

chense influence sur l'affection inflammatoire et si elle est la cause la plus fréquente des exacerbations que nous avons signalées. Il n'est pas non plus surprenant qu'il y ait une leucorrhée continuelle, tout le système utérin restant dans un état de congestion permanente, même quand il n'est pas sous l'influence du flux cataménial.

Longtemps avant que la sensibilité locale ait disparu et que la malade puisse être considérée comme rétablie, on ne peut plus sentir trace d'induration ou de tumeur, soit au toucher par le vagin, soit à la palpation par l'abdomen. La sécrétion et la sortie du pus se suppriment même souvent beaucoup plus tôt; avant que l'induration soit entrée en résolution et ait cessé d'être perceptible au toucher.

Telle est la succession de symptômes qu'on peut observer dans la forme bénigne ou non puerpérale de l'inflammation des annexes de l'utérus. Et, bien qu'elle soit souvent méconnue, en raison de l'ignorance où l'on est de la nature de la lésion dont ces symptômes sont l'expression, la maladie n'est pas, en réalité, moins facile à reconnaître et à suivre dans son évolution que beaucoup d'autres affections mieux étudiées.

Mais une de ses conséquences les plus redoutables, et dont on ne doit jamais perdre de vue la possibilité, est la péritonite aiguë. Cette complication fatale peut survenir à tout moment, et par le seul fait de l'extension de la péritonite légère qui existe toujours localement. Elle peut aussi résulter de l'ouverture de l'abcès du ligament large dans le péritoine, et de l'épanchement de pus ou de sang, ou de tous deux à la fois, dans la cavité du bassin.

Marche et terminaison. — Dans sa période aiguë, l'inflammation des ligaments larges est accompagnée de l'ensemble des symptômes généraux et fébriles qui accompagnent habituellement les maladies aiguës. En passant à l'état chronique, elle donne naissance au cortège de symptômes sympathiques qui caractérisent les affections utérines en général, c'est-à-dire à la dyspepsie, la cardialgie, la constipation, la céphalalgie, les palpitations, l'insomnie, la faiblesse générale et les troubles de la nutrition.

A sa première période, et sous l'influence d'un traitement prompt et énergique, elle peut se terminer, ainsi que nous l'avons vu, par la résolution; cependant il est plus fréquent d'observer la suppuration avec toute la série des symptômes pénibles que nous avons décrits. Le grand péril est surtout la péritonite aiguë.

La durée de la période secondaire de la maladie, durant laquelle

la femme se remet graduellement, mais lentement, des effets de la première attaque d'inflammation aiguë et des conséquences immédiates de celle-ci, varie suivant l'état de la constitution et de la santé générale, suivant aussi les conditions sociales de la malade et le traitement employé. Quand toutes les circonstances sont favorables, les exacerbations et les rechutes sont peu nombreuses et la malade se rétablit avec une rapidité relativement assez grande. Mais quand il n'en est pas ainsi, et parfois malgré les circonstances les plus favorables, le retour à la santé est des plus lents et des plus pénibles. En général, cependant, dans cette forme spéciale de l'affection, c'est-à-dire en dehors de l'état puerpéral, le pus s'échappant par des conduits naturels et sans perforation des parois abdominales, les symptômes locaux et généraux ne sont pas très-graves, excepté pendant les exacerbations et les rechutes. La malade est en état de sortir et de vaquer plus ou moins à ses occupations. Elle est seulement délicate et assez mal portante, elle éprouve dans le bas-ventre des douleurs et des sensations insolites, sa menstruation est troublée et laborieuse, la véritable cause de son état maladif restant un mystère pour elle-même comme pour son médecin.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection, surtout dans sa forme non puerpérale, n'est pas aussi sérieux qu'on l'a dit; mais si la vie n'est pas alors en danger, la santé n'en est pas moins compromise pour un temps assez long, pour plusieurs mois, et même plusieurs années. On voit donc combien il importe de la distinguer de la métrite aiguë, avec laquelle on la confond le plus souvent. Cette dernière affection se termine généralement par résolution sous l'influence d'un traitement judicieux, sans suppurer ni laisser de trace de son existence. L'inflammation des ligaments larges, au contraire, bien qu'elle ne semble pas être une maladie plus grave à son début et dans sa période d'acuité, donne lieu à des lésions et à des modifications de texture que le temps et un traitement bien dirigé peuvent seuls faire disparaître, et qui parfois ne peuvent jamais guérir complètement.

La raison pour laquelle on a considéré jusqu'ici l'inflammation et les abcès des ligaments larges comme une affection si sérieuse et se terminant très-souvent par la mort, cette raison est qu'on n'a eu en vue que les cas exceptionnels, ceux qui suivent l'accouchement, dans lesquels l'élément péritonitique prédomine, et qui donnent naissance à de vastes suppurations du bassin, lesquelles s'ouvrent parfois à l'extérieur. Dans cette forme de la maladie, la mort arrive

quelquefois; mais, même en pareil cas, le fait est rare, à moins que l'inflammation ne devienne exceptionnellement intense.

Diagnostic. — On n'a pas pu lire avec attention la description qui précède sans être convaincu de l'extrême importance du diagnostic dès le début de cette affection. En effet, quand on l'a reconnue à sa première période, on peut souvent, à l'aide d'un traitement suffisamment actif, obtenir la résolution complète, auquel cas la maladie est de suite terminée, et alors même qu'on ne réussit pas à prévenir la suppuration, on parvient souvent à circonscrire l'inflammation périphérique, à limiter l'abondance de la suppuration, et à éviter ainsi bien des souffrances à la malade. Il n'est pas médiocrement important d'ailleurs de connaître la gravité plus grande de l'affection à sa seconde période, ainsi que les principaux faits qui la caractérisent alors, afin de pouvoir garder à cet égard un pronostic réservé et de prédire même à la malade et à ses proches la longue suite de symptômes qui se manifestent généralement lorsque la suppuration a une fois commencé. Si, au contraire, on ne fait qu'un diagnostic approximatif, en négligeant de recourir à ces moyens d'examen qui seuls peuvent permettre de reconnaître la véritable nature de la maladie; si on se contente de soupçonner l'existence d'une métrite ou d'une inflammation des intestins, dénomination vague, sous laquelle on confond si souvent les diverses inflammations pelviennes et viscérales, la santé de la malade et la réputation du médecin peuvent en souffrir également.

Les symptômes de l'inflammation des ligaments larges à la période aiguë sont souvent tellement semblables à ceux de la *métrite aiguë* que, s'il n'y a pas dès le début, dans la région de l'un des ovaires, une tumeur profondément située, de nature inflammatoire et qu'on puisse sentir à la pression, il est presque impossible de distinguer le phlegmon de la métrite par d'autres moyens que par le toucher soigneusement pratiqué. Cet examen est d'autant plus nécessaire que, même dans le cas où il existe une tumeur évidemment étrangère à l'utérus, il serait impossible, sans l'exploration par le doigt, de dire positivement s'il s'agit d'une inflammation phlegmoneuse de l'ovaire, des ligaments larges ou de la fosse iliaque. Cette dernière espèce d'inflammation est même généralement confondue avec celle que nous étudions actuellement, et cela malgré les recherches contemporaines.

