

queuses, sont devenues le siège de thrombus ou même présentent des ruptures qui ont permis au sang de s'épancher en nappe plus ou moins grande. Il y a là un état anatomique éminemment propre à favoriser l'invasion rapide, en masse, de la suppuration. Quel est, du reste, son point de départ précis? L'infection se fait-elle par les trompes enflammées qui occupent le bord supérieur du repli ou par une véritable péri-lymphangite des gros troncs qui côtoient le ligament large? Les deux processus sont également vraisemblables et peuvent, du reste, coexister; ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est l'état anatomique préalable ou l'intensité de l'infection qui permettent à la lésion de revêtir d'emblée un caractère celui d'un *phlegmon* ayant tendance à la diffusion, bien d'un *abcès circonscrit*.<sup>1</sup>

Il n'existe dans la science que peu de documents anatomiques précis sur cette affection. Dans une autopsie publiée par Lewers<sup>2</sup>, on trouve signalés des faits intéressants : les deux feuillets du péritoine étaient séparés par une exsudation abondante qui partait du bord inférieur de la trompe et s'étendait jusqu'à la base du ligament, en bas, jusqu'à la paroi pelvienne, en dehors. La trompe était étirée au-dessous de la surface convexe de cette tuméfaction; l'auteur ne donne aucun détail sur son état anatomique, qu'il ne paraît pas avoir recherché, mais il signale expressément un petit abcès dans l'épaisseur de l'ovaire et dit que sa surface adhérait par des exsudations récentes à la surface du ligament large. Il est donc extrêmement probable que la trompe était malade, et en tous cas le ligament large a pu être infecté par l'ovaire suppuré. La coupe du ligament large montrait un tissu aréolaire comme celui d'une grosse éponge, dont les cavités renfermaient du liquide séro-sanguinolent. Dans une autopsie à laquelle a assisté Carter<sup>3</sup>, la coupe du ligament large donnait l'idée d'une injection interstitielle de matière plastique, séparant les uns des autres les éléments normaux, maintenant les veines distendues, les lymphatiques immobilisés et béants. Enfin, Delbet<sup>4</sup> a publié l'autopsie d'une femme accouchée depuis trois semaines où il a trouvé à la base de chacun des ligaments

<sup>1</sup> P. DELBET (*Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 152 et suiv.) divise les phlegmons du ligament large en *phlegmons de la gaine hypogastrique* et en *phlegmons du ligament large proprement dits*. Les premiers, les plus fréquents, siègent dans le tissu cellulaire, traversé par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne et les lymphatiques du col et de la portion supérieure du vagin. Les seconds, rares, siègent dans la région du ligament large, traversée par l'artère utéro-ovarienne, par les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire.

<sup>2</sup> ARTHUR H. LEWERS. *Note on the post-mortem appearances of the broad ligament*. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1888, t. XXX, p. 7.)

<sup>3</sup> CARTER, *ibid.*, p. 9.

<sup>4</sup> P. DELBET, *loc. cit.*, p. 156 et suiv.

larges une cavité purulente contenant environ 100 grammes de pus, traversée par des brides épaisses, lesquelles étaient formées par des vaisseaux artériels et veineux. Une injection poussée dans l'artère hypogastrique démontra que ces vaisseaux étaient les branches viscérales de l'iliaque interne.

L'infiltration inflammatoire se propage facilement en dehors, sous le péritoine, le long du psoas iliaque, jusque vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, et là elle déborde dans le pannicule adipeux sous-cutané par des points faibles de la couche musculo-aponeurotique, orifices vasculaires et canaux nerveux. Dès que la poche est devenue tangente aux parois abdominales, elle s'y résiste par suite, donne lieu à la sensation d'une plaque ou d'un abcès résistant<sup>1</sup>. La suppuration succède d'ordinaire à l'infiltration; mais elle peut manquer; alors le processus s'arrête et le pus ne se résout, ne laissant subsister après lui que des masses indurées. Dans ces circonstances, j'ai observé un phénomène curieux et peu connu qui survient assez longtemps après que les phénomènes d'inflammation péri-utérine paraissent entièrement dissipés : alors que tout semblait terminé, on voit apparaître les signes d'un foyer plus ou moins éloigné du lieu d'origine, vers la fosse iliaque, dans la gaine du psoas et jusque dans le tissu cellulaire péri-néphrétique. Il semble qu'il soit demeuré là des vestiges, des résidus septiques qui évoluent tardivement, après avoir perdu tout point d'attache avec leur premier point de départ. Il est probable que les lymphatiques jouent un rôle capital dans la formation de ces abcès tardifs, analogues à ceux qu'on voit se produire dans les régions où a évolué une lymphangite, plusieurs jours après sa disparition.

