

vent comprimer la vessie; la seconde variété proémine du côté du rectum. Ils renferment un liquide clair et transparent.

Leurs symptômes sont très-obscur. Lors même qu'ils forment une tumeur assez considérable pour être sentie par le palper abdominal, il est bien difficile de dire qu'il s'agit d'un kyste plutôt que de toute autre tumeur. C'est surtout par leur marche et l'absence de symptômes généraux qu'on sera conduit à soupçonner leur existence; on fera le diagnostic par exclusion.

On ne peut et on ne doit les traiter que lorsqu'ils sont très-volumineux. On se comporte alors à leur égard comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

#### *Diagnostic des tumeurs de l'utérus.*

Comment reconnaît-on une tumeur de l'utérus? Comment distingue-t-on une tumeur d'une autre tumeur?

1° On peut être certain qu'il y a une tumeur lorsque, indépendamment des troubles fonctionnels (douleur, écoulement par le vagin, hémorrhagie), on constate une augmentation de volume considérable de l'utérus, soit par le palper abdominal, soit par le toucher rectal, ou bien par le toucher vaginal, ou encore par la combinaison de ces trois modes d'exploration. En outre, la tumeur utérine détermine des symptômes de compression sur la vessie, sur le rectum, et quelquefois sur les veines iliaques.

Comme nous l'avons fait pour les tumeurs du sein, nous considérons comme tumeur l'hypertrophie de l'utérus, ainsi que l'augmentation de volume de cet organe, due à une métrite chronique.

2° Les tumeurs dont l'utérus peut être le siège sont, les unes rares, les autres fréquentes.

Les tumeurs rares sont : les kystes, l'hypertrophie et la métrite chronique. Parmi les tumeurs fréquentes, nous trouvons : le cancer, la grossesse, les tumeurs fibreuses, les polypes muqueux.

Nous éliminerons d'abord les tumeurs rares. Les *kystes* ne peuvent être reconnus qu'autant que le col est entr'ouvert et que la tumeur est visible. L'*hypertrophie*, dont on a vu seulement quelques cas, est caractérisée par l'augmentation de volume de l'organe et des hémorrhagies très-abondantes; on l'a presque toujours confondue avec une grossesse ou avec une tumeur fibreuse. La *métrite chronique* est d'un diagnostic très-facile. L'utérus n'acquiert jamais un volume considérable; il est douloureux au toucher; par le rectum, on constate la régularité de l'organe augmenté de volume, et l'on détermine aussi un peu de douleur à la pression; il y a de la leucorrhée, sans hémorrhagie, les symptômes d'une légère cystite, des douleurs lombaires et inguinales.

Des tumeurs communes, la plus facile à reconnaître est le *cancer*. Au début, on peut le prendre pour un corps fibreux; on le distingue alors

par les hémorrhagies, plus abondantes et plus fréquentes dans le cancer, et par les antécédents; mais il ne faut pas se dissimuler la difficulté du diagnostic, difficulté qui ne commence à cesser qu'avec l'apparition d'autres symptômes : douleurs lancinantes, écoulement fétide, cachexie cancéreuse.

Souvent l'utérus est volumineux, et l'on se demande si l'on a affaire à une *grossesse* commençante ou à une *tumeur fibreuse*. Il y a entre ces deux états une grande analogie. L'utérus est augmenté de volume dans les deux cas; le col est ramolli, les symptômes de compression existent; il n'y a pas d'hémorrhagie, du moins lorsque le corps fibreux est encore peu développé. Il faut alors recourir aux signes de la grossesse. Lorsque l'utérus est rempli par le produit de la conception, il détermine des symptômes sympathiques : gonflement et picotement des seins, tuméfaction de l'aréole, développement des tubercules de Montgomery sur l'aréole, formation d'une ligne noire entre l'ombilic et le pubis, nausées et vomissements, divers symptômes nerveux du côté des nerfs sensitifs et des centres nerveux; pas d'hémorrhagies utérines, etc., etc. Enfin, si la tumeur date de quatre à cinq mois, les bruits du cœur du fœtus peuvent être entendus.

Tous ces symptômes manquent dans le cas de tumeur fibreuse. Du reste, celle-ci s'accompagne fréquemment d'hémorrhagie; elle distend souvent le col utérin, qui s'entr'ouvre; elle forme quelquefois une tumeur à surface irrégulière.

Quoique le diagnostic paraisse facile, il faut cependant reconnaître qu'il est des cas où il est bien difficile de se prononcer.

