

Cette forme est appelée par M. Gosselin, *forme chronique avec redoublements inflammatoires*.

f. Dans un certain nombre de cas, l'écoulement de pus ne s'arrête pas, les malades s'affaiblissent, s'épuisent de plus en plus, une fièvre hectique se déclare, et elles succombent dans le marasme.

Ces divers modes de terminaisons s'observent avec le même degré de fréquence à peu près, et ils sont loin de présenter les mêmes conditions favorables pour la guérison.

3° *Ouverture dans une cavité close.* — Les collections purulentes du petit bassin peuvent s'ouvrir dans le péritoine. Ce mode d'ouverture n'est pas commun; lorsqu'il a lieu, une péritonite mortelle en est à peu près la conséquence nécessaire.

4° *Suppuration sans ouverture au dehors ou dans une cavité organique quelconque.* — Ce mode de terminaison des abcès est loin d'être un des plus communs. La plupart du temps, lorsque la suppuration se forme, elle ne reste pas à l'état d'infiltration; des collections purulentes se forment, et doivent être évacuées au dehors par une voie quelconque; mais les abcès qui se déclarent ainsi peuvent ne pas s'ouvrir extérieurement, ou bien le faire trop tardivement, les malades succombent alors prématurément et avant que les ouvertures aient eu le temps de se faire.

Lorsque les choses se passent ainsi, c'est en général au milieu des symptômes d'une infection purulente ou putride que la mort a lieu; elle survient plus ou moins rapidement. Je le répète, il est rare que les choses se passent ainsi, et l'ouverture des collections purulentes a presque toujours le temps de se faire avant la terminaison fatale.

ARTICLE IV. — Diagnostic du phlegmon péri-utérin.

Le diagnostic des phlegmons des ligaments larges et du tissu cellulaire du petit bassin, constitue certainement un des points les plus obscurs et les plus difficiles à résoudre de la clinique.

On a confondu le phlegmon des ligaments larges avec la plupart des maladies de l'utérus, bien plutôt qu'on n'a pris les maladies de l'utérus pour des phlegmons du petit bassin.

Voici les maladies qui ont pu être confondues avec les tumeurs phlegmoneuses du petit bassin :

1° *Mérite aiguë.* — Ce diagnostic est souvent d'autant plus difficile que la mérite aiguë existe en même temps que des tumeurs phlegmoneuses du petit bassin.

On peut établir le diagnostic en remarquant que la mobilité de l'utérus est conservée et qu'il existe une tuméfaction régulièrement placée au milieu du petit bassin, ne pouvant appartenir à un autre organe que la matrice. La palpation et le toucher aident beaucoup à établir ce diagnostic.

2° *Ovarite aiguë.* — Dans l'ovarite aiguë le diagnostic est souvent d'autant plus difficile que cette inflammation accompagne les phlegmons du petit bassin, bien plus souvent encore que la mérite aiguë. Du reste, l'ovarite aiguë donne naissance à une tumeur arrondie, peu volumineuse en général, parfaitement mobile et ne siégeant que d'un côté du ventre.

3° *Tumeurs des ovaires ou de la trompe.* — On peut établir le diagnostic en invoquant, dans ce dernier cas, la mobilité de la partie malade, son siège d'un seul côté, son volume beaucoup plus considérable que quand il y a simple tuméfaction inflammatoire des ligaments larges.

4° *Mérite chronique générale ou partielle.* — La mérite chronique générale ou partielle a été prise quelquefois pour des phlegmons des ligaments larges ou du tissu cellulaire du petit bassin. On pourra établir le diagnostic en observant que dans la mérite chronique la sensibilité est beaucoup moindre, les symptômes inflammatoires beaucoup moins caractérisés, et la fièvre nulle ou à peu près nulle; de plus la mobilité de l'utérus est parfaitement conservée; la palpation, le toucher vaginal et le toucher rectal le démontrent d'une manière évidente.

