

pessaire de Hodge, que l'on avait fait assez large pour distendre dans toute sa hauteur le cul-de-sac postérieur du vagin; mais ce succès a-t-il été permanent? Nous ne pouvons le dire. Dans les cas où la tumeur est volumineuse, où elle ne peut être contenue par des moyens mécaniques, si l'on a échoué avec le traitement palliatif, il ne faut pas hésiter à enlever un lambeau de la membrane muqueuse.

Les conséquences de cette maladie sont l'excoriation des parties, une leucorrhée persistante et un relâchement des parois vaginales, lequel peut entraîner plus tard une chute de la matrice.

ARTICLE III

PROLAPSUS DU VAGIN, SOIT COMPLET, SOIT PARTIEL, SANS DÉPLACEMENT DE LA VESSIE OU DU RECTUM.

Il est très rare de trouver un prolapsus de toute la circonférence du vagin. Nous avons vu un cas dans lequel il y avait, un jour, prolapsus de la paroi antérieure du vagin, et le jour suivant, prolapsus de la paroi postérieure.

Le mécanisme de cet accident n'est pas aussi facile à expliquer que dans les autres cas. Le prolapsus paraît être dû à un relâchement des parois tantôt par suite d'un excès de distension, tantôt indépendamment de cette distension, et enfin quelquefois par suite de la pression d'un organe voisin.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes sont les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits, sauf que la vessie et le rectum restent en dehors, et que l'évacuation de ces cavités ne soulage pas la malade.

Quand le vagin tout entier est en prolapsus, on voit saillir une tumeur de tout l'orifice vulvaire, et l'on trouve seulement à la partie inférieure un petit conduit qui va jusqu'à l'orifice utérin. Dans plusieurs cas, on a même trouvé l'utérus plus ou moins dévié de sa position naturelle. Quand le prolapsus est partiel, la membrane muqueuse fait saillie sous forme de pli antérieurement ou postérieurement. L'étendue de cette espèce de prolapsus varie beaucoup : tantôt il est très prononcé, tantôt il est à peine marqué. Noël (1) rapporte un fait dans lequel la membrane vaginale descendait jusqu'aux genoux. L'absence de la vessie et du rectum dans la tumeur se reconnaît aisément par le toucher : il suffit de saisir la tumeur entre le pouce et l'index.

§ II. — Diagnostic.

Quand le prolapsus est récent, le diagnostic est facile à établir, d'a-

(1) Noël, *Journal de médecine*, vol. II, p. 60.

près les symptômes que nous avons donnés; mais quand la tumeur a été longtemps exposée à l'air, qu'elle est devenue dure et gonflée, l'orifice inférieur peut faire croire à une chute de matrice, et l'on ne peut éviter une erreur qu'en introduisant le doigt plus loin pour aller à la découverte de l'utérus.

§ III. — Traitement.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont les mêmes que ceux que nous avons recommandés pour le traitement des autres variétés de prolapsus, c'est-à-dire la réduction des parties, la contention par un pessaire, des fomentations émollientes, et plus tard des injections astringentes. Si la malade a passé l'âge d'avoir des enfants, on enlève un lambeau de membrane muqueuse, et l'on réunit les bords de la plaie de manière à diminuer le calibre du vagin.

Les conséquences de cette forme de prolapsus, quand on n'y apporte pas de remède, sont plus sérieuses que celles d'une chute partielle. Les rapports sexuels, aussi bien que la conception, sont entièrement empêchés; l'évacuation de l'urine et des fèces est très difficile; le vagin est exposé à s'enflammer et même à s'excorier; les veines se gonflent et deviennent variqueuses, la menstruation devient excessive; il y a de la leucorrhée, et enfin l'utérus est exposé lui-même à être entraîné.

CHAPITRE VII

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PELVIEN. ABCÈS PELVIENS.

L'inflammation du tissu cellulaire pelvien est loin d'être rare, elle s'observe à toutes les périodes de la vie. Plus fréquente chez les femmes qui ont eu des enfants, on l'a cependant rencontrée chez les femmes non mariées, vieilles ou jeunes. Souvent elle se montre après l'accouchement, surtout dans certaines épidémies d'inflammation post-puerpérale.

