

**Diagnostic.** — Au début de la pelvi-péritonite primitive, le diagnostic ne se pose guère qu'avec la péritonite généralisée, ou plutôt, il y a lieu de se demander si l'inflammation pelvienne ne dépassera pas les limites du bassin. Bientôt la collection qui se fait dans le cul-de-sac postérieur et qu'on peut constater à l'examen témoigne de la limitation des lésions.

C'est surtout avec la forme *séreuse* que la péritonite généralisée septique peut être confondue; de là des erreurs de pronostic faciles. Dans la forme *séreuse*, le siège de la douleur a son maximum sous-ombilical; la fièvre est moins vive, ne dépasse pas 38°,5 ou 39°; les vomissements sont très fréquents, rarement porracés: au toucher, le vagin est chaud, douloureux et l'on y perçoit les battements de l'artère utérine; le toucher vaginal et rectal, la percussion, au besoin une ponction exploratrice, confirmeraient le diagnostic. Que la péritonite pelvienne soit primitive ou secondaire, une fois la collection constituée, on ne peut guère la confondre qu'avec le *phlegmon du ligament large* et l'*hématocèle*. Le premier s'accompagne de phénomènes péritonéaux moins accentués et d'un retentissement plus marqué sur l'état général; de plus, la tuméfaction est franchement latérale. L'*hématocèle* est apyrétique, mais plus syncopale au début, et la collection plus nettement liquide; mais, plus tard, la confusion est possible.

Dans les cas chroniques, la dureté des résidus peut faire songer à un fibrome enclavé, à une rétroversion, à un kyste dermoïde; mais il suffit de reconstituer l'histoire de la maladie.

C'est par l'exploration bimanuelle, faite au besoin sous le chloroforme, qu'on peut reconnaître la salpingo-ovarite pure et la place respective qu'occupent dans les lésions la séreuse et les annexes enflammées.

Enfin, chez les femmes sans passé obstétrical ou vénérien, cachectiques, jeunes, chez lesquelles on constate des lésions étendues de consistance dure et inégale avec ou sans fistules, on devra songer à la *pelvi-péritonite tuberculeuse*.

**Traitement.** — A la période du début de la pelvi-péritonite primitive, si les accidents sont très menaçants, comme il arrive dans la puerpéralité, il n'y a guère que la laparotomie ou l'hystérectomie qui puissent, en permettant le lavage ou le drainage du péritoine, donner quelques minimes chances de survie à la malade; de même, dans les cas de péritonite généralisée consécutive à la rupture d'une collection suppurée. Nous préférons, dans l'une et l'autre hypothèse, la laparotomie qui donne une notion plus complète de la nature et de l'étendue des lésions et du traitement à leur opposer.

Dans les formes secondaires, à la période aiguë, il faut se borner au traitement médical: opium, glace, eau chaude par le rectum et le vagin, laxatifs, etc. C'est ce que nous avons enseigné dès 1892 et

Bouilly dit fort bien: « Qu'on ne se laisse pas entraîner par la gravité apparente des lésions et des symptômes à décider et à exécuter une intervention en pleine crise pelvi-péritonéale. A ce moment, tout est exagéré;... quelques jours plus tard, toutes ces lésions seront singulièrement diminuées, la virulence se sera spontanément atténuée, l'appréciation exacte des lésions et des indications sera plus nette, et les chances d'intervention seront plus grandes », si toutefois la question se pose encore.

Lorsqu'une collection est nettement constatée, certains opérateurs, Duplay et Clado entre autres, ont préconisé l'hystérectomie vaginale à la période aiguë. Henrotin voudrait qu'on incisât le cul-de-sac postérieur dès qu'une lésion est reconnue. Nous savons combien on peut espérer de la temporisation, surtout dans les formes fluxionnaires, séreuses; aussi croyons-nous qu'il faut attendre et n'intervenir que si la collection fait saillie quelque part, à la paroi ou, surtout, dans le vagin, et alors une ponction décidera de la nature du liquide, suffira souvent comme traitement et pourra, dans tous les cas, être suivie d'une incision plus large. C'est la *colpotomie* qui est l'opération de choix pour toutes ces collections enkystées du cul-de-sac postérieur et même pour les collections latérales: c'est à elle que, à l'exemple de Martin, Sängner, Henrotin et de tant d'autres, nous avons constamment recours en pareil cas.

Pour les *suppurations diffuses* ou cloisonnées, à poches multiples, l'hystérectomie vaginale doit être préférée à la laparotomie, souvent impossible en pareil cas. L'hystérectomie permet, avec un minimum de risques, d'évacuer et de drainer toutes les poches, et elle est d'autant plus justifiée que l'utérus et les annexes sont anatomiquement malades et fonctionnellement perdus.