5° *Grossesse extra-utérine.* — Le diagnostic n'est pas, en général, extrêmement difficile. Dans cette affection, le volume

de la tumeur est beaucoup plus considérable; elle s'accroît très lentement, ne s'accompagne pas de fièvre et il n'y a pas de sensibilité anormale, caractères assez tranchés pour que la confusion n'ait pas lieu.

6° *Accumulation de matières fécales dans le gros intestin et spécialement dans l'S iliaque et dans le cæcum.* — Le diagnostic ne présentera pas non plus de grandes difficultés; on pourra l'établir en observant la localisation de cette accumulation d'un seul côté, soit à droite, soit à gauche; la situation de la tumeur beaucoup plus haut que le siège habituel des tumeurs inflammatoires du tissu cellulaire du petit bassin; l'absence complète de sensibilité, de fièvre; enfin la constipation qui les accompagne.

7° *Rétroflexion de l'utérus.* — On distingue facilement la rétroflexion utérine des phlegmons du petit bassin en redressant, à l'aide d'une sonde utérine, cette flexion. Ces tumeurs sont du reste mobiles, peu sensibles et non accompagnées de fièvre.

8° *Tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Les tumeurs fibreuses de l'utérus occupent en général un siège plus élevé; elles sont volumineuses, plus dures, sans augmentation de sensibilité, sans fièvre et sans phénomènes inflammatoires; la maladie suit enfin une marche extrêmement lente et s'accompagne de pertes utérines.

9° *Hématocèles.* — Les hématocèles siègent assez souvent dans la cavité péritonéale, quelquefois dans l'ovaire ou même dans le tissu cellulaire du petit bassin. Mais ces tumeurs débent en général brusquement, sans cause appréciable et en même temps qu'ont lieu des troubles de la menstruation. Elles sont souvent précédées soit d'une hémorrhagie, soit d'une suppression du flux menstruel. Aucun de ces phénomènes n'existe dans les phlegmons des ligaments larges ou du bassin.

Du reste, ces hématocèles débent par une douleur brusque d'un seul côté de l'abdomen. Il y a des nausées, des vomissements et une sensation d'engourdissement dans le membre pelvien correspondant; une pesanteur périnéale, enfin un sen-

timent de débilité générale presque instantané; une teinte anémique bien caractérisée de la peau; en dernier lieu apparaît une tumeur qui s'élève quelquefois au-dessus du pubis.

En pratiquant le toucher, on trouve une tumeur molle, indolente, qui comprime le vagin et empêche assez souvent de pénétrer jusqu'au col de l'utérus, noyé ainsi que son corps au milieu d'une masse presque fluctuante ou au moins beaucoup moins dure que le phlegmon péri-utérin.

Il y a encore des éléments de diagnostic dans la marche ultérieure de l'hématocèle: ces tumeurs deviennent de plus en plus dures à mesure qu'on s'éloigne du début; non-seulement elles s'indurent, mais encore elles se rétractent avec une grande rapidité; quelquefois elles disparaissent en quinze à vingt jours.

10° *Kystes hydatiques entre l'utérus et le rectum.* — Ces petits kystes, décrits par M. Charcot, pourraient peut-être en imposer pour des phlegmons péri-utérins ou rétro-utérins; ils ne déterminent, du reste, aucun accident, et ne sont accompagnés d'aucune sensibilité.

11° *Kystes de l'ovaire.* — M. Aran parle de petits kystes de l'ovaire qui, au lieu de s'élever dans l'abdomen, tombent derrière le rectum. Le diagnostic n'en serait pas plus difficile que le précédent.

ARTICLE V. — Marche du phlegmon péri-utérin.