L'inflammation du tissu cellulaire qui avoisine l'utérus est désignée sous le nom de *phlegmon péri-utérin*.

Eu égard au siège de l'inflammation, on distingue trois variétés de phlegmons péri-utérins qui peuvent se rencontrer isolément ou se trouver réunis; on admet :

1° Le *phlegmon anté-utérin* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. — Cette variété a été rendue parfaitement évidente sur une pièce présentée en 1858 à la Société anatomique;

2° Le *phlegmon rétro-utérin*, rejeté pendant longtemps, est admis aujourd'hui par la plupart des gynécologistes. M. Gallard a publié en

1872 le résultat d'une autopsie qui démontre d'une façon très nette l'existence de l'inflammation en ce point (1);

3° Le *phlegmon des ligaments larges* ou inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets péritonéaux qui constituent ces ligaments.

Quant à l'inflammation du tissu cellulaire siégeant au niveau de la fosse iliaque, on la désigne plus spécialement sous le nom de *phlegmon de la fosse iliaque*.

Lorsque l'inflammation aboutit à la suppuration, on dit qu'il y a abcès.

Dans ces derniers temps M. le D^r Alphonse Guérin a démontré que bien souvent les symptômes décrits comme appartenant au phlegmon du ligament large doivent être rapportés à une inflammation des ganglions lymphatiques situés au-dessous du péritoine, M. Alphonse Guérin décrit alors la maladie sous le nom de *adéno-lymphite péri-utérine* (2).

ARTICLE PREMIER

PHLEGMONS PÉRI-UTÉRINS.

Nous décrirons sous le nom de phlegmon péri-utérin l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant et en arrière de l'utérus ou entre les feuillets du ligament large.

§ I. — Causes.

L'inflammation est le plus souvent déterminée par une violence extérieure, une chute, un coup de pied, etc., ou bien par le passage de la tête du fœtus pendant un accouchement laborieux. Quelquefois elle peut survenir en dehors de toute cause externe. A l'hôpital de Meath, chez une malade confiée à nos soins par Grave et Stokes, l'inflammation se montra après la guérison d'une leucorrhée utérine abondante, sans autre cause appréciable. Le phlegmon peut être aussi déterminé par l'extension de l'inflammation des organes génitaux externes.

§ II. — Symptômes.

Quelle que soit la cause, cette maladie donne lieu à une douleur aiguë dans la partie; il existe une sensation de poids, de tension, des battements; le tout très augmenté par la station debout et par les efforts de défécation. Si, à cette période de la maladie, on procède à un examen, on trouve un gonflement considérable du tissu cellulaire à la partie postérieure du vagin, soit immédiatement entre ce conduit et

(1) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, 1873, p. 131.

(2) Alphonse Guérin, *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*, 1878.

le rectum, soit sur les côtés. Les parties sont très sensibles au toucher; la tumeur est dure et tendue, et le doigt appliqué à sa surface perçoit des battements. L'inflammation arrive rapidement à la suppuration. Vingt-quatre ou quarante-huit heures suffisent quelquefois à la formation et même à l'issue du pus. La douleur, la pesanteur sont alors notablement diminuées; mais il se produit à ce moment des symptômes spéciaux à l'existence d'un abcès. L'examen par le vagin permettra de constater le ramollissement de la tumeur, la fluctuation et l'amincissement de la paroi dans un des points de la cloison vaginale ou rectale. Si on laisse la maladie suivre sa marche naturelle, il se fait une ouverture, soit dans le vagin, soit dans le rectum; il s'écoule du pus ayant une odeur fétide. Puis la tumeur pelvienne s'affaisse, et si la cavité ne se comble pas, il peut se faire un écoulement d'une très longue durée. Quelquefois l'orifice s'oblitére, l'abcès se remplit, jusqu'à ce qu'il soit de nouveau évacué. Il ne s'ouvre pas toujours au point où l'on pouvait prévoir que se ferait l'ouverture. A cause de la laxité du tissu cellulaire, le pus a de la tendance à fuser et à se faire jour en quelque point éloigné. Les ouvertures fistuleuses peuvent être aussi bien constatées en dehors du vagin que dans ses parois ou dans celles du rectum. C. Clarke relate des cas où il a observé des ouvertures fistuleuses, qui donnaient issue à des matières sanieuses, chaque fois qu'on exerçait une pression sur ces parties.

