

**Symptômes.** — Quand le phlegmon du ligament large est d'origine puerérale, il survient généralement dans les vingt premiers jours qui suivent l'accouchement (Frarier). Sa fréquence est surtout grande du cinquième au dixième jour (52 fois sur 95 cas, Delbet). L'affection débute ordinairement avec fracas par deux symptômes : la fièvre et la douleur. A la suite d'un frisson, qui cependant n'est pas constant, la température s'élève brusquement au delà de 39 degrés. En même temps, la malade est prise d'une douleur extrêmement intense dans l'une des fosses iliaques. Cette douleur s'exaspère par la pression profonde au-dessus du ligament de Fallope. Elle s'irradie vers l'hypogastre, les lombes et la région supérieure de la cuisse, en suivant le plus ordinairement, d'après Kœnig<sup>(1)</sup>, le trajet du nerf cutané externe. Le membre inférieur est fréquemment fléchi : le moindre mouvement d'extension provoque de violentes douleurs. A côté de ces deux symptômes capitaux : fièvre et douleur, il en est d'autres qui, pour être inconstants, n'en ont pas moins une grande valeur. Je veux parler des vomissements très fréquents au début, et surtout des modifications du pouls qui s'accélère au point d'atteindre 120 à 150 pulsations par minute; « mais ces pulsations restent nettes, bien frappées » (Delbet). Plus rarement, le phlegmon du ligament large s'installe insidieusement. Tantôt les malades accusent une douleur locale peu intense à caractères névralgiques, sans troubles généraux autres qu'un peu de malaise et d'inappétence. Tantôt ce sont les phénomènes généraux qui prédominent; les femmes maigrissent, s'anémient et la cause locale qui provoque cette déchéance générale n'est souvent décelée qu'après des semaines ou des mois. Quand l'affection débute d'une façon franchement aiguë on voit presque toujours se produire une rémission du deuxième au troisième jour. La fièvre persiste, mais est moins élevée et la douleur perd de son acuité pour devenir plus profonde et plus sourde. On observe souvent à ce moment du ténésme vésical et rectal, et la constipation est la règle.

Faut-il attendre deux à trois semaines pour faire l'examen local, de peur de déterminer de nouvelles poussées inflammatoires, ainsi que le conseille Olshausen<sup>(2)</sup>? Je ne le crois pas; pratiqué avec douceur, un toucher antiseptique peut fournir des renseignements précieux dès le début des accidents. Lorsque le phlegmon se développe à la base du ligament large, on perçoit, déjà vers le quatrième jour, une tuméfaction qui déprime le cul-de-sac correspondant au côté malade. Bientôt la saillie de cette tumeur dans le vagin s'accuse; en dehors elle s'accroche aux parois pelviennes, en dedans elle se confond avec l'utérus sans qu'il soit possible de déterminer le moindre sillon de démarcation. Il peut même arriver que l'infiltration tende à déborder l'utérus en avant et en arrière, mais, ainsi que le démontre le toucher vaginal et surtout le toucher rectal, elle reste sur le même plan que l'utérus sans jamais remplir toute l'excavation pelvienne. L'utérus est presque toujours dévié du côté sain plus rarement entraîné par la tumeur du côté où elle s'est développée<sup>(3)</sup>. La tumeur n'est point perçue par le palper abdominal simple; il faut, en effet, déprimer assez fortement la paroi pour atteindre les limites supérieures, et cette manœuvre ne saurait être pratiquée sans anesthésie.

(1) KOENIG, *Arch. für Heilkunde*, 1862, p. 475 et suiv.

(2) OLSHAUSEN, *Para und Perimetritis*.

(3) GUÉNEAU DE MUSSY, *Arch. gén. de méd.*, 1867, t. X, p. 129. — HERVIEUX, *Traité des maladies des femmes*, 1876, p. 540.

