

AFFECTIONS DES TROMPES.

I

INFLAMMATION; SALPINGITE.

Les affections des trompes de Fallope ne se rencontrent guère à l'état isolé; elles coïncident souvent avec une ovarite, une péritonite pelvienne ou une endométrite; leur histoire était assez peu connue jusqu'à ces derniers temps; elle est cependant traitée dans les travaux récents de gynécologie et a fait l'objet de deux thèses intéressantes (Sœuvre, Thèse de Paris, 1874; Bardet, id., 1885).

En outre, depuis quelques années, l'histoire clinique de ces affections a été mieux étudiée; un nombre considérable d'opérations exécutées par L. Tait, Martin, Hégar, Terrillon, Bouilly, etc., ont permis d'en établir la symptomatologie et le diagnostic.

L'inflammation de la trompe porte le nom de *salpingite*.

Étiologie. — La salpingite est *aiguë* ou *chronique*. La forme aiguë reconnaît pour cause des affections de voisinage dont elle semble être une propagation, comme l'endométrite, et surtout l'endométrite blennorrhagique ou puerpérale; d'autres fois, elle se développe dans le cours de maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole et l'infection purulente.

Assez souvent la salpingite reconnaît pour cause un traumatisme portant sur le col utérin, cautérisation, débridement, injection intra-utérine, et faisant passer à l'état aigu une inflammation chronique et latente de la trompe.

La salpingite *chronique* est généralement consécutive à une endométrite chronique infectieuse: elle est assez fréquente chez les tuberculeuses, même avant la puberté.

Anatomic pathologique. — Les deux trompes sont généralement prises ensemble; elles sont plus flexueuses et plus vasculaires qu'à l'état normal, et souvent elles sont dilatées; leurs parois sont

épaissies et peuvent acquérir le volume du doigt et même plus. Le pavillon est fixé en divers points par des adhérences.

La muqueuse est dépouillée de son épithélium, les couches fibromusculaires sont infiltrées de nombreux éléments embryonnaires. Si l'inflammation est allée jusqu'à la suppuration (*pyo-salpingite*), le siège presque constant de l'abcès est l'ampoule de la trompe (Bardet), c'est-à-dire cette portion dilatée du canal qui siège à l'union de la portion moyenne et de la portion terminale.

Le plus souvent l'ampoule est dilatée en une poche cylindrique remplie de pus, plus ou moins flexueuse, adhérente à l'ovaire ou au péritoine pelvien; la collection est quelquefois assez volumineuse pour être prise pour un kyste de l'ovaire.

On voit quelquefois de gros abcès des trompes tomber en arrière de l'utérus, dans la cavité de Douglas: les trompes ressemblent alors à deux gros appendices piriformes tombant de chaque côté de la matrice. Ces abcès ont été bien étudiés par Bardet.

On trouve en général dans le petit bassin les lésions de la péritonite et toujours un peu de péritonite partielle de voisinage, surtout marquée dans la salpingite chronique.

Celle-ci s'accompagne tantôt d'un rétrécissement et tantôt d'une dilatation du calibre des trompes, et dans certains cas, cette dilatation est assez prononcée pour que l'hystéromètre ou une injection intra-utérine puisse pénétrer dans la trompe, et de là dans la cavité péritonéale.

Dans le cas de rétrécissement ou d'oblitération du calibre de la trompe, du liquide peut s'accumuler en arrière de l'obstacle et former collection (*hydro-salpingite*); quelquefois ce liquide est du sang (*hémato-salpingite*).

L'ovaire est souvent malade en même temps que la trompe et présente soit les lésions de l'ovarite chronique, soit une dégénérescence kystique.

Symptômes. — Les symptômes de la salpingite se confondent souvent avec ceux de la métrite ou de la pelvi-péritonite qui l'accompagnent.

Par le toucher vaginal combiné à la palpation hypogastrique, on peut constater, dans un cul-de-sac latéral ou derrière l'utérus, l'existence d'un cordon bosselé, ondulé, inégal, douloureux, ou d'une tuméfaction plus ou moins franchement fluctuante.

Le toucher vaginal et le toucher rectal peuvent quelquefois faire reconnaître un abcès siégeant sur les côtés de l'utérus ou en arrière de cet organe. La collection purulente peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale, dans le rectum, plus souvent dans l'utérus, d'où le pus s'écoule d'une façon continue ou par de véritables débâcles intermittentes.

La complication la plus fréquente est la péritonite; celle-ci peut éclater spontanément ou à l'occasion du plus léger traumatisme, comme le toucher vaginal ou une injection intra-utérine.

Le diagnostic se fonde sur l'existence de poussées péritonéales à répétition, de douleurs abdominales presque constantes exaspérées par la marche, la station debout, le retour des règles, et sur la présence d'une tuméfaction distincte de l'utérus et appréciable par les divers modes d'exploration.

Un écoulement purulent par l'anus ou l'orifice utérin est un signe de la plus grande valeur.

Traitement. — Le traitement de la salpingite simple, non suppurée, sera d'abord celui de la métrite ou de la pelvi-péritonite concomitantes. Mais, le plus souvent, « il n'est aucun traitement qui guérisse ces cas en dehors de l'ablation des annexes de l'utérus ». (Lawson Tait.)

La *salpingotomie* a été faite maintenant un très grand nombre de fois, et donne les meilleurs résultats immédiats et consécutifs.

II

RÉTRÉCISSEMENT OU OBLITÉRATION DES TROMPES.

A la suite d'une salpingite ou d'une pelvi-péritonite et de la production d'adhérences, par le fait de dépôts calcaires ou de la présence de tumeurs fibreuses utérines ou de la rétroflexion de l'utérus, la trompe peut s'oblitérer sur un point quelconque de son trajet, le plus souvent à une des extrémités, abdominale ou utérine.

Le canal se dilate entre les points rétrécis ou oblitérés, et la dilatation se produit surtout dans le cas où la communication avec le péritoine est interrompue. L'accumulation de liquide dans la partie dilatée donne lieu à l'affection connue sous le nom d'*hydropisie tubaire*. Il en résulte une tumeur ampullaire, bosselée et dilatée

alternativement, rappelant l'aspect d'une anse intestinale; cette tumeur, du volume en général d'un œuf de poule ou du poing, n'atteint que dans des cas tout à fait exceptionnels les dimensions d'une tête de fœtus.

Le liquide de la poche est tantôt plus ou moins jaunâtre, mélangé de cristaux de cholestérine, tantôt teinté de sang et plus ou moins foncé en couleur, quelquefois tout à fait purulent.

La dilatation porte en général sur les deux trompes.

L'hydropisie tubaire est le plus souvent méconnue; si la tumeur acquiert un certain volume, elle présente des caractères qui la rapprochent des petites tumeurs ovariennes. Quelquefois, le liquide peut s'écouler par la vulve avec une certaine périodicité, dans le cas où l'orifice tubo-utérin est libre.

Le *traitement* a presque toujours consisté dans la ponction de la tumeur de la voie vaginale; aujourd'hui les tumeurs de cette nature doivent être enlevées par la laparotomie.

INFLAMMATIONS DÉVELOPPÉES AU VOISINAGE DE L'UTÉRUS.

On doit décrire sous le nom d'inflammations *péri-utérines* ou *circum-utérines* une série de lésions ayant pour siège le tissu cellulaire qui entoure l'utérus et se prolonge à la base du ligament large, ou le péritoine qui tapisse les parois de l'organe.