La région où sont situés les ligaments larges est si voisine de la fosse iliaque que les tumeurs phlegmoneuses qui se développent

dans l'une ou l'autre de ces régions doivent faire plus ou moins de saillie de l'une vers l'autre, et rendre ainsi très-difficile, sinon impossible, dans la plupart des cas, toute distinction à l'aide du palper abdominal. On ne doit pas oublier non plus que, dans ces sortes d'affections, la difficulté du diagnostic par l'examen extérieur est rendue plus grande encore en raison de l'extrême sensibilité des parois de l'abdomen, de la rigidité spasmodique qui en résulte, et en raison aussi de la présence fréquente d'une couche considérable de tissu cellulo-adipeux. On peut cependant surmonter ces divers obstacles, dans la très-grande majorité des cas, par une exploration attentive de la cavité pelvienne à l'aide du doigt. Il est vraiment singulier qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur les abcès iliaques chez la femme n'ait insisté suffisamment sur ce moyen très-rationnel et très-important d'arriver à un diagnostic exact. Il en est même beaucoup qui n'essayent pas de séparer les *inflammations de la fosse iliaque* de celles des ligaments larges, et qui les confondent involontairement dans une même description. Quant à ceux qui s'efforcent d'établir la distinction, ils s'appuient sur l'examen extérieur à travers les parois de l'abdomen, ainsi que sur d'autres symptômes tels que le siège de la lésion, qui est généralement à droite dans le cas de tumeur de la fosse iliaque, la rétraction de la cuisse, qu'on observe souvent alors, tandis qu'elle manque habituellement dans la tumeur des ligaments larges, etc. Si la tumeur est située dans la fosse iliaque, de même que dans les cas de psoriasis ou d'abcès venu des lombes, le toucher fait reconnaître que l'utérus, la région péri-utérine et le cul-de-sac du vagin ne présentent absolument pas de gonflement, de chaleur ni de douleur; bien que l'existence d'une affection inflammatoire dans le voisinage augmente parfois notablement la sensibilité de cette région et des organes qui s'y trouvent. En refoulant le vagin vers l'un des côtés du bassin, on peut sentir la tumeur phlegmoneuse; mais on s'aperçoit qu'elle adhère à la fosse iliaque, d'où elle fait plus ou moins de saillie du côté du petit bassin. Quand, au contraire, ce sont les annexes de l'utérus qui sont affectées, le toucher permet de constater que la maladie a son siège dans le bassin lui-même. Dans quelques cas assez rares, l'inflammation peut s'étendre des ligaments larges à la fosse iliaque ou réciproquement, et alors les signes des deux affections se trouvent réunis. Le toucher par l'anus éclairera beaucoup le diagnostic dans certains cas douteux; mais il n'est pas ordinairement nécessaire, et l'on peut en général s'en passer.

La métrite aiguë et les abcès iliaques sont les deux maladies avec lesquelles on est le plus exposé à confondre l'inflammation des ligaments larges. Celle-ci présente cependant quelques symptômes en commun avec d'autres affections pelviennes, surtout avec l'hématocèle péri-utérine, ou hémorrhagie qui s'effectue dans les appendices de l'utérus. Les symptômes propres à cette forme d'hémorrhagie seront examinés dans un article spécial à la fin de ce chapitre.

Dans la *métrite chronique partielle*, il existe une tuméfaction circonscrite de l'utérus qu'on peut prendre pour une petite tumeur inflammatoire des ligaments larges juxtaposée à l'utérus; mais, dans la métrite chronique, la tuméfaction est presque toujours située à la partie postérieure et inférieure de l'organe, non pas sur le côté, et elle fait d'ailleurs évidemment corps avec l'utérus; il n'y a pas trace de suppuration, et les antécédents sont différents.

Les *tumeurs des ovaires* ou *des trompes*, la tumeur formée par une *grossesse extra-utérine*, ou par un *amas de matières stercorales* dans le gros intestin, peuvent toutes siéger dans le même lieu; mais il y a absence complète de symptômes inflammatoires, et l'entière différence dans les antécédents et les signes de ces états divers suffit au diagnostic.

L'inflammation des ligaments larges ne se rencontre pas seulement à l'état aigu; on l'observe souvent pour la première fois alors qu'elle est déjà passée à l'état chronique et qu'elle a existé depuis longtemps méconnue. En pareil cas, la sensibilité abdominale, la tuméfaction perceptible à l'extérieur et tous les symptômes aigus peuvent avoir disparu. Les symptômes sont parfois simplement ceux d'une affection chronique de l'utérus, avec troubles des fonctions menstruelles et exacerbations irrégulières. A cette période de la maladie, le toucher est la seule manière d'arriver à un diagnostic exact. Si l'on trouve, en contact avec l'utérus, les vestiges d'une tumeur indurée, douloureuse, et que les antécédents soient ceux que j'ai décrits, on peut de suite soupçonner la véritable nature de l'affection. Dans quelques cas même, je l'ai clairement reconnue par le seul récit que la malade me faisait de ses souffrances, alors que toute trace d'induration inflammatoire avait disparu du bassin, et qu'il n'existait plus qu'une légère sensibilité dans la région antérieurement affectée.

Quand l'inflammation phlegmoneuse s'étend à tout le bassin et que des collections purulentes s'effectuent en diverses directions,

la cavité pelvienne formant, pour ainsi dire, un vaste foyer d'inflammation, il est difficile de déterminer où et comment la maladie a commencé, si l'on n'a pas été à même d'en observer la marche. Mais ces cas appartiennent plus spécialement à la forme grave ou puerpérale de l'inflammation des ligaments larges, dont je vais maintenant donner une description rapide. Je dois toutefois rappeler, au préalable, que si je décris comme type de la forme grave la forme puerpérale, cependant l'affection peut être également grave à toutes les périodes de la vie, dans tous les états possibles de l'organisme et sous l'influence de toutes les causes qui ont été spécifiées plus haut (1).

(1) M. Bennet ne décrit que l'inflammation du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets des ligaments larges, c'est-à-dire situé *sur les côtés* de l'utérus seulement. M. Nonat a voulu aller plus loin et donner l'histoire de l'inflammation du tissu cellulaire placé entre les faces antérieure et postérieure de l'utérus, d'une part, et le péritoine utérin, d'autre part; il a pu de la sorte faire l'histoire complète de l'inflammation du tissu cellulaire *péri-utérin*. D'ailleurs, comme l'inflammation du tissu conjonctif porte le nom de phlegmon, il a été ainsi autorisé à englober dans une dénomination commune, — celle de *phlegmon péri-utérin*, — et le phlegmon des ligaments larges des auteurs qui l'avaient précédé, et la phlegmasie du tissu cellulaire anté et rétro-utérin.

A la vérité, la doctrine de M. Nonat repose bien plus sur des arguments que sur des faits, et l'auteur invoque l'anatomie normale et la physiologie pathologique, sans donner de son opinion une démonstration directe, par l'anatomie pathologique.

