

térectomie dans toutes les lésions énucléables des annexes (salpingites catarrhales accompagnées ou non de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, salpingites parenchymateuses, hémato-salpinx, pyo-salpinx); pour ces lésions la laparotomie me semble l'opération de choix.

Je reviendrai sur le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, à propos des abcès pelviens, pour lesquels je l'admets dans des cas exceptionnels.

### CHAPITRE III

#### PÉRI-MÉTRO-SALPINGITE

(INFLAMMATION PÉRI-UTÉRINE, PÉRIMÉTRITE, PARAMÉTRITE, PELVI-PÉRITONITE, PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE, ADÉNO-LYMPHITE, ADÉNO-PHLEGMON JUXTA-PUBIEN, ABCÈS PELVIEN, CELLULITE PELVIENNE).

Définition. Localisation. Types cliniques. — Aperçu historique des doctrines. Rôle du tissu cellulaire, du péritoine pelvien, des lymphatiques, de l'inflammation des annexes. — Anatomie pathologique. Péri-méthro-salpingite séreuse. Noyaux d'œdème inflammatoire. Collections séreuses. Péri-méthro-salpingite suppurée. Abcès pelviens. Phlegmons du ligament large. Abcès résiduels tardifs. Cellulite pelvienne diffuse. — Étiologie générale. — Symptômes et diagnostic. Noyaux d'œdème inflammatoire : diagnostic avec les corps fibreux; le prolapsus de l'ovaire; les kystes ovariens; les scybales. — Abcès pelviens : diagnostic avec le pyo-salpinx, le phlegmon du ligament large, l'hématocèle pelvienne. — Phlegmon du ligament large : diagnostic avec l'abcès pelvien; l'abcès de la fosse iliaque; la périphlébite; l'abcès ossifluent; le cancer de l'os iliaque. — Cellulite diffuse pelvienne. — Pronostic. — Traitement. Ponction par le vagin. Incision par le vagin, par le rectum, par la voie périnéale, par la voie pelvienne. Laparotomie sous-péritonéale et trans-péritonéale. Incision en deux temps. Incision par la paroi abdominale des abcès devenus superficiels. Hystérectomie vaginale pour les abcès infiltrés dans le plancher pelvien. Manuel opératoire. — Résidus d'inflammations anciennes. Massage. Électricité. Libération des adhérences. — Paramétrite chronique. Paramétrite chronique atrophique.

Définition. Localisation

La confusion qui a longtemps régné dans l'interprétation et la dénomination des inflammations diffuses du petit bassin n'est pas

encore entièrement dissipée. Cependant, grâce aux notions sur l'inflammation des trompes récemment acquises par l'étude plus éclairée des faits cliniques, puissamment aidée des particularités observées pendant les opérations, nous commençons à arriver à une vue à la fois plus nette et plus simple. On le sait aujourd'hui : si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une oophoro-salpingite comme centre que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus, ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien. Il est donc juste de faire entrer les annexes dans la dénomination de la maladie et de réunir toutes ces lésions sous le nom générique de péri-méthro-oophoro-salpingite, ou seulement par euphonie, de **péri-méthro-salpingite**.

Cet envahissement présente des caractères cliniques très différents par sa marche et son intensité, selon les conditions étiologiques où il s'opère. De là, une série de **types cliniques** distincts, quoiqu'une même pathogénie réunisse toutes ces espèces dans un genre commun.

**Aperçu historique.** — Ce furent d'abord les formes les plus violentes qu'on observa, et on décrit les grandes et rapides suppurations qui succèdent à une septicémie localisée d'origine puerpérale. Grisolle et Bourdon<sup>1</sup> marquèrent par leurs travaux cette première étape<sup>2</sup> : le phlegmon du ligament large y était encore confondu avec les abcès de la fosse iliaque de toute autre origine.

Nonat, Valleix, et leurs élèves<sup>3</sup> firent faire un pas de plus à la connaissance clinique des inflammations péri-utérines, en décrivant les collections purulentes plus limitées qui se produisent en arrière et sur les côtés de l'utérus; ces auteurs les localisaient dans le **tissu cellulaire**, qui existerait, d'après eux, non seulement entre les feuillets du ligament large, mais encore autour de la portion sus-vaginale du col, surtout en arrière, comme une bague dont le chaton serait dirigé vers le cul-de-sac de Douglas, suivant une comparaison de Gallard.

