ganglions lombaires; ceux qui sont nés au niveau du col, du tiers inférieur de l'utérus et du tiers supérieur du vagin vont au contraire, en traversant la base du ligament large, gagner les ganglions situés de chaque côté du petit bassin, au niveau de l'artère hypogastrique et de la bifurcation de l'iliaque primitive (voy. fig. 8, p. 11).

Lorsque ces vaisseanx seront envahis par les microbes puisés au niveau de la muqueuse infectée, ils donneront lieu, sur tout leur parcours, à des phénomènes de lymphangite. Au niveau des ganglions dans lesquels sont conduits les agents microbiens, pourront également se développer des adénites plus ou moins intenses qui entraîneront à leur tour des accidents de péri-adénite et des adéno-phlegmons. Comme les infections utérines sont beaucoup plus fréquentes au niveau du col que vers le fond de l'organe, il est tout naturel que les phénomènes de lymphangite se montrent surtout dans la base du ligament large.

Ce rôle des lymphatiques a été particulièrement mis en lumière par Championnière et aussi par Alphonse Guérin; ce dernier pensait que tous les phlegmons du ligament large étaient des adéno-phlegmons juxta-pubiens. Il avait observé un cas des plus nets dans lequel la suppuration s'était développée dans un ganglion situé près du trou obturateur, et par une généralisation excessive il voulait qu'il en fût toujours ainsi. Rien n'est plus faux, et cet adéno-phlegmon juxta-pubien est au contraire exceptionnel. Il n'y a dans la région péri-utérine aucune règle particulière qui préside au développement des infections lymphatiques, et l'on voit se développer des phénomènes d'inflammation et de suppuration partout où se trouvent des vaisseaux blancs pour charrier des microbes et des ganglions pour les recevoir. Bien plus, quand une inoculation microbienne se sera faite sur un point quelconque du trajet des lymphatiques utérins, comme elle se fait dans les abcès lymphangitiques sur un point quelconque de l'avant-bras ou du bras dans les plaies infectées de la main, on pourra voir l'infection

[1] Lucas Championnière. *Th. Paris*, 1870.

et la suppuration s'étendre alors dans toutes les directions en se répandant de proche en proche dans les mailles du tissu cellulaire ouvertes avant elles.

Le rôle des *veines* dans la production des suppurations cellulaires, qu'on croyait autrefois prépondérant, est certainement exceptionnel. Peut-être dans les grandes infections puerpérales à marche rapide, à suppuration diffuse, la phlébite joue-t-elle un rôle, et dans ces conditions il n'est pas étonnant qu'on ait pu croire pendant longtemps que ce rôle était capital, puisque, en somme, l'anatomie pathologique des phlegmons et des abcès pelviens n'était guère connue que par l'étude des suppurations diffuses et mortelles qui font suite à l'infection puerpérale. C'est pourquoi Bernutz, Hervieux et beaucoup d'autres croyaient à l'infection par les veines. Aujourd'hui, il est universellement admis que ce sont les lymphatiques qui jouent, et de beaucoup, le rôle principal.

Le microbe coupable est presque toujours le *streptocoque*. Lui seul traverse facilement la muqueuse utérine. Les infections par le *gonocoque* sont rares, malgré la grande part que prend cet agent aux inflammations de la muqueuse utérine. Les altérations qu'il provoque sont superficielles; il n'a guère d'action que sur la couche épithéliale de la muqueuse et ne pénètre pas dans la profondeur. Mais les lésions qu'il produit sur la muqueuse rendent beaucoup plus facile l'infection de celle-ci par les agents pyogènes ordinaires et le gonocoque agit surtout, par conséquent, en provoquant des inoculations secondaires.

Celles-ci seraient presque toujours dues, et Cornil et Widal insistent beaucoup sur ce point, au streptocoque seul, les autres agents pyogènes étant pour ainsi dire incapables de traverser la paroi utérine.

Il est cependant probable que le *staphylocoque* et le *bactérium coli* doivent être incriminés dans un certain nombre de cas.

Quant aux suppurations d'origine *tuberculeuse*, aux *abcès froids*, il n'y en a pas d'observation bien probante. Je pense cependant avec Delbet qu'il n'y aucune raison de les rejeter. On sait combien facilement la tuberculose se propage par voie

lymphatique, et la tuberculose génitale n'est pas si rare qu'on ait le droit de nier sa propagation possible aux lymphatiques péri-utérins et au tissu cellulaire dans lequel ils sont plongés.

