

bien qu'un grand nombre d'entre elles souffrent depuis plusieurs mois ou plusieurs années d'une vaginite plus ou moins grave. Il se peut que les maris s'acclimatent, pour ainsi dire, à l'affection locale de leurs femmes, ou bien que je ne sois pas tenu au courant de tout ce qui se passe; il est cependant plus probable qu'il y a réellement immunité et que celle-ci résulte de ce que l'écoulement vaginal purement inflammatoire n'est pas contagieux dans les circonstances ordinaires. Je dis « dans les circonstances ordinaires, » car on peut aisément comprendre qu'une sécrétion morbide, innocente alors qu'elle est mise en contact avec un organisme sain, puisse, au contraire, produire une violente inflammation si l'organisme est en mauvais état, ou s'il existe une irritation urétrale antérieure, produite par la lithiase urinaire ou par d'autres causes; ou enfin s'il y a débilitation par suite d'excès de quelque nature que ce soit.

Pour apprécier toutes les faces de la question, il est bon de comparer ces faits avec ceux que fournit l'observation de la partie peu morale de la société. Je vois alors, comme les autres médecins, les hommes non mariés qui ont des rapports avec des femmes de mœurs relâchées et n'offrant aucune garantie morale, avoir continuellement des uréthrites graves et rebelles. Ce fait ne tend-il pas à prouver qu'ils sont exposés à un élément contagieux qui n'existe précisément pas dans les circonstances opposées, bien que les signes physiques de l'inflammation soient identiquement les mêmes dans les deux cas?

Bien, donc, que je croie à l'existence d'une vaginite contagieuse et d'une vaginite non contagieuse, je suis obligé d'avouer que la seule différence que je vois entre elles deux, est que la forme contagieuse, ou blennorrhagique, me semble plus aiguë que la forme ordinaire, qu'elle détermine une plus abondante sécrétion de pus, une rougeur, une congestion et un gonflement plus considérables de la membrane muqueuse; que l'inflammation présente alors une plus grande tendance à se propager à l'urètre, et qu'enfin elle est beaucoup plus rebelle au traitement. Ces conditions, bien qu'elles impliquent une plus grande intensité de l'inflammation, ne suffisent évidemment pas pour constituer des caractères pathognomoniques. Il est cependant bien remarquable, je le répète, de voir l'inflammation du vagin revêtir, dans la partie immorale de la société, la forme la plus grave et devenir facilement contagieuse, tandis qu'elle est bénigne, dans la classe plus morale, et se transmet alors rarement.

## CHAPITRE XI

INFLAMMATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS. — OVARITE AIGUE, SUBAIGUE ET CHRONIQUE. — INFLAMMATION ET ABCÈS DES ANNEXES. — HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

Les organes annexes de l'utérus, les ovaires, les trompes de Fallope, les ligaments latéraux et même le tissu cellulaire situé entre les replis de ces derniers, ou en avant, en arrière et sur les côtés de l'utérus, sont assez souvent le siège d'une inflammation aiguë ou chronique. Les ovaires y sont plus spécialement exposés. Dans la forme aiguë de l'inflammation, les symptômes sont tellement semblables, quelque part qu'elle siège, qu'il est généralement très-difficile de localiser l'affection. D'ailleurs l'inflammation, fréquemment sinon toujours, s'étend d'un de ces organes aux autres, de manière à les intéresser tous. De même encore, lorsque l'inflammation devient suppurative, la marche des accidents est presque identique, soit que le pus se forme dans les ovaires, les trompes ou le tissu cellulaire péri-utérin.

La suppuration des organes annexes n'est qu'accidentelle dans l'ovarite non puerpérale, tandis qu'on peut la considérer comme la terminaison ordinaire de l'inflammation péri-utérine. En conséquence, je me propose d'examiner séparément l'inflammation des ovaires et des trompes, et de réunir l'histoire de la suppuration des organes annexes, quelque part qu'elle ait lieu, à celle de l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin.

### OVARITE AIGUE.

L'inflammation aiguë de l'ovaire, bien que plus fréquente que la métrite aiguë, n'est cependant pas très-commune. Elle peut naître dans le parenchyme cellulo-fibreux de l'ovaire ou dans l'une des vésicules de de Graafe. Elle peut être bornée à l'un de ces éléments, ou les affecter simultanément, ou enfin s'étendre des uns aux autres; mais cette localisation de la maladie est plus théorique que pratique, attendu que les symptômes sont les mêmes dans tous les cas.

Toutes les fois que la métrite aiguë ou la métrite-péritonite se développent dans l'état puerpéral, les ovaires et les ligaments larges sont presque toujours le siège d'une inflammation aiguë. Quand l'affection se termine d'une manière fatale, on trouve souvent les ovaires augmentés de volume, vascularisés et ramollis. Ils contiennent même parfois du pus, soit disséminé, soit réuni en un ou plusieurs foyers. Ces lésions ne sont, en pareil cas, qu'un des éléments de la métrite-péritonite puerpérale; attendu que l'utérus, les trompes, le tissu cellulaire péri-utérin et le péritoine du bassin, sont également enflammés. D'où la multitude de lésions qui caractérisent la métrite-péritonite, qui intéresse ainsi toutes les annexes de l'utérus et détermine des collections purulentes dans les trompes, le tissu cellulaire situé dans les replis du péritoine et dans le voisinage de l'utérus, les exsudations péritonéales, les fausses membranes, les adhérences pelviennes, etc.

L'ovarite qui survient en dehors de l'état puerpéral peut aussi s'étendre aux tissus environnants et donner naissance à de la péritonite, compliquée de toutes les lésions qui viennent d'être énumérées, ou d'une partie seulement d'entre elles; elle peut aussi se terminer fatalement et de la même manière par la seule extension de l'inflammation au péritoine et aux tissus adjacents. Telle n'en est point pourtant la terminaison ordinaire. Elle peut — et c'est en général ce qui a lieu — traverser toutes ses phases sans intéresser le péritoine, ou en ne l'intéressant qu'à un faible degré; elle peut aussi se terminer par résolution ou passer à l'état chronique.

Les causes de l'ovarite aiguë sont identiquement si semblables à celles de la métrite aiguë qu'il serait inutile d'en répéter l'énumération. Je ferai seulement remarquer que, à part l'accouchement, la suppression brusque des règles est la plus fréquente de toutes les causes. Quelques auteurs ont pensé que l'on pouvait considérer comme une cause fréquente d'ovarite la légère inflammation qu'ils supposent accompagner la rupture mensuelle des enveloppes de l'ovule et l'expulsion de celui-ci. Il est cependant difficile d'admettre qu'un fait physiologique, qui se reproduit chaque mois pendant toute la vie utérine de la femme, puisse être accompagné d'inflammation, et d'accord avec mon ami Aran, de regrettable mémoire, je me sens disposé à rejeter cette cause, ou, au moins, à ne pas la regarder comme fréquente. L'inflammation des vésicules de de Graafe, ou d'un kyste de l'ovaire est, sans contredit cependant, une cause fréquente d'ovarite aiguë.

Les symptômes de l'ovarite aiguë, alors que l'utérus, le péritoine, ainsi que les tissus et les organes connexes, participent à l'inflammation, se perdent au milieu de ceux de la métrite-péritonite. On peut tout au plus soupçonner qu'un ovaire ou tous les deux sont spécialement enflammés lorsqu'il existe une douleur excessive dans la région des ovaires, et qu'on y constate une tuméfaction circonscrite et très-manifeste.

