

l'abcès pelvien (Pozzi). Elle peut demeurer stationnaire avec des périodes d'aggravation et de rémission ou tendre à s'évacuer au dehors. Ce travail d'évacuation s'annonce généralement par une recrudescence des symptômes fébriles, et une exaspération de la douleur qui devient aiguë et lancinante. Une crise de ténisme rectal, des phénomènes de rectite glaireuse, de la dysurie précèdent ordinairement l'ouverture dans le rectum et la vessie. L'ouverture dans le vagin n'est accompagnée d'aucun symptôme particulier. Quant à la rupture dans le péritoine, elle est exceptionnelle à cause de l'épaisseur des fausses membranes et des adhérences qui limitent supérieurement la poche.

La détente qui succède à l'évacuation de l'abcès pelvien est rarement de longue durée. Le plus ordinairement, l'abcès, se vidant mal, se reforme pour se rouvrir de nouveau, en provoquant des mêmes troubles locaux et généraux. Il en résulte des fistules intarissables qui finissent par entraîner la mort par heciticité. Le passage à l'état chronique est un autre mode de terminaison. Toute trace de suppuration semble disparue, il ne persiste plus que des troubles fonctionnels dus aux adhérences qui dévient l'utérus et englobent les ovaires et les trompes. La stérilité en est la conséquence. Mais outre que ces lésions peuvent se réchauffer à la suite d'un excès ou d'une fatigue, elles sont parfois le point de départ d'accidents aigus d'obstruction intestinale ou d'étranglement interne par suite des adhérences, qui agglutinent les anses intestinales entre elles. « Cette forme, dit Bouilly⁽¹⁾, est quelquefois tuberculeuse et se termine, soit par tuberculose généralisée, soit par heciticité à la suite d'une suppuration intarissable ».

Dans les cas exceptionnels, où la pelvi-péritonite est primitive, elle présente quelques particularités cliniques qu'il importe de signaler. Son début, qui se fait généralement vers le cinquième jour après la délivrance, n'a rien de particulier, si ce n'est la plus grande élévation de la température qui peut atteindre et même dépasser 40 degrés. Les vomissements sont fréquents et rapidement porracés. Les signes physiques sont tout à fait spéciaux. Durant les premiers jours, le toucher vaginal donne peu de renseignements, le pus n'étant pas collecté; tout au plus permet-il de constater l'augmentation de sécrétions utéro-vaginales, l'extrême sensibilité des culs-de-sac vaginaux, la chaleur intense ou les battements artériels⁽²⁾ dont ils sont le siège, et l'exaspération de la douleur au moindre mouvement imprimé à l'utérus. Vers le quatrième jour, quand la collection purulente est formée, on constate sans difficulté l'existence d'une tumeur de forme généralement ovoïde, mais franchement rétro-utérine dont le volume varie d'une orange à une tête d'adulte. Cette tumeur fait dans le cul-de-sac vaginal postérieur une saillie considérable séparée de l'utérus par un sillon très net. Elle repousse l'utérus du côté opposé à celui où elle s'est développée, et parfois, quand elle est volumineuse, elle l'entoure comme un croissant.

L'enkystement du pus dans cette forme puerpérale n'amène pas de détente. Au contraire la température s'élève encore, le pouls redouble de fréquence, les traits s'altèrent, la peau devient sèche, terreuse, une diarrhée fétide s'installe, et l'amaigrissement fait de rapides progrès. Comme dans l'abcès pelvien, le

⁽¹⁾ G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 480.

⁽²⁾ Ces battements, dont Nonat faisait un symptôme si important, ne sont pas pathognomoniques. On les rencontre toutes les fois qu'il existe dans l'un des culs-de-sac une tumeur dure sur laquelle on comprime l'artère utérine.

pus a une tendance à s'évacuer dans les organes voisins et dans le péritoine. Rarement l'épanchement purulent se résorbe, et la guérison complète survient; Martin regarde cependant cette terminaison comme possible⁽¹⁾. A côté de l'issue fatale et de la résorption complète, il convient de citer un mode de terminaison fréquent : je veux parler du passage à l'état chronique. Mais alors il existe toujours des lésions concomitantes des annexes, qui enlèvent à la pelvi-péritonite son caractère de pureté, et la font rentrer dans le cadre des périméto-salpingites.