Cette variété de siège fait distinguer le *phlegmon péri-utérin*, le *phlegmon du ligament large* et la *pelvi-péritonite*.

Ces affections peuvent exister isolément; mais dans bon nombre de cas elles succèdent l'une à l'autre et se compliquent; aussi, les auteurs n'ont pas toujours été d'accord sur le siège primitif de l'affection.

Ces inflammations ont été d'abord décrites par Grisolle dans un mémoire sur les abcès de la fosse iliaque (*Archives générales de médecine*, 1839) et par Bourdon dans un travail sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin (1841).

Nonat chercha à démontrer (1850) que les tumeurs péri-utérines consistaient toujours en une inflammation du tissu cellulaire sous-

péritonéal qui entoure cet organe; tandis que Bernutz (1856) et Goupil ont considéré toutes les inflammations péri-utérines comme des pelvi-péritonites.

Depuis la thèse de J. Lucas-Championnière (1870) et un autre travail publié par le même auteur dans les *Archives de tocologie* (1875), on a tendance à admettre d'une manière générale que toutes ces inflammations péri-utérines ne sont autre chose que des *lymphangites* ou des *adéno-lymphites*. Celles-ci se développeraient dans les lymphatiques ou les ganglions situés dans le tissu cellulaire péri-utérin, ou dans le tissu cellulaire des ligaments larges, ou entre l'utérus et le péritoine. Avec cette nouvelle conception, le phlegmon péri-utérin devient l'*adéno-lymphite péri-utérine*, ou l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*, le phlegmon des ligaments larges l'*adéno-phlegmon du ligament large* et la pelvi-péritonite l'*adéno-pelvi-péritonite*.

La présence des lymphatiques utérins, constatée par L. Championnière, Fioupe, Fridolin, Léopold, fournirait un appui solide à cette théorie. Les lymphatiques du corps suivent les artères utéro-ovariennes et se jettent dans les ganglions lombaires; ceux du col se rendent à des ganglions multiples et en particulier au ganglion de l'isthme (Lucas-Championnière) situé sur les côtés du col, un peu en arrière, au-dessus du cul-de-sac vaginal, et à d'autres ganglions plus petits allant se perdre en dehors sur les parties latérales de l'excavation pelvienne. Ils aboutissent aussi aux ganglions obturateurs, sacrés, et à un ganglion appelé pubien, post-pubien ou rétro-pubien (Cruveilhier). L'inflammation des lymphatiques ou des ganglions en ces divers points donnerait lieu aux diverses variétés d'inflammation péri-utérine.

Le professeur Sappey nie la présence du ganglion de l'isthme décrit par L. Championnière et des ganglions que l'on a signalés sur les parties latérales de l'utérus. Il ne reconnaît qu'un ganglion, quelquefois double, situé environ à un centimètre en dehors du col utérin, recevant les lymphatiques de cette région et quelquefois aussi des lymphatiques venant de la partie supérieure du vagin.

Quelle que soit la nature de l'affection, il est assez facile de distinguer cliniquement trois variétés de cette inflammation, à savoir : le *phlegmon péri-utérin*, le *phlegmon du ligament large* et la *pelvi-péritonite*.

Les causes de ces trois affections sont à peu près les mêmes et peuvent être étudiées d'ensemble.

En première ligne, on trouve l'accouchement et surtout l'avortement, quand les malades ont été mal soignées ou se sont levées trop tôt, et surtout s'il y a eu des phénomènes septiques; ces affections peuvent constituer une des expressions anatomiques de l'*infection puerpérale*.

Les affections de l'utérus et de ses annexes, les diverses formes de métrite, la blennorrhagie, les néoplasmes du petit bassin, les excès sexuels, surtout pendant les règles, les opérations pratiquées sur les organes génitaux, quelquefois simplement l'introduction d'un hystéromètre, une douche utérine ou un toucher vaginal, peuvent être le point de départ des accidents. Dans ces derniers cas, il est permis de supposer qu'il existait des phénomènes inflammatoires latents réveillés par le traumatisme ou qu'il s'est produit une véritable infection septique par le doigt ou les instruments.

1° PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

Cette affection, dont l'existence a été niée en dehors du phlegmon du ligament large et même totalement rejetée (Bernutz), a été décrite particulièrement par Nonat et Gallard (Thèse de Paris, 1855).

Anatomie pathologique. — Les lésions siègent dans le tissu cellulaire, assez abondant, situé entre la vessie et le col utérin en avant. Sur les côtés ce tissu cellulaire se continue avec celui des ligaments larges, et, pour certains auteurs, le phlegmon péri-utérin ne pourrait être distinct du phlegmon du ligament large. En arrière, ce tissu cellulaire fait défaut et il y a contact direct entre le péritoine et le vagin. Chaque région peut être envahie isolément, de sorte qu'on peut constater un phlegmon *anté-utérin*, *latéro-utérin* ou *péri-utérin* si tout le tissu cellulaire est envahi. En arrière, il ne peut y avoir de phlegmon, par suite de l'absence du tissu cellulaire; il ne peut s'agir que d'une péritonite; mais le plus souvent on a décrit à tort sous le nom de phlegmon *rétro-utérin* des tuméfactions formées par les annexes et en particulier par les trompes enflammées, augmentées de volume et prolabées dans le cul-de-sac postérieur.

Le plus souvent, le phlegmon péri-utérin n'entraînant pas la mort, les lésions ne peuvent être soupçonnées que par l'examen clinique.

Dans les cas graves, tout le tissu de la région est suppuré et confondu en une masse unique, et il est difficile alors de savoir quel a été l'élément anatomique primitivement affecté. Le péritoine est envahi secondairement et il y a, en général, complication de pelvi-péritonite.

On a tendance à croire aujourd'hui qu'il s'agit d'un *adéno-phlegmon* et que l'affection se transmet des lymphatiques utérins aux angliions situés sur les côtés de cet organe (Lucas-Championnière, Martineau, etc.).

Dans les cas de moyenne intensité, les lésions se bornent à un engorgement et à une infiltration plastique de la région et peut-être à une sorte d'œdème inflammatoire du tissu conjonctif (de Sinéty).

Quelquefois, l'affection se termine par suppuration, comme le phlegmon du ligament large, et l'abcès s'ouvre dans le vagin, le rectum ou la vessie.

Symptômes. — L'affection peut être *aiguë* ou *chronique*. Dans la forme *chronique*, les malades n'accusent souvent que les douleurs et les troubles fonctionnels liés à la métrite; ce n'est qu'à l'occasion d'un excès sexuel, d'un traumatisme utérin, que se manifestent des phénomènes aigus, à la suite desquels l'affection est reconnue par l'examen local. Cette forme de périmétrite chronique se traduit par un empâtement siégeant dans un cul-de-sac vaginal, soit en avant, soit sur les côtés de l'utérus; celui-ci, au-dessus de son insertion vaginale, est immobilisé dans cet empâtement et quelquefois dévié.

Parfois le toucher fait reconnaître, pendant un de ces redoublements inflammatoires, une tuméfaction plus ou moins considérable qui peut atteindre le volume d'une orange et subir de grandes modifications d'un jour à l'autre (de Sinéty).

Les culs-de-sac vaginaux sont envahis et déprimés par une tumeur de forme hémisphérique, annulaire ou en croissant, de consistance quelquefois dure au centre, œdémateuse à la périphérie; les parois vaginales sont œdématisées et douloureuses.