Quand l'inflammation est limitée à l'ovaire, les symptômes locaux et généraux sont très-analogues à ceux de la métrite aiguë; seulement la douleur, qui est principalement ressentie dans la région des ovaires, peut être accompagnée de tuméfaction et de chaleur perceptibles en cette région, et d'une sensibilité excessive à la pression. L'examen par le toucher vaginal peut être si douloureux qu'il soit difficilement praticable. Si cependant on peut l'opérer, on est alors à même de sentir, en général, sur un des côtés de l'utérus l'ovaire tuméfié et séparé de l'utérus par un sillon que le doigt reconnaît parfois, mais non pas toujours. L'ovaire est souvent déplacé et abaissé de façon à pouvoir être facilement accessible par le vagin, soit latéralement, en contact avec le col utérin, soit en arrière du corps même de l'utérus entre celui-ci et le rectum. Le toucher anal donne parfois d'excellents renseignements; le doigt peut alors pénétrer assez haut dans la cavité pelvienne et atteindre l'ovaire, tuméfié et abaissé, quand il ne peut y arriver par le vagin.

Dans l'ovarite aiguë, il y a généralement, au début, une réaction fébrile considérable, qui peut être précédée de lassitude, de céphalalgie et de frisson. Ces symptômes fébriles peuvent augmenter graduellement d'intensité pendant trois à cinq ou six jours. En général, le revêtement péritonéal de l'ovaire s'enflamme légèrement. Même dans les cas modérés, des exsudations pseudo-membraneuses se forment à la surface, et des adhérences peuvent s'établir ainsi entre l'ovaire et les organes avoisinants; ces adhérences deviennent souvent définitives et déterminent la stérilité pour le reste de la vie. Cette extension de la phlogose au péritoine tend, lorsqu'elle a lieu, à prolonger la période aiguë de la maladie. Si elle ne se généralise pas, mais cède en même temps que l'inflammation de l'ovaire, l'affection peut se terminer graduellement par résolution. Il est assez fréquent cependant de la voir passer à l'état chronique, l'ovaire restant alors tuméfié, plus vasculaire, induré et déplacé. Dans ce cas, de petites collections purulentes, disséminées ou réunies en foyer, existent soit dans le tissu cellulo-fibreux du parenchyme,

soit dans les vésicules de de Graafe, peuvent rester stationnaires pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Ces collections purulentes sont graduellement résorbées ou font renaître l'inflammation sous sa forme aiguë ou subaiguë; ou bien encore elles peuvent s'étendre, détruire tout le tissu de l'ovaire, et former enfin un abcès qui se rompt dans le péritoine et détermine une péritonite rapidement mortelle, ou donner naissance à ces abcès des ligaments larges que nous allons bientôt étudier.

On connaît un certain nombre de cas, dont plusieurs ont été observés par Aran, dans lesquels les trompes de Fallope ont été seules ou presque seules enflammées; dans ces cas, après la mort survenue par une affection intercurrente, on a trouvé du pus réuni en foyer dans le canal des trompes. On doit se rappeler ces faits, bien que, durant la vie, on ne puisse guère les distinguer de ceux qui se rattachent à l'ovarite ou au phlegmon péri-utérin.

#### OVARITE SUBAIGUË.

Le mot d'ovarite subaiguë a été adopté par les auteurs modernes, et spécialement en Angleterre par Tilt (1), pour désigner un état subinflammatoire des ovaires, à marche chronique; affection qu'ils considèrent comme fréquente et capable non-seulement d'exercer une influence considérable sur les fonctions auxquelles préside l'ovaire, à savoir la menstruation et la conception, mais encore d'altérer la santé générale. L'extrême importance que ces auteurs attachent aux symptômes et aux lésions de l'ovaire dans l'interprétation des troubles morbides du système utérin prend évidemment sa source dans des idées préconçues; elle se rattache aux progrès qu'a faits durant ces vingt dernières années la physiologie des organes de la génération chez la femme. La découverte de ce fait que la menstruation et tous les phénomènes naturels qui en dérivent, sont complètement subordonnés à l'existence et à la maturation mensuelle des ovules contenus dans les ovaires, a conduit à cette idée que les phénomènes morbides devaient être également subordonnés, dans la grande majorité des cas, à un état morbide des ovaires, et surtout à l'ovarite subaiguë. Cette manière de rai-

(1) Voy. l'ouvrage du Dr Tilt, *On diseases of menstruation and ovarian inflammation* (Churchill, 1850), où ces doctrines sont très-habilement et très-complètement exposées.

sonner, parfaitement logique en théorie, est en apparence appuyée, dans la pratique, par ce fait clinique que, dans les cas de troubles menstruels compliquant une affection utérine, et même dans les cas d'affection utérine sans troubles menstruels, il y a presque toujours de la sensibilité, de la douleur et de la rénitence dans la région des ovaires, surtout à gauche. Tels sont les symptômes qu'on suppose, bien à tort cependant, indiquer presque invariablement l'existence d'une ovarite subaiguë.

Il est incontestable que l'ovarite subaiguë existe en tant que forme parfaitement distincte de l'inflammation de l'ovaire; seulement on en a grandement exagéré non-seulement la fréquence, mais aussi l'importance, relativement à la production des troubles menstruels, de la dysménorrhée, de la ménorrhagie, de l'aménorrhée, de la stérilité et de l'avortement. On comprendra qu'il en soit ainsi, lorsque j'aurai dit qu'on observe souvent, en effet, les symptômes attribués à l'ovarite subaiguë en même temps que ceux d'une affection de l'utérus ou de son col; mais en tant que phénomènes purement sympathiques, et non comme dépendant d'une maladie des ovaires mêmes. Cette dernière opinion a pour elle les faits anatomiques, les lois de la pathologie générale et l'expérience clinique.

Si l'on considère la structure de l'ovaire en dehors de l'état de gestation dans laquelle, comme l'utérus, il a acquis un degré de vitalité exceptionnelle, on trouve que le tissu de l'ovaire se compose d'un parenchyme dense et fibro-celluleux, contenant des vésicules de de Graafe à divers degrés d'évolution, pendant le cours de la vie menstruelle de la femme. Un tel tissu n'est guère propre, pathologiquement parlant, à devenir fréquemment le siège d'une inflammation subaiguë. Dans tout l'organisme, ce sont les membranes muqueuses et séreuses qui sont le plus souvent atteintes par l'inflammation, surtout sous sa forme subaiguë et chronique; les organes parenchymateux, spécialement ceux dont la structure est dense et peu vasculaire, jouissant d'une immunité relative. Tel est certainement le cas pour l'utérus lui-même, dont la membrane muqueuse est si fréquemment enflammée, ainsi que je l'ai maintes fois fait ressortir dans tout le cours de cet ouvrage. Les ovaires n'ont point de membrane muqueuse, et, je viens de le dire, leur tissu, dans l'état non-puerpéral, est dense, fibro-celluleux et très-peu vasculaire. L'utérus, au contraire, a une membrane muqueuse. Aussi l'utérus est-il prédestiné, par sa structure anatomique, comme par les lois de la pathologie générale, à contracter des affections de nature

inflammatoire plus souvent que les ovaires, qui, à part les vésicules de de Graaf, sont exclusivement parenchymateux. Il en résulte qu'on voit plus souvent dans la pratique les ovaires manifester des troubles sympathiques consécutivement à une maladie de l'utérus, que celui-ci se prendre sympathiquement par le fait d'une maladie des ovaires. Et encore ces derniers s'enflammeraient-ils certainement moins souvent qu'ils ne le font sans la présence des vésicules de de Graaf, lesquelles sont le point de départ fréquent d'une affection de l'organe tout entier, d'une inflammation, d'un kyste, etc.