Les phlegmons et les abcès dus à quelque infection spécifique, au cours d'une *maladie générale*, peuvent sans doute exister en ce point comme partout ailleurs. Il n'y en a pas d'exemple probant, et tant qu'une analyse bactériologique ne les aura pas démontrés, on sera toujours en droit de soupçonner une inoculation banale coïncidant avec une infection générale.

Anatomie pathologique. — Le siège des phlegmons pelviens a été parfaitement étudié par Pierre Delbet dans le remarquable travail dont j'ai déjà bien souvent parlé. Paul Petit lui consacre aussi un chapitre important au point de vue anatomique, et le rôle des diverses cloisons et nappes celluleuses du bassin y est particulièrement bien étudié[1].

Les phlegmons de la gaine hypogastrique se développent dans la base du ligament large, au point où vient s'épanouir l'artère utérine en un bouquet de branches nombreuses noyées dans un tissu cellulaire abondant qui les accompagne vers les divers organes auxquels elles se rendent.

Il y a en ce point un assez vaste espace celluleux, coupé de vaisseaux artériels, encombré de plexus veineux et traversé de filets nerveux insignifiants. Cet espace est limité en dedans par le col utérin et la paroi latérale du vagin, — en dehors par la paroi pelvienne et la partie la plus élevée du releveur de l'anus, — en avant par la lame antérieure de la gaine hypogastrique que double le péritoine et qui se porte de la paroi pelvienne à la face antérieure du vagin, — en arrière par le feuillet postérieur de la même gaine hypogastrique, doublé lui aussi par le péritoine et qui, de la paroi pelvienne, gagne la face postérieure du vagin.

En bas, la trame celluleuse de la gaine hypogastrique constitue un espace angulaire à sommet inférieur limité par le releveur de l'anus et la paroi latérale du vagin, qui se portent

[1] Paul Petit, *Anat. Gynéc.*, p. 139.

l'un vers l'autre ; en haut, vers la partie supérieure du ligament large le tissu cellulaire se raréfie de plus en plus au point que dans l'aileron de la trompe et de l'ovaire, les deux feuillets péritonéaux se touchent presque par leur face profonde, mais

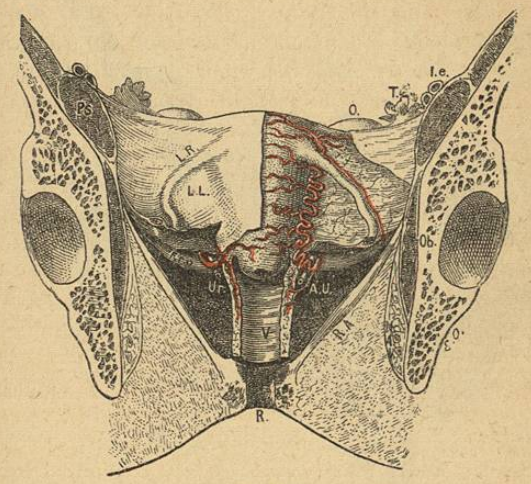

Fig. 54.
Coupe transversale du bassin. Vue antérieure (demi-schématique).

Le feuillet péritonéal qui recouvre la partie antérieure du ligament large gauche a été enlevé. On voit ainsi l'espace celluleux dans lequel se développent les phlegmons pelviens. — AU, art. utérine. — Ur, uretère. — LR, ligament rond. — LL, ligament large. — FSO, fossette sous-ovarienne. — O, ovaire. — T, trompe. — IE, iliaque externe. — V, vagin. — R, ext. inf. du rectum. — PS, psoas.

un mince feuillet celluleux sépare cet espace presque dépourvu de tissu cellulaire de la trame beaucoup plus épaisse qui constitue, vers la base du ligament large, la zone utérine de la gaine hypogastrique. L'uretère occupe la partie externe et antérieure de cet espace celluleux. Mais celui-ci n'a point de limites précises et il se prolonge en différents points le long des vaisseaux qui y pénètrent ou qui en sortent pour se porter dans plusieurs directions. En arrière et en haut,

cette gaine utérine se continue directement avec la gaine hypogastrique dont les nombreux prolongements correspondent