« 1. Il y a du tissu cellulaire entre l'utérus et le péritoine qui revêt extérieurement cet organe, et ce tissu cellulaire peut s'enflammer. Voilà le point de départ de M. Nonat. » La couche cellulaire péri-utérine, dit M. Nonat, assez épaisse au-dessus de l'insertion du vagin à la matrice, et au niveau des culs-de-sac péritonéaux (ligaments larges), va s'amincissant, se raréfiant à mesure qu'elle se rapproche de la partie moyenne et du fond de l'organe. Elle est d'une texture lamelleuse et ne s'infiltré jamais de graisse. Sa minceur et sa structure expliquent à merveille pourquoi l'inflammation, loin de s'y produire toujours avec intensité et sous la forme aiguë, et d'y engendrer promptement du pus, y suit souvent, au contraire, une marche lente, progressive, versant, au lieu de globules purulents, des éléments plastiques dont l'accumulation forme à la longue ces masses indurées qui constituent les phlegmons péri-utérins chroniques. »

M. Nonat admet, eu égard à leur siège, cinq espèces de phlegmon péri-utérin : 1° le phlegmon *latéral*, droit ou gauche, suivant qu'il est en contact immédiat avec la matrice, à droite ou à gauche; 2° le phlegmon des *ligaments larges* (qui vient d'être décrit par M. Bennet); 3° le phlegmon *rétro-utérin*, qui siège dans le tissu cellulaire situé en arrière de l'utérus; 4° le phlegmon *anté-utérin*, situé en avant de l'utérus, et 5° enfin, le *péri-rectal*, qui se développe dans le tissu cellulaire qui avoisine immédiatement le rectum. Les moins fréquents

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

L'état puerpéral, qu'on peut considérer comme s'étendant de l'accouchement à la fin de la quatrième, de la cinquième ou de la

sont l'anté-utérin et le péri-rectal. Ces phlegmons sont aigus ou chroniques.

La description du phlegmon péri-utérin aigu se confond presque complètement avec celle du phlegmon des ligaments larges dans l'état puerpéral, donnée par M. Bennet; aussi n'y insisterons-nous pas. L'histoire du phlegmon péri-utérin chronique offre d'intéressantes particularités, dont la plus importante est l'existence d'une tumeur caractéristique par sa forme, son volume et ses rapports anatomiques.

Cette tumeur présente quelquefois un relief apparent au-dessus du pubis, à travers la paroi abdominale qu'elle soulève; mais elle acquiert rarement des dimensions qui la rendent visible à l'œil. Aussi est-il nécessaire, dans la grande majorité des cas, de recourir à l'exploration manuelle pour en constater l'existence. Il faut habilement combiner le toucher vaginal avec la palpation hypogastrique, et souvent compléter son investigation par le toucher rectal; il est même des cas où celui-ci doit suppléer au toucher vaginal, c'est lorsque ce dernier est rendu impossible par l'excès de la douleur, ou lorsqu'on a affaire à une fille vierge. « Le doigt introduit dans le rectum peut atteindre et reconnaître la face postérieure du col et du corps de la matrice et surtout apprécier les lésions de la cloison recto-utérine. » C'est là un excellent moyen d'investigation, qui donne de précieux renseignements, et que je pratique toujours quand il y a lésion de la paroi postérieure de la matrice. Le mieux est de le faire sans en prévenir la malade, qui, autrement, s'y oppose parfois et offre de la résistance.

Les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines présentent de grandes variétés de forme et de volume. Les unes sont arrondies et plus ou moins sphériques, les autres sont oblongues et aplaties; il en est qui égalent à peine la grosseur d'une amande, d'autres acquièrent et même dépassent le volume d'une noix, d'un œuf de poule ou d'une orange. La surface de ces engorgements est égale et lisse. M. Nonat n'a jamais trouvé ces bosselures signalées par certains auteurs, et il est tenté de croire qu'on a pris dans ce cas pour des tumeurs rétro-utérines des amas de matière stercorale. Ces tumeurs ont une consistance solide qui varie suivant l'ancienneté de la phlegmasie, et peut acquérir parfois la dureté des tumeurs fibreuses. La sensation qu'elles donnent au toucher diffère de celle fournie par le corps de l'utérus, dont le tissu, après s'être laissé déprimer, revient lentement sur lui-même.

Quelques-unes de ces tumeurs sont mobiles, libres de toute adhérence avec les parties voisines; d'autres, au contraire, contractent avec les tissus environnants des adhérences plus ou moins intimes, mais qui, cependant, ne sont jamais assez fortes pour rendre la tumeur immobile.

Souvent à la surface de ces tumeurs péri-utérines chroniques, rampent un ou plusieurs vaisseaux artériels dont le volume atteint parfois le calibre de l'artère

sixième semaine après les couches, est un état des plus périlleux. Tant qu'il dure, toutes les affections inflammatoires présentent, ainsi que je l'ai dit, une gravité particulière, et surtout celles des organes qui, directement ou indirectement, ont participé à la parturition.

Si l'inflammation survient dans les ovaires ou les ligaments larges

radicale; ils sont toujours superficiels et situés le plus habituellement à la base de la tumeur. Ils ne se développent que dans les tumeurs phlegmoneuses anciennes; M. Nonat ne les a jamais rencontrés avant le troisième mois, mais en général ils n'apparaissent pas avant le huitième; ils ne manquent jamais dans les engorgements qui datent d'un an. L'existence de ces vaisseaux constitue pour M. Nonat un important élément de pronostic; la présence d'une grosse artère auprès de la tumeur indique toujours un engorgement plus ou moins rebelle, difficile à guérir, non-seulement parce que la lésion est ancienne, mais parce que les vaisseaux volumineux qui se rendent dans la tumeur y entretiennent une nutrition trop active.

Il est évident que ces tumeurs phlegmoneuses déterminent des troubles de voisinage par la compression qu'elles exercent sur les organes environnants; elles produisent aussi des déplacements de l'utérus, lesquels pour M. Nonat comme pour M. Bennet sont subordonnés complètement à l'existence de la tumeur.

II. Les doctrines de M. Nonat étaient à peu près universellement adoptées en France quand MM. Bernutz et Goupil sont venus les battre en brèche, en s'appuyant d'abord sur deux autopsies dont ils ont largement interprété l'importance. Ces auteurs font remarquer, en premier lieu, combien est mince la couche de tissu cellulaire intermédiaire au tissu de l'utérus et au péritoine qui revêt cet organe, et combien il est difficile que cette couche si mince, si serrée, puisse donner naissance à des tumeurs inflammatoires telles que celles décrites par M. Nonat. Ils établissent en outre que, dans deux autopsies, la tumeur inflammatoire qui, pendant la vie, avait présenté les signes caractéristiques des phlegmons péri-utérins, n'avait pas pour siège le tissu cellulaire en question, mais qu'elle était constituée par les viscères pelviens réunis entre eux à l'aide d'adhérences péritonéales. En d'autres termes, il n'y avait pas alors un phlegmon péri-utérin, mais une péritonite du bassin, ou, comme le disent ces auteurs, une pelvi-péritonite.