Cette tumeur serait indépendante de l'utérus, irrégulièrement arrondie, immobile, douloureuse à la pression, tandis que l'organe utérin lui-même a conservé sa mobilité (id.). On suppose actuellement que cette tuméfaction est due à un engorgement ganglionnaire ou à une adéno-lymphite. Aujourd'hui, à ces caractères assignés naguère au phlegmon péri-utérin, nous reconnaissons les signes d'une

salpingite ou d'une salpingo-ovarite et nous repoussons absolument l'idée d'un engorgement ganglionnaire ou d'une adéno-lymphite, surtout si la tuméfaction siège dans le cul-de-sac postérieur.

Quand la tuméfaction est ancienne, c'est-à-dire date de plusieurs mois, on sent quelquefois au toucher des pulsations artérielles indiquant la présence d'un vaisseau volumineux situé à la base de la tumeur (Nonat).

Le toucher rectal fait reconnaître une masse informe ou des brides, ou une sorte d'anneau plus ou moins complet enclavant l'utérus.

La forme *aiguë* débute par un appareil fébrile, de violentes douleurs dans le petit bassin, des troubles de la défécation et de la miction, quelquefois des nausées et des vomissements comme au début d'une péritonite. Le vagin est chaud, le toucher douloureux indique les mêmes signes que dans la périmétrite chronique, à savoir l'immobilité et l'empâtement de l'utérus et une tumeur péri-utérine imparfaitement circonscrite.

L'affection peut se terminer soit par résolution, à la suite d'une diminution progressive des symptômes, après deux ou trois septénaires ou le retour normal de la deuxième époque menstruelle, par le passage à l'état chronique, auquel cas la tumeur reste stationnaire et s'indure, ou par la suppuration, ce qui est le cas le plus rare.

Le plus souvent, le phlegmon péri-utérin s'accompagne, surtout dans la forme chronique, de tous les troubles locaux et généraux qui appartiennent à la métrite, point de départ ordinaire de la phlegmasie péri-utérine.

Le *diagnostic* est essentiellement basé sur la constatation de la tuméfaction située autour de l'utérus, et, par conséquent, sur les résultats fournis par le toucher vaginal et le toucher rectal. Nous verrons tout à l'heure quels sont les signes du phlegmon du ligament large et de la pelvi-péritonite. Dans les cas graves, les affections se confondent et se compliquent et le diagnostic doit comprendre plusieurs de ces points à la fois.

2° PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE.

Le phlegmon du ligament large n'est qu'une variété du phlegmon péri-utérin; il a son siège dans le tissu cellulaire situé dans l'épaisseur du ligament large et dans lequel se trouvent de nombreux vais-

seaux et ganglions lymphatiques. Aussi, quelques auteurs le considèrent-ils comme un adéno-phlegmon (Martineau).

Mais cette conception du phlegmon du ligament large a été battue en brèche dans ces dernières années, et les signes cliniques qu'on lui attribuait auparavant doivent peut-être recevoir une autre localisation anatomique.

Pour A. Guérin, Terrillon, Lebec, Lallement (Thèse de Paris, 1881), le ligament large ne comprendrait, entre les deux feuilletés péritonéaux qui le constituent, qu'une très faible quantité de tissu cellulaire dans lequel il ne peut se développer que des collections purulentes de très faible volume; il serait fermé à sa partie inférieure par une lame aponévrotique résistante, ne permettant pas au pus de fuser dans le tissu cellulaire du bassin et de venir se collecter derrière la paroi abdominale; enfin, les lymphatiques, au lieu d'appartenir au ligament large proprement dit, suivent son bord supérieur ou rampent à sa base sans communiquer avec lui, et ceux d'entre eux, en petit nombre, qui parcourent sa partie médiane, ont pour la plupart un trajet sous-péritonéal (Lallement).

Pour A. Guérin, si le phlegmon limité au ligament large est possible, il est rare; si l'on a trouvé du pus dans ces replis, ce n'est qu'en petite quantité, et la collection n'a jamais été assez considérable pour s'étendre jusqu'au pubis.

Cet auteur attribue les signes du phlegmon du ligament large à un *adéno-phlegmon juxta-pubien*, c'est-à-dire à l'inflammation du ou des ganglions *pubiens* (Cruveilhier) occupant l'orifice interne de la gouttière sous-pubienne, dits aussi ganglions *obturateurs*, et que Guérin place près de la branche horizontale du pubis, au voisinage du trou sous-pubien et de l'anneau crural. La propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-péritonéal donnerait lieu à la *plaque indurée* de la paroi abdominale, que l'on a décrite jusqu'ici comme caractérisant le phlegmon du ligament large.

En réalité, on doit distinguer des inflammations phlegmoneuses de la région, siégeant en des points variés et n'ayant d'autre caractère commun que leur début primitif dans les ganglions.

On peut reconnaître : 1° un phlegmon de la base du ligament large, siégeant dans le tissu cellulaire situé sur les côtés du col et constituant le phlegmon péri-utérin que nous avons étudié plus haut; 2° un phlegmon de la paroi abdominale ayant son point de départ

dans le ganglion obturateur, *adéno-phlegmon juxta-pubien* de A. Guérin; 3° un phlegmon de la fosse iliaque interne, parti des ganglions de la fosse iliaque; 4° enfin, des inflammations phlegmoneuses, probablement d'origine angioleucitique, ayant leur point de départ dans les vaisseaux lymphatiques qui parcourent le ligament large. Le tissu cellulaire ne se trouvant en cet endroit qu'en faible quantité, les signes objectifs que peuvent présenter ces abcès disparaissent devant les autres lésions.

Toutefois ces phlegmons peuvent se combiner entre eux et se combinent le plus souvent, ce qui rend leur étude beaucoup plus difficile (Lallement).

Quoi qu'il en soit, nous décrirons ici les signes attribués au phlegmon du ligament large, en rappelant qu'ils sont quelquefois fournis par un *adéno-phlegmon juxta-pubien* (A. Guérin).

Symptômes. — Quand l'affection succède à l'accouchement, elle s'annonce par de la douleur dans la région iliaque malade; elle débute de 2 à 20 jours après la délivrance (Frarier).

En dehors de la puerpéralité, le plus souvent chez une femme atteinte de métrite, elle s'annonce par du malaise, de la fièvre, de l'inappétence, quelquefois des frissons, de la douleur spontanée et exagérée par la pression au-dessus du ligament de Fallope. Au bout de peu de jours, cette douleur augmente et se localise d'une manière plus précise, en s'irradiant vers l'hypogastre, vers la région lombaire et vers la partie supérieure de la cuisse.

Le toucher vaginal indique au début une tuméfaction au niveau du cul-de-sac latéral correspondant au côté malade, et bientôt après un effacement de ce cul-de-sac par une tumeur résistante qui se prolonge dans la direction du ligament large en dehors et un peu en avant du col en dedans. Le col peut être repoussé du côté opposé (Bernutz), quelquefois attiré vers le côté malade (Gueneau de Mussy). Dans les suites de couches, l'affection siégerait le plus souvent à gauche, par suite de la fréquence de la déchirure du col de ce côté (*Id.*).

La paroi correspondante du vagin est comme œdématisée dans une étendue qui est souvent de deux à trois centimètres.

