

mation survient, à une époque variable, tantôt assez rapidement et quelques jours après la parturition, tantôt une, deux ou trois semaines après, et elle mérite alors bien véritablement le nom d'*inflammation post-puerpérale*.

Lorsque l'accouchement a été long, pénible, difficile, accompagné de déchirures, de lésions traumatiques; lorsque des manœuvres obstétricales, et surtout des opérations chirurgicales, ont été pratiquées, il y a beaucoup plus de chances pour que cette inflammation survienne, et surtout quand les malades se sont levées trop tôt, ou se sont livrées prématurément à des exercices pénibles et fatigants.

L'avortement peut être aussi souvent que l'accouchement la cause de l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin, c'est particulièrement quand des manœuvres coupables sont venues provoquer cet avortement, qu'on a négligé de le soigner et qu'on a continué la vie ordinaire, comme le font tant de femmes. Du reste, cette inflammation peut se développer spontanément à la suite de l'avortement, sans que ces causes spéciales aient eu lieu.

Les excès de coït sont regardés, par M. Gallard et par M. Aran, comme une des causes les plus fréquentes et les mieux démontrées de cette maladie.

On range la suppression des règles au nombre des causes de l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, mais M. Gallard ne paraît pas disposé à admettre l'efficacité d'une semblable cause comme parfaitement démontrée. Il convient très bien que, fort souvent, on la voit précéder l'apparition des autres phénomènes morbides, mais il se demande si, loin d'être considérée comme cause dans des cas semblables, elle ne devrait pas plutôt être rangée au nombre des premiers symptômes qui annoncent le début de la maladie déjà imminente, ou même confirmée.

La suppression du flux menstruel ou sa quantité trop peu considérable, produit tantôt une congestion utérine aiguë, tantôt une métrite aiguë, mais quelquefois aussi une simple inflammation aiguë du tissu cellulaire du petit bassin. Fréquemment

les choses se passent ainsi; d'autres fois, c'est en même temps l'inflammation du tissu cellulaire et une métrite aiguë qui se développent spontanément à la suite de cette suppression. Je suis fort disposé à admettre cette influence, seulement je n'en ai pas encore observé d'exemples.

Les cautérisations trop énergiques ou intempestives, les injections astringentes ou caustiques dans l'intérieur de la cavité utérine causent l'inflammation du tissu cellulaire utérin; quelquefois on l'a vue se développer à la suite de pessaires trop volumineux, mal placés ou laissés trop longtemps; Valleix a cité lui-même une observation dans laquelle elle aurait été la conséquence de l'emploi de son redresseur intra-utérin.

ARTICLE III. — Symptomatologie du phlegmon péri-utérin.

Début. — Il ne sera pas évidemment le même, suivant que l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin sera primitive ou consécutive.

a. Primitive. — Elle peut débiter d'une manière différente; il y a sous ce rapport deux modes distincts: ou bien le début a lieu d'une manière aiguë, c'est-à-dire à la suite d'un frisson plus ou moins violent, la fièvre et les symptômes locaux se manifestent ensuite; ou bien ce début est lent, chronique, insensible et sans frisson bien appréciable; les symptômes se développent progressivement et ne sont que peu à peu caractéristiques.

b. Consécutive. — Les symptômes de l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin viennent se enter sur une autre maladie dont le diagnostic a pu être déterminé auparavant. C'est alors qu'on voit, après ces phénomènes morbides préexistants, se développer d'abord un frisson, puis des symptômes nouveaux du côté du petit bassin.

La maladie, une fois développée, se traduit par un ensemble de phénomènes plus ou moins caractéristiques.

§ 4. Première période. — Phlegmon non suppuré.