L'expérience clinique nous fournit de semblables résultats. L'ovarite subaiguë serait caractérisée par des douleurs dans la région ovarienne, qui s'étendent aux lombes et aux cuisses; par une sensation de plénitude, de gonflement et de chaleur dans la même région ovarienne; par une légère augmentation de volume de l'ovaire qui se reconnaît au toucher vaginal ou rectal; par la perturbation des fonctions utérines et par les troubles sympathiques qu'on a décrits dans les chapitres précédents comme se rattachant à une affection utérine en général.

Il est incontestable que ces symptômes, considérés dans leur ensemble, peuvent indiquer une ovarite subaiguë ou chronique, comme le font ceux que fournit l'exploration par le toucher, même alors qu'ils sont seuls. Il est également certain que les symptômes fonctionnels et rationnels peuvent également tenir à une affection de cette nature, même alors qu'il n'y a aucun moyen physique de démontrer l'existence de cette affection. Cependant, je suis tout disposé à soutenir que, dix-neuf fois sur vingt, dans les cas où, indépendamment de tout symptôme fébrile, la région des ovaires est le siège d'une douleur profonde, sourde, continue, et paraît sensible à la pression en même temps que plus volumineuse au toucher, il n'y a en réalité nulle affection des ovaires, mais que ces symptômes indiquent seulement un état d'irritation sympathique, dépendant de quelque lésion utérine. Il est difficile de dire pourquoi il en est ainsi, pourquoi une ulcération inflammatoire ou quelque autre lésion également inflammatoire du col ou du corps de l'utérus, donne naissance à de la douleur ou à de la sensibilité non point tant au siège même de la lésion que dans l'ovaire droit ou gauche, ou dans tous les deux, quoique plus souvent dans le gauche. Mais, pour être difficile à expliquer, le fait n'en existe pas moins; il est éminemment clinique et confirmé par l'observation de chaque jour. Ce qui démontre que les douleurs des ovaires sont, dans la grande

majorité des cas, purement sympathiques, et ne résultent pas d'une affection de ces organes, c'est que si, laissant ces derniers de côté, on ne traite que l'affection utérine dont on reconnaît généralement la coexistence, les douleurs ovariennes cèdent ordinairement aussitôt que la maladie de l'utérus est guérie. Si, par contre, on soigne seulement la malade pour une ovarite, sans examiner ni traiter l'utérus, les symptômes de l'ovarite se perpétuent indéfiniment, ou récidivent au bout de peu de temps s'ils ont été momentanément modifiés par les moyens mis en œuvre. J'ai tellement l'habitude de considérer la douleur ovarienne comme un symptôme ordinaire des affections utérines, que, lorsque je me suis une fois bien assuré qu'il n'existe point de tuméfaction et de sensibilité très-marquées de l'ovaire, et qu'il y a maladie de l'utérus, je ne me préoccupe généralement pas plus de l'ovaire que je ne le ferais de la langue chez un malade atteint d'affection de l'estomac. Je m'attends à voir cette douleur disparaître avec la maladie de l'utérus, dont elle n'est que l'expression sympathique.

Je suis souvent à même de constater cliniquement l'exactitude de cette manière de voir. Je suis, en effet, consulté par un grand nombre de jeunes femmes présentant des symptômes utérins manifestes, que, dans mon esprit, je rattache aussitôt à une affection de l'utérus et qui offrent à un très-haut degré de la douleur et de la sensibilité dans la région des ovaires. Admettant que ces symptômes peuvent tenir à une ovarite subaiguë, je ne me crois jamais autorisé, à moins de circonstances particulières, à pratiquer l'examen de l'utérus avant d'avoir recours au traitement de l'ovarite. Presque toujours, cependant, après avoir appliqué des sangsues et des vésicatoires sur la région des ovaires et traité la maladie en général pendant quelques mois, je me vois forcé d'examiner l'utérus, en raison de la persistance de tous les symptômes, et je découvre alors l'existence d'une affection utérine dont la guérison entraîne la disparition immédiate des symptômes du côté de l'ovaire.

L'expérience prouve ainsi la fausseté d'une théorie en apparence rationnelle; elle prouve ainsi que les douleurs ovariennes, la plénitude, la sensibilité doivent être considérées, dans la majorité des cas, comme dérivant sympathiquement d'une affection de l'utérus et non point de l'inflammation de l'ovaire.

Mais si je pense qu'un grand nombre des cas où l'on croit voir les symptômes d'une ovarite subaiguë et chronique se rapportent à une autre affection, dans laquelle l'ovaire, intéressé par sympathie seu-

lement, n'est le siège que d'une douleur névralgique, j'admets parfaitement néanmoins que ces mêmes symptômes dérivent parfois d'une maladie de l'ovaire lui-même. Le fait est certain quand ils existent en l'absence de toute lésion utérine ou quand on peut reconnaître la tuméfaction et la sensibilité de l'ovaire par le toucher vaginal ou rectal, ou par la combinaison de ces deux modes d'investigation, c'est-à-dire par le double toucher de Récamier. L'index de la main droite étant introduit sur un des côtés du col de l'utérus, de manière à refouler le cul-de-sac du vagin dans la direction du ligament large ou de l'ovaire correspondant, ou bien ce même doigt, étant placé dans le rectum, le long de l'utérus, tandis que les doigts de la main gauche pressent extérieurement sur la région ovarienne, on découvre souvent alors de très-légères tuméfactions de l'ovaire, surtout si ce dernier organe s'est abaissé dans la cavité pelvienne, ainsi qu'il arrive parfois, et s'il est douloureux au toucher.

## OVARITE CHRONIQUE.

Les symptômes généraux produits par l'inflammation chronique de l'ovaire sont très-analogues à ceux auxquels donne naissance la phlegmasie chronique de l'utérus, ils sont seulement plus obscurs et de plus longue durée. Il est donc inutile de les énumérer. Alors, en effet, existent la même douleur sourde, la même tendance aux exacerbations périodiques sous l'influence de la menstruation. Je suis persuadé, cependant, que l'ovaire, comme les autres organes parenchymateux, peut être le siège d'une affection profonde, de nature inflammatoire peu marquée, sans que la malade éprouve localement une douleur ou une sensibilité très-notable, l'affection ovarienne réagissant simplement sur la fonction menstruelle, produisant le plus souvent l'aménorrhée, ou une menstruation irrégulière peu abondante et insuffisante, et altérant peu à peu la santé générale. D'ailleurs, comme les ovaires sont au nombre de deux, il s'ensuit que lorsqu'il y en a un d'oblitéré pour ainsi dire, si l'autre est resté sain et que les ovules y soient régulièrement mûris, tous les phénomènes de la menstruation normale peuvent encore s'accomplir. C'est ce que l'on voit fréquemment dans la période avancée des affections kystiques de l'ovaire. Néanmoins, c'est vraisemblablement à la persistance d'une maladie ovarienne chronique qu'est souvent due l'absence du rétablissement de la santé après la guérison d'une affection utérine de longue durée, contrairement à l'espoir qu'on avait nourri.