Dans les formes sèches ou chroniques, caractérisées surtout par la présence d'adhérences, sans collections, on doit recourir, suivant l'étendue des lésions et d'après la position sociale de la malade, soit au traitement médical révulsif, résolutif, au massage, au traitement hydro-minéral, soit à la libération des adhérences par laparotomie ou cœliotomie vaginale antérieure ou postérieure.

La laparotomie convient aux formes tuberculeuses qui peuvent bénéficier de la simple ouverture du péritoine, si l'on se trouve dans l'impossibilité d'extirper toutes les lésions.

#### IV.—PELVI-CELLULITE.—PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE.

1° *Pelvi-cellulite.* — Par *pelvi-cellulite*, ou *cellulite pelvienne*, il faut entendre, d'une manière générale, l'inflammation du tissu cellulaire occupant la loge sous-péritonéale de Luschka, limitée en haut par la séreuse et ses divers replis ou ligaments, en bas, par l'aponévrose pelvienne supérieure doublée du muscle releveur et se

continuant avec le tissu cellulaire pariétal. L'expression de *paramétrite*, créée par Virchow et familière aux Allemands, est trop limitative et ne peut s'appliquer qu'à l'inflammation cellulaire juxta-utérine. Il est vrai que telle est la localisation la plus fréquente du phlegmon pelvien, le phlegmon isolé de la partie supérieure du ligament large étant beaucoup plus rare, ainsi que la cellulite diffuse.

Pierre Delbet donne au parametrium le nom de *gaine paramétrique*, parce qu'elle contient les vaisseaux de ce nom, et lui assigne les limites suivantes : en arrière, l'aponévrose sacro-recto-génitale ; en avant, la partie inférieure et postérieure de l'aponévrose ombilico-vésicale ; en haut, la convergence des deux feuillets ; en bas, l'aponévrose pelvienne supérieure. Ces diverses aponévroses ne sont que des émanations des feuillets de dédoublement de la grande aponévrose ombilico-pelvienne ou cache-vasseaux de P. Petit (1). Cette couche cellulaire, en rapport, en dedans, avec la voûte du vagin, la vessie et le col utérin, se confond, en haut, avec la base du ligament large. Elle communique, en bas, avec la région crurale interne, par la gaine des vaisseaux obturateurs ; en arrière, avec la fesse, par l'échancrure ischiatique et les branches externes de l'hypogastrique ; en avant, avec le tissu cellulaire prévésical ; en dehors, avec la fosse iliaque et le triangle de Scarpa. Ces rapports expliquent la topographie des divers prolongements qu'on peut observer au cours du phlegmon pelvien. Cette région est traversée en outre par des nerfs, par l'uretère et par des troncs lymphatiques aboutissant des vaisseaux du col et de la partie supérieure du vagin, et formant, autour de l'isthme cervical, un lacis dense. Elle contient des ganglions décrits par Lucas-Championnière, constatés par la plupart des anatomistes et qui, d'après Reynier (2), rudimentaires à l'état normal, peuvent atteindre, dans l'état pathologique, le volume d'une noisette. De microscopiques qu'ils sont, ils deviendraient apparents sous l'influence de l'infection. C'est pourquoi Lucas-Championnière les a trouvés chez des femmes mortes de fièvre puerpérale et Poirier ne les a jamais constatés sur les cadavres de l'École pratique.

Le tissu cellulaire de la partie supérieure du ligament large est réduit à un mince feutrage interposé aux deux feuillets séreux qui constituent ce ligament : il est seulement un peu plus lâche à la partie supérieure qui sert de gaine aux vaisseaux utéro-ovariens. Il est en rapport, en haut, avec les vaisseaux et avec les lymphatiques émanés du corps de l'utérus, avec les ailerons de la trompe et de l'ovaire qu'il dédouble plus ou moins ; en bas, avec les vaisseaux utérins, l'uretère et les lymphatiques du col et du vagin ; en dedans, avec le bord de l'utérus et les troncs vasculaires anastomotiques ; en dehors, avec les vaisseaux hypogastriques et la courbe de l'uretère. Il se continue avec

(1) P. PETIT, *Revue de gynéc. et de chir. abd.*, 1900, n° 4.