IV. *Cellulite pelvienne diffuse*. — Dans tous les faits précédents, l'infection septique était plus ou moins localisée et aboutissait à des lésions maintenues dans de certaines limites. Il n'en est pas toujours ainsi : à la suite de certains empoisonnements puerpéraux, l'infiltration s'étend rapidement à tout le tissu cellulaire pelvien, à la manière d'un érysipèle malin, d'où le nom d'*erysipelas malignum puerperale* que lui a donné Virchow<sup>2</sup>. Les tissus œdématisés ont une couleur livide, les lymphatiques sont remplis de microcoques, les veines contiennent des caillots ou du pus; ces cas-là sont presque

<sup>1</sup> O. TERRILLON (*Arch. de tocol.*, 1889, p. 170) a montré par des observations probantes que le plastron abdominal se produit lorsque les annexes enflammées viennent se mettre en contact avec la paroi abdominale; le contact peut même ne pas être immédiat, mais se faire par l'intermédiaire de masses inflammatoires périphériques englobant l'épiploon. — Ce fait avait été signalé par Polk. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1887, t. XX, p. 651.

<sup>2</sup> VIRCHOW. *Arch. f. path. Anat.*, 1862, Bd. XXIII, p. 415.

Abcès résiduels tardifs.

Cellulite pelvienne diffuse.

fatalement mortels. Le rôle capital des lymphatiques ne saurait ici être mis en doute; on est en présence d'une véritable lymphangite septique, partie de la plaie utérine et englobant tout ce qui entoure l'appareil génital. C'est à ce type clinique que je propose de réserver le nom de **cellulite pelvienne diffuse**<sup>1</sup>.

Étiologie générale.

**Étiologie générale.** — Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit relativement à l'étiologie des inflammations des trompes, et qui s'applique très exactement ici, puisque, à l'exception de la cellulite pelvienne diffuse, qui constitue une classe à part, toutes ou presque toutes les inflammations péri-utérines ne sont que l'extension d'un foyer tubo-ovarien. Je me bornerai à signaler les circonstances étiologiques particulières aux diverses catégories que j'ai distinguées.

Les **noyaux d'œdème inflammatoire** s'observent dans le cours de toutes les formes d'inflammation aiguë ou chronique des trompes<sup>2</sup>.

Les **abcès pelviens** succèdent aux pyo-salpinx ou à la suppuration d'un kyste ovarique inclus ou d'un foyer d'hématocèle pelvienne, au voisinage d'une trompe enflammée. La temporisation excessive, les explorations trop prolongées et trop violentes favorisent leur formation.

Les **phlegmons du ligament large** s'observent-ils en dehors de l'état puerpéral, dont j'ai essayé de faire ressortir l'influence prédisposante? Bernutz admet que, sur vingt cas, il y en a dix-sept qui doivent être rapportés à l'état puerpéral. Frasier<sup>3</sup>, dans un travail qui eut un grand retentissement, a prétendu que le phlegmon du ligament large ne s'observait jamais en dehors de cette étiologie restreinte. Delbet<sup>4</sup> émet l'opinion qu'on observera bientôt plus de phlegmons du ligament large en *dehors* que *pendant* la puerpéralité. Ces deux opinions sont trop exclusives. Assurément, l'infection de l'utérus par des opérations septiques paraît avoir amené les mêmes accidents que la puerpéralité; mais ces faits sont rares, et ils sont toujours l'indice d'une infection due à la négligence des règles qui président actuellement aux opérations. Ces conditions pathogéniques se rencontrent surtout et encore trop souvent à la suite de certains accouchements ou avortements; de là vient que l'état puerpéral est la cause la plus ordinaire des phlegmons du ligament large.

<sup>1</sup> ALEX. J. C. SKENE (*Pelvic cellulitis* in *The Brooklyn med. Journ.*, janv. 1889, t. III, p. 1) confond sous ce nom de cellulite pelvienne, ainsi que beaucoup d'auteurs, à la fois ce que j'appelle abcès pelvien et cellulite pelvienne diffuse.

<sup>2</sup> La salpingite initiale, point de départ des accidents, a le plus souvent été méconnue jusqu'ici. Je n'en veux pour preuve que l'excellent tableau clinique tracé par de SINÉTY (*loc. cit.*, p. 815), où, sous le nom d'*inflammation circum-utérine proprement dite*, il décrit admirablement les symptômes de la salpingite catarrhale, y compris les coliques salpingiennes, qu'il rapporte, après les avoir soigneusement notées, « à la constipation si fréquente dans ces conditions, et à la présence de gaz dans l'intestin ».