Le toucher rectal fait reconnaître que la tumeur n'occupe pas la totalité de l'excavation pelvienne, et qu'en arrière elle se trouve dans le même plan que la face postérieure de l'utérus.

La palpation révèle parfois, dès le début, au-dessus de l'arcade crurale, un empâtement notable et une résistance de la paroi.

Au bout de peu de jours, il se produit une saillie à ce niveau et l'on reconnaît immédiatement au-dessus de l'arcade une plaque dure, résistante, siégeant à la partie profonde de la paroi abdominale. Cette plaque, sans adhérence avec les téguments, peut, en haut, atteindre l'ombilic, en bas elle se prolonge dans le petit bassin; elle est comme collée contre la branche horizontale du pubis. Chomel lui a donné le nom de *plastron abdominal*; Guérin compare la sensation donnée par cette plaque à celle que fournit une masse de suif figé ayant rompu les vaisseaux, dans une injection vasculaire mal réussie.

Pour la plupart des auteurs, le phlegmon du ligament large se propagerait souvent à la fosse iliaque interne par continuité de tissu; A. Guérin, au contraire, rejette cette propagation que la fermeture du ligament à sa partie inférieure semble rendre impossible, à moins qu'il n'y ait rupture de l'aponévrose.

Marche. Terminaisons. — La marche de l'affection est lente; les malades ont souvent de la fièvre le soir, des frissons irréguliers, parfois des sueurs abondantes.

Assez souvent le phlegmon peut se terminer par résolution, s'il a été soigné de bonne heure; la tumeur diminue peu à peu de volume et l'utérus redevient mobile. De temps à autre surviennent des poussées de récidives qui remettent tout en question; c'est le phlegmon chronique avec redoublement inflammatoire (Gosselin).

En général, dans l'état puerpéral surtout, le phlegmon du ligament large se termine par suppuration; celle-ci s'annonce par ses signes généraux ordinaires, par des douleurs lancinantes dans la tumeur, qui s'étend et se ramollit au point de devenir nettement fluctuante. Le pus vient se faire jour le plus souvent à la paroi abdominale, de préférence au-dessus du triangle de Scarpa, à 2 ou 3 centimètres de l'arcade crurale; quelquefois il s'engage dans le canal inguinal en suivant le ligament rond et vient aboutir au voisinage de l'orifice externe de ce canal.

Quand la suppuration a envahi une partie de la fosse iliaque, elle peut faire issue en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, plus rarement au voisinage de l'ombilic et, dans des cas exceptionnels, elle fuse vers la cuisse, la fesse, le grand trochanter, ou en haut, vers le foie, les reins, le diaphragme.

Dans d'autres cas, l'ouverture de l'abcès se fait dans le vagin, la vessie, le rectum ou le cæcum. Enfin, le pus peut se faire jour à travers la paroi du ligament large pour fuser soit entre le péritoine et le fascia iliaca, soit à travers les fibres de cette aponévrose; auquel cas il se produit ou un abcès iliaque ou une psôitite.

D'une manière générale, les abcès sous-péritonéaux ont plus de tendance à se faire jour par la paroi abdominale; les abcès intra-péritonéaux, au contraire, ou ceux qui sont situés au voisinage même de l'utérus, tendent à s'ouvrir dans les organes internes.

La quantité du pus est en général très considérable: c'est le plus souvent un pus verdâtre, bien lié, de bonne nature.

Ces diverses ouvertures spontanées peuvent être suivies de fistules longues à tarir et pouvant entraîner la mort des malades par hecticité ou par trouble des fonctions de l'organe intéressé.

Diagnostic. — L'empâtement profond de la région inguino-cruurale, l'induration, la saillie constatée par le toucher dans le cul-de-sac vaginal correspondant, la tuméfaction qui embrasse une partie de l'utérus, l'immobilité de cet organe, sa déviation, le tout joint à des phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus, ne permettent pas de méconnaître un phlegmon siégeant au voisinage de l'utérus et de ses annexes. La difficulté commence quand il s'agit de localiser plus exactement les phénomènes: l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*, dégagé de complication inflammatoire voisine, sera surtout caractérisé par un large plastron adhérent intimement à la paroi abdominale, situé derrière le pubis, pouvant déborder l'utérus et dépasser les limites du ligament large, par la liberté des mouvements de la matrice et la conservation de la profondeur des culs-de-sac vaginaux.

Dans le *phlegmon de la fosse iliaque interne*, le plastron n'existe pas; les parois abdominales sont souples; la tumeur s'étale dans le grand bassin et peut être sentie au niveau de l'une des fosses iliaques, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le toucher vaginal ne donne rien.

Le *phlegmon de la base du ligament large*, ayant pour point de départ le ganglion cervico-utérin ou les lymphatiques de la région, ne s'accompagne ni du plastron de la paroi abdominale, ni du vaste empâtement de la fosse iliaque. La tumeur ne peut pas être perçue par la palpation au-dessus du détroit supérieur. La paroi vaginale est

indurée, œdématiée, douloureuse; le cul-de-sac est effacé et déprimé par une tumeur hémisphérique annulaire ou en croissant. L'utérus est presque tout à fait immobilisé; le col est repoussé du côté sain.

Ce sont les signes que nous avons assignés au phlegmon péri-utérin.

La *pelvi-péritonite* complique souvent les inflammations péri-utérines, et les symptômes des deux affections sont alors confondus; quand elle est isolée, elle se distingue du phlegmon du ligament large par l'intensité des phénomènes du début, le grand frisson, le faciès grippé, les nausées et les vomissements, le ballonnement et la douleur superficielle du ventre; au toucher, l'utérus est complètement immobilisé; la tumeur qui l'englobe occupe une grande partie au bassin et proémine surtout dans le cul-de-sac postérieur en occupant en même temps un des culs-de-sac latéraux. Souvent alors, à notre avis, il s'agit d'une salpingite avec complication péritonéale.

La tumeur due à une hématocele rétro-utérine n'a ni le même siège ni les mêmes caractères que les phlegmons du ligament large.

Pronostic. — L'affection guérit le plus souvent, quelquefois après de graves accidents et une durée fort longue. Les fistules qui succèdent aux ouvertures spontanées peuvent demander des années pour se tarir, et dans quelques cas la rétention du pus peut entraîner des accidents d'hecticité et la mort; les ouvertures dans la vessie, dans le rectum en un point élevé ou dans le cæcum, les fusées dans la fesse, à l'ombilic, les orifices multiples, représentent des conditions défavorables pour la guérison. Les complications du côté du péritoine, des veines du petit bassin, peuvent aussi créer les plus graves dangers. Celles-ci sont surtout à craindre quand le phlegmon se déclare à la suite d'un accouchement ou d'un avortement.

Traitement. — Dans la première période de l'affection, le traitement doit être antiphlogistique et tendre à provoquer la résolution du phlegmon: le repos absolu au lit, les émissions sanguines locales à l'aide de sangsues, si les forces de la malade le permettent, les grands cataplasmes, l'opium à l'intérieur, seront des moyens utilement prescrits. Les vésicatoires sont aussi recommandables, surtout dans les formes où les phénomènes ne sont pas très aigus et ne font pas nécessairement craindre la suppuration.

Quand celle-ci est manifestement formée et quand elle est devenue

appréciable, elle doit être évacuée par une incision convenable soit au-dessus de l'arcade crurale, soit dans le vagin où la tumeur fait saillie. Une incision hâtive et suffisante est le seul moyen de prévenir les fusées purulentes consécutives et les fistules qui succèdent à des ouvertures spontanées produites en des points défavorables à l'écoulement du pus et à la guérison.