Pendant la période inflammatoire, il y a souvent un mouvement fébrile. La malade se plaint d'inquiétudes et de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de soif. Le pouls est fréquent. Il y a beaucoup d'agitation et une grande irritabilité. Les frissons indiquent le moment où se forme le pus; alors les autres symptômes s'effacent, et l'on voit survenir plus tard une grande faiblesse et même de l'épuisement, si l'écoulement purulent dure longtemps. Les effets de la maladie seront évidemment plus désastreux pour l'état général de la patiente, si elle survient dans l'état puerpéral. Pendant la période aiguë, il arrive souvent que les ganglions inguinaux se prennent, augmentent de volume et reviennent à leur état normal, quand l'état local s'améliore.

Voici le résultat d'une autopsie pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le service de Louis, le 2 janvier 1838, et qui démontre d'une façon évidente l'existence des abcès siégeant entre le rectum et le vagin.

On trouva une tumeur du volume d'un œuf de poule dans le ligament latéral du côté gauche, à 6 centimètres de la ligne médiane de l'utérus. Une incision pratiquée dans la tumeur laissa écouler une once et demie d'un liquide jaunâtre qui, par la chaleur, laissa déposer une matière floconneuse. On trouva une cavité entre l'utérus, le vagin et le rectum, tapissée d'une fausse membrane imprégnée de pus, limitée en haut par le péritoine, et en bas par les aponévroses du périnée. Cette cavité communiquait à la fois avec le rectum et avec le vagin. On ne découvrit aucune trace de matière cancéreuse;

mais sur la ligne médiane il y avait une tumeur dure, blanche, de la grosseur d'un petit œuf.

§ III. — Diagnostic.

La présence d'une tumeur dure, sensible, où le toucher perçoit des battements et située à la partie postérieure du vagin ou sur les parties latérales, caractérise le phlegmon à sa première période.

Plus tard la tumeur devient molle, fluctuante, lorsque la suppuration s'est produite. Il faut se garder de confondre une tumeur inflammatoire avec une accumulation de matières fécales. Pour lever tous les doutes il peut être nécessaire d'administrer un lavement ou même un purgatif, afin de vider l'intestin.

On ne confondra pas un phlegmon avec le corps de l'utérus rétroversé ou un fibrome développé sur la paroi postérieure de l'utérus. Le corps de l'utérus est peu sensible au toucher et ne présente pas les battements de la tumeur inflammatoire; quant aux fibromes leur sensibilité est en général très obtuse.

§ IV. — Traitement.

Au début, on peut enrayer l'inflammation au moyen de sangsues appliquées à la vulve ou au périnée, ou sur la région hypogastrique, après quoi on recouvrira les parties de cataplasmes. Si l'on n'observe pas le résultat désiré, des fomentations, des cataplasmes ou des injections vaginales avec de l'eau chaude seront régulièrement employés pour hâter la suppuration. Quand le pus est formé, il sera bon de ponctionner l'abcès à la partie déclive, soit par le rectum, soit par le vagin; on évacuera le liquide complètement pour éviter qu'il ne fuse et ne se fraye une issue dans quelque point incommode. Si l'ouverture est assez large, généralement l'abcès guérit assez rapidement; on fera des injections vaginales deux fois par jour, et l'on pourra introduire dans le vagin un fragment d'éponge pour établir une compression qui prévient l'accumulation du pus. S'il se forme une ouverture fistuleuse, on l'élargira comme on le fait pour les fistules en d'autres régions; les entrailles seront maintenues libres au moyen de lavements quotidiens.

Quand la maladie survient après l'accouchement, et que la constitution de la malade paraît en souffrir, il faudra donner des toniques et conseiller une nourriture substantielle.

