la pelvi-péritonite essentielle de Bernutz. Elle est géné-

(1) JARSAILLON, *Salpingostomie*. Paris, 1899; PONTIÉ, thèse de Lyon, 1896.

(2) PIERRE DELBET, *loc. cit.*

(3) RECLUS, *Congrès franç. de chirurgie*, 1890.

ralement admise en France sous ce nom plutôt que sous la dénomination trop peu compréhensive de *périmétrite*, d'usage en Allemagne. Elle existe, en effet, bien que rarement si on en compare la fréquence à celle de la forme secondaire; mais, dans ce dernier cas même, elle peut dominer la scène. « Dans l'immense majorité des cas, dit Bouilly, la pelvi-péritonite n'est qu'un épisode des affections de la trompe et de l'ovaire et son histoire ne peut être cliniquement distraite. Très rarement elle existe isolément et ne se produit guère alors que dans l'état puerpéral. » C'est sous ce double aspect qu'il convient de l'étudier.

Étiologie et pathogénie. — Les modalités anatomiques et cliniques de la pelvi-péritonite sont commandées surtout par la nature de l'agent infectieux en cause. Nous avons vu que le gonocoque et le streptocoque sont les agents ordinaires de l'infection pelvienne, seuls ou associés, et qu'ils se comportent différemment. Le premier, se propageant en surface en suivant l'épithélium et le réseau lymphatique sous-épithélial, aborde plus volontiers la séreuse par la voie du canal tubaire. Le second, plus pénétrant et plus diffusible, suit les troncs vasculaires intramusculaires, peut dépasser les limites du tissu cellulaire et aborder le péritoine par sa face profonde. Enfin, le gonocoque prépare les voies aux autres organismes pyogènes et l'infection peut évoluer suivant un processus mixte. Ces notions donnent, comme nous l'avons déjà dit, la clef des diverses manifestations de l'inflammation pelvienne, et nous retrouverons encore leur application à propos de la cellulite.

a. *Pelvi-péritonite primitive.* — Elle apparaît après un accouchement ou un avortement septique, avec ou sans rétention de débris placentaires, à la suite d'un traumatisme accidentel, criminel ou opératoire sur l'utérus ou les voies génitales inférieures, dilatation, curettage, cathétérisme, cautérisations ou excisions du col, etc. Elle complique parfois des suppurations vulvaires ou vaginales. Dans ces cas, le streptocoque en est l'agent ordinaire et il pénètre par la voie lymphatique intramusculaire et sous-séreuse. Bumm a pu suivre son infiltration depuis la muqueuse utérine jusque sous la séreuse et les recherches de Poirier et de Wallich sont bien en rapport avec cette interprétation. Les observations de Reclus en donnent d'ailleurs la confirmation clinique et elle a été admise par Siredey, Spillmann, Vidal, Paul Segond et la plupart des auteurs.

b. *Pelvi-péritonite secondaire.* — C'est la forme que Bernutz appelait *pelvi-péritonite blennorragique*, la plus commune. Son étiologie première se confond avec celle de la salpingo-ovarite et nous avons indiqué déjà les modes de propagation de l'agent infectieux. Le plus ordinaire est celui de la continuité de muqueuse à séreuse ou de l'épanchement dans le cul-de-sac de quelques gouttes du contenu de la trompe enflammée. Suivant l'abondance et le degré de

virulence des germes infectieux, suivant leur nature aussi, le processus se borne à un exsudat plastique sec, pour ainsi dire, sous forme de périmérite, de péri-ovarite, ou de péri-salpingite, ou bien, sous forme de collection séreuse ou purulente formant de la pelvi-péritonite proprement dite. Quelquefois aussi, le même processus qui a envahi l'ovaire et la trompe par leur hile, intéresse, du même coup et secondairement, la séreuse qui les recouvre. Enfin, la *périmérite pure* peut succéder à la métrite parenchymateuse par pénétration directe des organismes à travers la paroi utérine et sans intervention de la salpingite.