Symptômes locaux. — *Douleur.* — La douleur se rapproche, à beaucoup d'égards, de celle qu'on observe dans la métrite aiguë; ce sont des douleurs vives, aiguës, quelquefois lancinantes et siégeant dans l'hypogastre; il existe en même temps une sensation de pesanteur plus ou moins grande et de gêne dans le petit bassin. Cette douleur s'irradie dans les régions lombaires, inguinales et périnéales, mais on peut toujours remonter à l'origine, c'est-à-dire dans la cavité même du petit bassin; elle augmente par la marche, les mouvements, l'exercice et tous les efforts quelconques.

Lorsque l'inflammation siége dans les ligaments larges, la tumeur qu'elle forme et que l'on découvre quelquefois au-dessus du pubis, du côté malade, est elle-même très douloureuse; la douleur alors existe souvent dans ce seul côté du ventre.

La plupart des femmes atteintes d'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin, surtout lorsque cette inflammation présente quelque connexion avec la vessie, éprouvent des envies fréquentes d'uriner qui, lorsqu'elles sont satisfaites, augmentent en général la douleur du petit bassin. Quelquefois l'influence est plus positive et une irritation vésicale, plus ou moins bien caractérisée, vient compliquer cette inflammation dont la constipation est encore un des symptômes les plus constants et les plus habituels.

La palpation et la pression du ventre démontrent la sensibilité vive de la région hypogastrique, et, quand on déprime la région hypogastrique, on perçoit non-seulement la sensibilité plus profonde, qui est augmentée sous l'influence de cette cause mécanique, mais encore les tumeurs inflammatoires, dures, résistantes, dans les points où elles se sont développées. C'est spécialement dans l'inflammation de l'un ou des deux ligaments larges que la palpation permet de percevoir la sensation des tumeurs inflammatoires.

Le toucher vaginal fait connaître les modifications suivantes :

1° au fond du vagin une augmentation très notable de la température; 2° l'immobilité ou la presque immobilité de l'utérus et de son col, et, quand on veut essayer de lui imprimer des mouvements, la production de douleurs plus ou moins vives; 3° la perception de l'induration inflammatoire là où elle siége.

Cette perception se montre dans le tissu cellulaire péri-utérin, dans les ligaments larges, etc. On apprécie celle qui se forme entre le rectum et le vagin, ou l'utérus, en introduisant à la fois un doigt dans le rectum et un doigt dans le vagin. Quelquefois pour percevoir la tumeur abdominale, il faut pratiquer simultanément le toucher vaginal et la palpation abdominale.

Le toucher rectal vient presque toujours encore aider au diagnostic; il permet d'apprécier l'élévation de température, l'immobilité de l'utérus et le siége de la tumeur, surtout quand elle est placée autour et au bas de l'utérus en arrière.

On sent par le toucher des battements artériels manifestes, qui ont été signalés d'abord par M. Nonat, puis par M. Gallard.

Symptômes généraux. — A la suite d'un frisson, il se développe constamment une chaleur vive et âcre de la peau, une accélération du pouls, enfin un mouvement de fièvre bien caractérisé et plus ou moins intense. La langue est blanche, saburrale, la soif augmentée, l'appétit presque toujours nul; il n'y a pas en général de vomissements, ou bien, quand ils se montrent, ils indiquent presque toujours l'existence simultanée d'un certain degré de péritonite. Les malades se plaignent de céphalalgie, de courbature, de constipation; il y a presque toujours un état de prostration, d'abattement et de découragement, qui est assez caractéristique dans ce genre d'affection.