Au contraire, quand le phlegmon siège à la partie supérieure du ligament large, c'est surtout par la paroi abdominale qu'il est senti. Dès le début, on constate un empatement siégeant au-dessus de l'arcade de Fallope. La tuméfaction dépassant le plan du détroit supérieur semble tendue comme un mur de l'utérus aux parois du bassin. Par le vagin, au contraire, elle est difficilement perçue, et il faut soulever fortement le cul-de-sac pour que le phlegmon devienne accessible. De plus, le vagin est moins œdématié et moins chaud que dans le phlegmon juxta-utérin; la muqueuse n'a pas perdu sa mobilité, sa souplesse. Le doigt l'explore avec facilité sans provoquer de vives douleurs. A mesure que la tumeur se développe elle proémine de plus en plus derrière la paroi abdominale sous la forme d'une plaque dure, résistante, décrite par Chomel sous le nom de *plastron abdominal* et dont la signification est un peu moins pathognomonique depuis que Polk et Terrillon ont démontré que ce plastron pouvait être formé par les annexes enflammées. Enfin dans les cas moins rares qu'on ne semble le supposer, où la tumeur envahit la totalité du ligament large, c'est à la fois par le vagin et par la paroi abdominale qu'on en perçoit les limites et les prolongements.

**Marche. — Terminaisons.** — Le phlegmon du ligament large peut se résorber peu à peu et guérir. Le fait s'observe, mais il est moins fréquent que ne le pense Brown<sup>(1)</sup>, qui sur 49 cas en aurait vu 46 disparaître par résolution. La *suppuration* est la terminaison la plus ordinaire. Elle s'annonce au bout d'un temps variable par une recrudescence des phénomènes généraux. La température revêt une marche à grandes oscillations : normale le matin, elle s'élève le soir à 38°,5, 39°,5. L'anorexie est complète, « la face devient pâle, terreuse, la langue est sèche, dure; l'amaigrissement s'accroît; souvent il survient de la diarrhée » (Delbet). En même temps on observe des sueurs nocturnes abondantes, des frissons irréguliers. Localement, la douleur devient plus lancinante. La fluctuation apparaît généralement avec lenteur; elle serait précédée, d'après Kœnig<sup>(2)</sup>, par des petites zones de ramollissement partiel de la tumeur très dépressibles au doigt. Quoi qu'il en soit, si la chirurgie n'intervient pas à cette période, le phlegmon tend à s'abcéder spontanément.

Le vagin est le lieu d'élection de l'ouverture spontanée des phlegmons de la gaine (50 fois sur 95 cas) (Delbet). Elle s'annonce par un ramollissement de la tumeur facilement perçu par le toucher. L'ouverture dans le *rectum* est presque aussi fréquente (28 fois sur 95); elle peut se produire insidieusement, mais d'habitude elle provoque un violent besoin de défécation et la malade expulse un flot de pus par l'anus. L'ouverture à la *paroi abdominale* s'observe surtout dans les phlegmons du ligament large proprement dits; elle se fait le plus souvent au-dessus de l'arcade de Fallope, à 2 ou 3 centimètres du triangle de Scarpa, ou au niveau de l'orifice externe du trajet inguinal. Il peut arriver, dans ces cas, que le pus s'insinue entre la peau et l'aponévrose ou au milieu des plans musculaires, de manière à former avec le phlegmon primitif un véritable abcès en bouton de chemise. Quel que soit le siège de la rupture, on voit à ce niveau la peau s'œdématier, rougir, puis s'amincir et se rompre laissant écouler le pus par un orifice étroit à bords irréguliers. Enfin quand

(1) BROWN, *Amer. Journal of med. sciences*, 1882, p. 70.

(2) KOENIG, *Loc. cit.*

le pus s'est fait jour suivant l'une des directions signalées à propos de l'anatomie pathologique, il peut s'abcéder en des régions tout à fait diverses : au niveau du triangle de J.-L. Petit, par la grande échancrure sciatique, par le trou obturateur, dans le triangle de Scarpa, au niveau du petit trochanter par la gaine du psoas. Je signalerai, pour être complet, l'ouverture possible du phlegmon dans le péritoine et les ouvertures exceptionnelles dans l'utérus ou dans l'urèthre<sup>(1)</sup>.

Si j'en excepte la rupture *intrapéritonéale* fatalement mortelle, soit par syncope<sup>(2)</sup>, soit par péritonite purulente suraiguë, l'ouverture des phlegmons du ligament large à la peau ou dans les cavités viscérales est généralement suivie d'un soulagement immédiat, d'une détente de tous les symptômes. Cette amélioration peut ne pas se démentir et la guérison survenir du fait de l'évacuation spontanée du foyer purulent. Cela s'observe surtout après l'ouverture vaginale ou pariétale. Mais il n'en va pas toujours ainsi. Souvent il persiste des fistules intarissables qui entraînent la mort par hecticité. Ces fistules s'observent surtout après l'ouverture dans le rectum : et peuvent alors revêtir un caractère d'intermittence particulier. L'abcès se referme au bout d'un temps plus ou moins long pour se rouvrir bientôt ; et ces alternatives de guérison et de rechutes se succèdent pendant des mois, jusqu'au jour où des accidents septicémiques viennent terminer la scène. Quant à l'évacuation du pus dans la vessie, elle doit toujours être considérée comme une terminaison fâcheuse, à cause des accidents graves de cystite et de pyélo-néphrite qu'elle entraîne à brève échéance.