Il est évident que les affections inflammatoires chroniques des ovaires qui donnent lieu à l'épaississement, à l'induration, à l'hypertrophie, aux tumeurs kystiques, etc., et modifient probablement la santé, sont souvent assez obscures pendant la vie pour être méconnues; c'est ce que prouve la fréquence des cas où l'on observe ces lésions des ovaires à l'autopsie des femmes mortes de toute autre maladie dans les hôpitaux non spéciaux. Un tel fait devrait porter les médecins à examiner très-attentivement l'état de ces organes dans les cas où la santé est mauvaise et où, en l'absence des symptômes évidents du côté de l'utérus et des ovaires, on observe des troubles de la menstruation et de la santé générale ainsi qu'une stérilité dont la cause reste inconnue.

S'il est cliniquement incontestable que, dans la majorité des cas de souffrances utérines, avec ou sans symptômes ovariens, c'est dans l'utérus et non dans les ovaires que siège réellement la maladie, cela ne doit pas nous faire perdre de vue le consensus physiologique et pathologique qui existe entre ces deux ordres d'organes. Consensus qui retentit de l'utérus sur les ovaires, comme des ovaires sur l'utérus, et qui est si prononcé, qu'il est presque impossible que l'affection de l'un de ces organes ne réagisse point sympathiquement sur l'autre.

Une des conséquences les plus importantes de l'ovarite chronique, c'est que l'existence même de cette affection est un danger permanent pour la malade. Car d'un moment à l'autre, elle peut prendre la forme aiguë sous l'influence d'une excitation accidentelle. La suppuration peut avoir lieu, avec tous les accidents qu'elle entraîne; ou bien encore l'inflammation peut s'étendre au péritoine et donner naissance à une péritonite mortelle. Et, en effet, les autopsies faites dans les grands hôpitaux démontrent qu'un certain nombre de péritonites aiguës et mortelles ont dû leur origine à une affection chronique de l'ovaire.

La suppuration du stroma de l'ovaire, qu'elle résulte d'une inflammation aiguë ou chronique, est plus fréquente que la suppuration du parenchyme utérin, ce qui tient à ce que l'ovaire est plus riche en tissu conjonctif. Quand cette suppuration a lieu, le processus inflammatoire s'étend généralement au tissu conjonctif situé dans les replis des ligaments latéraux qui enveloppent les ovaires, de sorte que l'abcès de l'ovaire se trouve comme perdu au milieu de la tumeur phlegmoneuse qui s'est ainsi formée. Comme l'histoire de ces abcès ovariens est, à partir de ce moment, identique à celle de

l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire péri-utérin et des ligaments larges, j'en parlerai à propos de ces dernières affections, que je vais maintenant décrire, et qui reconnaissent fréquemment pour point de départ une affection de l'ovaire.

INFLAMMATION ET ABCÈS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS EN GÉNÉRAL.

Il est évident, par les écrits de Paul d'Égine et de quelques autres, que l'inflammation et les abcès du bassin, avec toutes les conséquences qui en résultent, étaient connus des anciens. Non-seulement Paul d'Égine mentionne expressément la façon dont le pus formé dans la cavité pelvienne se fraye une issue à l'extérieur en perforant le rectum, le vagin ou la vessie, mais encore il entre dans de curieux détails relatifs au traitement et décrit le procédé pour ouvrir l'abcès par le vagin, opération qui vient seulement d'être renouvelée de nos jours. Cependant il ne semble pas que les anciens eussent une idée très-exacte de ces abcès, qu'ils considéraient comme résultant de la suppuration de l'utérus. Ils croyaient évidemment que l'utérus lui-même était le siège de l'inflammation et que le pus provenait de la suppuration de son tissu.

Les Arabes n'ont fait que copier les écrivains classiques à ce sujet comme à propos de beaucoup d'autres affections utérines, sans ajouter quoi que ce soit aux détails qu'ils traduisaient.

Au dix-septième et au dix-huitième siècle, époque de renaissance pour l'art des accouchements et pour la pathologie utérine, l'attention des praticiens fut dirigée de nouveau vers cette classe importante d'affections par Guillemeau, Mauriceau et, plus spécialement, par Puzos. D'accord avec les anciens, les deux premiers pensaient que les abcès pelviens provenaient de l'utérus, tandis que Puzos reconnut qu'ils se formaient généralement dans les ligaments latéraux. Malheureusement il défigure cette notion plus exacte par une théorie toute de fantaisie, en supposant qu'ils devaient leur origine à un dépôt lacteux métastatique, théorie singulière, et qui n'en fut pas moins adoptée pendant longtemps par tous ceux qui écrivirent sur ce sujet et parmi lesquels on peut citer Planchon, Van Swieten, Levret, Raulin, Antoine Petit, Gastelier, etc. Il ne fallut rien moins que les recherches anatomiques approfondies qui caractérisent le commencement de ce siècle pour dissiper cette doctrine erronée.

Les inflammations du bassin, chez l'homme et chez la femme, ont fortement attiré l'attention des auteurs français, dans ces trente

dernières années, et leur histoire a été plus particulièrement élucidée par Dance, Husson, Boivin, Baudelocque, Ménière, Andral, Dupuytren, Grisolle, Velpeau, Bourdon et Marchal (de Calvi). Ce dernier a publié en 1844 une intéressante monographie, qui contient une bonne analyse de l'état actuel de la science à ce sujet.

En Angleterre, les inflammations du bassin, surtout celles qui se développent dans les annexes de l'utérus et qu'on a jusqu'ici généralement rattachées à l'état puerpéral, ont été beaucoup moins étudiées. C'est à peine si l'on y fait allusion dans les principales monographies sur les maladies des femmes, telles, par exemple, que celles de Gooch, de sir Charles Clarke, de Churchill, de Lever, d'Ashwell, etc. ; bien qu'on y décrive des cas isolés d'inflammation et de suppuration des ovaires et des trompes de Fallope. Nos écrits périodiques ne contiennent pas beaucoup plus d'informations à cet égard ; à l'exception toutefois des intéressants articles du docteur Doherty et du docteur Churchill, publiés dans le *Dublin medical Journal* (1843-1844) sur *l'inflammation et les abcès des annexes de l'utérus*, et le mémoire inséré en 1844 par le docteur Lever dans les *Guy's Hospital Reports*, sous le titre de « *Observations d'inflammation pelvienne consécutive à l'accouchement.* »

Bien qu'on ait, dans ces dernières années, beaucoup écrit en France sur l'inflammation phlegmoneuse des annexes de l'utérus, il reste encore un large champ à l'investigation, je peux même dire encore aujourd'hui (1848) que, malgré les efforts qu'on a faits pour l'éclairer, cette affection n'est encore que très-incomplètement comprise. Ce qui tient, je crois, à ce que jusqu'à ce jour on ne l'a étudiée que dans ses rapports avec l'état puerpéral, qu'on suppose lui être presque toujours connexe, tandis qu'en réalité elle survient assez fréquemment en dehors de cet état. Il y a bien des années maintenant que ce fait m'a été signalé par M. Gendrin, et j'ai depuis parfaitement reconnu l'exactitude des assertions de l'éminent médecin de la Pitié. L'analyse attentive de tous les cas d'inflammations pelviennes que j'ai observées chez les femmes dans une pratique assez étendue, me met à même d'affirmer, de la façon la plus positive, que cette affection est loin d'être rare dans l'état non puerpéral, bien qu'elle soit généralement méconnue et qu'on la confonde avec la métrite aiguë ou les abcès iliaques. Je ne crois pas que ce fait important ait été reconnu jusqu'ici par aucun des auteurs qui ont traité la question ; les travaux les plus récents sur l'inflammation des ligaments larges en parlent comme d'une affec-

tion à peu près spéciale à l'état puerpéral. Ainsi, sur cinquante cas, empruntés à différentes sources par M. Marchal (de Calvi), quarante-neuf sont d'origine puerpérale; sur trente-trois cas cités par le docteur Churchill, vingt et un reconnaissent la même origine; il en est ainsi de l'observation du docteur Doherty comme des neuf du docteur Lever.