### ARTICLE QUATRIÈME

#### MALADIES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Nous décrirons sous ce titre : 1° les *kystes* de l'ovaire; 2° le *phlegmon péri-utérin*; 3° l'*hématocele rétro-utérine*.

#### I. — KYSTES DE L'OVAIRE.

**Examen de la malade.** — Par le regard, l'élève constatera l'augmentation de volume du ventre, quelquefois très-considérable, la saillie de l'ombilic; par la palpation il sentira la fluctuation, plus ou moins marquée, suivant que le kyste est à une ou plusieurs loges; en appliquant une main à plat sur un des côtés de l'abdomen, et en percutant, avec un doigt de l'autre main, le côté opposé, il percevra le choc, le flot du liquide; par la percussion, il appréciera la matité de la tumeur, surtout à la partie centrale; le son sera clair au niveau des flancs et de la région épigastrique, où se réfugie la masse intestinale. Les rapports réciproques de la sonorité et de la matité ne varieront pas lorsqu'on fera coucher la malade sur l'un ou l'autre côté; par le toucher vaginal, il reconnaîtra l'abaissement et la déviation de l'utérus.



**Causes.** — Les kystes de l'ovaire sont très-fréquents; ils peuvent se montrer sur les deux ovaires. Ils ne se présentent que dans la période de la vie où la femme est réglée; ils sont surtout fréquents de 30 à 40 ans. Cependant, on en a observé chez des jeunes filles non encore réglées. On croit généralement que la maladie est constituée par une hypertrophie avec hypersécrétion d'une vésicule de de Graaf.

**Anatomie pathologique.** — Ces kystes sont *uniloculaires* ou *multiloculaires*.

1° Les kystes uniloculaires ont une paroi dont l'épaisseur ne dépasse pas ordinairement 4 à 5 millimètres. Elle est formée par un tissu fibreux, recouvert en dehors par le péritoine, doublé à l'intérieur par une membrane d'aspect séreux; elle renferme un grand nombre de vaisseaux artériels et veineux; ces derniers se font remarquer par leur volume, plus considérable que celui des artères.

Le pédicule de la tumeur est situé sur le ligament large; l'ovaire se trouve perdu au milieu du tissu qui le constitue. Des vaisseaux très-développés se portent du ligament large aux parois de la tumeur, à travers le pédicule.

Le liquide est séreux et transparent, ne contenant pas d'albumine; quelquefois, il est visqueux, épais: on dit alors que le kyste est *albumineux*.

2° Les kystes multiloculaires présentent des cloisons qui partent de la surface interne de la paroi du kyste et qui en divisent l'intérieur, en un certain nombre de compartiments ne communiquant pas les uns avec

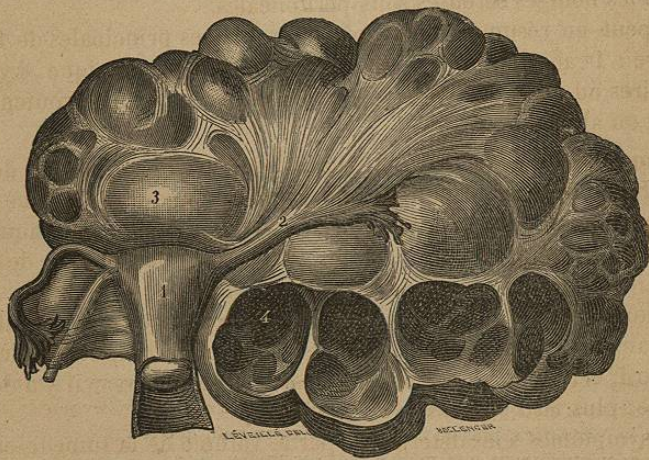


FIG. 66. — Kyste multiloculaire de l'ovaire, d'après une pièce recueillie à l'hôpital Beaujon et présentée à la Société anatomique par M. Henri Bergeron.

1. Utérus. — 2. Pédicule du kyste. — 3. Loge pleine de liquide transparent. — 4. Loge pleine d'un liquide brunâtre.

les autres (fig. 66). Le liquide contenu dans ces compartiments n'est pas toujours le même: ici, il est transparent et séreux; là, il est visqueux;

ailleurs, il est coloré en brun par du sang, il a la couleur du chocolat; en d'autres points, il est tout à fait noir.