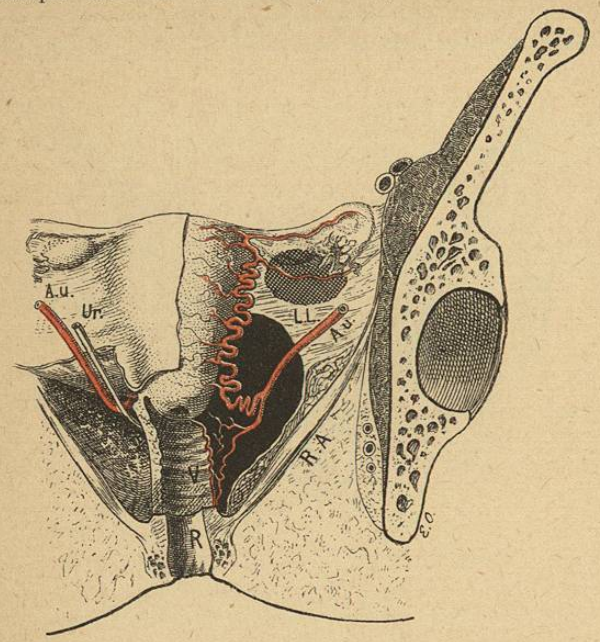

Fig. 55.

Coupe transversale du bassin, vue postérieure (demi-schématique).

A droite la partie noire représente le siège du phlegmon de la gaine hypogastrique. — Au-dessus, sous la trompe et l'ovaire, la partie ombrée représente le siège du phlegmon du ligament large proprement dit.

au large bouquet artériel qui naît de l'artère iliaque interne (fig. 54, 55).

C'est dans cet espace celluleux para-cervical, qui est situé immédiatement contre le cul-de-sac latéral du vagin, en empiétant un peu sur le cul-de-sac postérieur, que se développent les phlegmons pelviens. Mais l'inflammation et la suppuration qui

y prennent naissance peuvent, en suivant les mailles du tissu cellulaire, se porter le long des vaisseaux dans diverses directions qu'il est très utile de connaître, parce qu'il faut les chercher et qu'on peut les trouver à l'examen clinique.

C'est ainsi qu'il y a, le long des artères qui vont à la vessie et

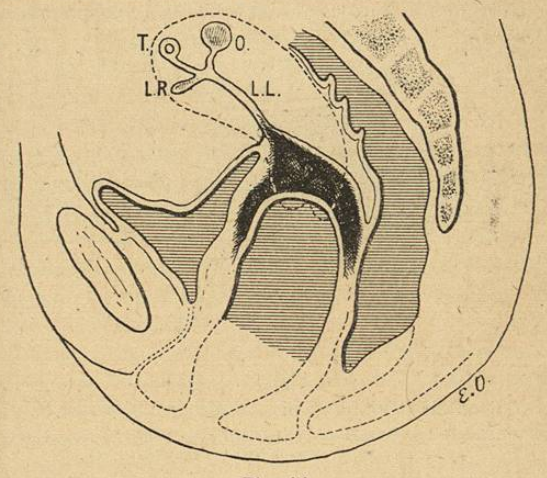

Fig. 56.

Coupe antéro-postérieure du bassin le long du bord droit de l'utérus (demi-schématique).

Phlegmon de la gaine hypogastrique développé sous la base du ligament large, sur la partie latérale du dôme vaginal.

au vagin, un *prolongement vésical* antérieur en rapport avec la cloison vésico-utérine, et un *prolongement vaginal*, situé un peu plus bas. Ces deux prolongements peuvent d'ailleurs se confondre. En arrière la suppuration se porte vers le sacrum, en passant sur les parties latérales du rectum où se trouve un *prolongement rectal* (fig. 57).

Lorsqu'elle se développe dans la gaine hypogastrique et qu'elle remonte plus ou moins haut, l'inflammation peut gagner encore du terrain et s'étendre dans diverses autres directions en suivant le chemin ouvert par les vaisseaux.

C'est ainsi que le pus peut envahir la *fosse iliaque*, et, longeant les vaisseaux, passer sous l'arcade crurale pour arriver jusque dans le triangle de Scarpa. C'est le *prolongement crural antérieur*. Un *prolongement crural interne* peut se faire le long de l'artère obturatrice, par le trou obturateur.

En arrière, en dehors et en bas se trouve l'échancrure sciati-

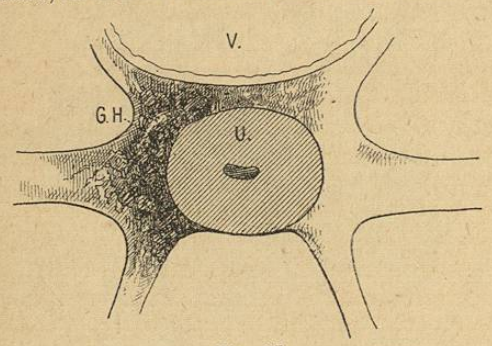

Fig. 57.

Coupe horizontale passant au niveau du col utérin (schématique).