Quelquefois il peut être nécessaire, après une ouverture à la paroi abdominale, de faire une contre-ouverture dans le vagin.

En tout cas, un drainage soigné et des lavages antiseptiques répétés, si la suppuration est fétide, devront être pratiqués.

5° PELVI-PÉRITONITE.

On décrit sous le nom de *pelvi-péritonite* l'inflammation du péritoine du petit bassin. Cette affection bien étudiée, comme nous l'avons déjà dit, par Bernutz et Goupil, répondrait, d'après ces auteurs, à la majorité des inflammations circum-utérines.

Cette opinion trop exclusive ne saurait tenir devant l'observation anatomique des faits de phlegmon péri-utérin ou de phlegmon du ligament large que nous avons étudiés précédemment.

L'inflammation de la séreuse péritonéale peut compliquer ces inflammations du tissu cellulaire péri-utérin; plus souvent elle complique les affections des annexes de l'utérus; rarement elle existe solément.

Quelquefois elle semble succéder à une lymphangite ayant pour origine une métrite ou une vaginite; Martineau lui donne le nom d'*adéno-pelvi-péritonite*.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la pelvi-péritonite ne diffèrent pas de celles de la péritonite en général: congestion, dépoli, exsudats de la séreuse, formation de fausses membranes et d'adhérences qui réunissent l'utérus et ses annexes aux anses intestinales voisines, développement entre les adhérences de lacunes et de cavités d'apparence kystique dans lesquelles s'accumule du liquide séro-albumineux, du sang ou du pus, suivant la tendance de l'inflammation. Avec le temps, ces adhérences, d'abord molles, deviennent fermes et résistantes et immobilisent l'utérus et les organes voisins, qui peuvent se trouver déviés, déplacés et fixés à jamais dans des rapports anormaux. L'ovaire entouré d'une coque pseudo-membra-

Le toucher vaginal et le toucher rectal peuvent quelquefois faire reconnaître un abcès siégeant sur les côtés de l'utérus ou en arrière de cet organe. La collection purulente peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale, dans le rectum, plus souvent dans l'utérus, d'où le pus s'écoule d'une façon continue ou par de véritables débâcles intermittentes.

La complication la plus fréquente est la péritonite; celle-ci peut éclater spontanément ou à l'occasion du plus léger traumatisme, comme le toucher vaginal ou une injection intra-utérine.

Le diagnostic se fonde sur l'existence de poussées péritonéales à répétition, de douleurs abdominales presque constantes exaspérées par la marche, la station debout, le retour des règles, et sur la présence d'une tuméfaction distincte de l'utérus et appréciable par les divers modes d'exploration.

Un écoulement purulent par l'anus ou l'orifice utérin est un signe de la plus grande valeur.

Traitement. — Le traitement de la salpingite simple, non suppurée, sera d'abord celui de la métrite ou de la pelvi-péritonite concomitantes. Mais, le plus souvent, « il n'est aucun traitement qui guérisse ces cas en dehors de l'ablation des annexes de l'utérus ». (Lawson Tait.)

La *salpingotomie* a été faite maintenant un très grand nombre de fois, et donne les meilleurs résultats immédiats et consécutifs.

II

RÉTRÉCISSEMENT OU OBLITÉRATION DES TROMPES.

A la suite d'une salpingite ou d'une pelvi-péritonite et de la production d'adhérences, par le fait de dépôts calcaires ou de la présence de tumeurs fibreuses utérines ou de la rétroflexion de l'utérus, la trompe peut s'oblitérer sur un point quelconque de son trajet, le plus souvent à une des extrémités, abdominale ou utérine.

Le canal se dilate entre les points rétrécis ou oblitérés, et la dilatation se produit surtout dans le cas où la communication avec le péritoine est interrompue. L'accumulation de liquide dans la partie dilatée donne lieu à l'affection connue sous le nom d'*hydropisie tubaire*. Il en résulte une tumeur ampullaire, bosselée et dilatée

alternativement, rappelant l'aspect d'une anse intestinale; cette tumeur, du volume en général d'un œuf de poule ou du poing, n'atteint que dans des cas tout à fait exceptionnels les dimensions d'une tête de fœtus.

Le liquide de la poche est tantôt plus ou moins jaunâtre, mélangé de cristaux de cholestérine, tantôt teinté de sang et plus ou moins foncé en couleur, quelquefois tout à fait purulent.

La dilatation porte en général sur les deux trompes.

L'hydropisie tubaire est le plus souvent méconnue; si la tumeur acquiert un certain volume, elle présente des caractères qui la rapprochent des petites tumeurs ovariennes. Quelquefois, le liquide peut s'écouler par la vulve avec une certaine périodicité, dans le cas où l'orifice tubo-utérin est libre.

Le *traitement* a presque toujours consisté dans la ponction de la tumeur de la voie vaginale; aujourd'hui les tumeurs de cette nature doivent être enlevées par la laparotomie.

INFLAMMATIONS DÉVELOPPÉES AU VOISINAGE DE L'UTÉRUS.

On doit décrire sous le nom d'inflammations *péri-utérines* ou *circum-utérines* une série de lésions ayant pour siège le tissu cellulaire qui entoure l'utérus et se prolonge à la base du ligament large, ou le péritoine qui tapisse les parois de l'organe.

Cette variété de siège fait distinguer le *phlegmon péri-utérin*, le *phlegmon du ligament large* et la *pelvi-péritonite*.

Ces affections peuvent exister isolément; mais dans bon nombre de cas elles succèdent l'une à l'autre et se compliquent; aussi, les auteurs n'ont pas toujours été d'accord sur le siège primitif de l'affection.

Ces inflammations ont été d'abord décrites par Grisolle dans un mémoire sur les abcès de la fosse iliaque (*Archives générales de médecine*, 1839) et par Bourdon dans un travail sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin (1841).

Nonat chercha à démontrer (1850) que les tumeurs péri-utérines consistaient toujours en une inflammation du tissu cellulaire sous-

péritonéal qui entoure cet organe; tandis que Bernutz (1856) et Goupil ont considéré toutes les inflammations péri-utérines comme des pelvi-péritonites.

Depuis la thèse de J. Lucas-Championnière (1870) et un autre travail publié par le même auteur dans les *Archives de tocologie* (1875), on a tendance à admettre d'une manière générale que toutes ces inflammations péri-utérines ne sont autre chose que des *lymphangites* ou des *adéno-lymphites*. Celles-ci se développeraient dans les lymphatiques ou les ganglions situés dans le tissu cellulaire péri-utérin, ou dans le tissu cellulaire des ligaments larges, ou entre l'utérus et le péritoine. Avec cette nouvelle conception, le phlegmon péri-utérin devient l'*adéno-lymphite péri-utérine*, ou l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*, le phlegmon des ligaments larges l'*adéno-phlegmon du ligament large* et la pelvi-péritonite l'*adéno-pelvi-péritonite*.