Dans les cas où la maladie se termine par suppuration et surtout à la suite de l'accouchement, la marche est progressive et peut être parfaitement tracée en suivant pas à pas la description que nous avons donnée des symptômes. Mais lorsque la terminaison a lieu par résolution, et plus encore lorsqu'elle se fait par induration, la maladie a une très longue durée; non qu'elle se prolonge d'une façon continue, mais parce qu'elle présente des récidives ou plutôt des rechutes qui surviennent principalement aux époques menstruelles. C'est encore un des points sur lesquels insiste M. Gallard, dans le travail que nous avons déjà si souvent cité, et, comme à son

habitude, il appuie sa manière de voir sur des relevés statistiques. Ainsi, sur 53 cas, il a vu 30 fois la maladie se terminer après une seule attaque; tandis que 18 fois il y avait eu ou il a vu de 2 à 4 attaques, et 5 fois il y en a eu un nombre indéterminé; même dans les 30 cas où il n'a constaté qu'une seule attaque, il ne regarde pas la maladie comme exempte de rechute, car dans 13 cas il n'y a pas eu résolution complète, mais induration plus ou moins persistante. Les cas les plus favorables dans lesquels il y a une résolution bien complète, et qui, dans les relevés de M. Gallard, ne sont au nombre que de 16 sur un total de 53 observations, ne sont pas complètement exempts de récurrence. En comptant toutes ces récurrences, la durée de la maladie peut être considérée comme illimitée; en général, elle est de six semaines à trois mois, mais elle a pu se prolonger jusqu'à six, douze mois et au delà. M. Gallard cite un cas dans lequel la résolution n'a été obtenue d'une façon satisfaisante qu'au bout de deux ans.

ARTICLE VI. — Pronostic du phlegmon péri-utérin.

Le pronostic du phlegmon péri-utérin est subordonné : 1° à la cause de la maladie; 2° à l'étendue du phlegmon; 3° aux complications; 4° à la rapidité avec laquelle se produit la suppuration; 5° au point par lequel s'ouvre la collection purulente; 6° à la marche que suit la suppuration; 7° à l'état général des sujets.

1° *Cause de la maladie.* — La cause qui a produit le phlegmon du tissu cellulaire du petit bassin ou des ligaments larges influence nécessairement le pronostic. Ainsi, quand cette maladie survient en dehors de l'état puerpéral, elle est en général moins grave, moins étendue, et elle se termine beaucoup moins facilement par la suppuration. Dans l'état puerpéral, au contraire, elle est plus fâcheuse parce qu'elle est plus étendue, qu'elle marche beaucoup plus vite à la suppuration, qu'elle se complique plus souvent de métrite ou de métropéritonite, enfin parce qu'elle s'accompagne plus souvent de symptômes généraux et quelquefois d'infection purulente, que

lorsqu'elle est développée dans toute autre circonstance. M. Gallard surtout a parfaitement fait ressortir la différence de gravité que présente le pronostic, suivant qu'il y a ou non parturition antérieure, et il a d'autant plus insisté sur ce point que, sur ses 53 cas, il n'a pas vu survenir la mort une seule fois, tandis qu'on sait combien elle est à redouter dans les cas d'abcès des ligaments larges à la suite de couches.

2° *Étendue du phlegmon.* — Il est évident que plus le phlegmon sera étendu, plus il occupera une partie considérable du tissu cellulaire péri-utérin, plus il présentera de gravité, et plus il y aura de chances de complications. Là encore se présentent les considérations que nous avons fait valoir plus haut, d'après le travail de M. Gallard; car, à la suite de couches, l'inflammation s'étend presque toujours aux ligaments larges et quelquefois à la fosse iliaque, tandis qu'en dehors de l'état puerpéral elle est presque toujours limitée au tissu cellulaire véritablement péri-utérin, et plus particulièrement au tissu rétro-utérin.

3° *Complications.* — Les complications qui existent dans le cas de phlegmon péri-utérin viennent singulièrement aggraver le pronostic de cette affection. Parmi ces complications, nous citerons la métrite aiguë, l'ovarite aiguë, le phlegmon iliaque, la cystite aiguë, et surtout la péritonite aiguë qui constitue une complication si fâcheuse.