Il n'est pas rare de constater des adhérences entre la surface du kyste et les viscères, les intestins principalement. Ces adhérences s'établissent aussi entre le kyste et le péritoine pariétal; la tumeur peut en quelque sorte faire corps avec les parois de la cavité abdominale.

Les kystes de l'ovaire acquièrent parfois un volume excessif, ils peuvent remplir toute la cavité abdominale.

Ces kystes se développent, la plupart du temps, aux dépens des vésicules de de Graaf; l'unité ou la multiplicité des cavités kystiques dépend du nombre des vésicules qui sont atteintes par la maladie.

Indépendamment des kystes uniloculaires et multiloculaires, on trouve quelquefois dans l'ovaire des *kystes pileux* (voy. Kystes en général), des *kystes aréolaires* ou *vésiculaires* décrits par M. Cruveilhier. Ces derniers sont, la plupart du temps, des tumeurs malignes de nature colloïde; leur description rentre dans celle des tumeurs malignes en général; à cette variété appartiennent les tumeurs dites *cysto-sarcomes* et *cysto-carcinomes*.

M. Ollier admet une variété de kystes qu'il appelle *kystes lacuneux interstitiels*, se développant, selon lui, dans le tissu cellulaire qui entoure les vésicules de de Graaf.

M. Verneuil décrit, en outre, de petits *kystes du ligament large* qui se développent dans les débris du corps de Wolf, des *hydropsies de la trompe* et des *kystes lacuneux*, de petit volume, se développant dans de véritables bourses séreuses sous-péritonéales.

On peut, en résumé, distinguer deux classes principales de kystes de l'ovaire: 1° au point de vue de leur disposition anatomique, kystes uniloculaires ou multiloculaires; 2° au point de vue de leur contenu, kystes séreux ou albumineux.

**Symptômes.** — Au début, la tumeur se développe à l'insu de la malade. Elle a déjà acquis un certain volume, lorsque la femme constate par hasard une tumeur globuleuse dans l'une des fosses iliaques. Cette tumeur fait des progrès insensibles, elle refoule les organes de la cavité abdominale et finit par remplir toute la cavité.

La douleur est médiocre; c'est plutôt une gêne qu'une véritable douleur. Dans les premiers temps, la menstruation s'accomplit régulièrement; plus tard, cette fonction présente des troubles divers; il y a de l'aménorrhée; plus tard elle cesse complètement.

Les symptômes sont déterminés par le volume de la tumeur et par la compression des organes voisins.

La tumeur est arrondie et lisse, facile à limiter par la palpation, dans les premiers temps; lorsqu'elle est volumineuse, il n'est plus possible de constater ces phénomènes. Il y a de la fluctuation; mais celle-ci manque dans les kystes multiloculaires et peut manquer dans les kystes albumineux. A la percussion, la tumeur présente de la matité; la région



ombilicale est mate, lorsque la malade est dans le décubitus dorsal ; les flancs et la région épigastrique sont sonores ; la ligne qui sépare la sonorité intestinale de la matité de la tumeur décrit une courbe à convexité supérieure.

L'utérus est souvent déprimé, déplacé, ce dont on peut se rendre compte par le toucher vaginal ; la vessie comprimée se contracte fréquemment, pour rejeter l'urine ; il y a souvent des vomissements, par suite de la compression de l'estomac, lorsque le kyste a atteint un certain volume. Enfin, le diaphragme lui-même subit la compression, il ne peut plus s'abaisser facilement ; la malade éprouve de la suffocation.

Les fonctions digestives s'altèrent, la compression de l'intestin est une cause de constipation opiniâtre ; la malade maigrit et elle peut finir par succomber dans le marasme.

Le péritoine, irrité par le frottement de la tumeur, exhale un liquide séreux qui vient entourer le kyste, de sorte qu'il existe quelquefois, entre la paroi abdominale et la tumeur, une couche liquide qu'il faut refouler pour arriver sur le kyste. Si l'ascite se montre quelquefois autour des kystes de l'ovaire, nous savons que les adhérences s'observent aussi dans un grand nombre de cas.

**Marche. Durée. Terminaison.** — Les kystes de l'ovaire ont une marche lente. Ils durent de quelques mois à plusieurs années. Ils peuvent rester stationnaires ; plus souvent, ils amènent la mort par suffocation.

**Diagnostic.** — Il faut distinguer le kyste, d'une grosseur, d'une ascite, et savoir s'il est uniloculaire ou multiloculaire.