La présence des lymphatiques utérins, constatée par L. Championnière, Fioupe, Fridolin, Léopold, fournirait un appui solide à cette théorie. Les lymphatiques du corps suivent les artères utéro-ovariennes et se jettent dans les ganglions lombaires; ceux du col se rendent à des ganglions multiples et en particulier au ganglion de l'isthme (Lucas-Championnière) situé sur les côtés du col, un peu en arrière, au-dessus du cul-de-sac vaginal, et à d'autres ganglions plus petits allant se perdre en dehors sur les parties latérales de l'excavation pelvienne. Ils aboutissent aussi aux ganglions obturateurs, sacrés, et à un ganglion appelé pubien, post-pubien ou rétro-pubien (Cruveilhier). L'inflammation des lymphatiques ou des ganglions en ces divers points donnerait lieu aux diverses variétés d'inflammation péri-utérine.

Le professeur Sappey nie la présence du ganglion de l'isthme décrit par L. Championnière et des ganglions que l'on a signalés sur les parties latérales de l'utérus. Il ne reconnaît qu'un ganglion, quelquefois double, situé environ à un centimètre en dehors du col utérin, recevant les lymphatiques de cette région et quelquefois aussi des lymphatiques venant de la partie supérieure du vagin.

Quelle que soit la nature de l'affection, il est assez facile de distinguer cliniquement trois variétés de cette inflammation, à savoir : le *phlegmon péri-utérin*, le *phlegmon du ligament large* et la *pelvi-péritonite*.

Les causes de ces trois affections sont à peu près les mêmes et peuvent être étudiées d'ensemble.

En première ligne, on trouve l'accouchement et surtout l'avortement, quand les malades ont été mal soignées ou se sont levées trop tôt, et surtout s'il y a eu des phénomènes septiques; ces affections peuvent constituer une des expressions anatomiques de l'*infection puerpérale*.

Les affections de l'utérus et de ses annexes, les diverses formes de métrite, la blennorrhagie, les néoplasmes du petit bassin, les excès sexuels, surtout pendant les règles, les opérations pratiquées sur les organes génitaux, quelquefois simplement l'introduction d'un hystéromètre, une douche utérine ou un toucher vaginal, peuvent être le point de départ des accidents. Dans ces derniers cas, il est permis de supposer qu'il existait des phénomènes inflammatoires latents réveillés par le traumatisme ou qu'il s'est produit une véritable infection septique par le doigt ou les instruments.

1° PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

Cette affection, dont l'existence a été niée en dehors du phlegmon du ligament large et même totalement rejetée (Bernutz), a été décrite particulièrement par Nonat et Gallard (Thèse de Paris, 1855).

Anatomie pathologique. — Les lésions siègent dans le tissu cellulaire, assez abondant, situé entre la vessie et le col utérin en avant. Sur les côtés ce tissu cellulaire se continue avec celui des ligaments larges, et, pour certains auteurs, le phlegmon péri-utérin ne pourrait être distinct du phlegmon du ligament large. En arrière, ce tissu cellulaire fait défaut et il y a contact direct entre le péritoine et le vagin. Chaque région peut être envahie isolément, de sorte qu'on peut constater un phlegmon *anté-utérin*, *latéro-utérin* ou *péri-utérin* si tout le tissu cellulaire est envahi. En arrière, il ne peut y avoir de phlegmon, par suite de l'absence du tissu cellulaire; il ne peut s'agir que d'une péritonite; mais le plus souvent on a décrit à tort sous le nom de phlegmon *rétro-utérin* des tuméfactions formées par les annexes et en particulier par les trompes enflammées, augmentées de volume et prolabées dans le cul-de-sac postérieur.

Le plus souvent, le phlegmon péri-utérin n'entraînant pas la mort, les lésions ne peuvent être soupçonnées que par l'examen clinique.

Dans les cas graves, tout le tissu de la région est suppuré et confondu en une masse unique, et il est difficile alors de savoir quel a été l'élément anatomique primitivement affecté. Le péritoine est envahi secondairement et il y a, en général, complication de pelvi-péritonite.

On a tendance à croire aujourd'hui qu'il s'agit d'un *adéno-phlegmon* et que l'affection se transmet des lymphatiques utérins aux angliions situés sur les côtés de cet organe (Lucas-Championnière, Martineau, etc.).

Dans les cas de moyenne intensité, les lésions se bornent à un engorgement et à une infiltration plastique de la région et peut-être à une sorte d'œdème inflammatoire du tissu conjonctif (de Sinéty).

Quelquefois, l'affection se termine par suppuration, comme le phlegmon du ligament large, et l'abcès s'ouvre dans le vagin, le rectum ou la vessie.

Symptômes. — L'affection peut être *aiguë* ou *chronique*. Dans la forme *chronique*, les malades n'accusent souvent que les douleurs et les troubles fonctionnels liés à la métrite; ce n'est qu'à l'occasion d'un excès sexuel, d'un traumatisme utérin, que se manifestent des phénomènes aigus, à la suite desquels l'affection est reconnue par l'examen local. Cette forme de périmétrite chronique se traduit par un empâtement siégeant dans un cul-de-sac vaginal, soit en avant, soit sur les côtés de l'utérus; celui-ci, au-dessus de son insertion vaginale, est immobilisé dans cet empâtement et quelquefois dévié.

Parfois le toucher fait reconnaître, pendant un de ces redoublements inflammatoires, une tuméfaction plus ou moins considérable qui peut atteindre le volume d'une orange et subir de grandes modifications d'un jour à l'autre (de Sinéty).

Les culs-de-sac vaginaux sont envahis et déprimés par une tumeur de forme hémisphérique, annulaire ou en croissant, de consistance quelquefois dure au centre, œdémateuse à la périphérie; les parois vaginales sont œdématisées et douloureuses.

Cette tumeur serait indépendante de l'utérus, irrégulièrement arrondie, immobile, douloureuse à la pression, tandis que l'organe utérin lui-même a conservé sa mobilité (id.). On suppose actuellement que cette tuméfaction est due à un engorgement ganglionnaire ou à une adéno-lymphite. Aujourd'hui, à ces caractères assignés naguère au phlegmon péri-utérin, nous reconnaissons les signes d'une

salpingite ou d'une salpingo-ovarite et nous repoussons absolument l'idée d'un engorgement ganglionnaire ou d'une adéno-lymphite, surtout si la tuméfaction siège dans le cul-de-sac postérieur.

Quand la tuméfaction est ancienne, c'est-à-dire date de plusieurs mois, on sent quelquefois au toucher des pulsations artérielles indiquant la présence d'un vaisseau volumineux situé à la base de la tumeur (Nonat).

Le toucher rectal fait reconnaître une masse informe ou des brides, ou une sorte d'anneau plus ou moins complet enclavant l'utérus.

La forme *aiguë* débute par un appareil fébrile, de violentes douleurs dans le petit bassin, des troubles de la défécation et de la miction, quelquefois des nausées et des vomissements comme au début d'une péritonite. Le vagin est chaud, le toucher douloureux indique les mêmes signes que dans la périmétrite chronique, à savoir l'immobilité et l'empâtement de l'utérus et une tumeur péri-utérine imparfaitement circonscrite.

L'affection peut se terminer soit par résolution, à la suite d'une diminution progressive des symptômes, après deux ou trois septénaires ou le retour normal de la deuxième époque menstruelle, par le passage à l'état chronique, auquel cas la tumeur reste stationnaire et s'indure, ou par la suppuration, ce qui est le cas le plus rare.

Le plus souvent, le phlegmon péri-utérin s'accompagne, surtout dans la forme chronique, de tous les troubles locaux et généraux qui appartiennent à la métrite, point de départ ordinaire de la phlegmasie péri-utérine.