(2) REYNIER, *Sem. gynéc.*, 1899, n° 28.

le tissu cellulaire de la fosse iliaque et, par là, jusque sous le diaphragme et derrière le rein. Une lame aponévrotique décrite par Lebec, émanation de l'aponévrose ombilico-pelvienne (P. Delbet), sépare cette loge du parametrium proprement dit et établit la limite entre les deux localisations du phlegmon. Grâce aux connexions du tissu cellulaire de cette région, on peut s'expliquer les fusées possibles du pus en haut et en bas, vers le diaphragme et vers la région inguinale.

**Étiologie. Pathogénie.** — De même que la salpingo-ovarite et la pelvi-péritonite, la cellulite pelvienne reconnaît pour cause essentielle une infection à porte d'entrée utérine ou vulvo-vaginale. Ces trois modalités de l'inflammation pelvienne sont en effet tellement solidaires et si souvent associées que beaucoup d'auteurs en fusionnent la description dans un seul chapitre. Ici, cependant, l'origine puerpérale, avec le streptocoque comme agent pathogène, est si prépondérante qu'on a été jusqu'à contester l'existence du phlegmon pelvien en dehors de la puerpéralité (Frarier), et si le gonocoque intervient, c'est plutôt pour faire fonction de fourrier vis-à-vis du streptocoque, du staphylocoque et des autres organismes pyogènes. Primipares et multipares, malgré des évaluations diverses, y sont également exposées : les traumatismes obstétricaux, déchirure du col, rupture du périnée, etc., y prédisposent plus particulièrement. Exceptionnellement, on l'a observé au cours de la grossesse (König, Mathews Duncan).

Il est bien démontré qu'on peut observer aussi la cellulite en dehors de l'état puerpéral, notamment à l'occasion de *traumatismes opératoires* ou *accidentels*, même légers, dans la proportion de 27 cas sur 61 (Beigel), de 30 p. 100 si on réunit les statistiques de West, de Beigel, de Schröder et de Martin. Elle peut se développer à la suite d'une amputation du col, d'un curetage, de toute intervention sur l'utérus, le vagin ou le périnée ; et, aussi bien, après la simple incision d'un abcès superficiel, d'une bartholinite, à l'occasion d'un cathétérisme utérin, de la dilatation, d'injections ou de cautérisations intra-utérines, et même du simple toucher. Dans ces cas, la lésion reconnaît-elle pour cause le réveil d'un état inflammatoire latent ou une contamination directe due à l'insuffisance des précautions ? Cette dernière hypothèse est plus plausible.

Les lésions ulcéreuses du col, les suppurations de la trompe et de l'ovaire peuvent intéresser secondairement le tissu cellulaire et P. Delbet admet, avec Byford et Fenger, les abcès pelviens tuberculeux, qui, sans doute, peuvent se développer secondairement à la tuberculose génitale. Enfin, on peut admettre la localisation tardive, dans le bassin, d'une infection générale grave, comme la fièvre typhoïde, la varioloïde, etc.

Quoi qu'il en soit, la fréquence du phlegmon pelvien, d'origine quelconque, a considérablement diminué et diminuera encore

parallèlement aux progrès de l'asepsie obstétricale et chirurgicale.

Nous retrouvons ici, sauf la prédominance de l'infection purpurale aiguë, à peu près la même étiologie que pour la pelvi-péritonite. Pourquoi, dans tel cas, l'infection se porte-t-elle sur la séreuse et, dans tel autre, sur le tissu cellulaire? Le problème n'est pas toujours de solution facile. Il semble cependant que les *traumatismes*, l'effraction des tissus, ouvrant largement les troncs lymphatiques, comme le font les déchirures du col ou du périnée, les incisions diverses, etc., produisent plus volontiers le phlegmon, tandis que les germes, simplement déposés à la surface de la muqueuse, auront plus de tendance à créer la salpingite et la péritonite en suivant les réseaux lymphatiques sous-épithélial et sous-endothélial.

Dans toute hypothèse, et qu'on admette, ou non, l'existence de ganglions péri-cervicaux et, comme temps initial, la lymphangite ou l'adéno-lymphangite, c'est la *théorie lymphatique* de Lucas-Championnière qui a prévalu. La propagation par voie veineuse, soutenue jadis par Dance, Bernutz, Frarier, Hervieux, Courty, plus récemment par Charpy, n'est admissible que pour les cas de virulence extrême dans lesquels tout est simultanément envahi.