La *grosseur* ne peut être confondue avec un kyste qu'à une époque où l'utérus forme une tumeur déjà volumineuse. Dans la grosseur, il y a un ramollissement du col qui n'existe pas dans le kyste de l'ovaire. L'utérus gravide est lourd, volumineux ; on perçoit à son niveau les bruits du cœur et les mouvements du fœtus. De plus, la grosseur détermine des symptômes sympathiques qui ne se trouvent pas dans les kystes de l'ovaire : nausées, vomissements, etc.

L'ascite peut être confondue avec un kyste uniloculaire, volumineux, à parois minces. Voici un signe pathognomonique : la malade étant couchée sur le dos, la région ombilicale est sonore dans l'ascite et mate dans le kyste. Dans l'ascite, la sonorité surmonte toujours le liquide, en quelque position que se trouve la malade. Si elle est couchée sur le dos, les flancs offrent de la matité, et la ligne qui sépare la matité de la sonorité est une ligne courbe, à concavité supérieure. En général, le ventre est pointu, proéminent en avant dans le kyste, aplati dans l'ascite.

Un kyste multiloculaire se reconnaît à l'absence de fluctuation, à la présence de bosselures larges et aplaties. Du reste, les autres symptômes sont les mêmes que ceux des kystes uniloculaires.

**Pronostic.** — Grave. Les malades sont vouées à une mort certaine, si l'on n'intervient pas. Les kystes multiloculaires guérissent moins facilement que les autres. Un liquide très-épais, albumineux, doit toujours faire porter un pronostic très-réservé.

**Traitement.** — Les kystes de l'ovaire ne guérissent que par un traitement chirurgical. On a employé : 1° la *ponction simple* : c'est un moyen palliatif, le liquide se reproduit bientôt après ; on peut la faire par l'abdomen ou par le vagin. Le premier de ces procédés doit être employé de préférence. Il faut toujours pratiquer avec soin la percussion, pour s'assurer qu'on va enfoncer le trocart dans un point qui offre une matité complète. Sans cette précaution, on courrait le risque de blesser l'intestin. 2° La *ponction suivie d'injection iodée* réussit dans un grand nombre de cas de kystes uniloculaires, surtout si le contenu est séreux ; elle peut donner également des succès dans les kystes albumineux, lorsqu'on a soin de laver l'intérieur de la poche avant d'y injecter la teinture d'iode. 3° La *sonde à demeure* est peu employée ; on la réserve pour les cas où le liquide s'écoule difficilement par la canule du trocart, où la poche est très-épaisse et ne peut facilement se vider en revenant sur elle-même. 4° L'*incision* est complètement abandonnée aujourd'hui. 5° L'*ovariotomie* s'emploie surtout pour les kystes multiloculaires, dont il est impossible de vider successivement toutes les cavités, et pour les kystes albumineux qui récidivent après la ponction et dont il est impossible d'obtenir la guérison par d'autres procédés.

L'opération, sur le manuel opératoire de laquelle nous ne pouvons nous étendre dans cet ouvrage, réussit d'autant mieux que le kyste est moins volumineux, que la femme se trouve dans de meilleures conditions de santé, et surtout qu'il n'existe pas d'adhérences unissant la surface externe de la tumeur aux parois de la cavité abdominale, ou aux organes qui y sont contenus.

L'ovariotomie a plus de chances de réussir lorsque la femme est placée dans des conditions hygiéniques favorables ; aussi la plupart des chirurgiens font-ils cette opération hors de Paris, à la campagne, où l'air est plus pur. Cependant, elle peut réussir même dans la ville, où tant d'autres opérations échouent. Pour plus de détails sur ce point, nous renvoyons au remarquable travail publié dans ces dernières années par M. Péan.

## II. — PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

Le phlegmon péri-utérin, nommé par Trousseau *péri-hystérique*, est l'inflammation des ligaments larges ; c'est la *pelvi-péritonite*.

**Causes.** — Le phlegmon péri-utérin s'observe la plupart du temps chez les femmes en couches. Il peut succéder à l'accouchement normal ; souvent il est causé par des manœuvres exercées dans le but de hâter un travail trop lent ou de remédier à une position vicieuse du fœtus : appli-



cation de forceps, version. L'avortement, les excès de coït, l'introduction, dans la cavité utérine, d'un hystéromètre ou de tout autre corps étranger, le toucher vaginal pratiqué avec trop de force ou trop souvent répété, les cautérisations du col, la propagation d'une inflammation occupant l'utérus, les trompes ou l'ovaire, telles sont, en dehors de l'état puerpéral, les principales causes du phlegmon péri-utérin.

