

conditions habituelles et je rappelle que, grâce à la *laparotomie sous-péritonéale*, nous avons accès aussi bien sur les collections à plastron que sur les abcès plus profondément situés. Quant aux lavages antiseptiques répétés, ils ne trouvent leur véritable indication que dans les cas de suppuration fétide.

III

PELVI-PÉRITONITE

La pelvi-péritonite à laquelle les travaux de Bernutz et Goupil⁽¹⁾ ont un instant donné la première place parmi les phlegmasies péri-utérines est aujourd'hui contestée comme entité morbide. Pozzi⁽²⁾ ne la décrit point; sous les noms de *périméto-salpingite* ou *d'abcès pelvien*, il en fait une complication ou un mode grave de terminaison des tubo-ovarites suppurées. Au contraire, Delbet⁽³⁾ lui consacre une longue description, et Reclus⁽⁴⁾ s'est efforcé de réhabiliter cette affection en tant que maladie essentielle, telle que Bernutz et Goupil l'avaient conçue et décrite. Il a pu réunir cinq faits de sa pratique où il semble nettement que le pus se soit collecté primitivement dans le péritoine pelvien. Malheureusement, ses observations ne sont pas assez explicites sur l'état des annexes; dans un seul cas les trompes furent reconnues saines, encore existait-il à gauche une ovarite suppurée, de sorte qu'on peut se demander si l'ovarite n'a pas été le point de départ de la pelvi-péritonite concomitante. Entre ces deux opinions extrêmes, l'une qui rejette la pelvi-péritonite primitive, l'autre qui la regarde comme fréquente, Bouilly me semble donner la très juste note: « Dans l'immense majorité des cas, dit-il, la pelvi-péritonite n'est qu'un épisode des affections de la trompe et de l'ovaire, et son histoire ne peut guère en être cliniquement distraite. Très rarement elle existe isolément et ne se produit guère alors que dans l'état puerpéral »⁽⁵⁾. Je partage absolument cette manière de voir. Après avoir admis l'infection des ligaments larges par les lymphatiques, je ne saurais rejeter la transmission des germes de l'utérus au péritoine par les mêmes voies. Mais admettre la possibilité de la pelvi-péritonite primitive n'est pas conclure à sa fréquence; je la crois rare, beaucoup plus rare que le phlegmon du ligament large, et j'estime que toute observation destinée à lui rendre un peu de son ancienne autonomie devra désormais donner de l'état des annexes une relation très détaillée. La constatation d'une grossesse ultérieure, si elle prouve que les annexes des deux côtés ne sont pas malades, ne prouve pas cependant qu'elles soient toutes les deux saines. Il suffit, en effet, que, d'un seul côté, la trompe et l'ovaire soient en état d'intégrité pour que la conception soit possible.

Étiologie et pathogénie. — La *pelvi-péritonite primitive* est toujours d'origine puerpérale. Les avortements au quatrième mois exposeraient surtout à

(1) BERNUTZ et GOUPIL, *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5^e édit., t. IX, p. 419.

(2) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 741.

(3) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 125.

(4) P. RECLUS, *Comptes rendus du Congrès franç. de chir.* Paris, 1890, p. 425, et *Semaine méd.*, 1891, n° 55, p. 282.

(5) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 487.

cette complication grave⁽¹⁾. La propagation des germes infectieux par voie lymphatique me paraît seule admissible dans l'espèce. Cette opinion, que Siredey⁽²⁾ a synthétisée dans la dénomination de *lympho-péritonite puerpérale*, est partagée par Spillmann⁽³⁾, par Widal⁽⁴⁾ et par Reclus⁽⁵⁾. Delbet paraît lui préférer la propagation directe par voie muqueuse, et il émet l'hypothèse que des micro-organismes peuvent traverser les trompes sans les altérer. Il me semble à la fois plus simple et plus conforme aux lois de la pathologie générale de faire jouer dans cette infection péritonéale suraiguë un rôle prépondérant aux lymphatiques. Les anciennes recherches de Mascagni, confirmées par les travaux de Poirier⁽⁶⁾ et de Wallich⁽⁷⁾, établissent l'importance pathologique des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Une observation de Reclus est, à mon sens, fort démonstrative à cet égard. La même malade présentait une pelvi-péritonite et une ovarite suppurée, les trompes étant absolument saines. Or, il est admis aujourd'hui que l'ovarite suppurée, quand elle existe seule, sans participation de la trompe, est toujours consécutive à une infection par les lymphatiques. Si donc, dans le cas auquel je fais allusion, les micro-organismes s'étaient propagés par voie muqueuse, l'ovaire eût été sain et la trompe plus ou moins altérée. Et, à moins de penser que la pelvi-péritonite était secondaire et consécutive à cette ovarite suppurée, il faut bien admettre que le péritoine et l'ovaire se sont infectés simultanément et par les mêmes voies.