Pour MM. Bernutz et Goupil, l'inflammation du péritoine pelvien à laquelle on doit attribuer les adhérences péritonéales si communes et si souvent signalées au pourtour des organes génitaux, est une affection excessivement fréquente. Ils la comparent à l'inflammation de la tunique vaginale dans l'orchite. Seulement, s'il y a analogie dans le travail morbide qui s'accomplit, il n'y a pas analogie dans la gravité des conséquences. La transmission de la phlogose, du testicule enflammé à la tunique vaginale qui l'enveloppe, détermine simplement une exsudation de sérosité sans importance; tandis que la transmission du processus inflammatoire de l'utérus enflammé au péritoine voisin provoque un travail d'exsudation plastique, qui non-seulement par son étendue détermine des sympathies nombreuses, mais encore donne lieu à la production d'adhérences qui rattachent à l'utérus les organes voisins et en compromettent plus ou moins les fonctions. Ainsi se dévelop-

immédiatement après la délivrance, c'est fréquemment comme complication de la métrite-péritonite et comme simple épiphénomène de cette formidable affection. Un grand nombre de ceux qui ont écrit sur la fièvre puerpérale ont signalé la fréquence de la

peut des tumeurs perceptibles au moyen du toucher vaginal ou de la palpation hypogastrique, et qui sont formées en partie par des exsudats fibrineux, en partie par les viscères agglomérés.

MM. Bernutz et Goupil vont plus loin encore. Ils soutiennent que l'inflammation du péritoine pelvien, toujours symptomatique, dérive plus souvent de l'inflammation des ovaires, et surtout des trompes, que de la phlegmasie de l'utérus.

Suivant eux, les symptômes prédominants de ces affections péri-utérines appartiennent à la pelvi-péritonite, tandis que l'affection utérine ou tubo-ovarienne, bien que la plus importante, puisque c'est elle qui a entraîné le développement de l'inflammation de la séreuse pelvienne, n'est indiquée que par des symptômes obscurs, au moins dans l'état actuel de nos connaissances.

La première autopsie dont s'étaye la doctrine de ces médecins, est celle d'une jeune fille de dix-huit ans qui, au douzième jour d'une blennorrhagie occupant l'utérus, le vagin et l'utérus, éprouva de vives douleurs dans la partie inférieure du ventre. Au vingtième jour de la maladie, cette femme entra à l'hôpital de Lourcine, où l'on constata une douleur très-vive, occupant la région hypogastrique, et surtout prononcée à gauche. On constata de plus, par le toucher, l'existence d'une tumeur qui circonscrivait les trois quarts du pourtour du col utérin. Cette femme succomba à une pleurésie, et à l'autopsie on trouva des adhérences péritonéales 1° réunissant sur la ligne médiane, en avant, la vessie et l'utérus anté-fléchi, en arrière la face postérieure de l'utérus à l'S iliaque et au rectum; 2° réunissant à droite la fin de l'S iliaque au ligament large droit recroquevillé sur lui-même, de telle sorte qu'il existait sur le côté et en arrière de ce ligament large droit, un espace libre de toute adhérence qui, pendant la vie, restait libre et paraissait au toucher n'être point envahi par la tumeur; 3° réunissant à gauche, au péritoine pariétal d'une part, et entre eux d'autre part, le ligament large gauche, l'S iliaque et la partie supérieure du rectum. Entre ces organes, en arrière du ligament large gauche, et en avant de l'S iliaque, existait une collection purulente, intra-péritonéale, contiguë à l'ovaire, dont le tissu était sain. Il y avait des collections purulentes dans la trompe droite et une oblitération de la trompe gauche. Quant au tissu cellulaire, interposé au péritoine et au parenchyme de l'utérus, il était parfaitement sain, ainsi que celui des ligaments larges, bien qu'on crût pendant la vie de la malade que c'était ce tissu cellulaire intermédiaire au péritoine et à l'utérus, qui était le siège de la tumeur inflammatoire perçue par le toucher.

Chez une autre femme, âgée de dix-neuf ans, il se développa, à la suite de la suppression des règles, les symptômes d'un phlegmon péri-utérin, à marche aiguë; au toucher, on trouvait le col mou, peu volumineux, dirigé en avant et en haut; en arrière de ce col, on sentait une tumeur arrondie, résistante, très-douloureuse à la pression. L'utérus se dévia consécutivement; au lieu d'être porté en haut et en avant, il fut ultérieurement porté en arrière, dans le cul-de-sac postérieur où l'on sentait une sorte de bride médiane verticale, dure, qui paraissait attacher

suppuration des ovaires et des ligaments larges dans les cas de métrite-péritonite terminés par la mort. Mais alors même que les ligaments larges s'enflamment plusieurs semaines après l'accouchement, les symptômes généraux sont plus intenses, la tuméfaction

l'utérus à la paroi intérieure du rectum. Cette femme succomba à une variole maligne. A l'autopsie on trouva que le prétendu phlegmon péri-utérin était formé par des adhérences péritonéales multiples, interposées à la face postérieure de l'utérus et au rectum. Il y avait une inflammation des trompes. Quant au tissu cellulaire péri-utérin, il était intact.

Enfin, dans un troisième cas, au cinquième jour de l'écoulement des règles chez une jeune femme de vingt-deux ans, il y eut suppression du flux menstruel par un refroidissement; il se manifesta presque aussitôt des vomissements et des douleurs abdominales très-vives, mais limitées à la partie inférieure du ventre, qui seule offrait une légère tension. Le sixième jour, on constata pour la première fois l'existence d'une tumeur rétro-utérine du volume des deux tiers du poing, simulant par sa configuration une hématocele, mais beaucoup plus fluctuante que les tumeurs de cette espèce. La péritonite se généralisa, et la mort eut lieu le douzième jour après le début des accidents. Il y avait des adhérences glutineuses et de la sérosité purulente dans la cavité abdominale proprement dite; occlusion de la cavité pelvienne, par l'adhérence des anses de l'intestin grêle entre elles et au bord supérieur de l'utérus. La cavité pelvienne ainsi enkystée était distendue par de la sérosité puriforme, dont la quantité équivalait à peu près à un tiers de litre. Il y avait des collections purulentes dans les trompes. La membrane muqueuse de l'utérus était enflammée, et la cavité de cet organe dilatée se trouvait remplie par un liquide sanieux mucoso-sanguinolent. Mais le tissu cellulaire des ligaments larges, celui de l'utérus, et en particulier celui qui double le cul-de-sac rétro-utérin était parfaitement sain.

MM. Bernutz et Goupil n'admettent pas davantage l'existence des phlegmons péri-utérins subaigus ou chroniques; dans ces cas encore, il y a phlegmasie du péritoine pelvien, et la tumeur perceptible au toucher est constituée par des brides pseudo-membraneuses et par des agglomérations intestinales. Il est inutile de rapporter les autopsies que ces auteurs invoquent à l'appui de leur opinion. L'une d'elles a cela de probant, qu'elle a trait à une malade observée pendant quelque temps par M. Nonat lui-même.