<sup>3</sup> FRASIER. *Étude sur le phlegmon du ligament large*. Thèse de Paris, 1866.

<sup>4</sup> DELBET, *loc. cit.*, p. 204.

Enfin, la **cellulite pelvienne diffuse** pourrait survenir dans les mêmes conditions, accouchement ou opération quelconque sur les voies génitales accomplies dans des conditions de septicité exceptionnelles; elle est assez comparable à la cellulite qu'on voyait autrefois survenir, après les opérations graves sur la vessie ou sur le rectum.

**Symptômes et diagnostic.** I. **Péri-méthro-salpingite séreuse.** — Les signes de l'inflammation propagée autour des trompes et de l'utérus, dans sa forme la plus bénigne, sont ceux que j'ai sommairement indiqués dans le chapitre des salpingites sous le nom de **poussées aiguës**. La description en a été bien faite par divers auteurs, mais sous des noms différents. Peter<sup>1</sup>, Guéneau de Mussy<sup>2</sup> les avaient signalées sans en spécifier la localisation exacte. Martineau<sup>3</sup> les a rapportées à l'adénite péri-utérine. Courty<sup>4</sup> admet aussi l'origine lymphangitique. Mundé, en Amérique, et A. Martin, en Allemagne, l'ont acceptée. Cantin<sup>5</sup> a consacré un bon travail à la défense de cette opinion.

Symptômes et diagnostic.

Outre les signes de la **salpingite concomitante**, voici ceux qui sont propres à l'inflammation circonvoisine : les femmes se plaignent d'une recrudescence de leurs malaises habituels; il est rare, cependant, qu'il y ait un **état fébrile** marqué; un peu d'embarras gastrique se montre seulement. A l'examen par le toucher, on constate une sensibilité plus grande dans les culs-de-sac; parfois même, une **douleur** très vive et très localisée arrache une plainte à la malade chaque fois que le doigt revient à la même place. Il peut y avoir de l'**empâtement** général de la région, surtout s'il y a eu déjà antérieurement des atteintes pareilles ou plus fortes, ayant laissé subsister des adhérences qui ont **ankylosé** l'utérus : dans ces cas-là, les signes fournis par le toucher pourront, au moment d'une simple poussée aiguë de cette nature, revêtir un caractère apparent de gravité contre lequel un clinicien expérimenté saura se mettre en garde; la bénignité des symptômes généraux prémunira, du reste, contre un pronostic exagéré.

Au bout de quelques jours, en effet, on verra l'empâtement se résoudre et faire place à des tumeurs indépendantes de l'utérus, qui est souvent redevenu tout à fait mobile. Il y a, généralement, plusieurs **noyaux** dans les culs-de-sac postérieur et latéraux. Ils donnent, ainsi que Guéneau de Mussy l'avait le premier indiqué, la sensation de ganglions arrondis, plus ou moins sensibles au

Noyaux d'œdème inflammatoire.

<sup>1</sup> PETER. Notes à la traduction de BENNETT. *Traité prat. de l'inflammation de l'utérus*, p. 259.

<sup>2</sup> N. GUÉNEAU DE MUSSY. *Clin. méd.*, t. I, p. 474.

<sup>3</sup> MARTINEAU. *Leçons clin. sur les mal. de l'utérus*. Paris, 1880, p. 779.

<sup>4</sup> COURTY. *Annal. de Gyn.*, 1881, t. XV, p. 242.

<sup>5</sup> CANTIN. *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889.

toucher<sup>1</sup>. Les changements que subissent ces tumeurs sont très rapides, si bien que, si le résultat des explorations quotidiennes n'avait pas été exactement noté, on croirait presque avoir été le jouet d'une illusion (de Sinéty).

Diagnostic avec :

Corps fibreux :

Prolapsus de l'ovaire.

Kystes de l'ovaire.

Scybales.

Parfois, on peut voir persister pendant très longtemps certains noyaux très durs, ligneux, que leur consistance et leur forme font plus ou moins ressembler à des fibromes (Guéneau de Mussy). On les en distinguera facilement par le manque de connexions intimes avec l'utérus, l'absence de dilatation de la cavité de l'organe. L'ovaire prolapsé est plus volumineux, forme une tumeur isolée, dont la pression amène une douleur spéciale, nauséuse, syncopale. La tumeur formée par un petit kyste de l'ovaire, ou un kyste du ligament large, a un caractère tout à fait différent : elle est élastique ou fluctuante, franchement latérale, unique, accessible seulement par la palpation bi-manuelle et non par le toucher seul. Je ne parle que pour mémoire des scybales, qui pourraient seulement tromper un observateur inattentif, qui négligerait le toucher rectal.