D'interminables discussions, plus théoriques que pratiques, s'élevèrent à ce propos; au même moment, une autre interprétation des

<sup>1</sup> GRISOLLE. *Arch. gén. de méd.*, 1839, 5<sup>e</sup> sér., t. IV, p. 59 et suiv. — H. BOURDON. *Revue méd.*, 1841, t. III, p. 5 et suiv.

<sup>2</sup> Il convient de mentionner seulement les notions antérieures : MAURICEAU attribuait toutes les tumeurs post-puerpérales à la rétention des lochies; Puzos croyait à une métastase laiteuse et son opinion, soutenue jusqu'au commencement de ce siècle par RITGEN, A. E. SIEBOLD, BUSCH, etc., a laissé des vestiges encore vivaces dans les préjugés populaires.

<sup>3</sup> NONAT. *Gaz. des Hôp.*, 1850, p. 97, 110 et 129. — ELEUTHÈRE MARTIN. Thèse de Paris, 1851. — VALLEIX. *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin.* (*Union méd.*, 1855, 5<sup>e</sup> sér., t. IX, p. 285 et 419). — GALLARD. *De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice.* Thèse de Paris, 1855.

Types cliniques.

Aperçu historique des doctrines.

Rôle du tissu cellulaire.

mêmes faits venait de se produire. Bernutz et Goupil<sup>1</sup>, après une description remarquable des phénomènes cliniques que nous rapportons maintenant à l'inflammation circonscrite ou diffuse des trompes, les avaient attribués, sans exception, à des inflammations du péritoine pelvien, à des pelvi-péritonites<sup>2</sup>.

Rôle du péritoine pelvien.

Quelques auteurs éclectiques, comme Matthews Duncan et Simpson<sup>3</sup>, admettaient les deux origines précédentes. Virchow<sup>4</sup> créa les mots de périmérite et de paramérite, pour distinguer l'inflammation du péritoine de celle du tissu cellulaire circum-utérin.

Une nouvelle interprétation d'une série de faits très analogues, sinon identiques, venait encore ajouter aux embarras des nosologistes.

Rôle des lymphatiques.

Le rôle des lymphatiques dans les inflammations péri-utérines, après l'accouchement, avait été entrevu par beaucoup d'auteurs. J.-L. Championnière<sup>5</sup> leur attribua encore plus d'importance et étendit leur action jusqu'en dehors de l'état puerpéral à l'utérus en état de vacuité.

Alph. Guérin<sup>6</sup> crut avoir découvert un nouveau type clinique et

<sup>1</sup> G. BERNUTZ et E. GOUPIL. *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5<sup>e</sup> sér., t. IX, p. 449, et *Clin. méd. sur les maladies des femmes*, Paris, 1862, t. II, p. 7.

<sup>2</sup> Le mot de *péri-métri-salpingite* a pour but dans ma pensée d'indiquer expressément que ces inflammations sont consécutives, sans exception, à des lésions de l'utérus ou des annexes. Le terme de *pelvi-péritonite*, au contraire, que les travaux de BERNUTZ et GOUPIL avaient rendu classique en France, laisse ce point dans le doute, et paraît même indiquer qu'il s'agit d'une inflammation primitive du péritoine; c'est pourquoi je ne saurais comprendre la réhabilitation qu'en a tentée P. RECLUS. *Semaine méd.*, 1891, n<sup>o</sup> 55, p. 282.

<sup>3</sup> M. DUNCAN. *A practical treatise on perimetritis and parametritis*. Edimbourg, 1869. — J. Y. SIMPSON. *On pelvic cellulitis and pelvic peritonitis*, in *Clinical lectures on the diseases of women* (éditées par A. R. Simpson). Edimbourg, 1872.

<sup>4</sup> VIRCHOW, cité par P. DELBET. *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 155. — Beaucoup d'auteurs attribuent encore ces dénominations à DUNCAN.

<sup>5</sup> J. L. CHAMPIONNIÈRE. Thèse de Paris, 1870.