La durée de cette première période est variable de huit à quinze jours. Elle peut se terminer par résolution, ce qui n'est pas très rare. M. Gallard a constaté 27 fois cette terminaison sur les 53 observations qu'il a analysées, et 3 fois seulement il a vu la maladie se terminer par suppuration, comme cela a

lieu si fréquemment à la suite de couches (1). Cette différence dans le mode de terminaison, suivant que la maladie est ou non post-puerpérale, forme même un des principaux arguments que cet auteur invoque pour justifier, avec M. Bennett, la description en deux chapitres séparés du phlegmon péri-utérin post-puerpéral, et du phlegmon en dehors de l'état puerpéral. C'est de ce dernier seulement que s'est occupé M. Gallard, considérant le premier comme suffisamment étudié et connu par les auteurs qui l'avaient précédé. La terminaison la plus habituelle dans les cas qu'il a décrits est, ainsi que je viens de le dire, la résolution, 27 fois sur 53. 6 fois il n'a pas pu suivre les malades assez longtemps pour constater le mode de terminaison, et 16 fois il a observé qu'elle avait lieu par induration; dans 13 de ces 16 derniers cas, l'induration, au lieu de se faire en masse, avait lieu par petit noyaux isolés, que M. Gosselin a le premier décrits, et qui semblent être un intermédiaire entre l'induration et la résolution complète, à laquelle ils conduisent par une sorte de dégradation insensible. La terminaison par suppuration, qui est très rare lorsqu'on se borne, comme M. Gallard, à étudier le phlegmon en dehors de l'accouchement (puisqu'il ne l'a vu que 3 fois d'une manière manifeste, et 1 fois à l'état douteux sur ses 53 malades), est au contraire extrêmement fréquente, lorsqu'on envisage la maladie d'une manière générale. Elle constitue même la règle pour les phlegmons survenus à la suite de couches; on observe alors les phénomènes suivants.

(1) Voici du reste un extrait de son tableau statistique :

Sur 53 cas, résolution complète.....	27
Suppuration évidente.....	3
— douteuse.....	1
Induration.....	16
Mode de terminaison non constaté.	6
	<hr/>
Total.....	53

§ 2. Deuxième période. — Formation de collections purulentes.

La suppuration est annoncée par des phénomènes locaux ou généraux.

a. Les douleurs locales n'éprouvent quelquefois aucune modification; elles restent ce qu'elles étaient, et il n'y a pas de changements qui puissent mettre sur la voie de cette transition à un nouvel état. Mais ce cas est peut-être le moins fréquent, et ce changement est annoncé précisément par une modification dans la nature de la douleur. Ici deux choses peuvent arriver : quelquefois les douleurs deviennent plus sourdes, plus obscures; dans d'autres cas, les douleurs continues, tout en devenant plus sourdes et moins vives, sont entremêlées ou mêlées de douleurs lancinantes, dont le développement à cette période indique précisément le passage à la suppuration.

Les irradiations de la douleur, les envies plus fréquentes d'uriner, la constipation, n'éprouvent pas en général de modifications bien appréciables.

Le toucher vaginal et rectal, ainsi que la palpation, peuvent rendre de grands services en faisant reconnaître la présence de tumeurs inflammatoires fluctuantes dans des points quelconques du petit bassin.

Ces derniers modes d'exploration indiqueront surtout la suppuration lorsque le pus se rassemblera en collection; tandis qu'ils seront insuffisants quand le pus restera à l'état d'infiltration. Ces tumeurs ou ces abcès du petit bassin peuvent se former dans les points suivants :

Les ligaments larges : en pareil cas, on ne peut toujours arriver à percevoir la fluctuation. Soit qu'on essaye de plonger dans le petit bassin par la palpation hypogastrique bien ménagée, soit qu'on essaye d'y arriver par le toucher vaginal ou rectal, il restera toujours un doute très grand. On percevra plutôt une sorte d'empâtement, de ramollissement; mais on hésitera toujours à conclure qu'il y ait là une véritable fluctuation.

Le toucher vaginal démontrera la saillie d'une tumeur fluctuante saillante dans un point quelconque du vagin, et spécialement à sa partie supérieure et postérieure. Le toucher rectal fera connaître l'existence d'une tumeur saillante dans le rectum. Le toucher rectal et vaginal, pratiqué en même temps, permettra surtout de constater la formation d'une collection purulente existant dans la paroi recto-vaginale.