ARTICLE II

ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE.

Cette forme de la maladie peut survenir dans le cours de certaines fièvres puerpérales. Ces abcès peuvent se développer immédiatement

après le travail ou survenir longtemps après l'accouchement. Ils peuvent être complètement indépendants de l'enfantement, chez des femmes mariées, chez des vierges, chez de vieilles ou de jeunes femmes.

§ I. — Causes.

Excepté le travail de l'accouchement, il est très difficile d'assigner à cette maladie aucune cause spéciale. Cependant nous avons vu ces abcès se développer à la suite d'un refroidissement, de rapports sexuels excessifs. Enfin, on les attribue souvent à des coups, des chutes, etc. De ce que, dans certains cas, on observe la coïncidence de ces abcès avec une suppression brusque de la sécrétion lactée, ou des lochies à la suite de couches, on les a attribués à l'un ou à l'autre de ces accidents, et les anciens auteurs les désignaient sous le nom d'abcès laiteux, etc. On a dit que la pression longtemps exercée par la tête du fœtus pendant le travail pouvait produire cette lésion, mais on ne peut admettre que cette cause soit très commune; car la plupart des cas que l'on observe se produisent ou après un accouchement naturel ou en dehors de l'accouchement. Sur soixante et un cas appartenant à M'Clintock, près de la moitié se sont développés chez des primipares (1).

§ II. — Symptômes.

α. Le mode d'invasion est très variable. Dans certains cas, les symptômes sont latents au début; peut-être y a-t-il un peu d'anxiété, à peine de la douleur, dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, et en plaçant la main sur le point malade, le patient découvre une tumeur, le plus souvent du côté gauche. M'Clintock a rencontré ces abcès vingt-sept fois du côté droit, trente-quatre fois ils se sont développés successivement des deux côtés, huit fois il y avait, en outre, plus ou moins de tuméfaction au-dessus des pubis.

β. Après une convalescence postérieure de quelques jours à l'accouchement, environ vers le neuvième ou le dixième jour, la malade est prise d'un léger accès de fièvre, avec quelques douleurs lancinantes dans l'abdomen; ces douleurs s'apaisent pendant quelque temps, quoiqu'il reste de la fièvre sans cause appréciable jusqu'au moment où, avec le temps, on a reconnu la véritable nature de la maladie.

γ. Dans d'autres cas, les symptômes sont locaux, et la nature du mal se révèle aussitôt. Dès le début, il y a de la douleur dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, de la sensibilité, et bientôt après de la tuméfaction et de la fièvre.

δ. Enfin, la tumeur peut offrir dès le premier abord les symptômes d'une lésion plus généralisée du péritoine. La douleur s'étend à tout

(1) M'Clintock, *Clinical Memoirs on Diseases of women*. Dublin, 1863.

le ventre, survenant par paroxysmes. Il y a de la douleur à la pression et de la fièvre. Bientôt la sensibilité générale et la douleur diffuse s'apaisent et se localisent ; dès lors se révèle le véritable caractère de la maladie.

Après avoir rapidement tracé les différentes manières dont la maladie débute, nous préférons prendre successivement les divers symptômes dans l'ordre de leur importance et de leur fréquence, plutôt que de les décrire dans leur ordre de succession.

1° La présence d'une tuméfaction ou d'une tumeur limitée est invariable ; celle-ci existe dans tous les cas et caractérise la maladie. On peut la sentir, s'étendant du pelvis au-dessus du ligament de Poupert jusqu'à la fosse iliaque, et même elle remonte quelquefois vers l'ombilic ; mais elle se continue en bas vers la cavité pelvienne. Ou bien elle peut être renfermée dans le bassin, atteignant le ligament de Poupert et faisant saillie au-dessus de la crête iliaque. A ce niveau, on sent de l'empatement, et la fixité de la tumeur pourrait donner à penser qu'elle fait corps avec cet os. La tumeur est plus facile à limiter quand elle est volumineuse. Dans tous les cas, elle est fixe, douloureuse au toucher, et très dure, jusqu'à ce qu'elle soit suppurée. Quelquefois la maladie est encore plus limitée, et l'on peut ne trouver de tuméfaction que par le toucher vaginal. En faisant cet examen, on trouve le vagin chaud, sensible, et sur un des côtés ou vers la partie supérieure on constate une tuméfaction douloureuse et dure, fixée au squelette du bassin, quelquefois s'étendant vers la partie interne du côté de l'utérus, auquel on ne peut imprimer aucun mouvement sans provoquer de la douleur. Cette dernière variété de l'inflammation a été décrite par M. Alphonse Guérin sous le nom d'*adéno-phlegmon juxta-pubien* (1).