Ces auteurs invoquent encore à l'appui de leur opinion, une observation empruntée à la Clinique de M. Andral, et relative à une femme qui succomba à es suites de couche. A l'autopsie, on trouva les altérations d'une péritonite naissante, et de plus une collection purulente ancienne, intra-péritonéale, interposée à la face postérieure de l'utérus et au rectum. Pour M. Andral, ces péritonites partielles existent moins souvent seules qu'elles ne sont une complication de certaines affections des organes contenus dans le bassin, et en particulier de l'utérus et des ovaires. Ainsi, dit l'illustre professeur, dans un certain nombre de métrites chroniques, on trouve autour de l'utérus un ou plusieurs foyers purulents, qui ont évidemment leur siège dans le péritoine. Cette manière de voir justifie la doctrine ingénieuse de MM. Bernutz et Goupil, qui voient surtout dans la pelvi-péri-

locale plus considérable, et l'inflammation présente, dès le début, une plus grande tendance à se propager aux tissus adjacents que dans la forme non puerpérale de l'affection. On éprouve aussi beaucoup plus de difficulté à en arrêter les progrès; le travail inflammatoire et suppuratif continue à s'étendre longtemps après que la première collection s'est vidée hors du bassin, et, dans un grand nombre de cas, il donne lieu à des adhérences et à des perforations abdominales. Cette forme si grave de la maladie est exceptionnelle en dehors de l'état puerpéral; tandis que, dans ce dernier état, elle

tonite une phlegmasie du péritoine par propagation, ayant pour point de départ une inflammation des organes génitaux internes de la femme, absolument comme on voit chez l'homme l'inflammation du testicule produire celle de la séreuse qui l'enveloppe.

III. Entre les opinions si contradictoires de M. Nonat d'une part, et de MM. Bernutz et Goupil d'autre part, viennent se placer celles d'Aran. Ce médecin dit avoir vu dans le ligament large les deux feuillets du péritoine séparés l'un de l'autre par une couche épaisse de pus; et sur les parties latérales de l'utérus il a pu, à trois reprises différentes, reconnaître pendant la vie des engorgements partiels du tissu cellulaire, et s'assurer après la mort de la composition réelle de ces engorgements. Dans deux de ces derniers cas, il y avait sur l'un des côtés du col un noyau d'induration douloureux à la pression, se prolongeant le long de la paroi latérale du vagin, dans une étendue de trois à quatre centimètres environ. Après la mort, ce noyau d'induration avait beaucoup perdu de sa consistance; mais, en le recherchant avec soin, on put le découvrir et s'assurer qu'il était constitué par du tissu cellulaire, imprégné de sang dans un cas, infiltré de lymphes plastique et de pus dans l'autre.

L'inflammation du tissu cellulaire pelvien qui entoure l'utérus, ne saurait donc être contestée suivant Aran, qui ajoute même que si MM. Bernutz et Goupil n'ont pu en découvrir les traces, c'est qu'ils ne l'ont pas cherchée où elle est, et où elle doit être. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est constamment épaissi et induré dans les cas analogues à ceux qui ont été décrits par MM. Bernutz et Goupil, mais cet épaississement, cette induration se rencontrent rarement dans le ligament large, et fort souvent, au contraire, on l'observe dans l'espace d'anneau celluleux qui embrasse le col de l'utérus en avant, en arrière et sur les côtés.

Cependant, il ne s'agit pas seulement de savoir si le tissu cellulaire est susceptible de s'enflammer, mais bien si cette inflammation constitue l'affection à laquelle on donne le nom d'inflammation péri-utérine.

A cet égard, dit Aran, quand la tumeur de la cavité pelvienne acquiert des proportions assez considérables pour pouvoir être sentie à travers la paroi de l'abdomen, il n'est pas probable qu'elle soit exclusivement formée aux dépens du tissu cellulaire pelvien. Sur ce point, il est de l'avis de MM. Bernutz et Goupil: jamais tumeur inflammatoire d'un volume un peu considérable n'a été formée dans le bassin par ce tissu cellulaire péri-utérin seulement. Les tumeurs de ce genre résultent des adhérences des annexes de l'utérus entre elles, d'une part, et

est tellement habituelle, qu'on l'a considérée jusqu'ici comme la seule sous laquelle l'affection se manifeste à nous.

Quand l'inflammation des ligaments larges est associée à la métropéritonite, il est presque impossible d'en distinguer les symptômes au milieu de ceux de la métropéritonite; mais, quand celle-ci diminue, on peut découvrir dans le bassin une tumeur inflammatoire reconnaissable aux signes que j'en ai donnés. Il arrive parfois que, pendant que guérit la métropéritonite, de fausses membranes circonscrivent ou limitent, sur l'un des côtés de l'utérus ou sur tous

des adhérences de ces annexes avec l'utérus et avec les organes renfermés dans la cavité du bassin, d'autre part.

Aran croit aussi que c'est, le plus habituellement, de l'ovaire ou de la trompe que part la première trainée inflammatoire qui provoque l'inflammation péri-utérine.

IV. Ainsi, Aran admet que les petites tumeurs péri-utérines pourraient bien résider dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tandis que les tumeurs volumineuses résulteraient d'une pelvi-péritonite. S'il m'était permis de donner mon opinion, après celles de médecins aussi savants et aussi expérimentés, je me rangerais volontiers à la manière de voir d'Aran. Je crois, pour l'avoir maintes fois observé à Lourcine dans le service de mon maître M. Gosselin, que les tumeurs de petit volume, ayant la forme de segments de sphère, intimement adhérentes au corps ou aux parties latérales de l'utérus, et surtout à la face postérieure de cet organe; je crois, dis-je, que ces tumeurs, souvent d'une consistance presque ligneuse, sont situées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, comme le professe M. Nonat. Mais d'un autre côté, pour les tumeurs très-volumineuses et fluctuantes, il m'est difficile de ne pas accepter absolument la doctrine de MM. Bernutz et Goupil, qui n'est pas seulement rationnelle, mais a pour elle l'incontestable autorité d'autopsies déjà nombreuses et aussi minutieusement faites qu'elles ont été sagement interprétées.

Au fond, tout ce qui précède a plus d'importance doctrinale que pratique. Si les auteurs diffèrent quant au siège anatomique de la tumeur, ils sont tous d'accord sur un point, à savoir l'existence d'un travail inflammatoire. Ils s'accordent aussi à reconnaître que ce travail a pour origine un trouble fonctionnel ou une perturbation vitale des organes génitaux internes; en fait donc, puisqu'il y a une inflammation, quel qu'en soit d'ailleurs le siège, c'est l'inflammation qu'il faut traiter.

Il m'a semblé toutefois nécessaire d'exposer le plus succinctement possible les principales opinions qui règnent en France à propos des tumeurs phlegmoneuses péri-utérines.

Nonat, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1860.

Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1860.

Bernutz et Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, 1862.

(Note du TRADUCTEUR.)

deux à la fois, des collections purulentes situées dans la cavité du péritoine et en dehors des ligaments larges, mais qui, par cela qu'elles sont en contact avec ces ligaments, en simulent l'inflammation phlegmoneuse et ne peuvent en être distinguées. Dans ces cas, les ligaments eux-mêmes peuvent être intéressés ou ne pas l'être. Mais, quand même la maladie consiste en une inflammation simple des organes contenus dans les ligaments larges, si une métropéritonite en a été le point de départ, elle se complique presque toujours plus ou moins d'inflammation chronique de l'utérus et du péritoine adjacent.