L'examen au spéculum ne fournit aucun renseignement.

La marche de ces noyaux d'œdème et de ces collections séreuses, de la péri-salpingite, est capricieuse et intermittente; ils constituent un des éléments de ces inflammations à répétitions des annexes qui ont été décrites dans le chapitre des salpingites; ils ont une grande tendance à la récidive, mais aucune à la suppuration.

Abcès pelviens.

II. **Abcès pelviens.** — Ce nom ne désigne pas seulement des collections purulentes situées dans le petit bassin, car, à ce titre tous les pyo-salpinx devraient entrer dans cette classe. Ce qui caractérise chirurgicalement l'abcès pelvien, c'est d'être une collection qui n'est pas libre et indépendante, ni susceptible d'être énucléée, pédiculisée et enlevée, mais bien une collection *pelvi-pariétale*, soudée au bassin qui lui forme paroi. On les a décrits, à la fois, sous les noms de pelvi-péritonites et de paramétrites suppurées; on a même englobé aussi, à tort, sous le nom d'abcès pelviens, les phlegmons du ligament large, qui constituent un type clinique bien distinct.

Cliniquement, les abcès pelviens ne sont le plus souvent que les phases ultimes de l'évolution des pyo-salpinx, et aucune démarcation ne les sépare au point de vue symptomatique. Quelquefois cependant, des phénomènes aigus marquent le passage de la suppuration des trompes et des ovaires de la forme circonscrite (pyo-salpinx, abcès

<sup>1</sup> MARTINEAU (*Leçons clin. sur les mal. de l'utérus*, p. 779), guidé par les idées théoriques qui dominaient sa nosologie, prétendait nettement reconnaître au toucher les traînées lymphatiques formées par les vaisseaux malades, sous forme de cordes dures et résistantes et décrivait les caractères de l'adéno-lymphite en rapport avec la nature de l'affection utérine : dans la métrite scrofuleuse, les ganglions seraient volumineux, indolores, nombreux; dans la métrite arthritique, ils seraient petits, multiples, etc.

de l'ovaire) à la forme diffuse. S'il y a issue de pus dans le péritoine du petit bassin, ou, simplement, inflammation vive périphérique, la douleur peut subitement apparaître, vive, syncopale et accompagnée de phénomènes analogues à ceux de la péritonite : frissons, vomissements, ballonnement du ventre, face grippée, pouls filiforme. En même temps, la fièvre, qui avait pu manquer jusque-là ou n'être appréciable qu'à une exploration thermométrique très attentive, se montre et affecte de préférence le type rémittent, à exaspérations vespérales. Il y a des troubles de voisinage, du côté du rectum et de la vessie : constipation, dysurie, ténésmes rectal et vésical. Si l'abcès proémine du côté du rectum, le cours des matières fécales peut être totalement interrompu<sup>1</sup>.

Le toucher et la palpation bi-manuelle doivent être pratiqués avec grandes précautions. Ils font constater que l'utérus est fixe, enclavé dans le petit bassin et comme emprisonné dans une coulée de matière plastique, qui n'est autre que l'œdème inflammatoire intense qui a infiltré la totalité du tissu cellulaire voisin. Au bout de quelques jours, cet œdème diminue et démasque, pour ainsi dire, la saillie de l'abcès qui est alors séparé du col utérin par un sillon plus dépressible. Cette tumeur est lisse, régulière, difficile à limiter supérieurement; elle donne au doigt une sensation de chaleur, et on y perçoit souvent des battements artériels dus à la dilatation des vaisseaux; il est rare qu'on y trouve de la fluctuation, vu l'induration du vagin, qui parfois a la consistance du carton, et l'épaisseur très grande de tissus infiltrés qui séparent du doigt le foyer purulent, souvent très petit, quoique enveloppé dans une forte gangue. Un caractère important est l'immobilité de l'utérus et celle de la tumeur; l'un et l'autre paraissent solidaires, soudés; par la palpation bi-manuelle, on se rend compte, aussi, que la tumeur adhère aux parois du bassin. L'utérus est dévié en sens inverse, le col aplati contre le pubis, si, comme c'est le cas le plus fréquent, la tumeur siège dans le cul-de-sac postérieur; elle peut aussi faire surtout saillie sur les côtés; enfin, plus rarement encore, l'empatement prédomine en avant, entre l'utérus et la vessie.