Le *diagnostic* est essentiellement basé sur la constatation de la tuméfaction située autour de l'utérus, et, par conséquent, sur les résultats fournis par le toucher vaginal et le toucher rectal. Nous verrons tout à l'heure quels sont les signes du phlegmon du ligament large et de la pelvi-péritonite. Dans les cas graves, les affections se confondent et se compliquent et le diagnostic doit comprendre plusieurs de ces points à la fois.

2° PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE.

Le phlegmon du ligament large n'est qu'une variété du phlegmon péri-utérin; il a son siège dans le tissu cellulaire situé dans l'épaisseur du ligament large et dans lequel se trouvent de nombreux vais-

seaux et ganglions lymphatiques. Aussi, quelques auteurs le considèrent-ils comme un adéno-phlegmon (Martineau).

Mais cette conception du phlegmon du ligament large a été battue en brèche dans ces dernières années, et les signes cliniques qu'on lui attribuait auparavant doivent peut-être recevoir une autre localisation anatomique.

Pour A. Guérin, Terrillon, Lebec, Lallement (Thèse de Paris, 1881), le ligament large ne comprendrait, entre les deux feuilletés péritonéaux qui le constituent, qu'une très faible quantité de tissu cellulaire dans lequel il ne peut se développer que des collections purulentes de très faible volume; il serait fermé à sa partie inférieure par une lame aponévrotique résistante, ne permettant pas au pus de fuser dans le tissu cellulaire du bassin et de venir se collecter derrière la paroi abdominale; enfin, les lymphatiques, au lieu d'appartenir au ligament large proprement dit, suivent son bord supérieur ou rampent à sa base sans communiquer avec lui, et ceux d'entre eux, en petit nombre, qui parcourent sa partie médiane, ont pour la plupart un trajet sous-péritonéal (Lallement).

Pour A. Guérin, si le phlegmon limité au ligament large est possible, il est rare; si l'on a trouvé du pus dans ces replis, ce n'est qu'en petite quantité, et la collection n'a jamais été assez considérable pour s'étendre jusqu'au pubis.

Cet auteur attribue les signes du phlegmon du ligament large à un *adéno-phlegmon juxta-pubien*, c'est-à-dire à l'inflammation du ou des ganglions *pubiens* (Cruveilhier) occupant l'orifice interne de la gouttière sous-pubienne, dits aussi ganglions *obturateurs*, et que Guérin place près de la branche horizontale du pubis, au voisinage du trou sous-pubien et de l'anneau crural. La propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-péritonéal donnerait lieu à la *plaque indurée* de la paroi abdominale, que l'on a décrite jusqu'ici comme caractérisant le phlegmon du ligament large.

En réalité, on doit distinguer des inflammations phlegmoneuses de la région, siégeant en des points variés et n'ayant d'autre caractère commun que leur début primitif dans les ganglions.

On peut reconnaître : 1° un phlegmon de la base du ligament large, siégeant dans le tissu cellulaire situé sur les côtés du col et constituant le phlegmon péri-utérin que nous avons étudié plus haut; 2° un phlegmon de la paroi abdominale ayant son point de départ

dans le ganglion obturateur, *adéno-phlegmon juxta-pubien* de A. Guérin; 3° un phlegmon de la fosse iliaque interne, parti des ganglions de la fosse iliaque; 4° enfin, des inflammations phlegmoneuses, probablement d'origine angioleucitique, ayant leur point de départ dans les vaisseaux lymphatiques qui parcourent le ligament large. Le tissu cellulaire ne se trouvant en cet endroit qu'en faible quantité, les signes objectifs que peuvent présenter ces abcès disparaissent devant les autres lésions.

Toutefois ces phlegmons peuvent se combiner entre eux et se combinent le plus souvent, ce qui rend leur étude beaucoup plus difficile (Lallement).

Quoi qu'il en soit, nous décrirons ici les signes attribués au phlegmon du ligament large, en rappelant qu'ils sont quelquefois fournis par un *adéno-phlegmon juxta-pubien* (A. Guérin).

Symptômes. — Quand l'affection succède à l'accouchement, elle s'annonce par de la douleur dans la région iliaque malade; elle débute de 2 à 20 jours après la délivrance (Frarier).

En dehors de la puerpéralité, le plus souvent chez une femme atteinte de métrite, elle s'annonce par du malaise, de la fièvre, de l'inappétence, quelquefois des frissons, de la douleur spontanée et exagérée par la pression au-dessus du ligament de Fallope. Au bout de peu de jours, cette douleur augmente et se localise d'une manière plus précise, en s'irradiant vers l'hypogastre, vers la région lombaire et vers la partie supérieure de la cuisse.

Le toucher vaginal indique au début une tuméfaction au niveau du cul-de-sac latéral correspondant au côté malade, et bientôt après un effacement de ce cul-de-sac par une tumeur résistante qui se prolonge dans la direction du ligament large en dehors et un peu en avant du col en dedans. Le col peut être repoussé du côté opposé (Bernutz), quelquefois attiré vers le côté malade (Gueneau de Mussy). Dans les suites de couches, l'affection siégerait le plus souvent à gauche, par suite de la fréquence de la déchirure du col de ce côté (*Id.*).

La paroi correspondante du vagin est comme œdématisée dans une étendue qui est souvent de deux à trois centimètres.

Le toucher rectal fait reconnaître que la tumeur n'occupe pas la totalité de l'excavation pelvienne, et qu'en arrière elle se trouve dans le même plan que la face postérieure de l'utérus.

La palpation révèle parfois, dès le début, au-dessus de l'arcade crurale, un empâtement notable et une résistance de la paroi.

Au bout de peu de jours, il se produit une saillie à ce niveau et l'on reconnaît immédiatement au-dessus de l'arcade une plaque dure, résistante, siégeant à la partie profonde de la paroi abdominale. Cette plaque, sans adhérence avec les téguments, peut, en haut, atteindre l'ombilic, en bas elle se prolonge dans le petit bassin; elle est comme collée contre la branche horizontale du pubis. Chomel lui a donné le nom de *plastron abdominal*; Guérin compare la sensation donnée par cette plaque à celle que fournit une masse de suif figé ayant rompu les vaisseaux, dans une injection vasculaire mal réussie.

Pour la plupart des auteurs, le phlegmon du ligament large se propagerait souvent à la fosse iliaque interne par continuité de tissu; A. Guérin, au contraire, rejette cette propagation que la fermeture du ligament à sa partie inférieure semble rendre impossible, à moins qu'il n'y ait rupture de l'aponévrose.

Marche. Terminaisons. — La marche de l'affection est lente; les malades ont souvent de la fièvre le soir, des frissons irréguliers, parfois des sueurs abondantes.

Assez souvent le phlegmon peut se terminer par résolution, s'il a été soigné de bonne heure; la tumeur diminue peu à peu de volume et l'utérus redevient mobile. De temps à autre surviennent des poussées de récidives qui remettent tout en question; c'est le phlegmon chronique avec redoublement inflammatoire (Gosselin).

En général, dans l'état puerpéral surtout, le phlegmon du ligament large se termine par suppuration; celle-ci s'annonce par ses signes généraux ordinaires, par des douleurs lancinantes dans la tumeur, qui s'étend et se ramollit au point de devenir nettement fluctuante. Le pus vient se faire jour le plus souvent à la paroi abdominale, de préférence au-dessus du triangle de Scarpa, à 2 ou 3 centimètres de l'arcade crurale; quelquefois il s'engage dans le canal inguinal en suivant le ligament rond et vient aboutir au voisinage de l'orifice externe de ce canal.