Phlegmon développé dans la gaine hypogastrique gauche, et s'étendant vers la vessie, vers le rectum, et dans la base du ligament large.

que dans laquelle peut s'engager, avec les vaisseaux correspondants, un *prolongement fessier*.

Lorsque le pus arrive au niveau du trou obturateur ou s'y développe primitivement, comme le voulait Alphonse Guérin, et comme cela peut se faire quand il y a des ganglions à ce niveau, il peut se porter plus en dedans le long de la paroi postérieure du pubis et envahir la *loge prévésicale*, où se trouve une large zone favorable à son développement. La suppuration peut alors remonter plus ou moins haut derrière la paroi abdominale, en y formant un plastron résistant, et on a vu certaines collections remonter jusqu'à l'ombilic. Il peut enfin passer de l'autre côté de la ligne médiane et gagner même la fosse iliaque du côté opposé. Mais il est plus fréquent de le voir filer en dehors vers l'arcade de Fallope, derrière laquelle il remonte,

en décollant le péritoine en arrière jusque vers l'épine iliaque.

Enfin dans quelques cas, d'ailleurs rares, le pus, rompant ses barrières naturelles, peut traverser le diaphragme pelvien, le muscle releveur de l'anus et envahir la *fosse ischio-rectale* où se développe un phlegmon accessible en dehors du pli interfessier, et donnant lieu, lorsqu'il s'ouvre spontanément, à une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Le *phlegmon du ligament large* est beaucoup plus rare, et beaucoup moins important. Mais il faut ici se garder de commettre une confusion. Autrefois la plupart des auteurs désignaient ainsi le phelgmon que je viens de décrire, celui qui est situé dans la gaine hypogastrique, *sous* le ligament large. Le phlegmon dont il est maintenant question est situé *dans* le ligament large, entre ses deux feuillets, à sa partie supérieure, par conséquent, sur le trajet des lymphatiques et des vaisseaux utéro-ovariens (fig. 55).

En dedans, il est limité par le bord de l'utérus au niveau de ses deux tiers supérieurs ; en dehors, par la paroi pelvienne ; en bas, il répond au feuillet celluleux qui recouvre la gaine hypogastrique et qui ferme la base du ligament large ; en haut, aux ailerons de la trompe et de l'ovaire qu'il dédouble plus ou moins largement. En avant et en arrière, se trouvent les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur du même ligament, qui s'écartent l'un de l'autre d'autant plus que l'abcès est plus volumineux.

Lorsque ce phlegmon se développe, il s'insinue dans les espaces celluleux qui se laissent infiltrer, il les décolle plus ou moins et se prolonge en diverses directions. Remontant le long des vaisseaux utéro-ovariens et du ligament supérieur de l'ovaire, la suppuration envahit la fosse iliaque par sa partie postérieure. De là elle peut remonter sous le péritoine vers la région lombaire jusqu'au rein et même jusqu'au diaphragme. Elle peut, au contraire, descendre vers l'arcade de Fallope qu'elle aborde en général vers sa partie externe, en venant au contact de la paroi abdominale.

Dans quelques cas exceptionnels, le pus, suivant le ligament

rond et l'aileron antérieur du ligament large, gagne la partie moyenne de la fosse iliaque et s'insinue dans le canal inguinal en formant une tumeur à son orifice externe. Cette migration se fait sans aucun doute par l'intermédiaire des lymphatiques et non pas par suite d'un simple décollement mécanique.

Ces phlegmons du ligament large sont donc haut situés. Ils restent éloignés du cul-de-sac vaginal de 15 à 20 millimètres. Entre le phlegmon et le cul-de-sac se trouve précisément la gaine hypogastrique dont le feuillet aponévrotique supérieur, suffit à arrêter le pus. Il y a donc sous ce rapport entre le phlegmon du ligament large et le phlegmon de la gaine hypogastrique une différence capitale, le premier étant toujours éloigné du vagin, tandis que le second est intimement accolé à son cul-de-sac latéral.

Enfin, bien que Delbet, au travail duquel j'emprunte la plupart de ces détails, n'en fasse point mention, il est probable que les phlegmons du ligament large et ceux de la gaine hypogastrique peuvent parfois communiquer ensemble en suivant la gaine celluleuse de l'utérine qui remonte le long de l'utérus pour venir s'anastomoser avec l'utéro-ovarienne. Il y a évidemment en ce point des communications celluleuses entre les deux foyers où se développent les phlegmons; il y a par conséquent entre eux des communications lymphatiques, et le pus doit pouvoir passer de l'un à l'autre.

Telle est la disposition des phlegmons et des abcès pelviens.