2° Bien que la douleur se montre à différentes périodes de la maladie, tôt ou tard elle se montre ; elle est plus intense au niveau de la tumeur, d'où elle s'irradie dans toutes les directions. Quand la tumeur est élevée, c'est-à-dire au-dessus de la crête iliaque, la douleur y reste plus limitée ; quand elle est située dans le bassin ou dans l'aîne, la sensibilité s'étend au travers de cette cavité, vers l'an us, dans les reins et dans la cuisse : un signe très caractéristique, dans ces cas, est la difficulté, souvent même l'impossibilité d'étendre la cuisse ou de se tenir debout. La marche est difficile et très douloureuse.

3° Quand la tumeur occupe surtout la cavité pelvienne, la malade est très tourmentée par du ténesme, des envies d'uriner, probablement à cause de l'extension, de l'irritation qui se produisent à la vessie et au rectum. Quelquefois, lorsque la tumeur est très volumineuse, elle met un obstacle complet aux fonctions de ces viscères.

4° L'intensité de la fièvre aussi bien que la période où elle se montre sont très variables. Dans quelques cas, elle précède ou accompagne les

(1) Alphonse Guérin, *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*, 1878.

premiers symptômes locaux ; dans d'autres, elle s'allume après que l'existence de la tumeur a été constatée. Rarement elle ne se montre que le soir ; constamment, à la période de suppuration, il y a des exacerbations vespérales. Le pouls bat de 90 à 100 pulsations ; la langue est chargée, la peau est chaude, la soif considérable, et l'urine est fortement colorée. L'appétit est toujours nul.

Ces symptômes sont mitigés, ou du moins la malade paraît souffrir moins, quand elle n'est pas dans l'état puerpéral.

§ III. — Pathologie.

Il n'est pas douteux que l'on ait affaire à une inflammation phlegmoneuse ; mais quels sont les tissus qui sont lésés ? la couche cellulaire d'un côté du pelvis, en dehors du canal vaginal, cela est certain, et dans certains cas les annexes utérines, ovaire, trompe et ligament large, du même côté ; mais cela ne nous paraît pas nécessairement exister dans tous les cas. Voilà la raison qui nous fait préférer le nom d'*inflammation du tissu cellulaire pelvien* (*pelvic cellulitis*) à la dénomination d'*inflammation des annexes* adoptée dans les précédentes éditions.

Lorsque la tumeur perçue par le toucher vaginal est fixée au squelette du bassin, M. Alphonse Guérin a démontré qu'il s'agissait d'une inflammation d'un ganglion lymphatique situé en arrière du pubis, près des trous sous-pubiens et de l'orifice supérieur du canal crural.

§ IV. — Terminaisons.

Après avoir parcouru toutes ses phases pendant un certain temps, la maladie peut se terminer :

1° *Par résolution.* — Alors la douleur s'atténue et disparaît. La tumeur est moins douloureuse, diminue de volume et finit par disparaître : ce mode de terminaison peut demander de un à trois mois ;

2° *Par suppuration.* — Quand la suppuration s'effectue, on sent généralement un ramollissement de la tumeur avec une sensation obscure de fluctuation. La malade se plaint de battements, d'élançements dans la tumeur. Elle éprouve des frissons, et, par degrés, si la chirurgie n'intervient, les téguments s'amincissent et le pus s'écoule, soit extérieurement à travers les parois abdominales qui recouvrent la tumeur, soit dans le péritoine ; il se développe alors une péritonite toujours grave, mais pas toujours mortelle (1) : tantôt dans le vagin, par où le pus s'écoule ; tantôt dans le côlon ou le rectum, et le pus est rendu dans les garde-robes. C'est certainement par ces deux voies que le plus souvent le pus se fraye une issue. Rarement ces abcès s'ouvrent dans la vessie ; cependant des observations en ont été rapportées par Lis-

(1) *Med. Times and Gazette*, 2 septembre 1854, p. 239.

franc et Emery (1), Hawkins (2), Johnston (3), Batterty (4), Marchal de Calvi, M'Clintock et d'autres (5).