4° *Rapidité avec laquelle survient la suppuration.* — Plus vite survient la suppuration, moins en général elle occupe d'étendue, cela est vrai, mais à côté du pronostic qui en ressort, comme les suppurations rapides n'arrivent guère que sous l'influence de l'état puerpéral, son étiologie, dans ce cas, domine le pronostic et empêche la maladie d'être moins grave.

5° *Point vers lequel s'ouvre la collection purulente.* — La considération du point où s'ouvre l'abcès est très importante pour le pronostic. L'ouverture dans le vagin et le rectum est certainement moins grave que celle qui peut se faire dans la vessie et la cavité utérine.

L'ouverture qui se fait directement à l'extérieur est, en général, une circonstance beaucoup plus fâcheuse que l'ouverture vers un organe communiquant à l'extérieur, la suppuration dure plus longtemps, épuise davantage les malades et se complique plus souvent d'altération du pus et d'infection putride.

L'ouverture dans le péritoine, beaucoup moins fréquente qu'on ne le pense, est nécessairement mortelle en raison de la péritonite suraiguë qui se développe.

6° *Marche que suit la suppuration.* — Lorsque la suppuration suit une marche aiguë et passe successivement par une période ascendante et par une période décroissante, la tendance à la cicatrisation est plus grande, et ce travail se fait plus facilement.

La suppuration chronique avec des exacerbations et avec une longue durée est toujours une circonstance fâcheuse qui conduit fréquemment à la fièvre hectique et à l'épuisement des malades.

7° *État général des sujets.* — Plus les individus sont placés, avant le développement de la maladie, dans un état de santé défavorable, plus l'affection qui se développe est fâcheuse et a de chances d'épuiser rapidement les malades; plus le phlegmon péri-utérin a fortement débilité les sujets, plus il y a de chances pour que la suppuration se prolonge et conduise à une fièvre hectique.

En somme, le phlegmon péri-utérin n'est pas une affection des plus graves; elle se termine très souvent et après des périétés diverses, il est vrai, par la guérison; les cas mortels sont certainement les moins nombreux.

ARTICLE VII. — Traitement du phlegmon péri-utérin.

Le traitement de l'inflammation du tissu cellulaire des ligaments larges du petit bassin ne saurait donner naissance à beaucoup de discussion; mais s'il est simple et facile à formuler, bien souvent il se trouve insuffisant et inefficace.

1^{re} *période.* — *Inflammation.* — Le traitement antiphlogistique est le seul applicable dans cette affection; il doit être un peu modifié, suivant que cette phlegmasie est simple ou qu'elle vient compliquer l'état puerpéral.

Saignées générales. — Les saignées du bras ne donnent pas toujours de bons résultats, elles sont bien souvent au moins inefficaces; leur emploi est cependant justifié dans les cas suivants: toutes les fois que l'inflammation suit une marche très aiguë, qu'elle occupe une étendue un peu considérable du tissu cellulaire, qu'elle s'annonce par des douleurs très vives et qu'elle détermine des symptômes de réaction très intenses, tels qu'un pouls fort et fréquent, la peau très chaude; il y a toujours utilité de pratiquer une ou deux saignées du bras qui diminuent certainement l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Quand la suppuration est établie et qu'il y a de nouvelles poussées inflammatoires, une petite saignée du bras, lorsqu'on voit cette dernière arriver, en modère presque toujours l'intensité, en diminue les effets fâcheux, enfin l'annihile quelquefois complètement.

La suppuration une fois établie, quand il n'y a pas de nouveaux symptômes réactionnels qui apparaissent, les saignées générales sont presque toujours nuisibles et ne produisent aucune influence sur la suppuration.

Les saignées générales peuvent se faire aussi bien dans l'état puerpéral qu'en dehors de lui; seulement, dans le premier cas, on les pratiquera plus rapidement, en raison de la rapidité avec laquelle survient la suppuration; on en sera plus sobre, en raison de l'affaiblissement antérieur que présentent déjà presque toujours les malades qui supportent moins bien alors les saignées générales que les saignées locales dont nous allons maintenant nous occuper.