Je n'insiste pas sur l'aspect et la nature de la suppuration qui les remplit. Il y a sous ce rapport toutes les variétés possibles.

Au début, comme dans toutes les infections, il s'agit d'une simple infiltration séreuse avec extravasation plus ou moins considérable de leucocytes, puis les lésions s'accentuent, le pus se développe, s'infiltre et s'étend de plus en plus, ou, au contraire, se collecte et se circonscrit suivant l'intensité et la virulence de l'infection.

On trouve donc, suivant l'époque à laquelle on l'examine, tous les degrés de l'inflammation : infiltration séreuse plus ou moins chargée de globules blancs; pus infiltré ou collecté; infiltration diffuse enfin, pouvant s'accompagner de lésions extrêmement graves, de sphacèle et de mortification cellulaires, comme dans toutes les infections toxiques. Il s'agit, dans ce cas, d'une véritable *cellulite pelvienne diffuse*, avec extension au tissu cellulaire sous-péritonéal tout entier et prolongements dans tous les sens et dans toutes les directions. Ces cellulites pelviennes diffuses ne se voient guère que dans les infections puerpérales graves, et elles tuent presque toujours sans que le pus ait eu le temps de se constituer en grande abondance, comme dans les septicémies toxiques et foudroyantes.

Symptômes. — Évolution. — Diagnostic. — Les phlegmons et abcès pelviens ne diffèrent en rien, dans leur mode de début, des autres infections cellulaires et ce sont la douleur et la fièvre qui, les premières, font leur apparition. En général ces premiers phénomènes suivent de près l'infection originelle et c'est dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, lorsqu'il s'agit d'accidents puerpéraux, qu'on voit se développer le phlegmon. Il n'y a évidemment, sous ce rapport, aucune règle absolue, mais il semble que, dans les diverses suppurations péri-utérines, le développement des salpingites soit plus tardif et plus lent que celui des phlegmons pelviens, peut-être parce que l'infection chemine plus lentement par la voie muqueuse que par la voie lymphatique.

Quoi qu'il en soit, la *douleur* et la *fièvre* marquent le début du phlegmon. Ces deux phénomènes n'ont d'ailleurs rien de caractéristique. La douleur est souvent violente : elle siège dans le bas-ventre, et plus particulièrement dans un côté, avec des irradiations diverses vers les lombes, les cuisses ou le périnée, comme toutes les douleurs utérines ou péri-utérines. Souvent la cuisse est en demi-flexion, la malade adoptant instinctivement la position qui lui cause la moindre douleur.

Cette douleur, lancinante comme la plupart des douleurs qui accompagnent la formation de foyers inflammatoires, peut s'atténuer ou s'aggraver tour à tour, mais elle est constante et se prolonge pendant toute la durée de l'évolution du phlegmon. Les mouvements et surtout la pression directe l'exaspèrent et

l'examen est en général très pénible. La miction et surtout la défécation peuvent en être rendues très difficiles.

La fièvre, en général modérée dans les deux ou trois premiers jours, atteint rapidement 39°, mais dépasse rarement 40°. Les phénomènes généraux, inappétence, état saburral, abattement, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans toutes les infections : il y a parfois des nausées, et même des vomissements, mais ils sont peu abondants et ne présentent ni la fréquence ni l'intensité de ceux que l'on rencontre dans la pelvipéritonite et, en général, dans toutes les affections où le péritoine est directement intéressé. De même le pouls, assez rapide, correspond à la température, il est plein, bien frappé et ne présente que dans les formes très graves les défaillances que l'on rencontre dans les infections suraiguës. La figure est animée, plus ou moins colorée, elle exprime souvent la douleur, mais ne présente pas cet aspect défait et ce masque de mort qu'un œil un peu exercé reconnaît immédiatement dans les péritonites toxiques.

Ces phénomènes généraux, dont l'intensité s'accroît ou s'atténue suivant l'évolution des lésions inflammatoires, ne donnent en somme que des indications fort vagues sur la nature, l'étendue et la situation des lésions péri-utérines. C'est ici, comme dans toutes les affections pelviennes, l'examen direct qui seul pourra fournir des renseignements précis et deux minutes de toucher vaginal valent mieux que les recherches les plus minutieuses et les interrogatoires les mieux conduits.

Le toucher doit être fait avec beaucoup de douceur, car il est en général douloureux, et nous savons que les malades qui souffrent se raidissent, contractent leur paroi abdominale et rendent toute exploration sérieuse impossible. La palpation bimanuelle doit être faite avec beaucoup de soin, mais elle ne donne en général que des renseignemements de peu d'importance, du moins dans les circonstances ordinaires. Les lésions inflammatoires, collectées ou non, sont en effet presque toujours bas situées, inaccessibles à la main qui déprime la paroi, surtout lorsque celle-ci se défend, comme dans les suppurations aiguës

péri-utérines, et c'est la main vaginale qui donne les indications les plus précises.