<sup>6</sup> ALPH. GUÉRIN. *Leçons clin. sur les mal. des organes génitaux internes de la femme* (11<sup>e</sup> leçon). Paris, 1878. — Dans une communication à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad.*, 11 mai 1887, p. 553), ALPH. GUÉRIN nie catégoriquement le phlegmon du ligament large, qui ne serait que l'adéno-phlegmon juxta-pubien méconnu. Il appuie cette affirmation sur des considérations anatomiques. D'après lui, le ligament large serait constitué par deux aponévroses placées de champ et une aponévrose placée de plat, à leur base. Une véritable cavité close serait ainsi constituée : le pus ne saurait se répandre hors d'elle pour fuser dans le tissu cellulaire voisin, comme cela s'observe cependant en clinique : d'après l'éminent académicien, l'ancienne localisation était donc erronée. L'adéno-phlegmon serait le résultat d'une lymphangite du réseau lymphatique du col de l'utérus allant dans des ganglions placés près du trou sous-pubien. Ce serait un véritable bubon inflammatoire, et les larges connexions du tissu cellulaire qui l'entoure avec celui qui double la paroi abdominale rendraient parfaitement compte du *plastron* inflammatoire. Malheureusement, cette séduisante théorie n'est pas à l'abri de la critique, au point de vue des faits anatomiques sur lesquels elle se base. La conception nouvelle du ligament large comme une cavité close que le péritoine envelopperait « de même qu'il enveloppe l'estomac ou l'intestin » est encore à démontrer; les pièces sèches de JARJAVAY, qu'on a invoquées, ne sauraient être une preuve suffisante, car sur de pareilles préparations, l'artifice, même inconscient, défigure

une localisation différente de l'inflammation autour de l'utérus; il les décrit sous le nom d'adéno-phlegmon juxta-pubien. Le point de départ serait dans un ganglion lymphatique rétro-pubien ou obturateur, ainsi que dans les vaisseaux afférents répandus au-dessous du péritoine et autour de l'utérus. Toutes les fois que les prétendus phlegmons du ligament large s'étendraient au tissu cellulaire de la paroi abdominale, on aurait affaire, d'après Alph. Guérin, à un adéno-phlegmon juxta-pubien. En outre, Guérin, L. Championnière, Guéneau de Mussy, Siredey, Martineau admettaient l'adéno-lymphite, pour expliquer les inflammations plus circonscrites péri- et paramétritiques.

L'interprétation lymphatique avait, dès lors, tout envahi, et il ne restait plus rien du rôle attribué soit au tissu cellulaire, soit au péritoine. Dans cette théorie, du reste, comme dans les précédentes, l'inflammation partait de la muqueuse de l'utérus et la métrite initiale attirait alors toute l'attention du clinicien<sup>1</sup>.

Au début même des débats contradictoires qui partageaient la majorité des gynécologistes, une théorie s'était fait jour timidement, et, faute de démonstration suffisante, n'avait pas reçu l'accueil qu'elle méritait. Aran<sup>2</sup>, qui le premier a eu une vue nette de l'importance extrême de l'ovaire et de la trompe en pathologie utérine, devança, on peut le dire, son époque, en subordonnant franchement

Rôle de l'inflammation des annexes.

les dispositions naturelles. Quant au ganglion sous-pubien (signalé par CRUVEILHIER), il ne recevrait pas les lymphatiques du col utérin. SAPPEY (*Bull. Acad. de méd.*, 18 mai 1887) affirme contradictoirement que les lymphatiques utérins se rendent : ceux du tissu musculaire dans des ganglions placés au niveau de l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive (vaisseaux de la face antérieure de l'utérus qui ont d'abord cheminé sur les bords du ligament large); ceux de la face postérieure, dans les ganglions pelviens, en arrière de l'iliaque primitive; ceux du bord supérieur, dans les ganglions lombaires. Les lymphatiques de la muqueuse iraient parfois, d'après SAPPEY, dans un petit ganglion non constant, près de l'insertion du vagin sur le col. Le savant anatomiste n'hésite pas à affirmer qu'une pièce sèche, déposée au musée de Clamart, et que A. GUÉRIN invoquait à l'appui de sa théorie, est tout à fait artificielle et ne saurait faire foi.