Les causes de la propagation péri-annexielle sont obscures : froid, fatigue, coït, excès, refroidissement au moment des règles : la moins problématique est la menstruation. C'est en effet au moment des règles, quelquefois à l'occasion de la congestion intermenstruelle, que se produisent les poussées aiguës ou subaiguës de la péritonite pelvienne, et ces poussées apparaissent sous deux formes principales : l'une suraiguë, fluxionnaire, étendue, à début et à terminaison brusques ; l'autre, moins bruyante, plus localisée, mais plus volontiers récidivante.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la phase préexsudative, très courte, n'ont guère pu être observées qu'expérimentalement. C'est ainsi que les ont produites Wertheim, Bumm, P. Delbet, Charrier, etc. ; elles consistent essentiellement dans l'hypervascularisation par dilatation des vaisseaux, dans la chute de l'endothélium et le dépoli de la séreuse. Au bout de douze à quarante-huit heures, apparaît l'exsudat dont l'aspect et l'évolution future dépendent de la nature de l'infection.

a. Forme primitive. — Ici l'exsudat est généralement assez abondant : d'abord séreux, jaunâtre, transparent, il peut rester en cet état, atteindre 2 et 3 litres et refouler l'intestin jusqu'à l'ombilic ; c'est la *pelvi-péritonite séreuse* (Vautrin). La plupart du temps, il ne tarde pas à devenir louche, puis franchement purulent, par diapédèse péritonéale (Reclus). S'il n'y a pas de cloisonnements préalables du bassin, il se collecte dans le cul-de-sac de Douglas, s'élève jusqu'à ses limites supérieures et parfois plus haut, *pelvi-péritonite postérieure* (Delbet), *douglassite* (Condamin), ou s'étend sur les côtés et même en avant, jusque vers l'ombilic, *pelvi-péritonite latérale* et *antérieure*. Ces diverses localisations, de combinaisons et d'étendue variables, se montrent surtout lorsque des cloisonnements ou des adhérences préalables dévient et dirigent l'exsudat. En même temps, il s'enkyste sous les adhérences limitantes et protectrices qui relient les uns aux autres l'épiploon, les anses intestinales, le fond de l'utérus, les ligaments larges et les parois du cul-de-sac de Douglas. Celui-ci, dans les cas ordinaires, se trouve transformé en une poche close de toutes parts, de forme ovoïde, comprimant le rectum, repoussant l'utérus en avant

et faisant, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une saillie plus ou moins prononcée. Dans les cas les plus complexes et les plus graves, l'épanchement envahit toute la cavité pelvienne, du pubis au promontoire et d'une fosse iliaque à l'autre, séparé du reste de la cavité abdominale par un dôme épais d'adhérences reliées à l'épiploon, et les organes baignent dans une nappe de pus. Mais ces *abcès pelviens* vastes et compliqués sont ordinairement associés, secondairement ou primitivement, à des lésions suppurées des annexes. Le pus contracte souvent une odeur fétide au voisinage de l'intestin et cette fétidité est loin d'être toujours en rapport avec le degré de la virulence. Les microbes qu'on y rencontre sont ceux de la salpingite avec prédominance du streptocoque.

b. Forme secondaire. — Elle se présente sous trois formes principales : *purulente*, *séreuse* et *plastique*.

1° Forme purulente. — La pelvi-péritonite détermine les lésions que nous venons de décrire avec une prédilection toute particulière pour le cul-de-sac postérieur, ce qui s'explique par les rapports qu'affecte le pavillon de la trompe enflammée avec cette cavité et par sa position déclive. C'est dans ces pelvi-péritonites secondaires, qui ont précédé par poussées successives, qu'on rencontre des cloisonnements inextricables, des collections multiples, en un mot les modalités les plus complexes de la *suppuration pelvienne*.