Le toucher rectal donne de précieux renseignements complémen-

<sup>1</sup> Un curieux épiphénomène des suppurations pelviennes est la production d'une pleurésie diaphragmatique qui serait assez fréquente. POTAIN (*Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Rouen, 1885) a signalé que de simples fluxions ou irritations ovariennes et péri-ovariennes peuvent, par une sorte de contre-coup (action nerveuse réflexe), retentir sur les plèvres. — A. LASNE (*Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*, Thèse de Paris, 1887) a repris ce sujet, et admet que la pleurésie est alors due à la propagation de l'inflammation du péritoine pelvien au péritoine diaphragmatique par les vaisseaux lymphatiques, et plus spécialement par ceux qui accompagnent les vaisseaux tubo-ovariens et qui aboutissent aux piliers du diaphragme. Il s'agirait généralement d'une pleurésie diaphragmatique sèche, très légère.

taires sur les connexions de la tumeur. L'examen au spéculum est inutile.

Une période de **rémission** assez franche peut arriver à ce moment et durer un temps assez long, par suite de la formation d'adhérences protectrices qui limitent franchement le foyer. Mais, quand se prononcent de nouveau les tendances à l'**évacuation**, les douleurs lancinantes et la fièvre redoublent. Si l'évacuation tend à se faire vers le cul-de-sac postérieur, le vagin présente d'abord une plaque indurée; si c'est vers le rectum, une pesanteur périnéale et un ténésme rectal des plus pénibles l'indiquent.

Une crise très grave précède souvent l'ouverture de l'abcès dans le rectum, le vagin, ou, plus rarement, dans le tissu cellulaire pré-vésical; une brusque accalmie lui succède, mais n'est plus de longue durée. L'abcès se vide mal, et des faits de résorption chronique se manifestent, ou bien, l'abcès s'évacue en totalité, mais se remplit ensuite, et se vide encore à des périodes irrégulières, avec le même cortège de troubles généraux. La malade tombe dans un état d'affaiblissement et d'hecticité semblable à celui que j'ai déjà décrit à propos des pyo-salpinx fistuleux. A ce moment-là, du reste, les deux affections sont tout à fait confondues en clinique, et la différence qui résulte des connexions du foyer (énucléable dans un cas, impossible à décortiquer dans l'autre), n'est qu'une question de médecine opératoire. Dans les cas exceptionnels, la malade guérit après l'évacuation de l'abcès. Mais ceux-ci laissent alors souvent subsister après eux d'interminables fistules.

On a cité quelques faits de mort rapide par ouverture de l'abcès dans le péritoine; ils sont très rares, car des fausses membranes se superposent pour circonscrire le foyer.

L'abcès pelvien peut être **tuberculeux**, comme le pyo-salpinx dont il dérive; dans ces cas-là, on observe, ordinairement, d'autres signes de tuberculose du côté des poumons.

Le **diagnostic** de l'abcès pelvien et du pyo-salpinx se fait facilement quand existe encore la mobilité de la collection kystique et pédiculée des trompes; il est impossible si cette tumeur kystique est largement adhérente, et si elle est devenue fistuleuse; ce n'est que par l'étude des symptômes généraux et les commémoratifs qu'on peut alors soupçonner que l'inflammation est devenue plus diffuse, et la laparotomie seule tranche tout à fait la question. Le **phlegmon du ligament large** forme une tumeur latérale, placée de champ à côté de l'utérus; elle apparaît rapidement après un accouchement. L'**hématocèle pelvienne**, à ses débuts, est franchement fluctuante; elle ne donne lieu à des phénomènes fébriles que lorsqu'elle suppure et se transforme en abcès pelvien.

Diagnostic avec :  
Pyo-salpinx.

Phlegmon du  
ligament large.

Hématocèle  
pelvienne.

III. **Phlegmon du ligament large.** — Il est, le plus souvent, désigné par les auteurs étrangers sous le nom de *paramétrite*; mais il y a tout intérêt, me semble-t-il, à lui conserver la vieille dénomination sous laquelle il a été, en France, l'objet de descriptions devenues classiques, d'autant plus que ce terme répond, en somme, assez exactement au siège principal, sinon initial, des lésions.

Il se déclare, ordinairement, vers la fin du premier septénaire d'un accouchement que des conditions spéciales ont rendu septique (épidémie, manœuvres faites avec d'insuffisantes précautions, etc.). Un grand **frisson** peut en marquer le début; d'autres fois, c'est la **douleur locale** qui est le phénomène initial; elle siège vers les lombes et s'irradie dans la cuisse. L'abolition de l'appétit et du sommeil, des sueurs profuses, de petits frissons erratiques, une **fièvre** à caractère rémittent, l'altération profonde des traits, annoncent que la suppuration se poursuit; dès qu'elle est collectée, un calme relatif peut donner à la malade une sorte de répit trompeur. Si l'on a pratiqué le toucher à cette période, on n'a trouvé, dans les premiers jours, qu'un **empâtement général** des culs-de-sac, immobilisant l'utérus, avec prédominance de la tuméfaction d'un côté. Puis, si on l'examine ultérieurement, en y joignant la palpation bi-manuelle, on sent que l'empâtement s'est localisé en une **masse latérale**, faisant corps avec l'utérus, le reliant à la paroi pelvienne et s'élevant jusqu'au détroit supérieur, comme si le ligament large s'était solidifié. Un prolongement, en forme de croissant, entoure généralement le col de l'utérus dont il est séparé par un sillon. L'utérus est repoussé vers le côté sain, en latéroversion souvent très accentuée.