Simpson a également publié des observations de fistules vésico-utérines, vésico-rectales et utéro-intestinales, qui lui ont paru pouvoir être rapportées à une cause de cette nature.

Ces abcès peuvent également s'ouvrir dans le tissu cellulaire environnant, où ils fusent jusqu'à ce qu'ils trouvent une issue, ou dans les parois de l'utérus, comme le montrent les observations publiées par Dance (6) et par Wamright (7).

Comme nous venons de le dire, le pus peut être évacué par l'une ou l'autre de ces voies, et si l'ouverture est suffisante, l'abcès se comble et guérit spontanément. Mais si l'orifice est petit, l'écoulement se perpétuera, l'ouverture deviendra fistuleuse et la guérison peut être difficile à obtenir.

Enfin, l'extension de la maladie ou les affections secondaires qu'elle peut entraîner peuvent amener la mort dans un temps impossible à fixer. Cette conséquence cependant doit être rare et nous n'avons jamais observé cette terminaison, et M'Clintock ne l'a constatée que trois fois sur soixante-dix cas de cellulite pelvienne puerpérale, et la mort paraît avoir été causée par une entérite résultant du passage du pus dans le colon; dans les cas non puerpéraux, il a observé que la mortalité était plus grande.

§ V. — Diagnostic.

Le diagnostic sera bien simplifié, si la maladie survient à une certaine distance de l'accouchement, et surtout si la malade souffre dans l'abdomen. Si alors on découvre une tumeur au-dessus de la crête iliaque, ou dans une des fosses iliaques avec de la douleur, on aura tout lieu de croire à un abcès de cette région; si la maladie se développe en dehors de l'état puerpéral, ou bien longtemps après l'accouchement, il peut être difficile de la distinguer de quelques-unes des maladies chroniques de l'ovaire, ou de l'inflammation péri-cæcale. Alors, dans ce cas, le meilleur signe sera l'intensité de la douleur et des troubles de l'état général, qui sont beaucoup plus marqués dans la maladie que nous venons de décrire.

On a pris cette maladie pour une sciatique; quand la tumeur est dans le pelvis et qu'elle exerce une pression sur les nerfs qui émergent de cette cavité, la douleur peut être limitée au trajet des nerfs et don-

(1) Lisfranc et Emery, *Revue médicale*, 1827.

(2) Hawkins, *Lond. med. Gazette*, 1832.

(3) Johnston, *British and Foreign med. Review*, 1836.

(4) Batterty, *Dublin Journ.*, mai 1847.

(5) M'Clintock, *Med. Times and Gazette*, 1854, p. 164.

(6) Dance, *Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires, etc.*, observ. 14, 1827.

(7) Wamright, *British and For. medical Rev.*, juillet 1841.

ner le change même à un observateur soigneux. Cependant un examen minutieux nous permettra de rapporter cette douleur à sa source véritable, et alors un examen interne nous en révélera la cause. La flexion de la cuisse et l'impossibilité de la redresser doit nécessairement nous conduire à examiner l'aîne et à découvrir la tumeur.

§ VI. — Traitement.

Les indications principales sont : 1° d'amener la résolution de la tumeur, ou 2° de faciliter la suppuration et de donner issue au pus.