**Pronostic.** — Le phlegmon du ligament large est, on le voit, une affection grave si l'on n'intervient point à temps. Les quelques guérisons survenues après l'ouverture spontanée sont trop peu nombreuses pour qu'on doive en tenir compte dans l'appréciation du pronostic. D'ailleurs, ces prétendues guérisons sont loin d'être parfaites. Elles laissent après elles de véritables cicatrices qui rétractent le ligament large, dévient l'utérus, compriment les vaisseaux, les nerfs, les urètres, le rectum. Il en résulte des troubles circulatoires se traduisant surtout par de l'œdème d'un membre inférieur, des névralgies rebelles à tout traitement, des accidents graves d'hydronéphrose, ou de rétrécissement rectal pouvant aller jusqu'à l'obstruction complète. Il n'en faut pas davantage pour démontrer que les indications d'une intervention précoce ne sont point discutables.

**Diagnostic.** — On peut avoir à faire le diagnostic d'un phlegmon du ligament large dans deux conditions différentes : pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement ou en dehors de tout état puerpéral. Dans le premier cas, le diagnostic s'impose. Les conditions dans lesquelles la lésion se produit, le début typique, les caractères de la tumeur (unilatéralité, immobilité, confusion avec l'utérus, dureté ligneuse, évolution vers l'un des culs-de-sac ou la région inguino-crurale) sont des signes trop pathognomoniques pour permettre l'erreur. Le doute ne pourrait être possible qu'au cas, d'ailleurs exceptionnel, d'un phlegmon bilatéral<sup>(3)</sup>. Seule la *pelvi-péritonéale aiguë* pourrait simuler

<sup>(1)</sup> BUCH, *Charité Annalen*, p. 578, obs. X. — LEVER, *Guy's hosp. Rep.*, 1849, p. 217.

<sup>(2)</sup> PÉROCHAUD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 205. — GONCCHI, *Ibid.*, 1870, p. 385.

<sup>(3)</sup> LEVER, *Guy's hosp. Rep.*, 1844, p. 8.

par ses symptômes fonctionnels le phlegmon du ligament large. Mais dans la pelvi-péritonite la douleur est plus aiguë, plus accablante, les vomissements plus fréquents, le pouls aussi rapide mais petit, serré, le ventre plus ballonné. La palpation la plus superficielle de l'abdomen réveille de la douleur, tandis que, dans le phlegmon, la palpation n'est vraiment douloureuse que si elle est profonde. Enfin le toucher vient lever les doutes en montrant la présence d'une tumeur en dehors du ligament large, le plus souvent, dans le cul-de-sac de Douglas.

Au contraire, chez les femmes dont le passé puerpéral est déjà lointain, ou chez celles dont le phlegmon s'est installé sournoisement, il est souvent difficile de poser un diagnostic précis. On pourra songer à une *ovaro-salpingite suppurée* avec plastron abdominal, à un *fibrome* immobilisé par des poussées de pelvi-péritonite, à un kyste suppuré du ligament large. Les commémoratifs, l'analyse minutieuse des symptômes propres à chacune de ces affections empêcheront ordinairement l'erreur.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic différentiel des deux variétés du phlegmon du ligament large ; ce que j'ai dit de chacune d'elles au cours de ma description me dispense d'y revenir ici.

**Traitement.** — La résolution comptant parmi les terminaisons possibles du mal, il va de soi qu'il faut d'abord recourir à un *traitement antiphlogistique* toutes les fois que des phénomènes franchement inflammatoires se déclarent du côté du ligament large. Le *repos au lit* sera rigoureusement prescrit ; on conseillera la *diète* ou, suivant les cas, une *alimentation légère* et tous les efforts seront tentés pour enrayer la marche de l'inflammation. Les *émissions sanguines locales* constituent, à ce point de vue, une arme puissante et beaucoup trop délaissée. On appliquera donc 25 ou 50 *sangues* au-dessus de l'arcade de Fallope ; sans oublier qu'ici, comme dans la plupart des phlegmasies aiguës, les émissions sanguines n'ont de valeur que pendant les trois ou quatre premiers jours et surtout pendant les quarante-huit premières heures. Dans certains cas, et notamment chez les femmes affaiblies, les *révulsifs locaux*, tels que les *vésicatoires* répétés, pourront remplacer les émissions sanguines. En même temps on ne manquera pas de prescrire des *injections vaginales très chaudes* et des *cataplasmes laudanisés* sur l'abdomen. Enfin tous les moyens d'usage (opium à l'intérieur, suppositoires calmants, injections sous-cutanées), seront employés pour *calmer les douleurs*.