**Anatomie pathologique.** — L'inflammation ou bien se diffuse à tout le tissu cellulaire pelvien ou bien se circonscrit au parametrium ou entre les feuillets du ligament large.

a. *Cellulite pelvienne diffuse.* — Dans cette forme, de plus en plus rare, l'infection se propage, à la façon de l'érysipèle grave, avec une rapidité foudroyante, sans avoir le temps de se localiser et sans respecter nulle barrière. Virchow lui a donné le nom d'*érysipèle malin puerpéral interne*. Les tissus sont œdématiés, livides; les veines, aussi bien que les lymphatiques, sont enflammées; des streptocoques pullulent non seulement dans l'exsudat, mais dans les lymphatiques et dans les thrombus des veines.

b. *Cellulite circonscrite.* — *Phlegmons circonscrits.* — Les lésions sont celles du phlegmon évoluant dans toute autre région. Au début, c'est une injection vasculaire intense suivie de l'infiltration des mailles du tissu cellulaire par un liquide transparent, jaune brun, quelquefois gélatineux.

Il n'est pas rare d'observer, en même temps, des poussées correspondantes de pelvi-péritonite séreuse. A cette période, le processus peut s'arrêter et rétrocéder. Plus souvent, il aboutit à la suppuration. L'œdème se condense en certains points sous forme de petits noyaux indurés qui deviennent blanchâtres, opaques, subissent la fonte purulente et fusionnent pour former un abcès unique plus ou moins étendu.

Le pus, dont la quantité varie de 100 à 500 grammes et plus, est tantôt franchement phlegmoneux, blanc jaunâtre, inodore et strié de sang, tantôt grumeleux et fétide; on peut y trouver des micro-

coques variés et parfois des gaz qui ont pénétré dans la cavité par osmose et indépendamment de toute ouverture intestinale.

La poche est généralement d'autant plus épaisse que la marche de l'inflammation a été plus lente. Doublée de fausses membranes de péritonite, elle peut acquérir une consistance dure, fibreuse, qui en impose parfois pour une tumeur maligne ou un fibrome. Lorsque le pus est évacué, les débris du tissu cellulaire forment dans la cavité comme des brides flottantes et le processus ulcératif peut aller jusqu'à rompre les parois des vaisseaux. P. Delbet a réuni 7 observations de cet accident.

*Caractères propres à chaque variété.* — 1° *Phlegmon de la gaine hypogastrique* (P. Delbet), *juxta-utérin* (Bouilly), *de la base du ligament large, péri-utérin, paramétrite* proprement dite. Dans cette variété, de beaucoup la plus fréquente, l'inflammation intéresse la totalité du tissu para-utérin ou se localise plus précisément en un point. C'est ainsi qu'à l'état aigu ou à l'état de résidus chroniques, on a décrit la paramétrite *latéro-utérine*, ordinairement en rapport avec une déchirure du col, *juxta-pelvienne*, développée autour des ganglions hypogastriques, *rétro-utérine* ou *péri-rectale*, *phlegmon rétro-utérin* de Gallard, qui parfois embrasse le col comme un croissant, etc.

Lorsque l'inflammation aboutit à la suppuration, celle-ci, en raison des rapports que nous avons indiqués, peut se faire jour dans le vagin, le rectum, la vessie, l'utérus ou, en suivant les gaines des vaisseaux, donner lieu aux prolongements suivants: *fessier*, par l'échancrure sciatique; *iliaque et crural antérieur*, par continuité du tissu cellulaire; *crural interne*, par le trou obturateur; *abdominal antérieur*, par la loge prévésicale; enfin, le pus peut traverser l'aponévrose pelvienne supérieure et le releveur, et se faire jour au voisinage de l'anus.

2° *Phlegmon du ligament large proprement dit.* — Ici l'inflammation est limitée au tissu cellulaire qui sépare les deux feuillets du ligament large. Elle débute autour des lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens et peut s'étendre aussi suivant diverses directions; en dehors, vers la fosse iliaque, et de là, par en haut, jusqu'aux reins et au diaphragme; en bas, jusqu'à l'arcade de Fallope, ou en avant, en suivant l'aileron antérieur du ligament et le ligament rond, jusqu'à l'orifice externe du conduit inguinal.

Le péritoine, au voisinage du phlegmon, participe souvent au processus inflammatoire, mais non d'une façon constante et P. Delbet a recueilli 17 observations consacrant cette immunité de la séreuse.

Pozzi signale dans son *Traité*, comme conséquence éventuelle de ces phlegmons, le développement tardif de foyers à distance dans la fosse iliaque, dans la gaine du psoas et dans le tissu péri-néphrique.

Freund a décrit sous le nom de *paramétrite atrophiante* une inflammation diffuse du tissu cellulaire pelvien déterminant l'atrophie des organes. Il s'agit sans doute d'un processus de sclérose,