Si la suppuration du ligament large existe, est-elle due à une lymphangite? GUÉNEAU DE MUSSY l'a le premier avancé; L. CHAMPIONNIÈRE l'a soutenu et a même prétendu que ce ligament contenait souvent des ganglions lymphatiques, fait qui est inexact. Ce même auteur en a décrit autour des vaisseaux utéro-ovariens que ni AUGER ni POIRIER n'ont retrouvés. (G. AUGER. *De la lymphadénite péri-utérine*. Thèse de Paris, 1876. — FLOUPE. *Lymphatiques utérins*, etc. Thèse de Paris, 1876.) Mais il est indiscutable que de gros troncs lymphatiques les côtoient et peuvent servir de chemin à l'inflammation. POIRIER en a récemment donné une bonne description dans la thèse de CANTIN. *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889. — Voir aussi P. POIRIER. *Progrès méd.*, 1889, n<sup>os</sup> 47 à 51; 1890, n<sup>os</sup> 2 et 4.

<sup>1</sup> Il conviendrait, à propos de ces débats, de citer encore les noms de GOSSELIN, DOHERTY, CHURCHILL, LEVER, BENNETT, KIWIISH, SCANZONI, et les noms plus récents de OLSHAUSEN, SPIEGELBERG, W. A. FREUND, MONPROFIT, ROUTIER, POIRIER, etc. Mais je ne fais pas ici un historique complet, me bornant à esquisser l'évolution des idées.

<sup>2</sup> ARAN. *Leçons clin.*, p. 667.

la pelvi-péritonite à l'inflammation des annexes de la matrice. Il indiqua nettement que celles-ci forment toujours le foyer central autour duquel pus et fausses membranes s'amassent. Des observations isolées<sup>1</sup> tendant à démontrer cette proposition furent publiées, mais passèrent inaperçues.

Actuellement, on tend à revenir à la doctrine d'Aran, sans affirmer pourtant, me semble-t-il, avec assez de décision que seule elle peut et doit rendre compte de presque toutes les inflammations péri-utérines. Les auteurs les plus récents<sup>2</sup> conservent encore une description séparée pour la paramétrite et la périmétrite, en y ajoutant parfois l'adéno-lymphite, et le lecteur désorienté ne sait comment se reconnaître au milieu des subtilités d'un diagnostic illusoire. Pour ma part, je me rallie franchement à la doctrine d'Aran. Les faits que j'ai observés me démontrent que la grande majorité des inflammations *péri-* et *para-*utérines ne sont que des salpingites et des péri-salpingites<sup>3</sup>. Les lymphatiques y jouent assurément un grand rôle, mais ce rôle est lui-même subordonné à l'inflammation antérieure de la muqueuse de l'utérus et de son prolongement dans l'oviducte. Or, c'est le phénomène primordial qui doit imposer son nom à la maladie.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — Je décrirai successivement les diverses formes anatomiques que peut affecter l'inflammation autour de l'utérus et de ses annexes, en commençant par la plus atténuée pour arriver ensuite à des formes de plus en plus graves. Ces types cliniques sont : 1° La péri-méthro-salpingite séreuse; 2° L'abcès pelvien; 3° Le phlegmon du ligament large; 4° La cellulite pelvienne diffuse.

Péri-méthro-salpingite séreuse.

**I. Péri-méthro-salpingite séreuse.** — Ce n'est pas dans les autopsies que l'on peut observer cette lésion; mais il est possible de la voir très distinctement au cours de certaines opérations. Pour ma part, j'ai, à deux reprises, trouvé une infiltration œdémateuse de l'aileron du ligament large autour d'une trompe atteinte de salpingite purulente. Avant la laparotomie, et par la palpation bi-manuelle, cette infiltration donnait la sensation d'une tumeur assez volumineuse qui pouvait, à tort, être attribuée à la trompe elle-même. La lymphangite joue assurément un grand rôle dans cet œdème aigu donnant lieu à des **noyaux inflammatoires**. On en a la preuve dans l'engorgement qui se produit parfois dans les ganglions inguinaux, lesquels communiquent avec les lymphatiques de la surface de l'utérus par un petit vaisseau qui suit le ligament rond (fig. 515, 9).

Noyaux d'œdème.

Sa

<sup>1</sup> M. BOUVERET. *Annal. de Gyn.*, 1875, t. IV, p. 427. — C. DAROLLES, *ibid.*, t. VI, p. 419.