Il n'est pas impossible que la **résolution** se fasse à cette période et que la maladie se termine par la résorption des produits plastiques et la rétraction inodulaire du ligament large. Mais cela constitue une exception infiniment rare. Généralement, après une courte rémission, les frissons reviennent avec des sueurs profuses et de la diarrhée, l'état général s'altère de plus en plus et donne l'idée nette d'une **infection septique**. La mort peut arriver à cette période. Il est plus ordinaire de voir le pus se frayer un chemin à l'extérieur, si le chirurgien bien avisé ne prévient les efforts de la nature. L'infiltration purulente, gagnant de plus en plus les limites du ligament large, les dépasse vers le vagin et vers les côtés du pelvis; le cul-de-sac vaginal s'épaissit, s'indure, et donne au doigt explorateur la sensation qu'on a décrite sous le nom de **vagin de carton**. D'autre part, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, ou un peu plus bas, exactement au-dessus du triangle de Scarpa et séparée de lui par l'arcade crurale, apparaît une induration sous forme de plaque ou de **plastron** qui est l'indice de l'envahissement du tissu cellulaire

Phlegmon du  
ligament large.

sous-cutané. A ce moment, la tumeur a souvent dépassé les limites du pelvis pour déborder dans la fosse iliaque. La plaque s'étend, se ramollit à son centre, rougit, et le pus verdâtre et bien lié coule en quantité énorme, invraisemblable, par un orifice souvent très petit. Même ouverture peut se faire par le vagin, et, plus rarement, par le rectum ou le cæcum, ou même la vessie. Les péritonites mortelles sont bien plutôt dues à l'extension de l'inflammation qu'à l'ouverture du phlegmon dans la grande cavité séreuse.

L'ouverture peut rester fistuleuse, donner issue à des quantités de pus de plus en plus restreintes, et enfin se fermer après un temps souvent très long; les malades sont souvent emportées à cette période par l'hecticité, si le chirurgien n'intervient pas pour ouvrir largement, drainer et désinfecter un foyer où la suppuration croupit.

Diagnostic avec : Le diagnostic ne pourrait être douteux qu'au début, quand on ne sait pas si la suppuration sera circonscrite, se bornera à un abcès pelvien. Abcès pelvien. Abcès de la fosse iliaque. Pérityphlite. Abcès ossifluent. Cancer de l'os iliaque. Cellulite diffuse pelvienne.

Pronostic.

IV. La cellulite diffuse pelvienne n'est que la manifestation locale d'un état général septicémique qui s'impose seul suffisamment par lui-même à l'attention du clinicien; je ne m'y appesantirai donc pas. Je me borne à signaler la rapidité extrême de l'extension, qui a été comparée à celle de l'érysipèle; la tendance à la mortification du tissu cellulaire, qui peut donner lieu à l'emphysème; l'ulcération de vaisseaux parfois importants, occasionnant de formidables hémorrhagies<sup>1</sup>; la marche fatale du mal.

Pronostic. — Il varie essentiellement selon les formes et les degrés de l'inflammation péri-méthro-salpingienne. C'est faute d'avoir fait cette distinction que les auteurs diffèrent si notablement sur cette question de pronostic.

La péri-méthro-salpingite séreuse partage le pronostic de la lésion des trompes à laquelle elle se rapporte. Elle en a la marche chronique à répétitions, mais ne met pas la vie en péril; elle reste longtemps une infirmité plus qu'une maladie.

L'abcès pelvien est plus grave; il peut entraîner la mort par péritonite aiguë, par septicémie rapide ou par hecticité lente. Il offre aussi

<sup>1</sup> M. DUNCAN (*Trans. of the obstet. Soc.*, Londres, 1887, p. 491) a communiqué trois cas d'ouverture de gros vaisseaux, et même des vaisseaux iliaques, dans la cellulite pelvienne.

une marche capricieuse, à redoublements, bien indiquée par Gosselin<sup>1</sup>. Mais ce chirurgien confondait manifestement, comme ses contemporains, sous le nom de phlegmon péri-utérin, les salpingites catarrhales avec œdème inflammatoire et les pyo-salpinx.