**Anatomie pathologique.** — La phlegmasie occupe le tissu sous-péritonéal des ligaments larges; elle s'étend souvent à une certaine distance de ces replis. Lorsqu'il s'est formé un foyer purulent, le pus tend à se porter vers un des organes voisins. Il existe alors dans l'utérus, la vessie, le vagin ou le rectum, un orifice qui fait communiquer la cavité de ces organes avec celle de l'abcès.

**Symptômes.** — Le début de la maladie est marqué par une sensation de gêne et de pesanteur dans le petit bassin, et bientôt par une véritable douleur, qui s'irradie vers les aines, les cuisses, les reins, et qui s'exaspère par le moindre effort, par la toux, la miction, la défécation. En même temps, se manifestent des symptômes généraux : frissons, fièvre, inappétence, etc.

Par le palper abdominal, on constate à l'hypogastre une tumeur dure, allongée, occupant un des côtés de l'excavation pelvienne; très-douloureuse à la pression. Le toucher vaginal, très-pénible également, fait reconnaître au fond du vagin, sur les parties latérales du col, une induration plus ou moins marquée. L'utérus est immobile; le moindre mouvement qu'on cherche à lui imprimer réveille les douleurs. Lorsque le pus s'est formé, on peut sentir la fluctuation en introduisant un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum. Elle est quelquefois très-difficile à percevoir.

Nous avons vu que l'abcès pouvait s'ouvrir dans un des organes creux du voisinage; ajoutons qu'il vient quelquefois faire saillie du côté des téguments, particulièrement dans la région ilio-inguinale. Il peut ainsi se vider complètement, et alors les symptômes généraux s'amendent, et la maladie marche vers une guérison définitive; mais, dans d'autres cas, la suppuration du foyer se prolonge, et on peut voir apparaître les accidents qui caractérisent l'infection putride. Un abcès de la fosse iliaque est quelquefois la conséquence d'un phlegmon des ligaments larges.

**Diagnostic.** — Les affections inflammatoires de l'utérus ou des ovaires peuvent être confondues avec le phlegmon péri-utérin, à sa première période; on peut même dire qu'il n'existe guère de signes distinctifs assez tranchés pour permettre de porter, à cette époque, un diagnostic assuré. L'état puerpéral, dans lequel se montre surtout la maladie qui nous occupe, doit être pris en sérieuse considération. Quand le pus s'est formé et que l'on constate la présence d'une tumeur fluctuante dans le petit bassin, on pourrait songer à une hématocele rétro-utérine; nous verrons plus loin comment on peut établir le diagnostic.

**Pronostic. Traitement.** — Le pronostic est grave, d'abord à cause de la durée de la maladie, qui est souvent fort longue, ensuite parce qu'elle est très-sujette à récidiver.

Au début, on emploiera le traitement antiphlogistique; des applications de sangsues, répétées si cela est nécessaire, seront faites sur l'hypogastre, que l'on recouvrira ensuite de larges cataplasmes; on aura soin, en même temps, d'entretenir la liberté du ventre. Plus tard, quand on aura constaté l'existence d'un abcès, on l'ouvrira aussitôt. Cette pratique est préférable à celle de certains chirurgiens qui veulent que l'on attende l'ouverture spontanée du foyer purulent.

### III. — HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

On désigne sous ce nom une tumeur formée par du sang épanché et enkysté dans le cul-de-sac recto-utérin.

**Étiologie.** — L'hématocele se produit surtout à l'époque de la menstruation. C'est là un fait qui a frappé tous les auteurs. Parmi ses causes déterminantes, on a placé le coït pendant les règles ou à l'époque de leur terminaison. Quoi qu'il en soit, il faut nécessairement admettre en même temps l'action d'une cause, détournant de sa direction normale le produit de l'hémorrhagie consécutive à l'ovulation. Citons encore les coups, les chutes, la rupture d'un varicocèle ovarien ou de l'ovaire lui-même. L'âge paraît prédisposer à l'hématocele : elle est surtout fréquente entre 25 et 32 ans.

**Pathogénie.** — Bien des opinions ont été émises pour expliquer le mécanisme de l'hématocele; nous les passerons rapidement en revue.