Enfin on pourra constater la formation de collections purulentes sous la peau, et en particulier du côté de la fosse iliaque, au-dessous de la paroi abdominale, à la partie supérieure de la cuisse, dans les régions inguinales et dans les grandes lèvres.

Dans ces cas, une circonstance peut s'opposer à la constatation aussi facile des collections purulentes, c'est l'induration inflammatoire qui existe autour des foyers qui les entoure dans une certaine étendue, et qui peut aller jusqu'à masquer la fluctuation dont on aurait pu constater l'existence.

J'emprunte à M. Aran les détails suivants relativement à l'importance du toucher vaginal et aux résultats qu'il fournit :

« Dans le cul-de-sac vaginal, au lieu de la souplesse qui y existe ordinairement, on éprouve une résistance ; on sent une tuméfaction plus ou moins volumineuse, tantôt régulière, arrondie, tantôt irrégulière et bosselée, presque toujours douloureuse à la pression ; tantôt cette tumeur est située en arrière, et alors elle donne l'idée d'une rétroflexion de l'utérus ; tantôt elle est sur les côtés et bien limitée, ou bien elle envoie des prolongements en avant, en arrière de l'utérus, qui peut être pris dans un anneau complet. D'autres fois ce n'est plus un anneau, mais une masse dure, napiforme, dans laquelle l'utérus est complètement enveloppé et immobilisé avec ses annexes comme dans une véritable gangue.

» Ces tumeurs sont toujours adhérentes à l'utérus, lorsque ce dernier a conservé sa mobilité ; elles sont entraînées dans les mouvements communiqués à l'organe. »

b. Lorsque la suppuration arrive, la malade accuse de petits frissons irréguliers, revenant tantôt plusieurs fois par jour, d'autres fois plus particulièrement le soir. Ces frissons sont en

général suivis d'une exacerbation de chaleur qui se termine par une sueur plus ou moins abondante.

Le pouls devient en même temps plus petit et plus serré. La peau est habituellement plus chaude et plus sèche, la face pâle, quelquefois jaunâtre ; la langue est en général saburrale ; l'appétit se perd, s'il était conservé ; il y a de l'insomnie et de la prostration.

§ 3. Troisième période. — Terminaison.

Le pus une fois formé, il peut arriver trois choses : 1° la résolution pure et simple ; 2° l'évacuation du pus par une voie quelconque ; 3° la terminaison par la mort. Examinons avec soin ces trois modes.

1° *Résolution pure et simple.* — Le pus, rassemblé en abcès ou à l'état d'infiltration, peut-il être résorbé et la malade guérir à la suite ? Cela est possible et au moins fort rare ; nous devons rester dans un doute très grand à cet égard.

2° *Évacuation du pus.* — Le pus, rassemblé en collection, peut être évacué dans une des trois directions suivantes : 1° dans un organe communiquant lui-même à l'extérieur ; 2° au dehors, par une ouverture à la peau ; 3° dans une partie ne communiquant pas au dehors.

Établissons d'abord que les collections purulentes ne s'ouvrent pas dans un seul point, mais quelquefois dans plusieurs à la fois, circonstance qui n'est pas très rare.

Dans ces différents points, l'ouverture se fait tantôt largement, facilement ; dans d'autres cas, par des petits pertuis qu'il est quelquefois difficile de découvrir.

Souvent, lorsque l'ouverture de la collection purulente se fait dans une des parties que nous venons de mentionner, les malades accusent une sensation de lacération, de déchirure, qui les prévient en quelque sorte de ce qui arrive.

L'ouverture des abcès ne se fait pas toujours d'une manière évidente, appréciable. Quelquefois les pertuis de communication

sont tellement petits, que l'écoulement est très faible et peut passer inaperçu.

Ceci posé, examinons les divers modes d'ouverture.