Quand la malade a échappé aux accidents aigus et que la maladie, par résorption ou par l'évacuation spontanée du foyer, est arrivée à ce qu'on peut appeler sa guérison naturelle, il n'en existe pas moins des troubles incessants de la santé, par suite des lésions chroniques de la trompe, et aussi des adhérences anormales, des rétractions ligamentaires, des déplacements de l'utérus et de l'ovaire. Sängér a expressément noté que les uretères étaient beaucoup plus faciles à palper chez les femmes ayant eu des inflammations péri-utérines, comme si leurs parois étaient épaissies par le travail inflammatoire voisin. On a même rapporté des accidents de pyélo-néphrite causés par la rétraction cicatricielle résultant d'un abcès pelvien<sup>2</sup>.

Freund<sup>3</sup> a décrit sous le nom de *paramérite chronique atrophique* ou *atrophiante* une maladie spontanée qu'il ne faudrait pas confondre, dit-il, avec l'atrophie consécutive à un abcès pelvien guéri par résorption spontanée et sclérose consécutive des tissus atteints par l'inflammation. Quoiqu'il en soit, les effets peuvent être analogues. Sous l'influence de cette rétraction, les vaisseaux sont comprimés, et il en résulte une atrophie de tout le canal génital avec ménopause anticipée. Sängér a remarqué que l'uretère était plus facile à toucher, plus volumineux, et plus dur, du côté où avait existé anciennement une paramérite; ce fait peut être causé par l'inflammation de voisinage et une sorte d'uretérite parenchymateuse consécutive.

Le phlegmon du ligament large est grave. La mort peut survenir dans l'orage inflammatoire du début, ou tardivement par la longueur de la suppuration, ou même subitement par l'embolie qui succède aux thromboses des veines du bassin.

La cellulite pelvienne diffuse est presque fatalement mortelle.

Traitement. — Le traitement de la péri-méthro-salpingite séreuse se confond avec celui de la salpingite qui lui a donné naissance. Il consiste surtout dans le repos, les révulsifs, les injections prolongées d'eau chaude. Ce sont, assurément, des cas de ce genre dont on a obtenu la guérison rapide par l'électricité<sup>4</sup>.

Traitement.

<sup>1</sup> GOSSELIN. *Clin. de la Charité*, t. III, p. 56. — Voir, par exemple, le chapitre relatif à une métrite hémorrhagique avec coïncidence de phlegmon péri-utérin, où le diagnostic de pyo-salpinx avec péri-méthro-salpingite est de la dernière évidence.

<sup>2</sup> L. BROUN. *Pyelitis and an acute suppurative nephritis caused by compression of the ureter from cicatricial mass, the result of a pelvic abscess.* (*Med. Record*, New-York, 1889, t. I, p. 285.)

<sup>3</sup> W. A. FREUND. *Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte, Innsbruck* (*Monatsch. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 380); et *Gynäk. Klinik*, Strasbourg, 1885, « (*Das Bindegewebe*, etc.) »

<sup>4</sup> APOSTOLI *Congrès de Copenhague*, août 1884, et *Bull. gén. de théor.*, 50 sept. 1887. —

On a souvent vu de pareilles poussées aiguës disparaître rapidement à la suite d'un traitement intra-utérin énergique, curetage et injections, et ce résultat a été invoqué à l'appui de l'origine lymphatique des accidents périmétritiques<sup>1</sup>. Ces poussées aiguës incessantes ne sont pas la moindre des indications qui ont conduit les chirurgiens à l'ablation des annexes<sup>2</sup>, ce qui amène à la fois la guérison de la salpingite et de l'inflammation péri-salpingienne.

Les tumeurs d'œdème inflammatoire aigu n'ont que peu de tendance à suppurer, et comme elles sont les plus fréquentes, elles ont accrédité chez les médecins la pratique de l'expectation qu'on a trop généralisée. Je repousse complètement les ponctions faites pour évacuer des collections séreuses; elles peuvent les faire suppurer, et n'en accélèrent guère la résolution.

Pour les autres formes, abcès pelvien, abcès du ligament large, l'indication principale est d'abord de modérer l'intensité de l'inflammation par des douches chaudes prolongées, des évacuations sanguines locales, etc. Ensuite, dès que le pus est formé, il faut aller à sa recherche.

En quelle région faut-il faire l'ouverture de la collection purulente, et comment faut-il la faire?

J'examinerai successivement différents cas qui peuvent faire varier le mode d'intervention du chirurgien.

Ponction par le vagin.