Le signe capital, c'est l'*empâtement* des culs-de-sac vaginaux. Dans le cas le plus commun, celui du phlegmon de la gaine hypogastrique, l'empâtement siège dans le cul-de-sac latéral correspondant. Le cul-de-sac est effacé, parfois même convexe, ce qui est rare au début et ne se rencontre guère que lorsqu'une collection purulente s'est déjà formée ; il manque complètement de souplesse, il est induré, parfois de consistance molle et pâteuse. On sent en un mot qu'il y a, immédiatement au-dessus de la paroi vaginale, une zone de tissus enflammés. La sensation n'est pas du tout la même que celle qu'on a dans les salpingites, où la tumeur plus ou moins indurée que l'on sent dans le cul-de-sac est située à une certaine distance de la paroi vaginale qui, sauf dans les cas d'inflammation cellulaire concomitante, garde sa souplesse normale. On sent qu'entre la poche salpingienne et la paroi vaginale il y a une certaine épaisseur de tissus sains. Dans le phlegmon de la gaine hypogastrique on sent au contraire que le gâteau inflammatoire est immédiatement contigu à la paroi vaginale qu'il peut même intéresser directement.

Il est une autre sensation de première importance que donne encore le toucher. La masse inflammatoire et indurée qui recouvre le dôme vaginal s'étend vers le col utérin, dont rien ne la sépare, et s'applique directement à lui. Elle fait corps avec la portion de l'utérus située à son niveau. Il n'y a entre elle et l'utérus aucune limite, aucun sillon, comme on en rencontre dans les salpingites, et il n'en saurait être autrement puisque la partie latérale du col utérin baigne pour ainsi dire dans le tissu cellulaire enflammé.

La zone inflammatoire reste rarement limitée au cul-de-sac latéral. Elle se prolonge plus ou moins loin en suivant les gaines celluleuses des vaisseaux, et il est certains de ces prolongements que peuvent assez facilement sentir les doigts qui explorent le vagin ; très souvent l'induration s'étend vers le cul-de-sac antérieur, entre le vagin et la vessie, en formant en ce point une sorte de croissant qui renferme le col dans sa concavité.

En arrière il n'en est pas de même, et comme il n'y a pas, derrière le col utérin, trace de tissu cellulaire, le cul-de-sac postérieur reste libre. Lorsqu'il est induré ou rempli par quelque masse inflammatoire, c'est alors que le phlegmon de la gaine hypogastrique est compliqué de quelque infection de voisinage qui siège soit dans une trompe, soit dans le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Rien n'est d'ailleurs plus commun que ces propagations inflammatoires et ces infections combinées.

En dehors l'induration, souvent difficile à suivre, se perd sur la paroi latérale du bassin. En arrière, elle peut se prolonger dans le ligament utéro-sacré jusque vers le sacrum et le toucher rectal, dans ces cas, mieux que le toucher vaginal, permettra de se rendre compte de son étendue et de ses limites.

Dès que la masse inflammatoire de la gaine hypogastrique est un peu volumineuse, elle repousse l'utérus du côté opposé, ce dont il est facile de se rendre compte d'après la position du col. En outre, l'exploration vaginale permet également d'apprécier le degré de mobilité de l'utérus. Cette mobilité est toujours réduite, dès qu'il y a autour du col le moindre empâtement inflammatoire, mais l'importance de ce phénomène est très variable, et tous les degrés peuvent se rencontrer, depuis la résistance insignifiante qu'oppose aux mouvements transversaux une légère inflammation de la gaine hypogastrique, jusqu'à l'immobilité absolue que présente l'utérus fixé dans le bloc rigide et induré qui résulte de l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin tout entier.

Tels sont les signes capitaux que donne le toucher vaginal. Ils peuvent d'ailleurs se modifier quelque peu et s'accompagner de phénomènes nouveaux suivant le siège exact et l'évolution de la maladie.

Les signes physiques que je viens de décrire sont ceux que l'on rencontre dans la forme la plus commune du phlegmon pelvien, le *phlegmon de la gaine hypogastrique*. Dans le *phlegmon du ligament large* proprement dit, d'ailleurs fort rare, les signes sont moins nets. L'inflammation siège en effet dans la gaine de l'artère utéro-ovarienne, à la partie supérieure

du ligament, loin du cul-de-sac vaginal. Celui-ci reste donc souple et le doigt qui l'explore perçoit seulement une résistance lointaine, une masse indurée située assez haut, vers la corne utérine, dans la région ovarienne.