1° *Ouverture dans les organes communiquant à l'extérieur.*

— L'ouverture se fait dans ces organes au moyen de la formation d'adhérences inflammatoires préalables ; elle a lieu tantôt dans le vagin à sa partie supérieure et postérieure spécialement ; tantôt dans le rectum ; ces deux communications sont très favorables pour les malades. L'ouverture dans la vessie n'est pas commune, cependant il en existe un certain nombre d'exemples dans la science. On rapporte également quelques cas d'ouverture dans la cavité de l'utérus ; cette terminaison est au moins rare, et il y a lieu de se demander si, dans ces cas, il n'existait pas en même temps une métrite aiguë.

2° *Ouverture au dehors.* — L'ouverture des collections purulentes du petit bassin à l'extérieur se fait dans un certain nombre de cas. Elle est, en général, beaucoup plus lente et beaucoup plus tardive que lorsqu'elle a lieu ailleurs ; on l'attend quelquefois pendant un temps très long ; elle est précédée d'une tuméfaction et d'une induration inflammatoire des tissus environnants et de la peau en contact avec eux. Les points divers dans lesquels s'ouvrent ces collections sont les suivants : dans certains cas, l'ouverture se fait dans les grandes lèvres ; dans d'autres circonstances, c'est à la partie supérieure de la cuisse, d'autres fois dans la paroi abdominale, issue qui se fait attendre le plus longtemps. On la voit quelquefois au-dessus de l'arcade crurale ou même de la fosse iliaque.

Les deux espèces d'ouvertures que nous venons d'étudier ne constituent pas une terminaison définitive, et les malades sont loin d'être guéries à la suite d'une pareille évacuation.

La quantité de pus qui sort par l'ouverture des collections purulentes est très variable et dépend de la longueur des trajets fistuleux qu'elle a dû parcourir, et de la largeur de l'orifice d'ouverture ; quelquefois cette évacuation a lieu en masse, tan-

dis que dans d'autres cas, elle est lente et presque insensible, surtout les pertuis étant très petits.

L'ouverture des collections purulentes est presque toujours suivie d'une détente des symptômes inflammatoires et d'une sensation de bien-être éprouvée par les malades, mais tout n'est pas terminé pour cela et plusieurs obstacles peuvent arriver.

a. L'écoulement diminue progressivement, la maladie s'améliore, et la guérison arrive naturellement et sans accidents par la cicatrisation des foyers purulents. Cette terminaison, la plus heureuse, n'est pas, tant s'en faut, la plus commune.

b. L'écoulement de pus devient chronique, il continue très longtemps, tout en diminuant de quantité, et il faut un temps très long pour conduire à la cicatrisation et à une terminaison heureuse.

c. L'écoulement de pus, devenu chronique, est interrompu par de véritables poussées inflammatoires, par des exacerbations momentanées de l'inflammation et de la suppuration ; exacerbations produisant toujours un mouvement de fièvre et une augmentation de la quantité de pus ; ce qui peut arriver à plusieurs reprises et assez souvent.

d. Dans quelques cas, l'écoulement de pus s'arrête de temps en temps, les ouvertures de communication se ferment, puis un nouveau travail d'inflammation ou de suppuration a lieu ; il est alors annoncé par des frissons et une réapparition de la fièvre, et ces nouvelles collections purulentes s'ouvrent de nouveau pour se refermer encore une fois ou s'écouler d'une manière continue.

e. Les tumeurs phlegmoneuses, au lieu de se résoudre complètement ou de passer à la suppuration, marchent très lentement vers la résolution. Elles sont un peu douloureuses et donnent à peine aux malades une sensation de poids et de gêne quand elles marchent ou exécutent des mouvements. Chaque mois, à l'époque menstruelle, il survient presque toujours une exacerbation, que l'on observe aussi à la suite de la marche, d'imprudences, de mouvements violents, d'excès de coït, etc.