Cependant l'inflammation des ligaments larges peut se développer primitivement à toutes les périodes de l'état puerpéral, indépendamment de la métropéritonite. Les symptômes sont ceux que j'ai déjà décrits, mais avec une plus grande violence, l'intensité étant ordinairement d'autant plus marquée que l'accouchement est plus récent. Il y a généralement alors un certain degré de métrite ou de métro-péritonite, le péritoine n'ayant pas encore perdu sa disposition à s'enflammer. J'ai souvent observé cette forme de la maladie dans les hôpitaux de Paris, chez des jeunes femmes qui, après être heureusement accouchées à la Maternité, en étaient sorties le huitième ou le dixième jour et avaient pris froid ou s'étaient fatiguées en retournant chez elles. Une des causes les plus fréquentes est l'arrêt brusque de la lactation, quelle qu'en puisse être la cause.

Dans la forme puerpérale de la maladie, l'inflammation étant plus étendue que dans la forme non puerpérale et intéressant presque toujours l'utérus et le péritoine, aussi bien que le tissu cellulaire et les organes situés dans les replis péritonéaux, il s'ensuit que non-seulement les symptômes primitifs sont beaucoup plus intenses et plus graves, mais encore qu'on n'observe pas alors cette rémission complète des symptômes qui se produit dans les formes plus bénignes, quand le pus s'est fait jour à l'extérieur. Assurément la sortie du pus par le vagin, le rectum ou la vessie est suivie de soulagement, mais ce soulagement n'est que partiel; l'abdomen reste tuméfié, dur et douloureux au toucher; le pouls est fréquent, la peau chaude, la langue blanche ou saburrale; il y a de l'insomnie, du dégoût pour les aliments, et la marche ne peut s'accomplir sans douleur. Au toucher, on trouve sur l'un des côtés de l'utérus une tumeur dure, douloureuse, qu'il est impossible de circonscrire comme auparavant. Elle a évidemment contracté des adhérences avec tous les organes environnants, avec les parois de l'abdomen, avec celles du bassin, et ré-

siste souvent à tous les efforts qu'on fait pour lui imprimer des mouvements. D'ailleurs, la pression qu'on exerce alors est tellement douloureuse, qu'il est très-difficile, sinon impossible, de se livrer à un examen satisfaisant. Dans quelques cas, l'ouverture qui s'est faite naturellement dans le rectum, le vagin ou la vessie, pour la sortie du pus, ne se ferme pas et permet au pus de s'échapper à mesure qu'il se forme. Dans d'autres cas, la sortie du pus est intermittente, la communication avec le foyer purulent étant probablement comme valvulaire, et s'ouvrant quand la pression est considérable pour se fermer pendant quelques heures ou même quelques jours. L'ouverture de l'abcès dans un point n'empêche pas, dans beaucoup de cas, que l'inflammation ne s'étende dans diverses directions et que le pus ne se fraye une voie à l'extérieur par d'autres orifices.

On observe souvent le ramollissement des muscles de l'abdomen, ainsi que la perforation des parois abdominales dans cette forme de l'affection, et les efforts de la nature pour évacuer le contenu de la tumeur par de nouveaux orifices sont souvent accompagnés d'une recrudescence dans les symptômes fébriles généraux. Parfois il se développe de l'œdème dans l'un des membres inférieurs ou dans tous les deux, par suite de l'inflammation et de l'oblitération des grosses veines du bassin. Le danger des adhérences pelviennes étendues et des perforations consécutives de l'abdomen diminue à mesure que s'éloigne l'époque de l'accouchement. Au bout de cinq ou six semaines, la malade sort de l'état puerpéral et les symptômes deviennent alors beaucoup moins graves. Si l'affection commence seulement à ce moment, elle prendra la forme bénigne.

Il advient parfois que la malheureuse malade reste pendant plusieurs mois dans une condition déplorable et tombe dans un tel état de marasme, que le médecin non familiarisé avec ces affections croit tout rétablissement impossible, surtout s'il sait combien l'inflammation du bassin est étendue. Quelques cas se terminent d'une manière fatale, la malade étant épuisée par la douleur, la fièvre hectique et l'abondance de la suppuration. Il n'est pas rare non plus de voir la mort survenir par le fait d'une péritonite générale, due soit à l'extension de l'inflammation, soit à l'ouverture du foyer dans le péritoine, ou par le fait d'une résorption purulente ou d'une maladie intercurrente à laquelle l'organisme affaibli est incapable de résister.

Je n'en crois pas moins fermement que, même dans cette forme grave de l'affection, la mortalité est beaucoup moins fréquente que

ne l'ont dit M. Marchal de Calvi et d'autres auteurs contemporains ; l'erreur dans laquelle ils sont tombés tenant à ce qu'ils se sont formé une opinion à l'aide d'une statistique composée des cas publiés jusqu'ici, et à ce que ces cas ne sont en réalité que des exemples excessifs et exceptionnels de l'inflammation, ayant par cela même plus fortement attiré l'attention des observateurs. A ces calculs statistiques, je n'ai pas, il est vrai, de chiffres personnels à opposer, attendu que je n'ai pas pris note de tous les cas d'inflammation puerpérale des annexes de l'utérus qu'il m'a été donné d'observer. Cependant mon expérience me permet d'affirmer de la façon la plus positive que, même dans la forme puerpérale de l'affection, la mort n'est pas très-fréquente, si l'on en excepte les cas auxquels j'ai fait allusion, et où l'inflammation des organes contenus dans les ligaments larges n'est qu'un épiphénomène d'une maladie bien autrement redoutable, la métrô-péritonite aiguë.

La même source d'erreur a fait croire à tort à M. Marchal de Calvi que la perforation des parois abdominales était aussi fréquente que celle du rectum ou du vagin. Rien n'est cependant plus contraire à la vérité, si j'en crois ma propre expérience. S'il est vrai que la perforation des parois de l'abdomen n'est pas rare dans l'inflammation puerpérale des annexes utérins, il n'est pas moins vrai qu'elle est exceptionnelle, comparée au grand nombre de cas où elle n'a pas lieu. Ce fait montre combien doit être erronée la description d'une maladie, fondée non pas sur l'expérience personnelle, mais sur l'analyse des cas exceptionnels trouvés dans la littérature médicale.