La pelvi-péritonite secondaire ou *périméto-salpingite* reconnaît toutes les causes des salpingo-ovarites qu'elle vient compliquer. Je ne saurais donc les énumérer sans répéter ce que j'ai dit plus haut au chapitre des salpingites: ou bien elle succède à la rupture dans le péritoine d'un abcès de l'ovaire ou de la trompe; ou bien elle résulte de la transmission des germes infectieux par les réseaux lymphatiques si riches des adhérences périsalpingiennes. Les poussées de périméto-salpingite sont provoquées par la fatigue, les excès de coït, surtout au moment des règles; une simple exploration gynécologique (toucher vaginal, hystérométrie), une intervention légère comme le curettage ou les opérations sur le col sont susceptibles, même quand elles sont aseptiques, de déterminer des poussées inflammatoires autour des annexes déjà suppurées. On ne saurait donc, dans ces cas, être trop prudent pour explorer les malades, ni trop réservé dans l'application des traitements indirects.

Anatomie pathologique. — A. *Pelvi-péritonite aiguë.* — Les premières lésions que provoque l'infection du péritoine pelvien ne peuvent être étudiées, comme le dit Delbet, que sur des péritonites expérimentales. Ce qu'on observe d'abord, c'est le dépôli de la séreuse qui perd son brillant, et la dilatation extrême de ses vaisseaux. Rapidement, le péritoine s'épaissit, devient rougeâtre, et les deux phénomènes dominants de la pelvi-péritonite à la période d'état, fausses membranes et épanchement apparaissent. Il faut de douze à vingt-quatre heures pour que l'épanchement soit constitué et si, cliniquement, il est

(1) HEITZMANN, *Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe*, 1885, p. 84.

(2) SIREDEY, *Les maladies puerpérales*. Paris, 1884, p. 189.

(3) SPILLMANN, cité par Ceppi. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1887, t. VII, p. 191.

(4) WIDAL, *Loc. cit.*, p. 51.

(5) RECLUS, *Semaine médicale*, 1891, n° 55, p. 285.

(6) P. POIRIER, *Loc. cit.*

(7) WALLICH, *Recherches sur les lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide*. Thèse de Paris, 1851.

encore peu appréciable, c'est qu'il n'est point suffisamment enkysté par les fausses membranes naissantes. C'est généralement en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, que l'épanchement se collecte. Il est d'abord séreux et peut demeurer séreux⁽¹⁾; mais, en général, il subit la transformation purulente. De toutes parts, des fausses membranes le cloisonnent, et s'il n'a pas dépassé les limites du cul-de-sac de Douglas des adhérences s'établissent entre les anses intestinales baignées par la sérosité ou le pus, l'épiploon, le sommet de l'utérus, les ligaments larges, le rectum et les parois pelviennes. Ainsi limitée, la collection prend une forme plus ou moins ovoïde, à petite extrémité plongeant dans le cul-de-sac de Douglas, à grosse extrémité déviée à gauche ou à droite, vers l'une des fosses iliaques. Il peut arriver que l'épanchement gagne le cul-de-sac antérieur et que des adhérences s'établissant du sacrum au pubis l'utérus flotte en quelque sorte au milieu du pus.

B. *Pelvi-péritonite secondaire (périméthro-salpingite)*. — Lorsque le petit bassin est déjà le siège de phlegmasies anciennes, en particulier de salpingo-ovarites suppurées, la forme de l'épanchement, son siège, sont modifiés, pour chaque cas particulier, par les adhérences qui fixaient antérieurement les annexes aux parties voisines. C'est surtout dans cette forme de pelvi-péritonite qu'il est fréquent d'observer des poussées de *périsalpingite séreuse* qui doublent du jour au lendemain le volume des annexes malades et peuvent disparaître aussi rapidement qu'elles se sont produites⁽²⁾. Quand la périméthro-salpingite passe à la purulence, elle répond au degré ultime de l'évolution des annexites suppurées, à l'*abcès pelvien* de Pozzi⁽³⁾. Les annexes suppurées sont alors perdues au milieu de collections purulentes multiples, séparées les unes des autres par des anses intestinales agglomérées ou des franges épiploïques. Les ovaires et les trompes présentent les lésions que j'ai déjà décrites. Quant au tissu cellulaire juxta-utérin, il est généralement infiltré, épaissi, lardacé.

Le pus, lorsqu'il ne s'évacue point en dehors, peut-il se résorber? Heitzmann⁽⁴⁾ croit la résorption possible après transformation graisseuse de l'épanchement. Le plus souvent, le pus s'enkyste de plus en plus; les parois qui le limitent, épaissies par le dépôt incessant de fausses membranes à leur surface interne, deviennent lardacées et ligneuses; elles donnent au doigt qui les explore la sensation de tumeurs cartilagineuses, et la confusion des organes pelviens est telle qu'il est impossible de tenter sans danger la moindre décortication des poches purulentes. Le voisinage de l'intestin donne souvent au pus une odeur d'une fétidité extrême.