L'inflammation des annexes de l'utérus ayant été étudiée ainsi dans sa forme la plus redoutable, la forme puerpérale, les symptômes spéciaux qu'elle présente dans sa forme plus bénigne, c'est-à-dire en dehors de l'état puerpéral, ont été à peine décrits. Aussi cette dernière est-elle habituellement méconnue. On n'a pas lieu d'en être surpris lorsqu'on songe aux caractères si particuliers que donne l'état puerpéral à toutes les affections inflammatoires. Sous son influence, en effet, nous avons vu qu'elles ont une intensité peu commune, due en grande partie, on le suppose, à la présence dans le sang d'un excès de fibrine. On a plus spécialement noté cette augmentation de la fibrine dans l'inflammation de l'utérus, mais on l'observe également dans la phlegmasie des organes annexes; aussi l'inflammation de ces derniers, survenant à la suite des couches, diffère-t-elle autant de celle qui survient en dehors de ces conditions, que la métrite puerpérale diffère de la métrite non puerpérale.

Dans l'inflammation des annexes d'origine puerpérale, l'utérus lui-même est presque toujours fortement intéressé; la phlegmasie des ovaires, des trompes ou du tissu cellulaire ambiant a la plus grande tendance à se propager au péritoine du bassin ainsi qu'au tissu cellulaire qui tapisse la cavité pelvienne; il se forme des adhérences entre les parois de l'abdomen; des perforations abdominales et même la mort peuvent avoir lieu. Dans la forme non puerpérale, au contraire, la maladie a de la tendance à se limiter aux tissus primitivement affectés; de sorte que la péritonite, les perforations et la mort sont très-rarement observées.

Cette ignorance où l'on était de l'existence des formes bénignes de la maladie a eu pour conséquence fâcheuse de faire souvent méconnaître les cas les moins graves de l'inflammation puerpérale lorsqu'ils se présentaient. On n'a ainsi observé et rapporté que les faits extrêmes et l'on est arrivé de la sorte à se former une opinion erronée relativement à la gravité même de la forme puerpérale. C'est ainsi que M. Marchal (de Calvi) donne comme un fait certain que la maladie est très-souvent mortelle, parce qu'il compte trente cas de

mort sur les cinquante qu'il a recueillis et qui, en réalité, sont des faits exceptionnels. C'est ainsi encore que, raisonnant d'après ces mêmes données fautives, il arrive à cette conclusion que les abcès du bassin s'ouvrent aussi souvent à travers les parois de l'abdomen que par le rectum ou le vagin. Or, il n'est pas douteux qu'il se trompe dans chacune de ces assertions.

J'ai l'intention, d'abord, de traiter de l'inflammation et des abcès des annexes de l'utérus en dehors de l'état puerpéral. En étudiant cette affection alors qu'elle est infiniment plus simple et beaucoup moins compliquée par les lésions des organes voisins, que lorsqu'elle succède à l'accouchement, j'espère pouvoir jeter quelque lumière sur toutes les formes de la maladie. Toutefois, avant de procéder plus loin, je crois devoir rappeler brièvement l'anatomie de la région où se développe la maladie dont je traite.

Chez la femme, le péritoine, après avoir tapissé la face postérieure de la vessie, se réfléchit sur l'utérus, couvre la face antérieure du corps de cet organe, puis sa face postérieure, et se réfléchit de là sur le rectum. En passant de la paroi antérieure à la paroi postérieure de l'utérus, le péritoine forme deux larges replis qui contiennent entre leurs lames les trompes de Fallope, les ovaires et les ligaments ronds (voy. fig. 1, p. 9). Les deux lames de péritoine qui, par leur juxtaposition, forment ainsi les ligaments larges, sont séparées l'une de l'autre, comme des organes qu'elles enveloppent, par une certaine quantité de tissu cellulaire filamenteux. Ce tissu cellulaire est plus spécialement abondant sur les côtés de l'utérus et en arrière, là où le péritoine se réfléchit du vagin sur le rectum. Ce même tissu se continue librement avec le tissu cellulaire extra-péritonéal du bassin, bien qu'il en diffère notablement, et il mérite, de la part des anatomistes et des pathologistes, beaucoup plus d'attention qu'ils ne lui en ont accordé. Sa nature lâche et filamenteuse le prédispose à l'inflammation: aussi joue-t-il un rôle important dans les maladies inflammatoires de la région. Il a certainement pour usage physiologique de permettre aux deux lames des replis péritonéaux de se séparer et de glisser l'une sur l'autre quand l'utérus augmente de volume par le fait de la grossesse.

Le tissu des ovaires est fibro-celluleux, celui des vésicules de de Graaf, séro-celluleux, tandis que les trompes de Fallope présentent un canal central tapissé d'une membrane muqueuse avec revêtement celluleux. Aussi tous ces organes, aussi bien que le tissu cellulaire qui les entoure, sont-ils prédisposés à s'enflammer.

Il y a donc, dans la cavité du bassin, en contact immédiat avec l'utérus, au-dessus du fascia pelvien, entre les deux replis du péritoine, mais en dehors de cette séreuse, en contact avec la vessie en avant et le rectum en arrière, un espace qui contient une masse de tissu cellulaire filamenteux, — c'est-à-dire d'un tissu éminemment disposé à s'enflammer, — en même temps que des organes divers que leur structure expose plus ou moins à contracter des affections inflammatoires. L'histoire de l'inflammation d'une région ainsi limitée et placée dans de telles conditions anatomiques, découle si naturellement des lois de la pathologie, qu'on a lieu de s'étonner qu'elle n'ait pas été mieux connue.

Dans la péritonite puerpérale, les ligaments larges sont plus ou moins intéressés. Il n'est pas rare de trouver, dans les cas terminés par la mort, l'un des ovaires ou tous les deux en pleine suppuration, ou de rencontrer des abcès plus ou moins volumineux, soit dans l'épaisseur même des ligaments larges, soit dans les parois ou dans la cavité des trompes; mais, en pareil cas, l'extension de l'inflammation du péritoine aux organes contenus dans les ligaments larges n'est qu'un épiphénomène de la péritonite, et par suite ne présente, en général, aucun symptôme qui puisse spécialement attirer l'attention. La complication n'acquiert de l'importance que si, comme il arrive parfois, la péritonite ayant cédé au traitement, il reste des abcès dans les ligaments larges. Un cas de cette nature rentre alors dans la catégorie de ceux que je vais décrire, et dans lesquels la maladie inflammatoire existe entre les lames des ligaments larges, sans que ces replis du péritoine soient directement intéressés, ou, tout au moins, sans que la phlegmasie de la séreuse cesse un moment d'être locale.

INFLAMMATION ET ABCÈS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS EN DEHORS DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.

*Siège.* — L'inflammation qui se développe dans la région qui vient d'être décrite peut, ainsi que nous l'avons vu, affecter isolément soit le tissu cellulaire, auquel cas elle est purement phlegmoneuse, soit les ovaires, soit les trompes, ou bien intéresser simultanément tous ces organes. Dans l'un et l'autre cas, le péritoine peut être envahi ou ne pas l'être. Par suite du siège de ces organes dans une même région, et par suite aussi de leurs connexions anatomiques qui sont les mêmes, les symptômes et l'histoire de l'inflammation, et surtout de

l'inflammation suppurative, sont presque identiques pour chaenn d'eux. En conséquence, comme j'ai signalé les caractères propres à l'ovarite et à l'inflammation des trompes, à l'état aigu et chronique, je traiterai maintenant de l'inflammation et des abcès des ligaments larges, en général.