Cette forme est appelée par M. Gosselin, *forme chronique avec redoublements inflammatoires*.

f. Dans un certain nombre de cas, l'écoulement de pus ne s'arrête pas, les malades s'affaiblissent, s'épuisent de plus en plus, une fièvre hectique se déclare, et elles succombent dans le marasme.

Ces divers modes de terminaisons s'observent avec le même degré de fréquence à peu près, et ils sont loin de présenter les mêmes conditions favorables pour la guérison.

3° *Ouverture dans une cavité close.* — Les collections purulentes du petit bassin peuvent s'ouvrir dans le péritoine. Ce mode d'ouverture n'est pas commun; lorsqu'il a lieu, une péritonite mortelle en est à peu près la conséquence nécessaire.

4° *Suppuration sans ouverture au dehors ou dans une cavité organique quelconque.* — Ce mode de terminaison des abcès est loin d'être un des plus communs. La plupart du temps, lorsque la suppuration se forme, elle ne reste pas à l'état d'infiltration; des collections purulentes se forment, et doivent être évacuées au dehors par une voie quelconque; mais les abcès qui se déclarent ainsi peuvent ne pas s'ouvrir extérieurement, ou bien le faire trop tardivement, les malades succombent alors prématurément et avant que les ouvertures aient eu le temps de se faire.

Lorsque les choses se passent ainsi, c'est en général au milieu des symptômes d'une infection purulente ou putride que la mort a lieu; elle survient plus ou moins rapidement. Je le répète, il est rare que les choses se passent ainsi, et l'ouverture des collections purulentes a presque toujours le temps de se faire avant la terminaison fatale.

ARTICLE IV. — Diagnostic du phlegmon péri-utérin.

Le diagnostic des phlegmons des ligaments larges et du tissu cellulaire du petit bassin, constitue certainement un des points les plus obscurs et les plus difficiles à résoudre de la clinique.

On a confondu le phlegmon des ligaments larges avec la plupart des maladies de l'utérus, bien plutôt qu'on n'a pris les maladies de l'utérus pour des phlegmons du petit bassin.

Voici les maladies qui ont pu être confondues avec les tumeurs phlegmoneuses du petit bassin :

1° *Mérite aiguë.* — Ce diagnostic est souvent d'autant plus difficile que la métrite aiguë existe en même temps que des tumeurs phlegmoneuses du petit bassin.

On peut établir le diagnostic en remarquant que la mobilité de l'utérus est conservée et qu'il existe une tuméfaction régulièrement placée au milieu du petit bassin, ne pouvant appartenir à un autre organe que la matrice. La palpation et le toucher aident beaucoup à établir ce diagnostic.

2° *Ovarite aiguë.* — Dans l'ovarite aiguë le diagnostic est souvent d'autant plus difficile que cette inflammation accompagne les phlegmons du petit bassin, bien plus souvent encore que la métrite aiguë. Du reste, l'ovarite aiguë donne naissance à une tumeur arrondie, peu volumineuse en général, parfaitement mobile et ne siégeant que d'un côté du ventre.

3° *Tumeurs des ovaires ou de la trompe.* — On peut établir le diagnostic en invoquant, dans ce dernier cas, la mobilité de la partie malade, son siège d'un seul côté, son volume beaucoup plus considérable que quand il y a simple tuméfaction inflammatoire des ligaments larges.

4° *Mérite chronique générale ou partielle.* — La métrite chronique générale ou partielle a été prise quelquefois pour des phlegmons des ligaments larges ou du tissu cellulaire du petit bassin. On pourra établir le diagnostic en observant que dans la métrite chronique la sensibilité est beaucoup moindre, les symptômes inflammatoires beaucoup moins caractérisés, et la fièvre nulle ou à peu près nulle; de plus la mobilité de l'utérus est parfaitement conservée; la palpation, le toucher vaginal et le toucher rectal le démontrent d'une manière évidente.

5° *Grossesse extra-utérine.* — Le diagnostic n'est pas, en général, extrêmement difficile. Dans cette affection, le volume