Pour M. Nélaton, il s'agit d'une migration imparfaite de l'ovule, et l'accumulation du sang dans le cul-de-sac recto-utérin est déterminée par la disposition même de ce cul-de-sac et la situation de l'ovaire, lequel verse le sang par le point déchiré de la vésicule ovarienne. Laugier croyait que l'épanchement est dû à une disproportion entre la dilatation de la trompe et la quantité de sang versé par l'hémorrhagie ovarienne; il ne pensait pas qu'il faille invoquer des adhérences anormales de la trompe ni de l'ovaire pour expliquer l'hémorrhagie pelvienne; car, s'il en était ainsi, la maladie, loin de guérir, augmenterait chaque mois. M. Robin croit qu'une hémorrhagie a lieu, en même temps que celle de la ponte, dans les vésicules non rompues; elle se transforme, par métamorphoses successives du sang épanché, en kystes sanguins : c'est la rupture de ces kystes qui cause l'hématocele. M. Richet admet la rupture d'un varicocèle ovarien. M. Bernutz pense qu'il y a rétention dans la cavité utérine, dont le col est oblitéré, du sang menstruel, et que ce sang reflue dans les trompes et de là dans le péritoine. Enfin, Virchow, appliquant à la maladie qui nous occupe la théorie de l'hématocele de la tunique vaginale, pense qu'il y a primitivement péritonite



du petit bassin, fausses membranes, et rupture des vaisseaux qu'elles contiennent.

Trousseau a eu le mérite d'avoir distingué l'hématocèle en deux grandes classes : l'hématocèle *cataméniale* et l'hématocèle *accidentelle*. La première est celle que nous étudions spécialement. Elle est de beaucoup la plus fréquente. Trousseau pensait qu'elle est surtout causée par une hémorrhagie de la trompe, et il la désignait dans ses cliniques sous le nom d'*épistaxis de la trompe*. A la seconde forme, très-rare, se rapportent toutes les hématocèles survenant en dehors de l'époque menstruelle, par rupture de varicocèles, de kystes, etc., et l'hématocèle *cachectique*, qui survient, au même titre que beaucoup d'autres épanchements sanguins, dans les maladies générales graves (scorbut, purpura, etc.).

Ajoutons qu'on a observé des hématocèles consécutives à la rupture de l'ovaire (Tardieu), d'une tumeur sanguine de la trompe, d'un kyste consécutif à une grossesse extra-utérine. Ces faits sont très-rares.

**Anatomie pathologique.** — Le sang coule dans la partie la plus déclive du cul-de-sac qui sépare l'utérus du rectum, et s'y accumule en repoussant en haut l'intestin grêle. Sa présence détermine une péritonite partielle; des fausses membranes s'organisent et enkystent l'épanchement, l'empêchant ainsi de fuser dans la cavité péritonéale. Dès lors la tumeur est bien limitée; la cavité est généralement uniloculaire, quelquefois cloisonnée par des brides cellulo-fibreuses. Le rectum est aplati, l'utérus déjeté en avant. Quelquefois il se produit une perforation qui fait communiquer la poche sanguine avec le rectum ou avec le vagin.

Le liquide contenu présente les mêmes caractères que celui de toutes les tumeurs sanguines. Il est souvent épais, granuleux, de couleur brunâtre ou chocolat, ou noir. Dans le cas d'inflammation, le foyer est rempli de pus. On observe ici les mêmes transformations que dans l'hématocèle de la tunique vaginale.

**Symptômes.** — L'apparition de la maladie est quelquefois précédée par des troubles menstruels : retard, suspension des règles ou abondance extrême de l'écoulement. Ces symptômes peuvent durer un temps variable, sans augmenter d'intensité, puis, tout-à-coup, éclatent ceux d'une péritonite partielle du petit bassin, coïncidant avec la suppression des règles et l'épanchement intra-péritonéal.

*Douleur vive*, s'irradiant vers le rectum, la vessie, les reins; *nausées*, *vomissements bilieux*; *constipation*; *miction difficile*; *frissons*; *pouls* fréquent, petit, dépressible; *soif vive*; *céphalalgie*; *pâleur* de la peau et des muqueuses; *face anxieuse*, grippée, décolorée. Le ventre est *augmenté de volume*; la douleur rend toute exploration impossible.