A. L'abcès proémine vers le vagin. — La ponction avec un trocart est-elle suffisante? Elle a été préconisée par Simpson et récemment reprise par Tenneson<sup>3</sup>, qui la fait dans le cul-de-sac postérieur du vagin, même en l'absence de fluctuation; il emploie la ponction capillaire avec aspiration pour évacuer soit le sérum, soit le pus des périmétrites. Cette conduite est peu recommandable: elle est dangereuse et expose à la blessure de l'intestin, si la poche est encore éloignée de la paroi vaginale; elle est insuffisante si cette poche est adhérente; tout au plus pourrait-elle être employée dans ce dernier cas, comme moyen d'assurer le diagnostic et comme préliminaire immédiat d'une intervention plus efficace.

Le professeur Laroyenne<sup>4</sup> (de Lyon) fait aussi la ponction par le

*Brit. med. Journ.*, 19 nov. 1887. — BRÖSE et NAGEL (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 8 mars 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 275) ont aussi obtenu d'excellents résultats. Toutefois NAGEL avoue qu'il préfère encore le moyen, plus simple et tout aussi efficace, des irrigations d'eau chaude.

<sup>1</sup> CANTIN. *Des lymphangites péri-utérines, non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889.

<sup>2</sup> KORN. *Soc. gyn. de Dresde*, 5 mars 1887. (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 451.)

<sup>3</sup> Voir H. HERVOT. *Contrib. à l'étude de la périmétrite*. Thèse de Paris, 1887.

<sup>4</sup> LAROYENNE. *Lyon méd.*, 21 fév. 1886. — ED. BLANC. *De l'inflammation péri-utérine chronique*, etc. Thèse de Lyon, 1887. — P. GOULLIQUET. *Congrès franç. de chir.*, 4<sup>e</sup> session, Paris, 1889, p. 692, et *Débridement vaginal des collections pelviennes* (*Arch. de tocol.*, 1891, p. 562, 700, 788 et 801).

vagin dans les masses d'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématiche. Son trocart spécial, d'assez gros calibre (sonde n° 20), est ouvert latéralement par une fente qui joue le rôle de la rainure directrice d'une sonde cannelée pour permettre, après la ponction, de guider dans le foyer un lithotome qui opère ensuite un débridement latéral de 5 à 5 centimètres (fig. 530). Un tube de verre à extrémité olivaire sert à faire des lavages antiseptiques sous une faible pression. Il a obtenu ainsi des succès.

Je crois qu'on peut simplifier la technique opératoire et, après une ponction aspiratrice qui a fait reconnaître la présence du pus, aller à sa recherche, en incisant, couche par couche, le cul-de-sac vaginal postérieur, et en arrêtant à mesure l'hémorragie par des points de suture hémostatiques, semblables à ceux qu'emploie Martin dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. On se rendrait maître, du reste, d'un écoulement de sang un peu abondant avec un tamponnement momentané. Le foyer ouvert, on y placera un tube de caoutchouc en croix qui se maintient facilement et on tassera autour de lui la gaze iodoformée. Telle est, à peu près, la manière de procéder de Mundé<sup>1</sup>. Il y joint

un nettoyage très prudent du foyer avec la curette mousse, qui ne me paraît offrir d'utilité réelle que dans des cas exceptionnels (un kyste dermoïde contenant des cheveux et autres débris était le point de départ d'un des abcès ouverts par Mundé). Le curage n'est pas dépourvu de

<sup>1</sup> MUNDÉ. *The treatment of pelvic abscess in women by incision and drainage*. (*Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1886, t. XIX, p. 115.)

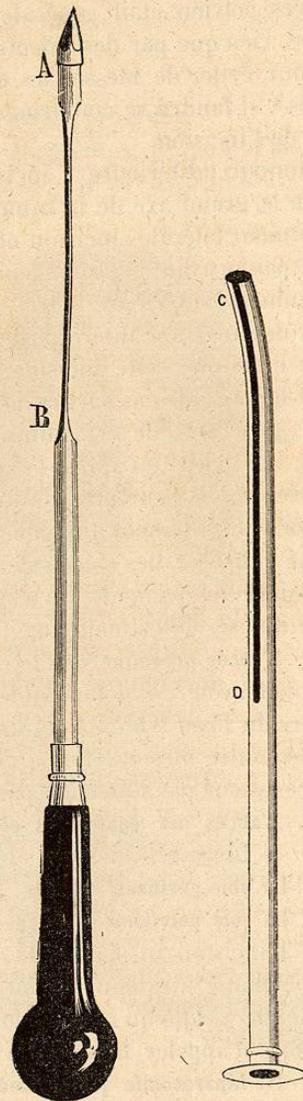


Fig. 530. — Sonde-trocart de Laroyenne (de Lyon).