Pronostic. — Le pronostic de la pelvi-péritonite est grave. *Primitive*, elle peut déterminer la mort d'une façon foudroyante avant que le pus ne soit collecté, et même, après l'enkystement de l'épanchement, elle expose les malades à la péritonite généralisée, ou à la mort par septicémie. *Secondaire*, elle complique des lésions déjà graves par elles-mêmes : elle peut entraîner la mort à bref délai, mais le plus souvent elle tue lentement par épuisement ou par heciticité. Les accidents possibles d'obstruction intestinale, les complications pleuro-pulmonaires⁽²⁾, la prédisposition à la tuberculose aggravent encore le pronostic.

Diagnostic. — Lorsque la pelvi-péritonite éclate brusquement en plein état puerpéral, elle ne peut être confondue qu'avec le *phlegmon du ligament large*. Peut-être a-t-elle un début plus brutal, une élévation thermique plus considérable, un pouls plus petit, des vomissements plus fréquents et plus porracés, mais les dissemblances entre les phénomènes généraux sont vraiment trop légères pour servir de base au diagnostic. Seul, le toucher combiné permettra de distinguer la tumeur rétro-utérine de la pelvi-péritonite des tumeurs franchement latérales produites par l'inflammation du ligament large. Quand la pelvi-péritonite vient compliquer des lésions salpingo-ovariennes avérées, elle se reconnaît facilement à l'ensemble des troubles fonctionnels et physiques dont j'ai donné la description. Il n'y a guère que l'hématocèle rétro-utérine qui puisse être confondue avec elle. L'absence de fièvre, la tendance à la syncope, la consistance plus molle de la tumeur feront plutôt penser à un épanchement sanguin. Mais, dans bien des cas, la méprise est inévitable. A l'état chronique, les exsudats de la pelvi-péritonite peuvent être confondus avec des fibromes utérins dont ils présentent la dureté. On évitera l'erreur en tenant grand compte des commémoratifs et de l'absence de métrorrhagies. Un examen attentif et au besoin l'hystérométrie empêcheront de prendre le *corps de l'utérus rétroversé* pour un noyau de périméto-salpingite.

Est-il possible de diagnostiquer une salpingo-ovarite pure, d'une lésion des annexes compliquée de pelvi-péritonite? La chose est souvent difficile; cependant, s'il est vrai qu'on trouve parfois des collections purulentes autour de tubo-ovarites qui semblent peu adhérentes, en revanche, quand l'utérus est enclavé de toutes parts, on peut nettement affirmer que les collections tubaires sont compliquées de pelvi-péritonite suppurée.

Traitement. — La pelvi-péritonite, quelle que soit sa nature, réclame à la période aiguë un traitement antiphlogistique et sédatif, semblable à celui du

⁽¹⁾ MARTIN, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. Varnier, 1889, p. 515.

⁽²⁾ POTAIN, *Assoc. pour l'avanc. des sciences*. Rouen, 1885. — A. LASNE, *Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*. Thèse de Paris, 1887.

phlegmon du ligament large. On prescrira l'opium sous toutes ses formes (injections sous-cutanées de morphine, lavements laudanisés, etc.). Les sangsues, les applications de glace ou de grands cataplasmes très chauds, les injections vaginales à 50 degrés, trouvent ici leurs indications les plus nettes.

Au cours d'une poussée de pelvi-péritonite, Bouilly fait très sagement observer qu'il n'est pas toujours nécessaire « d'ouvrir d'emblée les tumeurs devenues accessibles dans le cul-de-sac postérieur. Il peut s'agir d'une masse formée par des adhérences intestinales et des exsudats péritonéaux récents, dans laquelle une ouverture ne saurait rien évacuer et pourrait ne pas être sans danger. L'erreur d'appréciation est facile à commettre, et souvent ne peut être évitée que par l'examen répété des lésions et surtout de leur évolution. D'autres fois, il s'agit d'une collection séreuse enkystée dans des néomembranes et pouvant, dans les jours suivants, subir une telle diminution qu'il n'y ait plus lieu d'intervenir⁽¹⁾. » Par contre, si les phénomènes généraux persistent, si les collections ne semblent pas entrer en résolution, ou bien encore, si des troubles de voisinage font redouter l'évacuation spontanée de poches purulentes dans un viscère et notamment dans l'intestin, l'indication de l'intervention chirurgicale devient formelle.