Bien que la malade puisse être réduite au degré le plus considérable de marasme et de faiblesse, cependant la mort, ainsi que je l'ai dit, n'est pas une terminaison fréquente. Il est même très-extraordinaire de voir combien la vie semble alors tenace. J'ai vu des femmes se rétablir qui semblaient, pendant plusieurs semaines, ne pas devoir vivre au delà de vingt-quatre heures. On doit certainement attribuer cette force de résistance à ce qu'alors aucun organe essentiel à la vie de l'individu n'est atteint. On sait très-bien que, dans les cas de cancer de l'utérus, la vie peut persister longtemps après que le bassin tout entier est devenu une masse cancéreuse, et cela en vertu de la même raison physiologique. Mais, dans les cas graves dont nous parlons, le rétablissement est toujours très-lent, surtout quand il existe des pertuis fistuleux dans les parois abdominales. Le premier indice d'un changement favorable consiste dans la cessation du mouvement fébrile, laquelle est généralement accom-

pagnée d'une rémission marquée de tous les symptômes locaux de l'inflammation. L'appétit et le sommeil font retour, et la malade entre graduellement dans la période de convalescence. Il s'est produit toutefois de telles altérations morbides, il y a un tel degré d'épaississement et d'induration inflammatoire des tissus, ainsi que des organes contenus dans le bassin, et de tels dépôts de lymphé plastique dans cette cavité; les fistules par lesquelles elle communique avec l'extérieur, ou avec les organes creux avoisinants, sont tellement sinuées et si fortement organisées, que des mois et même des années peuvent s'écouler avant que toute trace de la maladie ait disparu et que les organes pelviens soient revenus à leur état normal. Ajoutons que l'inflammation chronique de l'utérus, qui coexiste généralement dans ces cas, rend le rétablissement encore plus long et plus difficile et s'oppose parfois au retour complet de la santé. Mais, quand même le rétablissement a eu lieu parfaitement et que toute trace d'inflammation pelvienne a disparu, il reste généralement des adhérences entre les divers organes contenus dans le bassin, qui demeurent définitivement unis les uns aux autres. Il en résulte des déplacements variés de l'utérus, des trompes, des ovaires, ainsi que des sensations pénibles, et, dans quelques cas, une incurable stérilité.

Anatomie pathologique. — Il n'est rien moins que facile de donner une description à la fois claire et fidèle des lésions anatomiques de l'inflammation des ligaments larges, puisque, ainsi que nous l'avons vu, la mort n'arrive que quand il est survenu dans les organes voisins des changements tels qu'il est presque impossible de distinguer les phénomènes primitifs des phénomènes secondaires, et de dire si la maladie a commencé dans les ligaments larges ou ailleurs.

Si l'inflammation de ces ligaments existe comme complication d'une métrô-péritonite aiguë, indépendamment des lésions de l'utérus et du péritoine propres à la métrô-péritonite, indépendamment de l'épanchement séro-fibrineux et des fausses membranes qui agglutinent entre elles les anses intestinales injectées, on trouve le tissu cellulaire contenu entre les lames des ligaments larges et les ovaires tuméfié, congestionné ou infiltré de pus; ou bien il y a des foyers purulents plus ou moins considérables dans les replis péritonéaux, dans les ovaires ou les trompes. Telles sont aussi, sans doute, les lésions anatomiques de la forme simple ou non puerpérale de la maladie, lésions qu'on a rarement l'occasion d'observer, la mort n'ayant pas souvent lieu dans cette forme. Quand la malade succombe à une péritonite par extension ou par rupture du foyer

purulent dans la cavité du péritoine, on trouve à la fois les lésions dues à l'inflammation des annexes et celles qui résultent de la péritonite généralisée. Dans ces cas, comme dans les premiers, il n'est pas rare de rencontrer, dans la cavité du péritoine et au voisinage des organes pelviens, des collections purulentes circonscrites par de fausses membranes.

Quand la mort survient par épuisement, à la suite d'une inflammation de longue durée et d'une abondante suppuration, on découvre généralement des altérations nombreuses et profondes. A l'ouverture du bassin, on trouve une vaste cavité suppurante contenant une plus ou moins grande quantité de pus, et circonscrite tantôt par une membrane pyogénique bien caractérisée de plusieurs millimètres d'épaisseur, tantôt par les organes pelviens ainsi que par les circonvolutions intestinales épaissies et tapissées de fausses membranes. J'ai vu cette cavité suppurante occuper presque tout le bassin, et présentant des parois formées en arrière par le rectum, en avant par la vessie et les parois de l'abdomen, en haut par les anses intestinales. Les ovaires et les trompes sont alors épaissies, indurées, et macèrent dans le pus sur les côtés de l'utérus, lequel est lui-même enflammé et augmenté de volume. En pareil cas, toute trace de tissu péritonéal semble avoir disparu de la structure des ligaments larges, ou au moins n'est plus reconnaissable. Il y a souvent plus ou moins de pus dans les trompes ou dans les ovaires, dans le canal de celles-là et dans la substance de ceux-ci. Parfois même les ovaires sont transformés en de véritables kystes purulents. Le rectum, le vagin et la vessie sont généralement épaissis et enflammés, surtout s'ils ont été perforés pour livrer passage à la suppuration. Les parois de l'abdomen sont également épaissies et indurées, quand elles ont été en contact avec la collection purulente. Si la perforation de ces parois a eu lieu, les fibres musculaires sont transformées en un tissu dense, homogène et rayé de lignes jaunes.

Outre ces changements qui se sont opérés dans la cavité du bassin, il peut y avoir des lésions plus ou moins profondes dans la fosse iliaque, la région lombaire, etc., par suite de l'extension du travail morbifique à ces régions. Ainsi, au-dessous des aponévroses iliaques et lombaires, on peut trouver des collections purulentes au milieu desquelles macèrent et se dissocient les fibres des muscles iliaques, psoas et carrés des lombes. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, lorsqu'on ne rencontre que ces dernières lésions seules, il ne s'agit pas de l'affection que je décris actuellement, mais d'une maladie aussi

différente par le siège que par les symptômes, à savoir d'un abcès iliaque, affection qui, on le sait, n'est pas rare après les couches.

M. Mélier, M. Tardieu et d'autres observateurs ont trouvé les grosses veines du bassin et de l'abdomen, les iliaques, les fémorales et même la veine porte oblitérées. On a également vu les lymphatiques de l'utérus et du bassin pleins de pus.

HÉMATOCÈLE UTÉRINE OU HÉMORRHAGIE PÉRI-UTÉRINE.

Les médecins français se sont beaucoup occupés de cette sorte d'hémorrhagie dans ces dernières années (1861). D'abord des autopsies ont révélé ce fait, que des tumeurs pelviennes qu'on supposait dues à une inflammation des ovaires ou des ligaments larges, résultaient en réalité d'une hémorrhagie provenant de divers organes, soit des ovaires, soit des veines utéro-ovariennes, soit des trompes. La même découverte fut faite accidentellement par divers chirurgiens en ponctionnant le vagin, dans l'intention d'évacuer par cette voie des collections liquides contenues dans les ligaments larges et qu'ils croyaient purulentes. Au lieu de pus, c'était du sang qui sortait. Il devint dès lors évident que la tumeur pelvienne était due à une hémorrhagie, et non pas à une inflammation. On a maintenant recueilli et publié un nombre assez considérable de cas pour qu'il soit démontré que, si les tumeurs pelviennes d'origine hémorrhagique ne sont pas très-communes, au moins ne sont-elles pas exceptionnelles.