Les replis péritonéaux eux-mêmes sont rarement intéressés dans l'inflammation non puerpérale des annexes de l'utérus. Quand l'inflammation se développe dans cette région à la suite de l'accouchement, le péritoine présente une grande tendance à participer au processus inflammatoire, comme dans le cas où l'utérus lui-même est le siège de la phlogose. Au contraire, en dehors de la gestation comme de l'état puerpéral, cette membrane séreuse est comparativement peu disposée à s'enflammer et les organes qu'elle contient dans ses replis peuvent rester enflammés pendant des mois ou des années entières, sans qu'elle en soit affectée autrement que d'une façon toute locale. C'est là un fait pathologique singulier, mais qui n'en est pas moins vrai pour les autres organes situés en dehors du péritoine dans diverses parties de la cavité du bassin. Dans les cas mêmes où la péritonite devient alors aiguë, elle semble avoir plus de tendance à passer à l'état chronique et à se localiser qu'à devenir extensive, ce qui est précisément l'inverse de ce qu'on observe dans l'état puerpéral.

Dans l'inflammation non puerpérale des ligaments larges, l'affection est, en beaucoup de cas, évidemment limitée au tissu cellulaire et aux ovaires ainsi qu'aux autres organes contenus dans l'épaisseur de ces ligaments, et elle ne s'étend pas au tissu cellulaire libre de la cavité du bassin : circonstance qui me porte à penser que, dans la forme puerpérale de la maladie, elle peut être souvent ainsi limitée d'abord, bien que telle ne soit pas l'opinion qui prévaut.

*Causes.* — Les causes de l'inflammation des ligaments larges en dehors de l'état puerpéral sont les mêmes que celles de la métrite aiguë. Toute action physiologique ou pathologique propre à exagérer la vitalité ou à entraver les fonctions de l'appareil utérin peut être suivie de cette forme d'inflammation. Cette inflammation peut atteindre les ovaires et les ligaments larges directement ou indirectement; directement, quand ils sont primitivement affectés; indirectement, quand l'utérus s'est enflammé d'abord et que de cet organe la phlogose s'est étendue aux ligaments larges. En raison de la tendance des causes qui produisent l'inflammation de l'utérus à agir sur la périphérie du système utérin, — tendance que j'ai déjà



notée, — il n'est pas rare que l'inflammation des ligaments larges survienne sans avoir été précédée ou sans être accompagnée de métrite. Elle se développe alors, et par ordre probable de fréquence, tantôt dans le tissu cellulaire, tantôt dans les ovaires, et d'autres fois dans les trompes. La cause qui, dans la grande majorité des cas, donne naissance au processus inflammatoire est un arrêt de la menstruation. Quand cette fonction est brusquement supprimée, l'appareil utérin se trouvant dans l'impuissance de se débarrasser du sang qui le remplit, il peut s'ensuivre une congestion et une inflammation excessive, qui se développe généralement dans les régions douées du plus haut degré de vitalité et qui sont par conséquent les plus disposées à s'enflammer. J'ai vu maintes fois cette forme de l'inflammation utérine se manifester chez des femmes atteintes d'inflammation chronique ou d'ulcération inflammatoire du col (1). La maladie du col est évidemment alors le point de départ du travail phlegmasique, qui du col s'étend aux ligaments larges. Dans plusieurs cas, j'ai vu l'inflammation survenir à la suite d'une chute violente. Mais, même dans ces cas, l'inflammation des annexes de l'utérus présente avec la menstruation des rapports non douteux.

*Symptômes.* — A première vue, les symptômes de l'inflammation des annexes sont semblables à ceux de la métrite aiguë. Il y a, en effet, la même réaction fébrile, les mêmes douleurs intenses dans la région de l'hypogastre; la même sensibilité anormale dans tout l'abdomen et la même sensation de pesanteur dans le bassin dès que le malade essaye de marcher ou de redresser le tronc, la même irritation du côté de la vessie et la même difficulté de la défécation. Cependant un examen plus approfondi ne tarde pas à révéler des dissemblances. Ainsi, la douleur est plus intense en dehors de la ligne médiane, soit à droite, soit à gauche, c'est-à-dire dans la région de l'un des ovaires, et plus fréquemment à gauche. Parfois la tuméfaction est dès le début visible à l'œil. Si la malade n'est pas trop sensible à la pression, ou si les parois abdominales ne sont ni trop épaisses ni trop rigides, on perçoit fréquemment une tuméfaction profondément située dans une des régions ovariennes. Toutefois, l'existence de ces symptômes est rarement assez significative

(1) J'ai publié une intéressante observation de cette nature dans la *Lancet* du 11 février 1846, p. 181.

pour permettre aux médecins de distinguer par leur aide seulement l'inflammation des ligaments larges de la métrite aiguë.

Afin de dissiper toute espèce de doute, il est indispensable de pratiquer attentivement le toucher. La meilleure manière de procéder à cette investigation est, le plus souvent, de faire placer la malade sur le dos, les genoux élevés ou fléchis; on introduit alors le doigt dans le vagin, en abaissant le coude, de façon à ce qu'en pénétrant le doigt puisse s'adapter à l'axe du bassin. On promènera successivement la pulpe du doigt au-dessus et alentour du col, qu'on examinera ainsi avec le plus grand soin; puis, refoulant avec le doigt le cul-de-sac du vagin, au point d'insertion sur le col, on déterminera avec la précision la plus grande l'état du corps de l'utérus, des organes annexes et celui de la cavité pelvienne tout entière. Cette précision sera d'autant plus parfaite que la main gauche sera en même temps appliquée sur la région hypogastrique, au-dessus des pubis. Quand on fait cet examen chez une femme bien portante, la vessie ayant été préalablement vidée, le doigt peut refouler le cul-de-sac du vagin sur les côtés de l'utérus dans l'étendue de trois à six centimètres et se rapprocher beaucoup de la main placée extérieurement sur l'hypogastre, le tout sans déterminer la moindre douleur. Le médecin sent alors très-distinctement que ses doigts ne sont séparés les uns des autres que par l'épaisseur des parois abdominales et par celle des ligaments larges qui n'offrent ni une grande densité ni une grande résistance. Mais quand les tissus et les organes contenus dans les ligaments larges (tissu cellulaire, ovaires, trompes de Fallope) sont enflammés, tuméfiés et indurés, l'état des choses est très-différent. Quand on essaye alors de refouler le vagin sur les côtés de l'utérus, on éprouve une résistance inaccoutumée. Le cul-de-sac vaginal a disparu, et, sur un des côtés du col et du corps de l'utérus, se trouve une tuméfaction avec induration, très-différente non-seulement de ce qu'on observe à l'état normal, mais encore de ce qui existe de l'autre côté, en supposant que ce dernier soit resté sain, comme il arrive le plus ordinairement. La pression exercée sur cette tumeur indurée détermine une très-vive douleur, et il y a une élévation de température évidente de la région. Si l'on porte doucement le doigt en arrière de la tumeur, tandis que, de la main gauche, on déprime doucement aussi l'abdomen, on peut s'assurer que la tumeur inflammatoire comprise entre les deux masses est mobile et parfaitement distincte des parois de la cavité pelvienne. Cette tumeur généralement fixée, pour ainsi dire, à l'un des côtés

de l'utérus, forme une seule masse avec cet organe. C'est pourquoi, sans doute, l'inflammation des ligaments larges est ordinairement confondue avec la métrite, même quand on a pratiqué le toucher et reconnu l'existence de la tumeur inflammatoire. Si, malgré un toucher vaginal attentif, il reste encore quelques doutes quant à la nature et à l'étendue de la tumeur, on devra toucher l'utérus et les annexes par le rectum.