Si les phénomènes inflammatoires persistent, la suppuration s'établit et, dès le début de cette période, la nécessité d'une *intervention hâtive et large* s'impose de la manière la plus formelle. On incisera donc, parfois par le vagin, presque toujours par la *paroi abdominale* et, dans certains cas, lorsqu'on redoute des phénomènes de rétention on se trouvera bien, après large incision inguinale, d'assurer l'écoulement par une contre-ouverture vaginale. Après l'incision, on ne doit jamais, à mon avis, procéder au grattage des parois. Il se peut que celles-ci soient en général peu vasculaires<sup>(1)</sup>, mais cette considération ne fait rien à la chose et le curetage d'une collection pelvienne n'en demeure pas moins une manœuvre inutile et dangereuse. Les deux seules indications à remplir sont l'incision large et le drainage parfait. On les réalisera dans les

<sup>(1)</sup> BYFORD, *New-York med. Rec.*, 1885, t. II, p. 557.

conditions habituelles et je rappelle que, grâce à la *laparotomie sous-péritonéale*, nous avons accès aussi bien sur les collections à plastron que sur les abcès plus profondément situés. Quant aux lavages antiseptiques répétés, ils ne trouvent leur véritable indication que dans les cas de suppuration fétide.

## III

## PELVI-PÉRITONITE

La pelvi-péritonite à laquelle les travaux de Bernutz et Goupil<sup>(1)</sup> ont un instant donné la première place parmi les phlegmasies péri-utérines est aujourd'hui contestée comme entité morbide. Pozzi<sup>(2)</sup> ne la décrit point; sous les noms de *périméto-salpingite* ou *d'abcès pelvien*, il en fait une complication ou un mode grave de terminaison des tubo-ovarites suppurées. Au contraire, Delbet<sup>(3)</sup> lui consacre une longue description, et Reclus<sup>(4)</sup> s'est efforcé de réhabiliter cette affection en tant que maladie essentielle, telle que Bernutz et Goupil l'avaient conçue et décrite. Il a pu réunir cinq faits de sa pratique où il semble nettement que le pus se soit collecté primitivement dans le péritoine pelvien. Malheureusement, ses observations ne sont pas assez explicites sur l'état des annexes; dans un seul cas les trompes furent reconnues saines, encore existait-il à gauche une ovarite suppurée, de sorte qu'on peut se demander si l'ovarite n'a pas été le point de départ de la pelvi-péritonite concomitante. Entre ces deux opinions extrêmes, l'une qui rejette la pelvi-péritonite primitive, l'autre qui la regarde comme fréquente, Bouilly me semble donner la très juste note : « Dans l'immense majorité des cas, dit-il, la pelvi-péritonite n'est qu'un épisode des affections de la trompe et de l'ovaire, et son histoire ne peut guère en être cliniquement distraite. Très rarement elle existe isolément et ne se produit guère alors que dans l'état puerpéral »<sup>(5)</sup>. Je partage absolument cette manière de voir. Après avoir admis l'infection des ligaments larges par les lymphatiques, je ne saurais rejeter la transmission des germes de l'utérus au péritoine par les mêmes voies. Mais admettre la possibilité de la pelvi-péritonite primitive n'est pas conclure à sa fréquence; je la crois rare, beaucoup plus rare que le phlegmon du ligament large, et j'estime que toute observation destinée à lui rendre un peu de son ancienne autonomie devra désormais donner de l'état des annexes une relation très détaillée. La constatation d'une grossesse ultérieure, si elle prouve que les annexes des deux côtés ne sont pas malades, ne prouve pas cependant qu'elles soient toutes les deux saines. Il suffit, en effet, que, d'un seul côté, la trompe et l'ovaire soient en état d'intégrité pour que la conception soit possible.