La palpation abdominale est ici d'un grand secours et elle permet de sentir par en haut la tuméfaction que les doigts vaginaux ne perçoivent qu'imparfaitement. Mais il est alors très difficile de préciser la lésion devant laquelle on se trouve. Il n'y a aucun signe net qui permette de distinguer un phlegmon du ligament large d'une salpingite aiguë, une collection celluleuse d'une collection tubaire ou ovarienne, et si la rapidité de l'évolution peut quelquefois faire admettre la probabilité d'un phlegmon, il n'existe aucun symptôme précis qui permette de l'affirmer.

L'*évolution* des phlegmons pelviens est des plus variables. Un grand nombre se terminent par *résolution*. Il est fréquent de voir des femmes, qui pendant quelque jours ont présenté de la fièvre et une induration manifeste de la base du ligament large, revenir peu à peu à la santé. La fièvre diminue, puis disparaît, la douleur que faisait naître la pression du doigt dans le cul-de-sac vaginal s'atténue peu à peu, les tissus s'assouplissent et, au bout de quelques jours, il peut ne plus rester de traces de l'inflammation primitive.

Mais bien souvent aussi les phénomènes, loin de diminuer, s'accentuent, et la *suppuration* devient peu à peu manifeste. La fièvre augmente, l'état général s'aggrave; si la suppuration n'est pas très abondante, les choses peuvent ainsi se prolonger pendant assez longtemps, la malade s'amaigrit, sa peau devient sèche et terreuse, comme dans les suppurations de longue durée, et ces phénomènes d'infection chronique peuvent persister longtemps pour se terminer par un affaiblissement progressif et par la mort, au cours de quelque complication subite, ou au contraire par une évacuation spontanée de pus à la suite de laquelle l'état général se relève immédiatement jusqu'à une guérison rapide.

Dans d'autres cas enfin, qui correspondent aux véritables

cellulites pelviennes, les phénomènes s'aggravent rapidement et les malades peuvent succomber en peu de jours avec tous les signes des infections mortelles.

Les signes physiques marchent en général de pair avec les signes généraux. Lorsque la suppuration s'établit et que le pus se collecte, le toucher permet de constater une saillie de plus en plus accentuée dans le cul-de-sac vaginal. La douleur y devient en même temps plus vive et plus précise, l'empâtement primitif se ramollit et on peut souvent produire à ce niveau des dépressions formées par l'empreinte du doigt. Ces dépressions, signalées par Kœnig, sont un bon signe de suppuration.

Il est quelquefois possible, lorsque la suppuration se confirme et que le pus s'étend le long des gaines celluleuses et vasculaires voisines, de constater un empâtement douloureux dans les régions vers lesquelles se porte la collection purulente. C'est ainsi qu'on peut sentir une induration profonde au-dessus du pubis, près de la ligne médiane, au niveau de l'orifice inguinal, ou encore derrière l'arcade crurale, ou au-dessous de cette arcade, un peu en dedans des vaisseaux, enfin dans les régions du petit trochanter ou même de la fesse. Ce sont les prolongements dont j'ai parlé plus haut, et qui se portent le long des vaisseaux, derrière le pubis, vers le canal inguinal en suivant le ligament rond, le long des vaisseaux iliaques et du psoas, ou encore vers l'échancrure sciatique, avec les vaisseaux fessiers. Ces divers prolongements se traduisent par un empâtement douloureux plus ou moins profond, quelquefois très net, mais qu'il faut le plus souvent rechercher avec soin pour le découvrir.

Ces collections purulentes peuvent s'ouvrir spontanément, en ulcérant peu à peu les tissus qui les séparent, soit de la peau, soit d'une cavité naturelle. L'ouverture dans le vagin est la plus fréquente (30 cas sur 95 d'après P. Delbet). Puis vient l'ouverture dans le rectum (28 cas sur 95), dans la vessie (18 cas sur 95), dans l'utérus, à la peau. Cette *ouverture spontanée*, qui s'accompagne d'une détente immédiate dans les phénomènes généraux est un mode fréquent de guérison, bien que

parfois, elle puisse être suivie de fistules purulentes interminables, d'infections secondaires et de poussées nouvelles légères ou graves et même mortelles. Mais il est une autre ouverture spontanée qui s'accompagne, elle, des accidents les plus redoutables. C'est l'ouverture dans le péritoine. Elle est heureusement rare à cause de la barrière d'adhérences protectrices que la réaction péritonéale accumule devant le pus, mais quand elle se produit, elle est, à moins d'intervention immédiate, presque fatalement suivie de mort.