Lorsqu'il s'agit d'une *pelvi-péritonite post-puerpérale* ou *post-abortive*, c'est-à-dire lorsque les annexes sont saines ou peu altérées, c'est à l'incision simple qu'il faut recourir en choisissant, suivant les cas, la *voie vaginale* ou la *voie inguino-sous-péritonéale*. On obtient ainsi des guérisons parfaites. Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'une pelvi-péritonite secondaire à une affection des annexes, l'incision simple doit être proscrite et cela pour trois raisons : la première c'est qu'elle donne une évacuation très imparfaite, la seconde c'est qu'elle conduit à des fistulisations interminables, la troisième c'est qu'elle est d'une insuffisance très dangereuse en cas de collections purulentes multiples. Or, cette multiplicité des poches est la règle et je m'étonne fort qu'on puisse en douter⁽²⁾. Pour ma part, dans les très nombreux cas opérés par moi, je ne l'ai jamais vue manquer, et les observations de pelvi-péritonites incisées ou même laparotomisées ne sont pas rares dans lesquelles la mort a reconnu pour cause unique l'oubli d'une poche purulente. Aussi bien doit-on retenir qu'en présence d'une affection des annexes compliquée de pelvi-péritonite, l'obligation d'une intervention large, directe et radicale s'impose absolument. Pendant plusieurs années la laparotomie avec ablation des annexes et toilette pelvienne a pu répondre à cette nécessité opératoire ; mais, on le reconnaît maintenant, une seule opération permet d'assurer les deux indications maîtresses de l'intervention : évacuation et drainage, c'est l'hystérectomie vaginale par morcellement. Je n'ai point à défendre de nouveau une cause entendue. On peut, en effet, dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu mettre eux-mêmes à l'épreuve l'opération de Péan acceptent résolument la netteté de ses indications d'une part, dans les récidives de suppuration pelvienne après laparotomie, et d'autre part dans les *pelvi-péritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples*.

Qu'on le veuille ou non, point de contestation possible à cet égard et ceux-là même dont les préférences pour la laparotomie demeurent des plus vivaces

⁽¹⁾ G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 491.

⁽²⁾ LE DENTU, *Gazette des hôpitaux*, 27 février 1892, p. 28 du tirage à part.

en conviennent. J'ai déjà dit comment Pozzi lui-même avait dû faire taire ses préventions premières, pourtant si formelles. Voici maintenant l'opinion de Bouilly : « Ces cas, dit-il, semblent plutôt appartenir au traitement par la voie vaginale réalisée par l'hystérectomie vaginale préliminaire. L'ablation de l'utérus par morcellement ouvre une plus large brèche au milieu du bassin dans une situation déclive, permet l'évacuation facile des collections péritonéales, l'ouverture des collections salpingiennes ou ovariennes et laisse s'écouler le pus avec de moindres dangers d'infection pour le reste de la séreuse péritonéale⁽¹⁾. » C'est plus qu'il n'en faut pour démontrer que, dans les circonstances particulières qui nous occupent, les indications de l'hystérectomie par morcellement peuvent être désormais considérées comme classiques.

Ces indications se posent encore avec plus de netteté, s'il est possible, lorsqu'il s'agit d'un abcès pelvien fistuleux. Tout le monde connaît la gravité de la laparotomie dans ces cas particuliers. Même quand les malades guérissent opératoirement, elles sont presque fatalement condamnées à d'interminables fistules abdominales, pyo-stercorales surtout, contre lesquelles échouent les plus ingénieux traitements. Au contraire, après l'hystérectomie, les fistules préexistantes guérissent presque toujours, et même quand elles persistent, elles ont à mon sens moins d'inconvénient au fond du vagin qu'au-dessus du pubis.