La tumeur formée par les ligaments larges enflammés me semble faire plus intimement corps avec l'utérus, quand elle est de nature phlegmoneuse, c'est-à-dire quand elle résulte de l'inflammation du tissu cellulaire, que lorsqu'elle est constituée par l'ovaire enflammé. Je ne voudrais cependant pas affirmer qu'il en est toujours ainsi. Dans tous les cas, la connexion qui existe entre la tumeur inflammatoire et le corps de l'utérus est en général si intime, qu'il faut alors une certaine expérience pour distinguer une tumeur de cette nature et celle qui résulterait de l'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus.

Nous avons vu que la métrite aiguë non puerpérale se termine généralement par résolution ou par le passage à l'état chronique, la suppuration ayant rarement lieu, en raison de la petite quantité de tissu cellulaire qui entre dans la structure de l'utérus. Au contraire, l'inflammation du tissu cellulaire des ligaments larges finit en général par suppurer. Elle est en réalité, dans la plupart des cas, purement phlegmoneuse; or, c'est un axiome en pathologie que la grande tendance de cette forme d'inflammation à se terminer par la production de pus. Bien que beaucoup moins susceptible de suppurer que l'inflammation du tissu cellulaire, l'ovarite est plus fréquemment suivie de suppuration que la métrite aiguë.

En conséquence, on devra rechercher s'il ne s'est pas formé de pus au bout de quelques jours à dater du début de l'inflammation, à moins que celle-ci n'ait été arrêtée par un traitement prompt et énergique. Un médecin soigneux et attentif peut déterminer quand la suppuration a eu lieu en tenant compte des frissons et des autres symptômes qui accompagnent la suppuration profonde; en tenant compte aussi de la rémission qui s'ensuit dans les symptômes locaux et généraux; parfois encore il pourra constater, soit par le toucher vaginal, soit par la palpation de l'abdomen, l'existence d'une fluctuation profondément située.

Quand une fois du pus s'est ainsi formé, s'il n'est pas résorbé, comme il arrive parfois, quoique le fait paraisse rare, il tend à se frayer

une issue à l'extérieur. Des adhérences intimes s'établissent entre la tumeur phlegmoneuse d'une part et le vagin, le rectum, les parois abdominales ou la vessie, d'autre part, et, au bout d'un temps variable, mais en général avant que les symptômes d'inflammation aiguë aient cessé, le pus s'échappe dans une ou plusieurs de ces directions. C'est presque invariablement par la partie supérieure du vagin ou par le rectum qu'il se fait jour, dans l'inflammation non puerpérale. A peine puis-je citer quelques cas où, dans cette forme d'inflammation, le pus se soit ouvert une issue à travers les parois de l'abdomen; encore était-ce surtout chez des femmes atteintes de tuberculisation des organes génitaux internes, et qui présentaient ainsi une cause de suppuration active et permanente. En pareil cas, ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois de travail inflammatoire que le pus atteint et perfore les parois abdominales, et, presque toujours, longtemps avant que cette perforation se soit accomplie, le produit de la suppuration s'est déjà échappé en partie du bassin par le vagin ou le rectum. Il est encore plus rare de voir l'abcès se vider par la vessie, et ce mode d'évacuation est généralement précédé d'une ouverture par le vagin ou le rectum. Parfois l'abcès s'ouvre successivement dans toutes ces directions.

Telles sont les voies ordinaires par lesquelles le pus s'échappe du bassin. Dans quelques cas, les feuilletts du ligament large s'ulcèrent du côté de la cavité du péritoine, et le foyer purulent se vide dans cette cavité, en donnant naissance à une péritonite aiguë et généralisée. D'autres fois, le pus fuse le long d'un des ligaments ronds et apparaît dans la grande lèvre correspondante; ou bien, s'échappant du bassin en suivant le trajet des vaisseaux fémoraux, il vient se montrer à la cuisse. Ce sont là, il est vrai, des cas tout à fait exceptionnels et qu'on observe bien rarement, surtout dans la forme non puerpérale de la maladie. Dans quelques cas, le pus semble sortir du col de l'utérus, comme si l'abcès s'était vidé dans la cavité de cet organe. Je crois cependant qu'en pareil cas la vérité est que la tumeur phlegmoneuse des annexes de l'utérus était compliquée de métrite, et qu'un abcès formé dans l'épaisseur des parois utérines s'est ouvert dans la cavité de l'organe. Il est peu vraisemblable qu'un abcès primitivement développé dans un ligament large pourrait réussir à se frayer un passage à travers les parois si résistantes de l'utérus, au moins tant que celui-ci n'aurait point participé au travail inflammatoire.

En général, ainsi que je l'ai dit, l'abcès s'ouvre dans le vagin ou le rectum, ou dans ces deux conduits à la fois. On comprend qu'il en soit ainsi, lorsque l'on considère le rapport de la tumeur avec le vagin et le rectum, auxquels elle est immédiatement contiguë. La perforation s'effectue le plus souvent par suite d'un effort, comme dans une quinte de toux ou dans l'acte de la défécation; ou bien elle a lieu d'une façon tellement insidieuse qu'elle passerait inaperçue et ne serait pas mentionnée par la malade, si celle-ci n'avait pas été préalablement avertie par le médecin. Il est vrai que le plus souvent le médecin lui-même ne s'en doute pas, attendu que, se méprenant sur la nature de l'affection, il croit avoir affaire à une simple métrite. La sortie d'une quantité de pus même considérable par le vagin est considérée par la malade comme une augmentation de la leucorrhée, et quant au mélange du pus avec les matières fécales, il est encore moins propre à attirer l'attention. En raison d'un sentiment de délicatesse bien naturel, les femmes ont besoin d'être questionnées de près relativement aux symptômes utérins, attendu qu'elles ne donnent guère spontanément des renseignements à cet égard. Cette circonstance, jointe à l'ignorance où elles sont de l'importance du fait, explique comment elles ne mentionnent pas, à moins d'être spécialement interrogées, la sortie du pus par le vagin ou le rectum, même dans les cas assez rares où elles s'en seraient aperçues. Parfois la perforation s'effectue avec une sensation de rupture. Elle peut avoir lieu quelques jours après le début de l'inflammation, comme au bout de plusieurs semaines. La quantité de pus qui s'écoule ainsi varie entre quelques grammes et un quart de litre ou davantage.

C'est vraisemblablement parce que la sortie des collections purulentes de la cavité du bassin s'effectue d'une façon si insidieuse que, à moins d'y faire spécialement attention, elle est méconnue par la malade comme par son médecin; c'est vraisemblablement pour cette raison, disons-nous, qu'on a jusqu'ici reconnu et décrit seulement les formes les plus graves de l'affection.

La sortie du pus par le vagin est la voie la plus favorable que puisse suivre le pus pour s'échapper du bassin. Sa présence occasionne bien un certain degré d'irritation à la surface de la membrane sur laquelle il passe, mais cette irritation n'est presque jamais considérable. Après la sortie par le vagin, celle qui a lieu par le rectum est la plus favorable. Dans ce cas, il y a généralement une vive irritation de la membrane muqueuse intestinale. Soit par

le fait de l'inflammation ulcéralive des tuniques de l'intestin, soit par suite de la présence du pus, il se produit un trouble fonctionnel presque dysentérique, qui dure souvent plusieurs jours. Il y a des garde-robes répétées, avec douleur et ténésme. Cependant le pus peut s'échapper par la voie de l'intestin sans irriter cet organe.