La guérison du phlegmon pelvien n'est point toujours suivie du rétablissement parfait des organes et des fonctions. La rétraction cicatricielle des tissus enflammés peut produire des déviations utérines, des coudures, des adhérences péri-utérines qui provoquent des douleurs, des troubles menstruels et dysménorrhéiques contre lesquels, en raison même de leur origine, la thérapeutique chirurgicale est souvent désarmée.

Ce que j'ai dit des signes physiques des phlegmons pelviens me dispense d'insister longuement sur leur *diagnostic*. C'est avec les *salpingites* ou la *pelvi-péritonite* qu'on peut le plus facilement les confondre. Les signes généraux ne suffisent pour ainsi dire jamais à reconnaître l'une de l'autre ces diverses affections. La prédominance des phénomènes péritonéaux, les nausées, les vomissements dans la pelvi-péritonite, la lenteur souvent plus grande du début dans la salpingite, sont des phénomènes vagues et parfaitement insuffisants à fixer d'une façon quelconque la nature et le siège de l'infection. La seule chose qu'ils puissent permettre d'affirmer avec certitude c'est la réalité de l'infection.

Ce sont exclusivement les signes physiques qui permettent de localiser cette infection et ici, comme pour toutes les affections péri-utérines, c'est le toucher vaginal seul qui pourra donner des renseignements précis.

Le signe caractéristique du phlegmon pelvien et spécialement du phlegmon de la gaine hypogastrique, c'est la constatation d'un empâtement situé immédiatement contre le col utérin avec lequel il semble faire corps, et immédiatement en

contact de la paroi vaginale. Entre le vagin et le foyer inflammatoire, il n'y a rien. Dans la salpingite, au contraire, il y a toute l'épaisseur de la gaine hypogastrique saine qui s'étend entre la trompe et le cul-de-sac vaginal. La pelvi-péritonite peut, il est vrai, au niveau du cul-de-sac de Douglas, être en contact avec le vagin. Mais elle est postérieure, tandis que le phlegmon du ligament large siège sur le côté, et a une tendance à contourner l'utérus en avant en respectant sa partie postérieure.

En réalité il y a souvent, sinon presque toujours, une combinaison de ces divers symptômes parce que ces infections péri-utérines sont rarement absolument localisées. De même que les pelvi-péritonites sont presque toujours compliquées de salpingo-ovarites, de même il est rare de voir une infection celluleuse du petit bassin sans un certain degré de réaction tubaire ou péritonéale.

D'ailleurs ce sont là des points qui n'ont, en réalité, qu'un intérêt secondaire, car ce qu'il y a de plus important dans ces cas difficiles, ce n'est pas de se rendre un compte parfaitement exact de la localisation anatomique de lésions inflammatoires qu'il est la plupart du temps impossible de préciser rigoureusement, c'est de savoir ce qu'il faut faire et de choisir le traitement.

TRAITEMENT

DES SUPPURATIONS PELVIENNES

TRAITEMENT MÉDICAL

Les merveilleux succès de la chirurgie contemporaine ne doivent pas faire oublier que les inflammations et les suppurations péri-utérines sont presque toujours, au moins au début, justiciables d'un *traitement médical*.

Toutes ces infections peuvent guérir spontanément. A plus forte raison guérissent-elles à la suite d'un traitement bien dirigé, mais dans lequel le bistouri ne tient aucune place.

La base de ce traitement est bien simple, c'est le *repos*. A vrai dire il n'agit pas autrement qu'en mettant la malade dans les conditions les plus favorables à une guérison spontanée, mais cela suffit dans un bon nombre de cas, et c'est par là qu'il faut commencer.

Pour peu que les phénomènes soient accentués, pour peu que les douleurs soient vives, pour peu que la fièvre apparaisse, on mettra la malade au repos absolu, repos au lit qu'on exigera complet pendant un temps suffisant, un mois, six semaines deux mois au besoin. Il est évident que si, malgré un repos absolu, les phénomènes allaient en s'aggravant, on n'hésiterait pas un instant à abandonner ce moyen de traitement qui pourrait devenir funeste, et on aurait immédiatement recours aux moyens énergiques que nous offre la chirurgie. De même on n'attendrait pas indéfiniment et on interviendrait si, après quelque temps d'un repos complet, l'état restait stationnaire. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi et les cas sont très fréquents dans lesquels le traitement médical est