Saignées locales. — Les saignées locales, c'est-à-dire les sangsues, doivent être largement employées dans le traitement du phlegmon qui nous occupe. Leur nombre, la quantité de

sang qu'on doit faire sortir par leur application, la fréquence avec laquelle on doit les répéter, dépendent de l'intensité de l'inflammation, de son étendue, de la sensibilité très vive qu'elle détermine, enfin de la force des femmes que l'on traite.

On doit employer les sangsues non-seulement pour combattre l'inflammation primitive, mais encore pour neutraliser les poussées inflammatoires qui se montrent si fréquemment pendant la période de résolution ou de suppuration. Il ne faut pas craindre de les renouveler plusieurs fois en pareille circonstance, car on peut ainsi empêcher l'inflammation de se propager à d'autres sections du tissu cellulaire de ces parties, et de donner naissance à une suppuration intarissable.

Le point sur lequel les sangsues doivent être appliquées a donné naissance à quelques dissentiments. A mon avis, il faut les placer le plus près possible de la partie du tissu cellulaire enflammé; à l'hypogastre, s'il s'agit d'une inflammation des ligaments larges; au périnée, si le siège de la phlegmasie est dans le petit bassin; au niveau de l'une des deux fosses iliaques, si le phlegmon semble se propager dans cette direction.

M. Aran propose de combattre le phlegmon du tissu cellulaire des ligaments larges ou du petit bassin par l'application de sangsues sur le col de l'utérus conservé à l'état normal; il pense que l'on obtient toujours un écoulement considérable de sang, que l'on dégage beaucoup mieux les parties enflammées, enfin qu'on n'a eu qu'à s'en louer pour prévenir la suppuration et favoriser la résolution pure et simple.

M. Aran n'a encore expérimenté que sur un petit nombre de malades, et avant de se prononcer à cet égard d'une manière définitive, il faudrait des faits nouveaux et beaucoup plus nombreux.

La méthode antiphlogistique doit être accompagnée des moyens suivants :

Bains entiers simples et émollients; il faut y laisser les malades très longtemps, plusieurs heures par jour; il est même

utile de les renouveler deux fois dans un jour. C'est un des meilleurs moyens auxquels on puisse avoir recours; ils calment les douleurs, diminuent l'intensité de l'inflammation et modèrent la fièvre; on ne saurait trop recommander leur usage.

Les bains de siège ne rempliraient ici en aucune manière la même indication; je pense qu'il est préférable de ne pas y avoir recours.

Les cataplasmes émollients, les lotions émollientes, les fomentations émollientes sur l'abdomen sont souvent un adjuvant utile.

Est-il besoin d'ajouter que les malades doivent être laissées au lit, immobiles, à la diète et aux boissons délayantes ou acidulées.

Deux moyens qui viennent puissamment en aide à la médication antiphlogistique, sont les *frictions mercurielles* et les *purgatifs*.

Les frictions mercurielles peuvent être appliquées à l'hypogastre, aux aines, à la partie supérieure des cuisses et au périnée. On favorise l'absorption par l'application de cataplasmes sur les parties qui en ont été enduites.

Les purgatifs, et spécialement les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, les purgatifs salins, etc., remplissent plusieurs indications et on ne doit pas craindre de les répéter souvent. Contrairement à l'opinion de M. Nonat, qui les proscrit d'une façon générale, M. Gallard les conseille fortement et dit avoir retiré de grands avantages de leur emploi; ils font cesser la constipation, et produisent en outre une action révulsive toujours utile; enfin, quand une collection purulente existe, ils peuvent contribuer à faire ouvrir cette collection purulente dans le rectum.

Les révulsifs externes ou cutanées peuvent avoir de très grands avantages, on emploiera de préférence, suivant M. Gallard, l'huile de croton tiglium pendant la période aiguë ou inflammatoire, et les vésicatoires volants ou même les cautères et les sétons dans

la période d'induration. Il conseille aussi alors l'usage des pomades fondantes iodurées, de l'iodure de potassium à l'intérieur, et des eaux minérales alcalines, par exemple les eaux de Vichy, et M. Villemin, qui a employé ces dernières d'après les indications puisées dans la thèse de M. Gallard, nous dit en avoir retiré de bons effets.