<sup>2</sup> A. MARTIN. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç., Paris, 1899.

<sup>3</sup> Voir, sur ce sujet, J. W. TAYLOR. *Clinical lecture on pyo-salpinx, with remarks on the old faith and the new, regarding parametritis.* (*Lancet*, 1889, t. II, p. 581.)

Ces œdèmes durs peuvent, sans doute, envahir le tissu cellulaire lâche qui entoure l'oviducte, sous l'influence d'une poussée aiguë de la salpingite qui leur sert de noyau. Il n'est pas inadmissible non plus qu'une effusion de muco-pus ou de sang provenant de la muqueuse enflammée vienne de temps à autre irriter le cul-de-sac de Douglas où les annexes sont si souvent prolabées (L. Tait). Quoi qu'il en soit, l'œdème inflammatoire intermittent autour des annexes malades ne saurait être contesté. L'observation directe l'a démontré, et l'induction autorise à l'invoquer, selon de Sinéty, dans les cas où

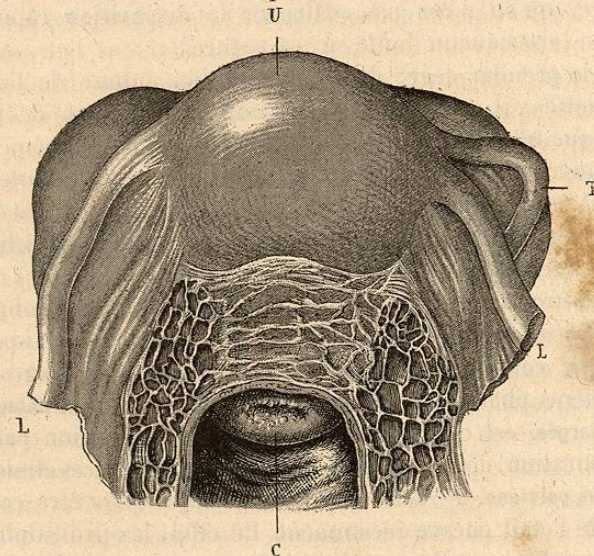


Fig. 529. — Péri-méthro-salpingite séreuse (œdème inflammatoire). C. Col de l'utérus, vu par une ouverture faite à la paroi du vagin.

des masses volumineuses apparaissent et disparaissent en quelques jours sur les côtés de l'utérus, comme cela a été constaté par tous les cliniciens. C'est ainsi qu'une carie dentaire amène une tuméfaction volumineuse de la joue dont on ne trouve souvent plus de traces, au bout de quarante-huit heures<sup>1</sup>. A côté de cette péri-salpingite séreuse il faut placer la péri-métrite séreuse. Il est des cas, en effet, où l'œdème inflammatoire se produit à la base du ligament large, autour des gros troncs lymphatiques venus du col utérin (fig. 514). C'est ce qu'on observe, en particulier, après certaines opérations sur cet organe (opération de Schroeder, d'Emmet, etc.), quand elles n'ont pas été suffisamment aseptiques.

A cet œdème inflammatoire du tissu conjonctif sous-péritonéal,

<sup>1</sup> DE SINÉTY. *Traité prat. de gyn.*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1884, p. 817. — *Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus considérées surtout dans leur forme bénigne.* (*Progrès méd.*, 1882, p. 591 et 611.)

Collections  
séreuses.

anatomiquement comparable à l'œdème *expérimental* produit par le procédé de Ranvier, se joint parfois une sécrétion de sérøsité entre les fausses membranes autour des annexes et, en particulier, dans le cul-de-sac de Douglas, formant des *collections séreuses*. Des ponctions capillaires faites dans ces circonstances dans un but thérapeutique ont mis le fait hors de doute et en ont établi la fréquence. Du reste, il a pu être constaté au cours de certaines laparotomies. A. Doran<sup>1</sup> a publié un cas curieux où une collection séreuse de cette nature a été prise, après l'ouverture de l'abdomen, pour un sarcome de l'ovaire, qu'on n'osa pas extirper; la disparition rapide de la tumeur ne laissa aucun doute sur sa nature<sup>2</sup>.