Que la pelvi-péritonite appartienne à l'une ou à l'autre de ces deux variétés, les collections purulentes qu'elle provoque ont une tendance naturelle à se faire jour au dehors. L'ouverture spontanée dans le rectum est de beaucoup la plus fréquente. Delbet⁽⁵⁾ en a réuni 19 contre 6 dans le vagin et 6 à la paroi abdominale. Ne s'agirait-il pas plutôt, dans ces cas d'ouverture à la paroi, de phlegmons du ligament large? Je serai presque tenté de le croire. Quoi qu'il en soit, ce mode d'évacuation est beaucoup plus exceptionnel qu'on ne l'a pré-

⁽¹⁾ GRIFFITH, *St-Bartholom. hosp. Rep.*, 1882, p. 291.

⁽²⁾ DE SINÉTY, *Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus, considérées surtout dans leur forme bénigne. Progrès méd.*, 1882, p. 591 et 611.

⁽³⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 747.

⁽⁴⁾ HEITZMANN, *Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe*, 1885, p. 25.

⁽⁵⁾ DELBET, *Loc. cit.*, p. 151.

tendu⁽¹⁾. L'ouverture dans la vessie ou dans l'utérus est rare. Heitzmann⁽²⁾ a rapporté un cas, avec pièces à l'appui, de rupture spontanée dans le col utérin. Mais, comme la malade avait subi des manœuvres abortives, il est plus probable que cette perforation était due à l'une de ces manœuvres et qu'elle avait été le point de départ de la pelvi-péritonite.

Symptômes. — Marche. — Terminaisons. — La pelvi-péritonite secondaire aiguë, celle qui se surajoute aux lésions suppurées des annexes, est toujours précédée par les symptômes propres aux différentes affections qu'elle vient compliquer. Dans sa forme la plus légère, celle à laquelle Pozzi donne le nom de *périméthro-salpingite séreuse*, elle s'annonce par une recrudescence de tous les phénomènes habituels. Il est rare qu'on observe un état fébrile marqué; un peu d'embarras gastrique se montre seulement. En même temps l'examen fait constater une augmentation considérable des anciennes lésions tubo-ovariennes, qui peuvent paraître confondues en une masse irrégulière, empâtée et douloureuse. Au bout de quelques jours de repos au lit et d'un simple traitement antiphlogistique, l'empâtement diminue et peut même disparaître complètement, mais presque toujours il laisse l'utérus et les annexes un peu plus immobilisés.

Dans sa forme ordinaire, la *pelvi-péritonite secondaire aiguë* débute généralement d'une façon brusque par une douleur vive à la région hypogastrique, par des frissons, une élévation subite de la température qui peut atteindre 59 degrés, des nausées et des vomissements. Rapidement, la douleur s'étend à tout l'abdomen qui se météorise, et devient sensible à la plus légère palpation, au moindre contact des couvertures du lit. La malade, la face grippée, le nez effilé, les yeux excavés, est couchée dans le décubitus dorsal, la tête relevée par des oreillers, les cuisses fléchies sur le bassin pour relâcher les muscles de la paroi antérieure du ventre. Le pouls rapide bat jusqu'à 120 et 140 pulsations par minute: il est irrégulier, petit, filiforme. La constipation est la règle, et les mictions sont généralement fort pénibles. Il est fréquent d'observer ou la suppression des règles, ou une métrorrhagie; en tout cas, les sécrétions utéro-vaginales sont généralement augmentées.

L'exploration abdomino-vaginale fait constater que l'utérus est fixe, « enclavé dans le petit bassin, et comme emprisonné dans une coulée de matière plastique » (Pozzi). Supérieurement, la tumeur est difficile à limiter; par en bas, elle semble soudée aux côtés de l'utérus dont la sépare à peine un sillon difficile à limiter. Elle donne au doigt la sensation d'une masse dure, presque ligneuse, où la fluctuation est impossible à déceler. Parfois la tumeur s'infiltré profondément dans le cul-de-sac de Douglas, qu'elle semble doubler et constitue l'induration décrite sous le nom de *vagin de carton*. Le toucher rectal fait reconnaître les connexions de l'utérus avec l'intestin, dont le calibre peut être complètement effacé.

L'enkystement du pus s'accompagne généralement d'une détente de tous les symptômes généraux; seuls, les phénomènes locaux préexistants persistent un peu plus aggravés. Arrivée à ce degré, la pelvi-péritonite secondaire devient

⁽¹⁾ SEGOND-FÉREOL, *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les pelvi-péritonites*. Thèse de Paris, 1859.

⁽²⁾ HEITZMANN, *Loc. cit.*, p. 28.