Que la collection purulente soit *primitive* ou *secondaire*, le pus tend à faire issue au dehors en ulcérant les parois qui l'enkystent et peut se faire jour à l'extérieur par diverses voies. Celles-ci sont, par ordre de fréquence : le *rectum*, plus exposé en raison de la bien plus grande fréquence de la *douglassite* (19 fois, contre 6 fois par le vagin et 6 fois par la paroi abdominale (P. Delbet) ; le *vagin*, qui résiste plus longtemps au travail ulcéral ; quelquefois le *cæcum*, l'*S iliaque* ou l'*intestin grêle* adhérents, si la collection est très élevée : la *paroi abdominale*, qui est le siège plus ordinaire de l'ouverture des collections cellulaires ; la *vessie*, exceptionnellement l'*utérus*. Il peut arriver aussi que l'ouverture se fasse, simultanément ou successivement, en plusieurs points et produise des fistules diverses : recto-vésicale, vésico-utérine, entéro-utérine, etc.

La collection peut s'ouvrir également dans le *péritoine* ; cependant cet accident, à peu près toujours mortel, est rare, surtout dans les cas anciens, la cavité abdominale étant isolée par une épaisse cloison de fausses membranes.

Souvent aussi le pus reste emprisonné et ne tarde pas à se stériliser ; il peut se résorber en totalité (Heitzmann) ou en majeure partie ; il reste alors de petits abcès chroniques, profondément enkystés dans une coque de plus en plus épaisse, ou simplement de la *pachy-pelvi-péritonite* (Virchow), et ces lésions sont parfois étonnamment bien tolérées.

2° *Forme séreuse; exsudation juxta-utérine* (Bouilly). — Cette forme est ordinairement secondaire à une lésion suppurée des annexes, mais elle peut se rencontrer aussi comme complication d'une atteinte légère de ces organes et même de la métrite seule. Différente de la phase séreuse de l'exsudat purulent, elle a été signalée par Laroyenne, Condamin, Bonnet; elle a fait l'objet d'une importante communication de Vautrin au Congrès de Genève, de la thèse très étudiée de Jocet (1897), d'un mémoire de Bouilly en 1898 (1), etc.

L'anatomie pathologique de ces collections séreuses a été bien décrite par Vautrin et par Bouilly. En voici les principaux caractères d'après ce dernier auteur : « Le siège le plus fréquent, ou au moins le plus souvent reconnu, de l'exsudat séreux pelvien est le cul-de-sac postérieur; on l'observe ensuite, par ordre de fréquence, sur les parties latérales de l'utérus, dans les fosses iliaques et enfin à la région hypogastrique. Assez souvent, il siège dans le cul-de-sac postérieur et s'élève en même temps sur les côtés de l'utérus; dans la fosse iliaque, il peut être assez abondant pour soulever la paroi abdominale et faire une saillie facilement appréciable. La quantité de liquide varie entre quelques grammes, une cuillerée à bouche ou deux et un demi-litre environ. Ce liquide n'est pas libre dans l'abdomen; examiné au moment d'une laparotomie, cet exsudat apparaît sous forme de bosselures jaunâtres, plus ou moins grosses, enkystées dans une enveloppe d'une minceur extrême et contenues par l'agglutinement des anses intestinales, du péritoine pariétal ou de l'épiploon. Il semble circonscrit par la continuité de fines adhérences et par une mince pellicule que la moindre violence suffit à rompre en provoquant l'effusion d'un liquide jaune citrin, très fluide. Cet enkystement traduit une virulence relativement faible des lésions qui ont provoqué la péritonite, à l'inverse de la sécrétion diffuse et des lésions généralisées de la septicémie péritonéale d'origine puerpérale. Dans un cas aigu, d'origine gonorrhéique, avec phénomènes généraux assez graves et retentissement péritonéal intense, l'examen du liquide évacué par incision vaginale a démontré la présence simultanée du streptocoque et du staphylocoque; le liquide était clair, séreux, sans aucune apparence de pus. Du reste, en dehors de la puerpéralité, cette suppuration de l'exsudat séreux pelvien, au cours d'une pelvi-péritonite d'origine annexielle, est exceptionnelle. »