Enfin, quand le passage de la pelvi-péritonite à l'état chronique a transformé les annexes, les ligaments larges, le péritoine pelvien, en masses ligneuses dans lesquelles tout phénomène d'inflammation semble éteint, j'estime qu'on doit encore recourir à l'hystérectomie. En créant une large brèche au milieu des tissus enflammés, en supprimant la cause originelle de toutes les lésions, elle amène graduellement la résorption des produits pelvi-péritoniques. J'ajouterai même que l'ablation de l'utérus, si elle est extrêmement difficile à cause des adhérences qui le fixent, n'est pas une opération grave pour cette raison qu'elle demeure presque toujours extra-péritonéale. On est tout étonnée, quand l'hystérectomie est terminée, de tomber dans une cavité tomenteuse fermée de toute part, d'où l'utérus semble énucléé comme « un gland de sa cupule⁽²⁾. »

Tout ce que j'ai déjà dit à propos de l'hystérectomie dans le traitement des salpingo-ovarites me dispense d'insister davantage. Toutefois je tiens à bien répéter que le précepte formel de ne jamais conseiller l'hystérectomie vaginale qu'après vérification consciencieuse de l'incurabilité médicale des lésions trouve ici sa parfaite application et, dans le cas particulier de la pelvi-péritonite chronique, j'estime que l'essai préalable d'un traitement médical sagement conduit doit toujours être fait. Le repos sévère et très prolongé, les injections vaginales chaudes, les révulsions répétées sur la paroi abdominale, la suppression de toutes les causes physiologiques susceptibles de congestionner les organes pelviens, l'emploi judicieux des moyens capables de relever l'état général, et notamment les injections sous-cutanées de sérum artificiel (Chéron)⁽³⁾, le séjour aux eaux chlorurées sodiques ou sulfureuses avec surveillance prudente et sévère de leur usage, sont en effet autant de moyens qui, joints au traitement direct de l'endométrite concomitante, donnent parfois des résultats inespérés. Le massage peut à son tour assouplir les adhérences et

⁽¹⁾ G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 492.

⁽²⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, p. 770.

⁽³⁾ J. CHÉRON, *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie (physiologie thérapeutique)*. Paris, 1892.

atténuer les douleurs, à la condition expresse d'être confié à des mains habiles et très prudentes.

S'il est vrai que l'essai préalable de cette thérapeutique conservatrice doit être une sorte de commandement pour tout chirurgien consciencieux, il n'en résulte pas qu'il soit rationnel ou sage de s'entêter à la poursuivre quand même, et, pour ma part, j'estime que les tampons à perpétuité comme tous les autres modes de traitement qui dérivent de l'expectation systématique ne méritent pas plus de confiance ou d'estime que la tendance aux opérations trop hâtives ou peu justifiées. Bref, il faut user, mais non point abuser du traitement médical, et lorsqu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois la thérapeutique conservatrice ne donne rien, la vraie sagesse et la vraie prudence consistent à opérer sans retard, en donnant la préférence à l'opération la plus efficace et la moins grave, c'est-à-dire à l'hystérectomie vaginale. D'autant que, dans le cas particulier, l'hystérectomie possède en outre le privilège d'éviter aux femmes tous les inconvénients, cette fois incontestables, d'une cicatrice forcément grande, et toujours trop faible à son extrémité inférieure pour opposer une résistance efficace à la poussée intestinale. Il se peut à la vérité qu'en choisissant d'emblée cette intervention radicale, on s'expose à rencontrer, par très grande exception, des annexes dont les fonctions ne soient pas complètement éteintes; mais, comme je l'ai dit ailleurs⁽¹⁾, quelle n'est pas la rareté des cas de cette nature? tous les laparotomistes sont là pour en témoigner; ils savent aussi fort bien que, dans les suppurations pelviennes de quelque étendue, les annexes sont toujours plus ou moins altérées et, suivant la juste remarque de Pozzi⁽²⁾, les malades qui guérissent après suppuration pelvienne, en conservant leurs annexes, sont, dans l'immense majorité des cas, « tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite imperméables ». Pour toutes ces raisons, on est donc autorisé, me semble-t-il, à passer outre; et lorsqu'une femme se présente avec des lésions comme celles des pelvi-péritonites qu'il faut opérer, la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait, à la grande rigueur, donner une laparotomie purement évacuatrice, suivie d'une toilette péritonéale minutieuse et d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

CHAPITRE II

HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Il existe deux variétés d'hématocèle pelvienne : l'une, la plus commune, est *intrapéritonéale*; l'autre, plus rare, est *extrapéritonéale*. La première a été désignée sous des noms un peu différents, tels que *hématocèle utérine*

⁽¹⁾ PAUL SEGOND, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 février 1891.