1° Si le médecin est appelé au début de la maladie, il lui est souvent possible d'en arrêter les progrès, comme l'a bien fait observer Doberty, et même encore, lorsque la maladie dure depuis un certain temps, comme dans l'observation de Puzos. Pour arriver à ce résultat, cet auteur ainsi que Moriceau recommandent des saignées répétées par la veine, des purgatifs, des altérants et des absorbants, etc. Les applications réitérées de sangsues auront le même effet avec moins de perte de force pour la malade. On en appliquera une douzaine sur la tumeur, puis on la recouvrira de cataplasmes, et on reviendra aux sangsues si cela est nécessaire, c'est-à-dire si la douleur et les battements n'ont pas été atténués. L'énergie de ce traitement doit être évidemment en rapport avec l'état général du sujet. Si on réussit à enrayer les progrès de l'inflammation, on aura avec avantage recours à l'application successive de petits vésicatoires; des fomentations et, suivant l'occasion, un bain de siège soulageront la malade, qui se trouvera encore mieux d'injections d'eau chaude faites deux fois par jour. A l'intérieur, on prescrira du calomel à dose fractionnée, peut-être même jusqu'à affecter un peu les gencives. On aura de temps en temps recours à un purgatif. Cependant un purgatif énergique n'est pas très utile, et il a souvent augmenté les douleurs. Si la douleur donne de l'insomnie, on administrera une préparation d'opium. Quand les symptômes de la maladie cèdent, on peut appliquer avec grand avantage un emplâtre sur la tumeur. La diète doit être douce et nutritive à la fois, mais non excitante.

2° Si toutefois, malgré le prompt et soigneux usage des moyens que nous venons d'indiquer, la maladie ne cédaît pas, on peut tenir pour certain que la suppuration surviendra; on la favorisera par des fomentations et des cataplasmes. La formation du pus sera souvent marquée par des frissons; mais, le plus souvent, ce sera seulement par le doigt qu'on en acquerra la certitude. Il y a grand avantage à faire une ouverture dans l'abcès aussitôt que possible: on déterminera ainsi le cours que doit prendre le pus, au lieu de le laisser fuser et se frayer une issue en un point incommode ou dangereux. Si l'on constate que la paroi de l'abcès s'amincit vers le vagin, on peut être tranquille, pourvu que l'ouverture se fasse assez large. Si l'ouverture n'est pas

assez grande, il faut l'agrandir. Une ouverture par le vagin, le rectum ou les parois abdominales, ne présente pas de danger sérieux, et il vaut infiniment mieux la faire que de courir la chance d'une ouverture dans le péritoine. Notre premier devoir est de nous assurer que l'ouverture spontanée ou artificielle est assez large pour vider complètement le sac.

Si l'ouverture se faisait en un point incommode ou dangereux, il vaudrait souvent mieux faire une contre-ouverture plutôt que de laisser se perpétuer une communication fistuleuse.

Nous aurons l'occasion plus loin de revenir sur ces communications avec la vessie, etc. Quand le pus a été complètement évacué, l'alimentation doit être substantielle, et l'on doit conseiller l'usage du vin. Ces abcès, quand ils surviennent après un premier accouchement, ne sont généralement pas sujets à retour après une seconde couche, et presque toujours, en pareil cas, la guérison a été complète.

CHAPITRE VIII

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE, PÉRI-UTÉRINE OU PELVIENNE.

Ces différents noms ont été donnés à une maladie à peu près inconnue jusque dans ces dernières années, et dont nous devons la description à nos confrères du continent. Elle consiste dans un épanchement de sang : 1° dans le repli péritonéal qui est derrière l'utérus ; 2° dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ce n'est pas une maladie fréquente ; mais il est facile de la prendre pour une autre affection.

Sans aucun doute, il existe des observations rapportées par les anciens auteurs, que nos connaissances actuelles nous permettent de rapprocher de cette espèce d'hémorrhagie ; mais nous ne devons pas nous reporter en arrière plus loin qu'aux observations de Récamier en 1841 (1). D'autres observations ont été publiées par Velpeau (2) et par Bernutz, qui en a fourni plusieurs (3). C'est surtout à Nélaton, en 1850, que nous devons la description très complète de cette maladie. Ce chirurgien lui a donné le nom d'hématocèle rétro utérine. Les cas observés à l'hôpital des cliniques ont été publiés par Viguès (4), qui considère cette tumeur comme étant toujours extra-péritonéale. En 1851, Gaillet et Bauchet ont publié une excellente reproduction des leçons de Nélaton sur ce sujet (5).