Quand la suppuration a envahi une partie de la fosse iliaque, elle peut faire issue en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, plus rarement au voisinage de l'ombilic et, dans des cas exceptionnels, elle fuse vers la cuisse, la fesse, le grand trochanter, ou en haut, vers le foie, les reins, le diaphragme.

Dans d'autres cas, l'ouverture de l'abcès se fait dans le vagin, la vessie, le rectum ou le cæcum. Enfin, le pus peut se faire jour à travers la paroi du ligament large pour fuser soit entre le péritoine et le fascia iliaca, soit à travers les fibres de cette aponévrose; auquel cas il se produit ou un abcès iliaque ou une psôitite.

D'une manière générale, les abcès sous-péritonéaux ont plus de tendance à se faire jour par la paroi abdominale; les abcès intra-péritonéaux, au contraire, ou ceux qui sont situés au voisinage même de l'utérus, tendent à s'ouvrir dans les organes internes.

La quantité du pus est en général très considérable: c'est le plus souvent un pus verdâtre, bien lié, de bonne nature.

Ces diverses ouvertures spontanées peuvent être suivies de fistules longues à tarir et pouvant entraîner la mort des malades par hecticité ou par trouble des fonctions de l'organe intéressé.

Diagnostic. — L'empâtement profond de la région inguino-crutale, l'induration, la saillie constatée par le toucher dans le cul-de-sac vaginal correspondant, la tuméfaction qui embrasse une partie de l'utérus, l'immobilité de cet organe, sa déviation, le tout joint à des phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus, ne permettent pas de méconnaître un phlegmon siégeant au voisinage de l'utérus et de ses annexes. La difficulté commence quand il s'agit de localiser plus exactement les phénomènes: l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*, dégagé de complication inflammatoire voisine, sera surtout caractérisé par un large plastron adhérent intimement à la paroi abdominale, situé derrière le pubis, pouvant déborder l'utérus et dépasser les limites du ligament large, par la liberté des mouvements de la matrice et la conservation de la profondeur des culs-de-sac vaginaux.

Dans le *phlegmon de la fosse iliaque interne*, le plastron n'existe pas; les parois abdominales sont souples; la tumeur s'étale dans le grand bassin et peut être sentie au niveau de l'une des fosses iliaques, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le toucher vaginal ne donne rien.

Le *phlegmon de la base du ligament large*, ayant pour point de départ le ganglion cervico-utérin ou les lymphatiques de la région, ne s'accompagne ni du plastron de la paroi abdominale, ni du vaste empâtement de la fosse iliaque. La tumeur ne peut pas être perçue par la palpation au-dessus du détroit supérieur. La paroi vaginale est

indurée, œdématisée, douloureuse; le cul-de-sac est effacé et déprimé par une tumeur hémisphérique annulaire ou en croissant. L'utérus est presque tout à fait immobilisé; le col est repoussé du côté sain.

Ce sont les signes que nous avons assignés au phlegmon péri-utérin.

La *pelvi-péritonite* complique souvent les inflammations péri-utérines, et les symptômes des deux affections sont alors confondus; quand elle est isolée, elle se distingue du phlegmon du ligament large par l'intensité des phénomènes du début, le grand frisson, le faciès grippé, les nausées et les vomissements, le ballonnement et la douleur superficielle du ventre; au toucher, l'utérus est complètement immobilisé; la tumeur qui l'englobe occupe une grande partie au bassin et proémine surtout dans le cul-de-sac postérieur en occupant en même temps un des culs-de-sac latéraux. Souvent alors, à notre avis, il s'agit d'une salpingite avec complication péritonéale.

La tumeur due à une hématocele rétro-utérine n'a ni le même siège ni les mêmes caractères que les phlegmons du ligament large.

Pronostic. — L'affection guérit le plus souvent, quelquefois après de graves accidents et une durée fort longue. Les fistules qui succèdent aux ouvertures spontanées peuvent demander des années pour se tarir, et dans quelques cas la rétention du pus peut entraîner des accidents d'hecticité et la mort; les ouvertures dans la vessie, dans le rectum en un point élevé ou dans le cæcum, les fusées dans la fesse, à l'ombilic, les orifices multiples, représentent des conditions défavorables pour la guérison. Les complications du côté du péritoine, des veines du petit bassin, peuvent aussi créer les plus graves dangers. Celles-ci sont surtout à craindre quand le phlegmon se déclare à la suite d'un accouchement ou d'un avortement.

Traitement. — Dans la première période de l'affection, le traitement doit être antiphlogistique et tendre à provoquer la résolution du phlegmon: le repos absolu au lit, les émissions sanguines locales à l'aide de sangsues, si les forces de la malade le permettent, les grands cataplasmes, l'opium à l'intérieur, seront des moyens utilement prescrits. Les vésicatoires sont aussi recommandables, surtout dans les formes où les phénomènes ne sont pas très aigus et ne font pas nécessairement craindre la suppuration.

Quand celle-ci est manifestement formée et quand elle est devenue

appréciable, elle doit être évacuée par une incision convenable soit au-dessus de l'arcade crurale, soit dans le vagin où la tumeur fait saillie. Une incision hâtive et suffisante est le seul moyen de prévenir les fusées purulentes consécutives et les fistules qui succèdent à des ouvertures spontanées produites en des points défavorables à l'écoulement du pus et à la guérison.

Quelquefois il peut être nécessaire, après une ouverture à la paroi abdominale, de faire une contre-ouverture dans le vagin.

En tout cas, un drainage soigné et des lavages antiseptiques répétés, si la suppuration est fétide, devront être pratiqués.

5° PELVI-PÉRITONITE.

On décrit sous le nom de *pelvi-péritonite* l'inflammation du péritoine du petit bassin. Cette affection bien étudiée, comme nous l'avons déjà dit, par Bernutz et Goupil, répondrait, d'après ces auteurs, à la majorité des inflammations circum-utérines.

Cette opinion trop exclusive ne saurait tenir devant l'observation anatomique des faits de phlegmon péri-utérin ou de phlegmon du ligament large que nous avons étudiés précédemment.

L'inflammation de la séreuse péritonéale peut compliquer ces inflammations du tissu cellulaire péri-utérin; plus souvent elle complique les affections des annexes de l'utérus; rarement elle existe solément.

Quelquefois elle semble succéder à une lymphangite ayant pour origine une métrite ou une vaginite; Martineau lui donne le nom d'*adéno-pelvi-péritonite*.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la pelvi-péritonite ne diffèrent pas de celles de la péritonite en général: congestion, dépoli, exsudats de la séreuse, formation de fausses membranes et d'adhérences qui réunissent l'utérus et ses annexes aux anses intestinales voisines, développement entre les adhérences de lacunes et de cavités d'apparence kystique dans lesquelles s'accumule du liquide séro-albumineux, du sang ou du pus, suivant la tendance de l'inflammation. Avec le temps, ces adhérences, d'abord molles, deviennent fermes et résistantes et immobilisent l'utérus et les organes voisins, qui peuvent se trouver déviés, déplacés et fixés à jamais dans des rapports anormaux. L'ovaire entouré d'une coque pseudo-membra-