Tel est le premier degré de l'inflammation autour de l'utérus et de ses annexes; il correspond dans l'immense majorité des cas à un type clinique très défini, celui des poussées aiguës éphémères dans les inflammations des trompes. C'est aussi à lui, sans doute, que se rapportent les paramétrites circonscrites et larvées qui ont été invoquées pour expliquer le relâchement ou la rétraction des ligaments de l'utérus (Schultze).

Péri-méto-sal-  
pingite  
suppurée.

La *péri-méto-salpingite suppurée* présente deux types cliniques fort différents. L'un correspond aux phases ultimes de la pelvi-péritonite des auteurs, comme la salpingite et le pyo-salpinx correspondent aux premières phases: c'est l'abcès pelvien. L'autre, le phlegmon des ligaments larges, est caractérisé par un mode d'extension particulier de la suppuration, déterminé par certaines circonstances étiologiques.

Abcès pelviens.

II. *Abcès pelviens*. — Cette expression ne doit plus être comprise, comme elle l'était encore récemment. En effet, les pyo-salpinx volumineux, qui forment de grandes poches purulentes adhérentes sur une grande partie de leur surface au petit bassin, ont longtemps été pris pour des collections de pelvi-péritonite enkystée ou pour des abcès développés au-dessous du feuillet péritonéal, et appelés à tort *abcès pelviens*<sup>3</sup>. Leur véritable origine est, à la vérité, difficile à démontrer, et demande une décortication du sac tubaire que les premiers opérateurs qui sont allés chercher le pus dans l'abdomen n'auraient pas osé entreprendre, alors même qu'ils l'auraient cru possible. Quand on se trouve, à l'ouverture du ventre, en présence d'une poche égale ou supérieure au volume des deux poings, cir-

<sup>1</sup> ALBAN DORAN. *Anterior serous perimetritis simulating ovarian sarcoma when explored by abdominal section. Recovery with disappearance of the cyst.* (Trans. of the Obst. Soc., Londres, 1889, t. XXXI, p. 217, et *ibid.*, 6 mai 1891.)

<sup>2</sup> Ces collections séreuses peuvent suppurer et constituer alors des poches adventices, autour des annexes malades, où celles-ci sont parfois entièrement dissimulées; ce sont ces lésions que l'on a décrites depuis BERNUTZ, sous le nom de *pelvi-péritonites*.

<sup>3</sup> J'ai pris pour type de la description des abcès pelviens la variété la plus fréquente. Ce n'est pas à dire que je méconnaisse les autres origines de collections purulentes du petit bassin, comme on me l'a fait dire à tort. (RECLUS, *loc. cit.*)

conscrite de tous côtés par des adhérences, semblant faire corps en arrière avec le cul-de-sac de Douglas qu'elle remplit, soudée latéralement au pelvis et supérieurement à l'épiploon et même à l'intestin, il est très naturel de penser qu'il y a là un abcès formé, soit dans le tissu sous-péritonéal (paramétrite), soit dans le péritoine cloisonné par des fausses membranes (pelvi-péritonite); il s'agit pourtant alors, dans la grande majorité des cas, d'un *kyste purulent tubaire* qui, d'abord libre, a été soudé par un travail ultérieur. C'est ce dont on peut s'assurer par la décortication hardie de cette poche (qu'il est prudent de vider d'abord par l'aspiration). Quand ce travail, souvent très laborieux, est terminé, on rencontre un kyste muni d'un pédicule interne inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée.

La majeure partie des prétendus *abcès pelviens* traités par la laparotomie et l'incision, sans tentative d'extirpation totale, par L. Tait, Hegar, Terrillon, etc., il y a encore peu d'années, n'étaient donc que des pyo-salpinx adhérents, qu'actuellement on doit s'efforcer d'extirper en totalité<sup>4</sup>. Leur histoire clinique et opératoire appartient au chapitre des pyo-salpinx auquel je renvoie.

Reste cependant parmi ces collections enkystées un certain nombre de cas où la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse. Ces faits peuvent être différenciés, avec raison, par une appellation spéciale, et le nom d'abcès pelviens peut leur être conservé, en spécifiant qu'il sera réservé aux *collections purulentes non énucléables*. Ce nom a donc une valeur chirurgicale plutôt qu'anatomique. De fait, à l'autopsie, il est généralement impossible, dans ces cas avancés, de se rendre compte de la nature de la paroi de l'abcès, et de savoir s'il s'agit du péritoine, d'une fausse membrane ou de la paroi de la trompe dilatée<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Tel est, en particulier, le cas des observations publiées par O. TERRILLON, *Ouverture des abcès intra-péritonéaux et profonds du bassin par la laparotomie.* (Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1887, p. 567.)