Depuis cette époque, cette maladie a fait l'objet d'une foule de dissertations inaugurales. Des observations ont été publiées par Miks-

- (1) Récamier, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (Revue médicale, 1841, p. 31).
- (2) Velpeau, *Recherches anatomiques sur les cavités closes* (Annales de la chirurgie française et étrangère, t. VII, p. 430. Paris, 1843).
- (3) Bernutz, *Archives générales de méd.*, 1848, vol. XVII et XVIII, et *Clinique des maladies des femmes*, 1860, t. I.
- (4) Viguès, Thèse, 1850.
- (5) Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1851.

chik (1), Kauffmann (2), Tardieu (3) et Royer (4). Des recherches ont été faites, afin de connaître la source de l'hémorrhagie, par Richet, et elles ont été publiées par Devalz. Des opinions diverses ont été émises à cette occasion par Scanzoni, Puech (5), Trousseau (6), Oulmont (7), Nonat (8), Gallard (9), Becquerel (10) et Jules Besnier (11).

Cependant le traité le plus complet est le mémoire de Aug. Voisin (12), auquel nous avons beaucoup emprunté. Nous trouvons cependant qu'il a, au point de vue de la pathologie, singulièrement limité ses vues.

Cette question, néanmoins, n'a été dédaignée ni en Angleterre ni en Amérique, car elle a été traitée par Tilt, West, Simpson, M'Clintock (13), Byrne (de New-York), et Mathews Duncan, d'Édimbourg (14).

§ I. — Pathologie.

La première question à résoudre est de savoir s'il faut ne comprendre dans cette maladie que les cas où le sang est épanché dans le sac péritonéal et s'est enkysté, comme le veut Aug. Voisin, ou s'il ne faut pas comprendre aussi les cas où le sang est extravasé derrière l'utérus et autour de cet organe, mais en dehors du péritoine, comme l'indiquent Huguier, Robert, Nonat, Becquerel. Si réellement, dans le premier cas, les accidents sont dus à des troubles de la menstruation, et qu'il en soit autrement dans le second, cette classification serait justifiable. Mais ce n'est pas là un fait établi. Nous nous proposons donc de comprendre les deux variétés dans la même description.

La maladie consiste en un épanchement sanguin, soit dans le sac péritonéal entre le rectum et l'utérus, *hématocèle intra-péritonéale*, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal derrière l'utérus ou autour de

- (1) Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipzig, 1854.
- (2) Kauffmann, *Archives de la Société obstétricale de Berlin*, vol. VIII.
- (3) Tardieu, *Observations de médecine légale sur les cas de mort naturelle* (Annales d'hygiène et de médecine légale. Paris, 1854, vol. II, p. 157), et *Étude médico-légale sur les blessures*. Paris, 1879.
- (4) Royer (de Joinville), *Hémorrhagie abdominale suivie de rupture spontanée*, rapport de Velpeau (Bull. de l'Acad. de méd., 1855, vol. XXI, p. 21).
- (5) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858.
- (6) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, juin 1858, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* 5^e édition. Paris, 1877.
- (7) Oulmont, *Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, vol. IV, n° 1.
- (8) Nonat, *Gazette hebdomadaire de médecine*, août 1858.
- (9) Gallard, *Des hématocèles péri-utérines (causes, siège, traitement)*. Paris, 1855 ; *Des hématocèles péri-utérines spontanées*. Paris, 1860 ; *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires et les troubles de la menstruation*. Paris, 1880.
- (10) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*, 1859.
- (11) Jules Besnier, *Contribution à l'étude des hématocèles péri-utérines et notamment de l'hématocèle par néo-membranes pelviennes* (Annales de gynécologie, t. VII et VIII, 1877).
- (12) Auguste Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin*, etc. Paris, 1860, avec une planche.
- (13) M'Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 240.
- (14) Duncan, *Edinburgh Monthly Journal*, octobre 1862.