

solution procure un moment d'amélioration qui permet d'intervenir efficacement à une date ultérieure.

La *pelvi-péritonite secondaire*, à forme aiguë ou subaiguë, survient chez les femmes qui ont un passé génital et se montre à titre d'épiphénomène d'un état pathologique antérieur. Bouilly reconnaît, à ces poussées qui surviennent à intervalles irréguliers, trois formes cliniques : *légère, moyenne et grave*.

« La *forme légère* peut n'être que l'aggravation momentanée d'un état douloureux antérieur ou l'explosion d'une crise aiguë douloureuse, péritonéale, que rien ne faisait prévoir. De la sensibilité spontanée et provoquée des régions iliaque et hypogastrique, un très léger tympanisme, de la douleur par le toucher des culs-de-sac vaginaux, un état syncopal passager, quelquefois une tendance à la nausée et au vomissement, une légère dysurie, pas ou peu d'élévation de la température et du pouls, trois ou quatre jours de durée de ce petit ensemble symptomatique, et c'est tout. » C'est du *péritonisme* plutôt que de la péritonite.

La *forme moyenne* est la plus commune. Il s'agit d'une véritable péritonite *au petit pied* dont chaque symptôme est atténué et comme estompé. « Le ventre est douloureux dans ses parties latérale et médiane inférieures; la sensibilité à la pression est très exaltée et la palpation est à peine possible; mais la sensibilité n'est pas exquise ni superficielle comme dans la péritonite généralisée. Le ventre est ballonné, surtout dans sa portion sous-ombilicale, mais sans que le tympanisme atteigne les proportions excessives des formes suraiguës.

La partie inférieure de l'abdomen est ferme, tendue, comme renfermant une collection sous-jacente ou une vessie trop pleine, et la malade y accuse une sensation de plénitude et de tension. Souvent le début a été marqué par un vomissement alimentaire, puis bilieux; ce vomissement est en général unique. » A ces symptômes, il faut ajouter la constipation, la dysurie, parfois la rétention d'urine et une métrorragie plus prolongée qu'abondante. La température ne dépasse pas 38°,5 et le pouls, fréquent et petit, varie de 100 à 120.

A l'*examen vaginal*, l'utérus est fixe, difficile à limiter par en haut; les culs-de-sac sont douloureux, effacés et comme distendus. L'exploration bi-manuelle fait reconnaître, en arrière et sur les côtés de l'utérus, des masses volumineuses, diffuses, mal localisées, au milieu desquelles l'utérus est comme englobé, et simulant une collection mal limitée.

Dans d'autres cas, les culs-de-sac sont libres et il faut pousser très haut le doigt vaginal pour percevoir, de l'un ou l'autre côté, une grosse bosselure fluctuante et douloureuse. Après une période aiguë de huit à vingt jours, l'état général et l'état local s'amendent et tout semble rentrer dans l'ordre. Le toucher peut alors atteindre une trompe ou un ovaire augmentés de volume, mais ne donnant en

rien l'idée ni la sensation des masses primitivement constatées.

La *forme grave* est *exceptionnelle*. Bouilly ne l'a observée qu'une fois. Nous en avons observé plusieurs cas. C'est la *péritonite aiguë généralisée* extensive d'un pyosalpinx très virulent ou succédant à la rupture intrapéritonéale d'une poche purulente.

Terminaisons. — La pelvi-péritonite se termine par *résolution, suppuration* ou passage à l'*état chronique*.

Malgré l'apaisement clinique inespéré qu'on observe dans la plupart des cas, au bout de quelques jours, même après des symptômes tumultueux, la *résolution* anatomique complète est rare et chaque nouvelle poussée laisse à sa suite des fausses membranes, compromettant plus ou moins la statique ou le fonctionnement des organes pelviens.

La *suppuration*, assez peu fréquente dans ces formes secondaires, coïncide, au bout de quelques jours, avec un amendement des symptômes; néanmoins, l'état général ne se relève pas; la fièvre reparait chaque soir, précédée de frissonnements; les douleurs ne disparaissent pas; il survient des sueurs et de l'amaigrissement. Le pus peut alors se faire jour au dehors, nous avons vu par quelles voies. L'issue par le rectum et la vessie est précédée de phénomènes de rectite glaireuse et de cystite. Il peut en résulter d'intermittentes fistules.

Dans d'autres cas, le pus se stérilise et s'enkyste définitivement dans une gangue de fausses membranes dont l'épaisseur et la consistance ont pu faire croire à des tumeurs fibreuses, et même à une exostose. C'est là une des formes de la chronicité des lésions.

Pronostic. — La pelvi-péritonite *primitive* est toujours grave et peut tuer rapidement, avant même que le pus ne soit collecté.

Les formes *secondaires* ne sont qu'exceptionnellement mortelles, malgré l'intensité très alarmante de leurs symptômes initiaux. Les épanchements séreux, en particulier, quelles que soient leur étendue et la rapidité de leur apparition, ne suppurent que bien rarement et disparaissent comme ils sont venus. Bouilly explique cette bénignité relative par l'état antérieur du péritoine pelvien chroniquement enflammé dans les affections anciennes des annexes, fermé ou cloisonné par des adhérences solides et dont la réceptivité pathologique paraît singulièrement diminuée si on la compare à celle du péritoine sus-ombilical. Aussi ne doit-on pas trop se hâter de songer à une intervention et vaut-il infiniment mieux la pratiquer à *froid* ou, du moins, à la période de déclin des poussées aiguës. Il faut tenir compte, cependant, dans la formule du pronostic, de la suppuration possible et de ses conséquences, de la répétition menaçante des crises aiguës qui aggravent les douleurs et l'invalidité des malades, des accidents éventuels d'étranglement intestinal et, dans les cas les plus légers, des déviations d'organes, conséquence des adhérences.