2^e période. — *Suppuration.* — Une fois la suppuration arrivée, que le pus soit à l'état d'infiltration, ou bien à celui de collections purulentes, il n'y a aucune indication spéciale à remplir, il faut attendre en continuant l'emploi des bains et des émollients. Si les symptômes inflammatoires existent encore, il faut être alors très réservé, très sobre d'émissions sanguines, générales ou locales. Une fois l'abcès formé, on ne doit jamais l'ouvrir, même dans les cas où sa proéminence dans un point quelconque semblerait y inviter le médecin. Il y a longtemps que j'ai adopté ce précepte, et je n'ai jamais eu à m'en repentir; j'attends toujours l'ouverture spontanée, de quelque côté qu'elle veuille se faire. Il est bien entendu que si on redoutait une ouverture dans le péritoine, il faudrait avant tout ouvrir l'abcès dans un autre endroit; mais il est absolument impossible de le savoir, et, d'un autre côté, l'ouverture dans le péritoine est tellement exceptionnelle, qu'on doit, je crois, peu la redouter.

3^e période. — *Formation de l'abcès, ouverture de cet abcès soit au dehors, soit dans un organe communiquant à l'extérieur.* — En pareille circonstance, il faut simplement encore attendre, soutenir les forces des malades, les nourrir un peu.

Dans ces cas, comme dans ceux où la maladie est devenue chronique et où la résolution met trop de temps à se faire, M. Aran conseille fortement, comme méthode générale, la sudation avec une lampe à alcool sous une couverture de laine et les douches froides ensuite. Je serais assez porté à employer cette méthode; je dois cependant avouer que je n'ai pas encore trouvé l'occasion d'en faire usage.

SECTION IV.

INFLAMMATION DES OVAIRES (OVARITE).

La description de l'inflammation des ovaires doit trouver ici sa place, et cependant ce n'est pas sans quelque hésitation que je me suis décidé à tracer ici son histoire. Rien n'est plus confus et plus obscur que les documents que l'on possède sur cette affection, et, de plus, il existe des difficultés presque insurmontables dans le collectionnement des faits.

Parmi ces difficultés, nous citerons en première ligne la rareté des faits d'ovarite simple et isolée. Presque toujours, en effet, il existe en même temps soit un phlegmon péri-utérin, soit plus spécialement un phlegmon du tissu cellulaire des ligaments larges dans lequel se trouve l'ovaire enflammé, soit enfin un phlegmon iliaque développé également du même côté que l'ovarite. D'autres fois, mais plus rarement, c'est une métrite aiguë ou chronique qui coïncide avec la phlegmasie ovarique. Voici encore d'autres difficultés: lorsque l'ovarite arrive à la suppuration, les abcès qui en résultent ne peuvent que bien difficilement être distingués des abcès des ligaments larges ou de ceux des fosses iliaques. Il y a là autant de circonstances qui rendent bien difficile une description complète de l'ovarite.

Des travaux nombreux ont été publiés sur l'ovarite. Parmi eux, nous citerons Kruger (1782), Clarus (1812), Montault (1827), Seymour (1830), Boivin et Dugès (1832), Lisfranc (*Clinique chirurgicale*). Parmi ceux qu'on consultera avec le plus de fruit, nous citerons un bon *Mémoire* de M. Chereau (1844) (1), quelques faits isolés que l'on doit à M. Andral, à M. Louis, l'ouvrage de M. Tilt, un bon article du *Compendium de médecine*, l'excellent chapitre de Valleix dans son *Guide du médecin praticien*; enfin les recherches de M. Ch. Bernard intitulées: *Des rapports réciproques qui existent entre les troubles de la menstruation et l'ovarite*, recherches présentées

(1) *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844.