Au bout de quelques jours, ces accidents aigus diminuent peu à peu; les malades conservent de la faiblesse générale, la teinte pâle et mate de la peau; le pouls demeure un peu fréquent. Il existe une sensation de pesanteur au périnée, des envies fréquentes d'uriner, quelquefois de la rétention d'urine, et toujours une constipation opiniâtre. Si, à cette

époque, on procède à l'examen de la malade, on constatera : 1° par le *toucher vaginal*, une tumeur occupant l'extrémité supérieure et la face postérieure du vagin, dont la cavité est effacée; l'utérus est appliqué à la paroi antérieure de ce conduit, et souvent dévié; le col est normal. 2° Par le *toucher rectal*, des signes analogues, c'est-à-dire la présence d'une tumeur et l'effacement de l'intestin. 3° Par la *palpation abdominale*, on sentira dans le petit bassin une tumeur plus ou moins élevée; on peut quelquefois distinguer le fond de l'utérus, situé sur un plan supérieur et antérieur. 4° Par l'application du *spéculum*, on verra que la muqueuse du vagin est distendue, amincie; elle offre une teinte ecchymotique et laisse voir par transparence la couleur du sang épanché.

La *consistance* de la tumeur varie. Au début, elle est fluctuante, et la fluctuation peut être perçue, en appliquant une main sur l'hypogastre et en introduisant un doigt dans le vagin. On peut la constater également en combinant le toucher rectal au toucher vaginal. Plus tard, par suite des modifications que subit le sang, de sa coagulation partielle, de son épaissement, la tumeur devient plus consistante et quelquefois même complètement dure. Dans certains cas, on trouve, par places, des points résistants et d'autres ramollis. On ne peut lui imprimer aucun mouvement de totalité; elle est complètement enclavée dans le petit bassin.

**Terminaison.** — Abandonnée à elle-même, l'hématocèle rétro-utérine peut se terminer de manières différentes : 1° par *résolution*; alors les symptômes s'amendent et suivent peu à peu une marche régressive. 2° Par *inflammation* et *suppuration*; l'abcès s'ouvre spontanément dans le vagin ou dans le rectum. 3° Par *rupture dans la cavité péritonéale*; cette terminaison est la plus rare; elle détermine une péritonite, dont la mort est la conséquence fatale. La suppuration du foyer se complique aussi quelquefois d'accidents d'infection putride.

**Diagnostic.** — Il est, en général, facile, et peu d'affections pourraient être confondues avec l'hématocèle.

La *grossesse extra-utérine* suit une marche tellement différente, qu'il suffit presque de la mentionner. Elle se développe progressivement, sans accidents aigus au début. Le col offre des modifications qui font défaut dans l'hématocèle.

La *rétroflexion* de l'utérus forme une tumeur dure, faisant corps avec le reste de l'organe, mobile, et suivant les mouvements imprimés au col. Il n'y a aucun symptôme général grave.

Les *corps fibreux* de la paroi utérine ont une marche excessivement lente; ils donnent lieu à d'abondantes métrorrhagies.

Le *phlegmon péri-utérin* occupe les parties *latérales* de l'excavation pelvienne; la tuméfaction est dure au début, ce qui est le contraire dans l'hématocèle.

La *péritonite partielle* du cul-de-sac recto-utérin est très-rare comme maladie primitive. Les symptômes généraux persistent pendant plus longtemps, les douleurs sont plus vives; il n'y a pas de troubles mens-



truels; la tumeur devient rapidement fluctuante et s'ulcère de bonne heure, en laissant échapper du pus dans le vagin ou dans le rectum.

**Pronostic.** Il est grave, surtout en raison des complications et des accidents qui peuvent résulter de l'intervention chirurgicale.

**Traitement.** — Au début, pendant la période aiguë, il faut employer le traitement antiphlogistique et chercher à calmer les douleurs. Lorsque la maladie passe à l'état chronique, on peut attendre, si aucun accident ne se manifeste, car il est permis d'espérer la résorption de l'épanchement. Mais si la tumeur augmente de volume, si les symptômes locaux et généraux font craindre l'inflammation et la suppuration de la poche hématique, on doit intervenir. On fait la ponction de la tumeur par le vagin, et si elle se vide mal, on l'incise largement. Des injections antiseptiques seront fréquemment pratiquées: car l'ouverture de la tumeur, l'entrée de l'air, la stagnation des liquides dans son intérieur exposent la malade aux redoutables accidents de l'infection putride.