3° *Forme plastique*. — C'est la forme ordinaire de la pelvi-péritonite secondaire à la salpingite à gonocoques, ou même à la cervicite et à la vulvo-vaginite de même origine. Étudiée expérimentalement par Wertheim, dont les recherches ont été contrôlées par Bumm, par Charrier et d'autres, elle affecte une forme adhésive, sèche, extensive, aboutissant à la formation d'adhérences résistantes et

(1) BOUILLY, *Sem. gynéc.*, 1898, p. 65.

minces, et non à la formation d'exsudats liquides, à moins d'associations microbiennes. Plus fréquemment localisée aussi dans le cul-de-sac de Douglas, elle est la cause habituelle des adhérences annexielles, des rétrodéviations adhérentes : elle constitue la péri-ovarite et la métro-périsalpingite proprement dites. Les tendances extensives de la lésion ne vont que très exceptionnellement jusqu'à la péritonite généralisée. Cependant Menge a rapporté, en 1893, un cas de laparotomie imposé par une péritonite généralisée consécutive à un redressement de l'utérus et dans l'exsudat de laquelle il trouva le gonocoque. Ferrier, Bræse, Harvey, Cushing, Lebovici, ont observé des cas analogues. Méjéa, Rousseau, etc., ont observé également des cas de généralisation consécutive à la vulvo-vaginite des petites filles. Cette généralisation suppose une virulence des germes ou une réceptivité de la séreuse exceptionnelles. La pelvi-péritonite n'est pas toujours isolée et, indépendamment des lésions annexielles qu'elle complique ou auxquelles elle peut donner naissance secondairement, elle peut s'associer, dans les cas extrêmes, à la suppuration du tissu cellulaire pelvien.

La *pelvi-péritonite tuberculeuse* se confond, suivant les cas, avec la péritonite générale bacillaire ou avec la tuberculose des annexes qu'elle accompagne et que nous étudions plus loin. Elle peut donner lieu à l'occlusion intestinale, ainsi que Van Hassel, Lauwers, en ont cité des exemples (1).

Symptômes. — Pelvi-péritonite primitive. — Cette forme est grave; le début, brusque, s'annonce, du deuxième au cinquième jour après l'accident obstétrical ou opératoire, par une douleur hypogastrique vive, un frisson et une élévation de la température. La douleur est exagérée par le moindre mouvement et le plus léger contact. La température atteint et dépasse 39°, mais elle est souvent en discordance avec le pouls qui, faible et rapide, atteint 120 à 140 pulsations. Les vomissements, fréquents, deviennent vite porracés. C'est, en un mot, le tableau plus ou moins parfait de la *péritonite*. L'examen physique, à peu près impossible au début, ne donne d'ailleurs guère de renseignements avant que le pus ne soit collecté. Alors, c'est-à-dire au bout de trois ou quatre jours, on peut constater par le vagin, qui est toujours chaud et douloureux, l'existence d'une tumeur rétro-utérine ou rétro-latérale, ovoïde, séparée de l'utérus par un sillon très net et repoussant l'organe contre le pubis.

L'enkystement du pus n'amène pas, dans ce cas, la détente ordinaire; la température augmente, au contraire, et le pouls s'accélère, la peau devient terreuse, sèche, le faciès hippocratique; la diarrhée survient, fétide, et l'amaigrissement est rapide. Ces cas se terminent souvent par la mort si on n'intervient pas à temps : la résolution est exceptionnelle; quelquefois le pus se fait jour au dehors et cette

(1) VAN HASSELL et LAUWERS, *Sem. gynéc.*, 1900.