Dans les deux cas, les orifices par lesquels le pus pénètre dans le rectum et le vagin sont étroits. Dans le vagin, on ne peut souvent découvrir avec le doigt le point précis où s'est effectuée la perforation, et parfois même il n'est pas plus aisé de le découvrir avec le spéculum. Ce dernier mode d'investigation n'est d'ailleurs pas très-utile, et il est à peine praticable dans la période aiguë de l'affection, en raison de la sensibilité du vagin et des tissus profonds. Plus tard même il n'est guère nécessaire que s'il existe simultanément une affection du col, qui exige un examen direct et un traitement local. Dans certains cas, il y a, au niveau de l'orifice de communication, une dépression légère avec induration, que le doigt découvre aisément. Les matières fécales et les gaz intestinaux ne paraissent pas pénétrer dans le foyer, dans les cas de perforation du rectum; ce qui tient probablement, comme le fait observer Dupuytren, à ce que l'orifice est fermé par la pression des organes abdominaux.

La sortie du pus par les parois de l'abdomen est toujours précédée et accompagnée d'une tuméfaction et d'une induration très-notables des tissus environnants ainsi que des parois abdominales. La tumeur phlegmoneuse met un long temps à atteindre l'extérieur et intéresse graduellement tous les tissus qui la séparent de la peau, elle acquiert ainsi un volume assez considérable et donne lieu à des souffrances des plus pénibles. L'ouverture s'effectue généralement au-dessus de l'arcade crurale, dans le voisinage de la région ovarienne. Dans ces cas, les symptômes généraux sont nécessairement de nature grave; mais toute la série des symptômes, soit locaux, soit généraux, qu'on observe dans les cas de perforation abdominale, doivent être considérés comme plus spécialement caractéristiques de la forme puerpérale de la maladie.

La pénétration du pus dans la vessie est très-rare, et, avant qu'elle s'accomplisse, le liquide purulent a presque toujours trouvé une autre issue. Dans un cas, de nature puerpérale il est vrai, que j'observai en 1840, pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, le foyer purulent s'ouvrit successivement dans le rectum, à travers les parois abdominales et dans la vessie. La présence de pus dans cet

organe y produit toujours une irritation très-considérable ; mais l'urine ne semble pas pénétrer dans le foyer ; au moins n'ai-je jamais vu de cas où l'on eût des raisons de croire que cet accident redoutable se soit produit.

Quand le pus s'est largement échappé de la cavité du bassin, il survient un changement notable dans l'état de la malade. Tous les symptômes subissent une rémission des plus prononcées. La douleur pelvienne profonde diminue, il en est ainsi de la sensibilité et de la tuméfaction de l'abdomen. Les symptômes fébriles s'apaisent rapidement. Dans un très-grand nombre de cas, l'amélioration est si prompte, surtout quand l'abcès s'est ouvert par le vagin, que la malade est considérée comme convalescente et que, dans les hôpitaux, on la renvoie alors comme guérie. Cependant cette amélioration, bien que réelle, est souvent trompeuse eu égard à l'avenir. En pratiquant le toucher avec soin, on trouve alors que la tumeur, située sur un des côtés de l'utérus, a beaucoup diminué de volume, qu'elle a cessé d'être douloureuse à la pression, et qu'il y a moins de chaleur et de sensibilité à la partie supérieure du vagin, et dans toute la région qui est en rapport avec la tumeur phlegmoneuse ; mais, pour être moins volumineuse et moins enflammée, la tumeur n'a pas cessé d'être perceptible. Une partie a fondu et suppuré, mais ce qu'il en reste persiste à l'état d'inflammation et d'induration à demi chronique, ainsi qu'il arrive généralement pour les tumeurs phlegmoneuses suppurées.

Un examen attentif fera consécutivement reconnaître l'existence de tous les symptômes qui indiquent l'inflammation utérine chronique : douleur et sensation de pesanteur profonde dans le bassin ; sensibilité, douleur même et tuméfaction dans l'une ou l'autre des régions ovariennes ; douleur à la partie inférieure de la région lombaire ; impossibilité de se tenir debout ou de marcher plus de quelques instants et plus spécialement impossibilité de monter et de descendre un escalier. Tous ces symptômes peuvent être plus ou moins apparents.

Les orifices par lesquels le pus s'est échappé à travers le vagin ou le rectum restent parfois ouverts et permettent ainsi au pus de s'écouler à mesure qu'il se forme ; mais parfois aussi ils se ferment au bout de peu de jours. En pareil cas, si la sécrétion purulente se tarit et que la tumeur phlegmoneuse se résorbe rapidement, ainsi qu'il advient chez quelques femmes, l'affection se termine bientôt et la malade se rétablit complètement en quelques semaines. Mais

si la sécrétion purulente continue, le pus s'accumule, un nouvel abcès se forme, qui, avant de s'ouvrir par un nouveau travail d'inflammation ulcéralive, peut reproduire, bien que sous une forme amoindrie, les symptômes inflammatoires aigus qui s'étaient une première fois manifestés.

Si ces tumeurs inflammatoires n'étaient pas exposées à l'influence des causes perturbatrices, il n'est pas douteux que dans beaucoup de cas elles pourraient se résorber et que les récidives en question seraient rares ou légères. Malheureusement c'est ce qui n'a pas lieu, au moins dans la plupart des cas observés. Le molimen hémorrhagique qui accompagne la menstruation, ou l'excitation fonctionnelle de l'utérus, réveille généralement le travail inflammatoire dans des tissus où l'induration et la tuméfaction existent encore. Alors reparaisent les symptômes aigus de la maladie, du pus se forme de nouveau, qui de nouveau s'ouvre une issue dans le vagin ou le rectum, en donnant naissance, dans ce dernier cas, à des symptômes dysentériques.

Ces exacerbations ou ces retours de l'affection aiguë deviennent de moins en moins fréquents à mesure que l'inflammation des annexes diminue et que les fœtus malades reviennent à leur état normal. Cependant l'affection est de nature essentiellement chronique. Une femme qui a été atteinte d'inflammation et de suppuration des ligaments larges, même sous sa forme la plus bénigne, peut voir s'écouler plusieurs mois, une année et même davantage, avant que toute trace d'inflammation locale ait disparu et qu'elle puisse être considérée comme radicalement guérie. Durant cette longue période, elle n'est jamais sans souffrir du côté de l'utérus et elle reste sujette par intervalles aux exacerbations aiguës dont j'ai parlé. Pendant qu'elle souffre de la sorte, la menstruation est toujours plus ou moins modifiée. Parfois elle fait défaut pendant plusieurs mois ; d'autres fois elle n'est retardée que de quelques jours ou de quelques semaines. En général, la durée de la période menstruelle est diminuée, la quantité de sang qui s'écoule est moins considérable, et la malade éprouve de vives douleurs pendant tout le temps que durent les règles. Dans quelques cas assez rares, cependant, le flux sanguin est augmenté et les époques menstruelles avancent. Puisque la congestion physiologique qui accompagne la menstruation est si manifestement augmentée et troublée par l'existence d'une affection des annexes de l'utérus, il n'y a pas lieu de s'étonner si cette même congestion exerce à son tour une fa-