⁽²⁾ S. POZZI, *Ibid.*, 1890, p. 519.

(Bernutz⁽¹⁾), *hématocèle péri-utérine* (Gallard⁽²⁾, Poncet⁽³⁾), *hématocèle circum-utérine* (de Sinéty⁽⁴⁾), ou *hématocèle pelvienne* (Mac Clintock⁽⁵⁾, Pozzi⁽⁶⁾). Ces appellations diverses ont peut-être l'avantage de tenir compte du siège variable de l'épanchement; toutefois, la localisation de l'hématome dans le cul-de-sac de Douglas est si caractéristique et si fréquente, que je crois préférable de conserver à cette affection le nom très significatif d'*hématocèle rétro-utérine*, que Nélaton lui a donné. A son tour, la deuxième variété d'hématocèle, décrite par Huguier⁽⁷⁾ sous le nom d'*hématocèle extrapéritonéale*, mériterait mieux les qualifications de *thrombus*⁽⁸⁾ ou d'*hématome*⁽⁹⁾ des ligaments larges. Mais il me paraît plus simple d'attribuer la même dénomination générique à tous les épanchements sanguins péri-utérins, et, me conformant à l'usage, je décrirai successivement l'*hématocèle rétro-utérine* et l'*hématocèle extrapéritonéale*.

I

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

Récamier⁽¹⁰⁾ et Bourdon⁽¹¹⁾ ont reconnu l'existence de l'hématocèle; Bernutz⁽¹²⁾ en a fait ensuite une étude très complète; mais c'est à Nélaton⁽¹³⁾ que revient l'honneur de nous avoir donné de cette affection si particulière une description qui ne sera jamais dépassée. Les travaux qui ont suivi sont résumés d'une manière très complète par A. Poncet, dans sa thèse d'agrégation de 1877 et dans son article HÉMATOCÈLE du *Dictionnaire encyclopédique*. Depuis cette dernière publication, on a surtout cherché à rattacher l'hématocèle rétro-utérine à la grossesse tubaire dont elle serait la complication fréquente.

Pathogénie. — Étiologie. — Petit épanchement sanguin dans un péritoine malade, grande hémorrhagie dans une séreuse saine, tels sont les deux conditions pathogéniques fondamentales de l'hématocèle, et, selon les cas, elles agissent soit isolément, soit en se combinant d'une manière variable. En effet, suivant la remarque de Pozzi⁽¹⁴⁾, « il n'est guère douteux que les trompes au moment des

⁽¹⁾ BERNUTZ, *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel*. Arch. gén. de méd., 1848, t. XVII, p. 129; t. XVIII, p. 405; 1849, t. XIX, p. 186.

⁽²⁾ GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, 1885.

⁽³⁾ A. PONCET, *De l'hématocèle péri-utérine*. Thèse d'agrég. Paris, 1877.

⁽⁴⁾ DE SINÉTY, *Manuel de gynécologie*, 1879, p. 697.

⁽⁵⁾ MAC CLINTOCK, *Diseases of women*. Dublin, 1865.

⁽⁶⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 914.

⁽⁷⁾ HUGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1851, t. II, p. 141.

⁽⁸⁾ DENEUX, *Thrombus des ligaments larges*. Thèse de Paris, 1855.

⁽⁹⁾ J. KUHN, *Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder*. Zurich, 1874. — A. MARTIN, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476.

⁽¹⁰⁾ RÉCAMIER, *Gazette des hôpitaux*, 1851, p. 95.

⁽¹¹⁾ BOURDON, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin*. Revue médicale, juillet, août, septembre 1881, t. III, p. 5, 161 et 521.

⁽¹²⁾ BERNUTZ, *Loc. cit.*

⁽¹³⁾ NÉLATON, *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 575, 578, 581; 1852, p. 45, 66; 1855, p. 405. — VIGUÈS, Thèse de Paris, 1850.

⁽¹⁴⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 915.