<sup>5</sup> On trouvera de nombreux exemples de ces difficultés d'interprétation de pièces. ALPH. GUÉRIN (*Leçons clin. sur les maladies des org. génitaux internes de la femme*, Paris, 1878, p. 358) rapporte qu'il a eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme morte, dans le service de NONAT, d'une affection qualifiée de *phlegmon péri-utérin* par ce médecin, tandis qu'il a constaté qu'il s'agissait d'une *pelvi-péritonite*. Cela lui prouve « que la pelvi-péritonite est bien la maladie que NONAT a rapportée à l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ». Mais A. GUÉRIN passe ici sous silence l'état des ovaires et des trompes. — GOUDEAU et MOULONGUET (*Bull. de la Soc. anat.*, 27 avril 1887) ont montré une pièce caractéristique à ce point de vue. Il s'agissait d'un pyo-salpinx survenu en dehors de l'état puerpéral, et ayant donné lieu à tous les symptômes classiques de la pelvi-péritonite de BERNUTZ. On trouva, à l'autopsie, le petit bassin rempli par une masse volumineuse remontant jusqu'àuprès de l'ombilic et recouverte par les intestins, qui lui adhéraient intimement. L'utérus était refoulé à gauche par une tumeur fluctuante, grosse comme les deux poings, pleine de pus, à parois épaisses; elle était formée de deux

Parmi les abcès pelviens, on doit, pour la même raison, classer certains kystes inclus dans le ligament large, certaines hématocèles, ayant suppuré et s'étant transformées en collection purulente, en abcès, adhérent de tous côtés et insolublement aux parties molles ou dures du pelvis. Au nombre des cas d'abcès pelviens guéris par la laparotomie et l'incision que cite L. Tait<sup>1</sup>, on en trouve un qu'il rapporte à une grossesse extra-péritonéale intra-ligamentaire. On ne rencontra pas de vestige de fœtus dans le pus, mais seulement des débris de placenta.

Donc, si les pyosalpinx excessivement adhérents constituent la grande majorité des abcès pelviens, ceux-ci ont exceptionnellement une autre localisation.

Dans certains cas, du reste, les annexes malades, mais peu volumineuses, sont le point de départ d'un gros abcès pelvien, dont la cavité est circonscrite par des fausses membranes et des anses intestinales agglutinées. C'est dans ces cas surtout qu'on a été tenté d'attribuer dans la dénomination de la maladie la plus grande part à l'inflammation du péritoine, et qu'on l'a qualifiée de *pelvi-péritonite*, en faisant trop bon marché de l'oophoro-salpingite initiale.

Enfin, j'ai exceptionnellement observé des collections purulentes assez éloignées de pyo-salpinx, développées probablement autour des vaisseaux lymphatiques infectés à distance par la lésion utéro-tubaire; mais toujours on peut constater que cette lésion primordiale existe<sup>2</sup>.

Fistules.

L'adhérence intime d'un pyo-salpinx aux parois pelviennes ou aux organes contenus dans le petit bassin est un premier pas vers l'ouverture spontanée. Celle-ci tend à se faire surtout dans le rectum; après une première évacuation qui a détendu la poche, momentanément, une nouvelle survient, et bientôt la communication entre la poche et l'intestin devient, sinon permanente, au moins régulièrement intermittente. Ces fistules se produisent aussi du côté du cul-de-sac vaginal, quoique plus rarement. Enfin, si le déve-

poches communiquant entre elles. Elle était accolée à l'utérus et semblait développée aux dépens de la trompe et de l'ovaire droit, dont il était impossible de retrouver les traces.

<sup>1</sup> L. TAIT. *Pathological importance of the broad ligaments*. (Edinb. med. Journ., août 1889, t. XXXV, p. 97.)