**Étiologie et pathogénie.** — La *pelvi-péritonite primitive* est toujours d'origine puerpérale. Les avortements au quatrième mois exposeraient surtout à

(1) BERNUTZ et GOUPIL, *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5<sup>e</sup> édit., t. IX, p. 419.

(2) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3<sup>e</sup> édit., p. 741.

(3) P. DELBET, *Loc. cit.*, p. 125.

(4) P. RECLUS, *Comptes rendus du Congrès franç. de chir.* Paris, 1890, p. 425, et *Semaine méd.*, 1891, n° 55, p. 282.

(5) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 487.

cette complication grave<sup>(1)</sup>. La propagation des germes infectieux par voie lymphatique me paraît seule admissible dans l'espèce. Cette opinion, que Siredey<sup>(2)</sup> a synthétisée dans la dénomination de *lympho-péritonite puerpérale*, est partagée par Spillmann<sup>(3)</sup>, par Widal<sup>(4)</sup> et par Reclus<sup>(5)</sup>. Delbet paraît lui préférer la propagation directe par voie muqueuse, et il émet l'hypothèse que des micro-organismes peuvent traverser les trompes sans les altérer. Il me semble à la fois plus simple et plus conforme aux lois de la pathologie générale de faire jouer dans cette infection péritonéale suraiguë un rôle prépondérant aux lymphatiques. Les anciennes recherches de Mascagni, confirmées par les travaux de Poirier<sup>(6)</sup> et de Wallich<sup>(7)</sup>, établissent l'importance pathologique des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Une observation de Reclus est, à mon sens, fort démonstrative à cet égard. La même malade présentait une pelvi-péritonite et une ovarite suppurée, les trompes étant absolument saines. Or, il est admis aujourd'hui que l'ovarite suppurée, quand elle existe seule, sans participation de la trompe, est toujours consécutive à une infection par les lymphatiques. Si donc, dans le cas auquel je fais allusion, les micro-organismes s'étaient propagés par voie muqueuse, l'ovaire eût été sain et la trompe plus ou moins altérée. Et, à moins de penser que la pelvi-péritonite était secondaire et consécutive à cette ovarite suppurée, il faut bien admettre que le péritoine et l'ovaire se sont infectés simultanément et par les mêmes voies.

La pelvi-péritonite secondaire ou *périméto-salpingite* reconnaît toutes les causes des salpingo-ovarites qu'elle vient compliquer. Je ne saurais donc les énumérer sans répéter ce que j'ai dit plus haut au chapitre des salpingites : ou bien elle succède à la rupture dans le péritoine d'un abcès de l'ovaire ou de la trompe; ou bien elle résulte de la transmission des germes infectieux par les réseaux lymphatiques si riches des adhérences périsalpingiennes. Les poussées de périméto-salpingite sont provoquées par la fatigue, les excès de coït, surtout au moment des règles; une simple exploration gynécologique (toucher vaginal, hystérométrie), une intervention légère comme le curettage ou les opérations sur le col sont susceptibles, même quand elles sont aseptiques, de déterminer des poussées inflammatoires autour des annexes déjà suppurées. On ne saurait donc, dans ces cas, être trop prudent pour explorer les malades, ni trop réservé dans l'application des traitements indirects.

**Anatomie pathologique.** — A. *Pelvi-péritonite aiguë.* — Les premières lésions que provoque l'infection du péritoine pelvien ne peuvent être étudiées, comme le dit Delbet, que sur des péritonites expérimentales. Ce qu'on observe d'abord, c'est le dépôli de la séreuse qui perd son brillant, et la dilatation extrême de ses vaisseaux. Rapidement, le péritoine s'épaissit, devient rougeâtre, et les deux phénomènes dominants de la pelvi-péritonite à la période d'état, fausses membranes et épanchement apparaissent. Il faut de douze à vingt-quatre heures pour que l'épanchement soit constitué et si, cliniquement, il est

(1) HEITZMANN, *Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe*, 1885, p. 84.

(2) SIREDEY, *Les maladies puerpérales*. Paris, 1884, p. 189.

(3) SPILLMANN, cité par Ceppi. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1887, t. VII, p. 191.

(4) WIDAL, *Loc. cit.*, p. 51.

(5) RECLUS, *Semaine médicale*, 1891, n° 55, p. 285.

(6) P. POIRIER, *Loc. cit.*

(7) WALLICH, *Recherches sur les lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide*. Thèse de Paris, 1851.