Diagnostic. — Au début de la pelvi-péritonite primitive, le diagnostic ne se pose guère qu'avec la péritonite généralisée, ou plutôt, il y a lieu de se demander si l'inflammation pelvienne ne dépassera pas les limites du bassin. Bientôt la collection qui se fait dans le cul-de-sac postérieur et qu'on peut constater à l'examen témoigne de la limitation des lésions.

C'est surtout avec la forme *séreuse* que la péritonite généralisée septique peut être confondue; de là des erreurs de pronostic faciles. Dans la forme *séreuse*, le siège de la douleur a son maximum sous-ombilical; la fièvre est moins vive, ne dépasse pas 38°,5 ou 39°; les vomissements sont très fréquents, rarement porracés: au toucher, le vagin est chaud, douloureux et l'on y perçoit les battements de l'artère utérine; le toucher vaginal et rectal, la percussion, au besoin une ponction exploratrice, confirmeraient le diagnostic. Que la péritonite pelvienne soit primitive ou secondaire, une fois la collection constituée, on ne peut guère la confondre qu'avec le *phlegmon du ligament large* et l'*hématocèle*. Le premier s'accompagne de phénomènes péritonéaux moins accentués et d'un retentissement plus marqué sur l'état général; de plus, la tuméfaction est franchement latérale. L'*hématocèle* est apyrétique, mais plus syncopale au début, et la collection plus nettement liquide; mais, plus tard, la confusion est possible.

Dans les cas chroniques, la dureté des résidus peut faire songer à un fibrome enclavé, à une rétroversion, à un kyste dermoïde; mais il suffit de reconstituer l'histoire de la maladie.

C'est par l'exploration bimanuelle, faite au besoin sous le chloroforme, qu'on peut reconnaître la salpingo-ovarite pure et la place respective qu'occupent dans les lésions la séreuse et les annexes enflammées.

Enfin, chez les femmes sans passé obstétrical ou vénérien, cachectiques, jeunes, chez lesquelles on constate des lésions étendues de consistance dure et inégale avec ou sans fistules, on devra songer à la *pelvi-péritonite tuberculeuse*.

Traitement. — A la période du début de la pelvi-péritonite primitive, si les accidents sont très menaçants, comme il arrive dans la puerpéralité, il n'y a guère que la laparotomie ou l'hystérectomie qui puissent, en permettant le lavage ou le drainage du péritoine, donner quelques minimes chances de survie à la malade; de même, dans les cas de péritonite généralisée consécutive à la rupture d'une collection suppurée. Nous préférons, dans l'une et l'autre hypothèse, la laparotomie qui donne une notion plus complète de la nature et de l'étendue des lésions et du traitement à leur opposer.

Dans les formes secondaires, à la période aiguë, il faut se borner au traitement médical: opium, glace, eau chaude par le rectum et le vagin, laxatifs, etc. C'est ce que nous avons enseigné dès 1892 et

Bouilly dit fort bien: « Qu'on ne se laisse pas entraîner par la gravité apparente des lésions et des symptômes à décider et à exécuter une intervention en pleine crise pelvi-péritonéale. A ce moment, tout est exagéré;... quelques jours plus tard, toutes ces lésions seront singulièrement diminuées, la virulence se sera spontanément atténuée, l'appréciation exacte des lésions et des indications sera plus nette, et les chances d'intervention seront plus grandes », si toutefois la question se pose encore.

Lorsqu'une collection est nettement constatée, certains opérateurs, Duplay et Clado entre autres, ont préconisé l'hystérectomie vaginale à la période aiguë. Henrotin voudrait qu'on incisât le cul-de-sac postérieur dès qu'une lésion est reconnue. Nous savons combien on peut espérer de la temporisation, surtout dans les formes fluxionnaires, séreuses; aussi croyons-nous qu'il faut attendre et n'intervenir que si la collection fait saillie quelque part, à la paroi ou, surtout, dans le vagin, et alors une ponction décidera de la nature du liquide, suffira souvent comme traitement et pourra, dans tous les cas, être suivie d'une incision plus large. C'est la *colpotomie* qui est l'opération de choix pour toutes ces collections enkystées du cul-de-sac postérieur et même pour les collections latérales: c'est à elle que, à l'exemple de Martin, Sängner, Henrotin et de tant d'autres, nous avons constamment recours en pareil cas.

Pour les *suppurations diffuses* ou cloisonnées, à poches multiples, l'hystérectomie vaginale doit être préférée à la laparotomie, souvent impossible en pareil cas. L'hystérectomie permet, avec un minimum de risques, d'évacuer et de drainer toutes les poches, et elle est d'autant plus justifiée que l'utérus et les annexes sont anatomiquement malades et fonctionnellement perdus.

Dans les formes sèches ou chroniques, caractérisées surtout par la présence d'adhérences, sans collections, on doit recourir, suivant l'étendue des lésions et d'après la position sociale de la malade, soit au traitement médical révulsif, résolutif, au massage, au traitement hydro-minéral, soit à la libération des adhérences par laparotomie ou cœliotomie vaginale antérieure ou postérieure.

La laparotomie convient aux formes tuberculeuses qui peuvent bénéficier de la simple ouverture du péritoine, si l'on se trouve dans l'impossibilité d'extirper toutes les lésions.

IV. — PELVI-CELLULITE. — PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE.

1° *Pelvi-cellulite.* — Par *pelvi-cellulite*, ou *cellulite pelvienne*, il faut entendre, d'une manière générale, l'inflammation du tissu cellulaire occupant la loge sous-péritonéale de Luschka, limitée en haut par la séreuse et ses divers replis ou ligaments, en bas, par l'aponévrose pelvienne supérieure doublée du muscle releveur et se