<sup>2</sup> En d'autres termes, s'il y a toujours dans les lésions complexes qui donnent lieu aux abcès pelviens, soit de la pelvi-péritonite, soit de la lymphangite, soit de la cellulite, il faut reconnaître que ces éléments morbides ne sont que secondaires; par suite, j'ai cru devoir les placer au second plan, au point de vue nosologique, et donner à la maladie le nom plus compréhensif de *péri-méthro-salpingite*, nom destiné à guider à la fois le clinicien et l'opérateur. Les abcès pelviens, qui constituent une espèce de ce genre, sont plus spécialement dus à la *péri-oophoro-salpingite*, tandis que les phlegmons du ligament large, seconde espèce des suppurations pelviennes, sont le plus souvent consécutifs à une infection utérine, à une *périmétrite*.

loppement de l'abcès s'est accompli peu après l'accouchement, quand les annexes soulevées par l'ascension de l'utérus grévide ont une tendance à se porter en avant, la suppuration peut se faire jour dans la loge antérieure du petit bassin, et, après s'être étalée dans la cavité pré-vésicale de Retzius, fuser vers le pli de l'aîne ou l'ombilic<sup>1</sup>.

Ces abcès pelviens fistuleux constituent une variété des plus importantes. A une période éloignée de leur développement initial, ils se réduisent à des clapiers de peu d'étendue, mais très sinueux et plongés dans le tissu d'induration chronique dont la cure est excessivement difficile<sup>2</sup>.

Klob<sup>3</sup> a indiqué la dégénérescence graisseuse fréquente des fibres musculaires de l'utérus, au voisinage des suppurations pelviennes. J'ai eu moi-même l'occasion de l'observer: elle est particulièrement appréciable quand on essaye de décortiquer une poche adhérente à cet organe, qui se déchire alors facilement.

Des amas indurés formés par l'infiltration et la prolifération du tissu conjonctif existent souvent sur la limite des abcès pelviens et s'étendent plus ou moins loin d'eux. Ils peuvent survivre à leur évacuation et constituer des résidus très lents à se dissiper. L'épiploon peut aussi présenter des masses ligneuses d'épiptoite chronique. Toutes ces lésions disparaissent très vite, après l'évacuation du foyer purulent.

Résidus.

III. Le phlegmon du ligament large est presque toujours consécutif à un récent accouchement, lorsque le tissu cellulaire de ce repli séreux a été distendu et relâché, et que ses veines, rendues vari-

Phlegmons du ligament large.

<sup>1</sup> BERNUTZ (*Arch. de tocol.*, 1874, t. [I, p. 486] cite deux cas de suppuration péri-utérine ouverte à la région ombilicale; les malades moururent. — ALPH. GUÉRIN (*loc. cit.*, p. 285) cite un cas où une fistule ombilicale persista longtemps et guérit après une nouvelle grossesse; il semble qu'il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un phlegmon du ligament large survenu peu de jours après l'accouchement.

<sup>2</sup> TRÉLAT (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 26 déc. 1888, p. 1055) les a très nettement indiqués sous le nom de « cas complexes se reliant plus ou moins directement aux salpingites et aux pelvi-péritonites anciennes ». Il propose pour eux le nom de *cellulite pelvienne*, que je réserve, pour ma part, à une autre espèce. — WIEDOW (3<sup>e</sup> Congrès des gyn. all., Fribourg, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 520) fait aussi une catégorie spéciale des abcès fistuleux.

On a signalé l'ouverture de pyo-salpinx et d'abcès pelviens dans la vessie; je crois que le fait d'AGG. REVERDIN (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 1016) n'est pas probant et que la lésion vésicale a pu être produite par le trocart et non par une perforation spontanée. Les observations de MUNDÉ (*Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1886, p. 115 et suiv.) montrent la facilité de cette blessure. Quant à l'ouverture des suppurations pelviennes à l'échancrure sciatique, et au triangle de J.-L. PETIT dans la région lombaire, elles sont, je crois, plutôt relatives à des abcès de la fosse iliaque par péri-typhlite, ou à des abcès péri-néphrétiques, et non à des suppurations provenant des organes génitaux. Des confusions ont été souvent faites à ce sujet.

<sup>3</sup> KLOB. *Wien. med. Woch.*, 1862, nos 48 et 49. et *Path. Anat. der weibl. Sexualorgane*, 1868.