#### ARTICLE QUATRIÈME

##### FISTULES URINAIRES CHEZ LA FEMME

Nous avons déjà vu, en décrivant les fistules urinaires de l'homme, que certaines de ces perforations accidentelles sont communes aux deux sexes: fistules ombilicales, hypogastriques, lombaires, inguinales, intestinales. Nous n'y reviendrons pas.

Parmi celles qui sont particulières à la femme, on rencontre les fistules: *uréthro-vaginales*, *urétéro-utérines*, *vésico-utérines*, *vésico-utéro-vaginales*, et *vésico-vaginales*.

Leurs noms indiquent leur situation. Il y a donc, en d'autres termes, des fistules qui font communiquer le vagin avec l'urèthre et avec la vessie, l'uretère avec l'utérus, et ce dernier organe avec la vessie. Toutes ces fistules présentent les mêmes phénomènes anatomo-pathologiques; quelques-unes sont rares, les fistules uréthro-vaginales et vésico-utérines, par exemple. On ne connaît qu'un cas de fistule urétéro-utérine observé par A. Bérard. Nous nous occuperons seulement des fistules vésico-vaginales.

##### FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Les fistules vésico-vaginales siègent sur la cloison qui sépare le vagin de la vessie.

**Anatomie pathologique.** — Ces fistules peuvent occuper différents points de la cloison. Elles se rencontrent assez fréquemment près de l'insertion du vagin sur l'utérus; dans quelques cas, il semble que le vagin et l'utérus aient été séparés; dans d'autres, il reste une portion de la

cloison adhérente à l'utérus. Leurs dimensions varient depuis celle d'un petit orifice à peine perceptible, jusqu'à celle d'une large ouverture pouvant admettre deux ou trois doigts. Leur direction est tantôt longitudinale, parallèle à l'axe du vagin, tantôt oblique ou transversale. D'autres fois, elles représentent un pertuis assez régulièrement circulaire.

La vessie se ratatine souvent à la suite de larges fistules. Comme ce réservoir ne se laisse pas distendre par l'urine, il revient sur lui-même, se rétracte, et perd une partie de sa dilatabilité. Lorsque l'urèthre ne laisse plus passer l'urine, ce canal peut être rétréci; on dit qu'on l'a vu oblitéré.

Le vagin présente rarement des altérations; on y trouve des rétrécissements, des brides cicatricielles, dues le plus souvent à la cause qui a déterminé la fistule.

Les bords de la fistule, sans cesse baignés par l'urine, sont ordinairement réguliers; il semble que la muqueuse vaginale se continue avec celle de la vessie.

Il n'est pas rare de voir une fistule recto-vaginale coïncider avec une fistule vésico-vaginale.

**Symptômes.** — L'urine s'écoule par la fistule, et par conséquent par le vagin, goutte à goutte et sans interruption.

Si la fistule est très-petite, il peut arriver qu'il ne passe qu'une portion de l'urine et que le canal de l'urèthre remplisse ses fonctions; lorsqu'elle est large, l'écoulement peut cesser quelques instants; il est arrêté par la paroi antérieure de la vessie qui vient boucher momentanément l'orifice fistuleux et former une petite hernie dans le vagin.

Il est généralement assez facile de reconnaître une fistule par le toucher et par l'examen au spéculum; on peut apercevoir, par le vagin, une sonde introduite par l'urèthre dans la vessie. Lorsque la fistule est petite et qu'on trouve difficilement son orifice, on a recours à l'injection dans la vessie d'un liquide coloré; il est rare qu'il ne suinte pas un peu de liquide par le vagin.

**Causes.** — Une plaie, une ulcération marchant de la vessie vers le vagin, une opération (taille vésico-vaginale), la destruction de la paroi antérieure du vagin par un instrument d'obstétrique, peuvent produire des fistules. Le plus fréquemment, cette ouverture anormale s'observe après un accouchement laborieux. Voici comment: la tête du fœtus reste longtemps au passage; la cloison vésico-vaginale est comprimée avec force contre le pubis; il se produit une gangrène par compression, analogue aux eschares de la région sacrée, déterminées par l'étranglement de la peau entre le squelette et le lit.

**Pronostic.** — Ordinairement, les fistules vésico-vaginales restent stationnaires. Elles sont une source d'inconvénients qu'il est facile de prévoir. L'écoulement incessant de l'urine constitue une infirmité repoussante; les malades mouillent leur lit, leurs vêtements; elles exhalent une odeur fétide caractéristique. Le contact de l'urine fait naître un