Les auteurs diffèrent grandement d'opinion relativement à l'origine et au siège de l'hémorrhagie intra-pelvienne : quelques-uns pensent que l'épanchement de sang s'effectue d'abord entre les replis péritonéaux des ligaments larges, et qu'ensuite il se propage en dehors de la cavité du péritoine; d'autres, au contraire, croient que l'hémorrhagie est généralement intra-péritonéale. Telle est l'opinion de mon regrettable ami Aran, qui, dans son dernier ouvrage, a donné une histoire très-complète de l'hématocèle faite en grande partie d'après des observations qui lui sont propres. Pour moi, je crois que c'est la meilleure manière d'envisager les faits. Les ligaments larges sont évidemment incapables de se dédoubler sous l'influence d'une hémorrhagie de manière à contenir entre leurs replis les énormes collections de sang qui remplissent quelquefois le bassin jusqu'au niveau des épines iliaques. Il n'est pas douteux que de petites hémorrhagies ne puissent s'opérer dans l'é-

païsseur des ligaments larges, mais les épanchements les plus considérables sont probablement tous intra-péritonéaux, et la membrane qui les circonscrit, et qu'on a prise pour un feuillet du péritoine, est simplement une fausse membrane, ainsi que Aran l'a fait voir. Cela devient surtout évident quand on examine les conditions qui précèdent et qui causent l'hémorrhagie.

Bien qu'on admette généralement que ces conditions soient variées, cependant quelques auteurs se sont efforcés de prouver que l'hémorrhagie se produit surtout sous l'influence d'une cause spéciale. Ainsi, MM. Laugier et Nélaton pensent que l'épanchement de sang, qui coïncide habituellement avec un mauvais état de la menstruation et est souvent lié à cette dernière fonction, provient de la cavité de la vésicule de de Graaf après l'évolution mensuelle de l'ovule. Dans cette théorie, le molimen hémorrhagique, combiné à un état de congestion morbide de l'ovaire, constitue la cause efficiente. Mais s'il n'est pas douteux qu'une hémorrhagie ne puisse s'effectuer de cette manière, on ne peut guère admettre cependant qu'un simple phénomène physiologique qui s'opère sans accident, chaque mois, pendant une grande partie de la vie des femmes, soit souvent accompagné d'hémorrhagie ovarienne.

De leur côté, MM. Trousseau et Bernutz pensent que le sang passe de la cavité de l'utérus ou de la trompe dans celle du péritoine par l'orifice du pavillon. Toutefois, bien qu'on ait cité des cas dans lesquels pareils faits sont survenus, on doit les tenir pour très-exceptionnels, car il est contraire aux faits physiologiques et pathologiques de voir le sang suivre un tel trajet (1). M. Decès rapporte un cas dans lequel une imperforation du col entraîna une accumulation du

(1) MM. Trousseau et Bernutz diffèrent complètement d'opinion, bien que leurs noms soient rapprochés par M. Bennet. Pour M. Bernutz, l'hématocèle tient à un reflux du sang de l'utérus dans la trompe et le péritoine. Mais la théorie de l'auteur semble s'appliquer surtout à des cas d'imperforation de l'hymen ou de rétention du sang menstruel par oblitération spasmodique du col, ou par le fait d'une tumeur ou d'adhérences. On a opposé à cette théorie du reflux de l'utérus dans la trompe, et de celle-ci dans le péritoine, un fait anatomique, à savoir : que l'orifice utérin de la trompe est très-étroit, qu'il est obturé, comme l'orifice interne du col utérin, par des plis longitudinaux exactement engrenés, et que cette occlusion, du côté de la cavité utérine, s'oppose au reflux de cette cavité dans la trompe. On comprend qu'en raison de cette disposition anatomique, l'écoulement du sang soit bien plus facile du côté du vagin que du côté du péritoine.

Pour M. Trousseau, l'hématocèle ne dérive point d'une déviation de l'hémorrhagie utérine par reflux dans le péritoine, elle est due surtout à l'épanchement

sang cataménial dans la cavité de l'utérus et dans celle des trompes, et détermina une rupture de celles-ci, dont la mort fut la conséquence. Cependant, on a cité des cas nombreux où, par suite d'une absence congénitale ou accidentelle de l'orifice du col, ou par le fait de l'oblitération de cet orifice ou de la cavité cervicale tout entière, de grandes quantités de sang menstruel s'étaient accumulées dans l'utérus, avaient augmenté considérablement son volume et donné naissance à une douleur aiguë, sans que pour cela le sang se fût épanché dans la cavité du péritoine par la trompe de Fallope. J'ai eu pour ma part l'occasion de voir et de traiter des cas de cette espèce.

Quant à M. Richef, il pense que l'hémorrhagie prend généralement sa source dans les plexus veineux utéro-ovariens qui deviennent variqueux, s'ulcèrent ou se rompent (1).

Bien qu'on puisse accepter toutes ces causes, mais en tant qu'exceptionnelles, on doit admettre néanmoins avec Aran que l'hémor-

dans cette cavité séreuse d'une hémorrhagie ayant son origine dans le pavillon de la trompe de Fallope.

Pour la démonstration de sa théorie, M. Trousseau commence d'abord par établir que les membranes muqueuses sont de tous les tissus les plus disposés à l'hémorrhagie : dans l'appareil digestif comme dans les fosses nasales, dans l'appareil respiratoire comme dans l'appareil uropoïétique, c'est toujours par les surfaces muqueuses que les hémorrhagies s'effectuent. Il fait remarquer ensuite, d'une part, l'état de congestion souvent excessive, au moment de l'ovulation, de tous les organes qui constituent le système utérin, et des trompes en particulier; il rappelle, d'autre part, la richesse vasculaire des trompes, et surtout de leur pavillon, qui doit à cette richesse même la propriété d'être érectile. Il en est ainsi logiquement induit à conclure que c'est la membrane muqueuse de la trompe, et surtout la membrane muqueuse du pavillon, qui donnent naissance aux hémorrhagies d'où dérivent les hématocèles.

M. Trousseau admet encore que certaines hémorrhagies peuvent être dues, bien que très-exceptionnellement, à une hémorrhagie provenant de l'ovaire au moment où l'ovule s'en détache; en effet, la sortie de l'ovule a lieu par une espèce d'énucléation; or, ce procédé, mis fréquemment en œuvre par la chirurgie, est celui qui donne le moins souvent lieu à une hémorrhagie. Pour que celle-ci ait lieu, il faut admettre une altération préalable de l'organe. M. Trousseau donne le nom d'hématocèles *cataméniales* à celles qui proviennent du pavillon de la trompe et se produisent par le fait d'une exagération de l'orgasme menstruel. Celles qui proviennent de l'ovaire sont appelées par lui hématocèles *ovariennes*.

(Note du Traducteur.)

(1) Sans connaître aucun fait directement favorable à la théorie de M. Richef, Aran, qui l'appelle *théorie des ruptures*, ne répugne nullement à admettre que ce soit là une cause possible des hématocèles.

Mais M. Trousseau, considérant combien est rare la rupture de la varicocèle du

rhagie péri-utérine se rattache ordinairement à des troubles de l'appareil utérin plus sérieux et plus durables, tels qu'une grossesse tubaire avec rupture de l'œuf et de la trompe, ou encore la rupture de kystes de la trompe de Fallope, ou de kystes de l'ovaire, ou enfin la rupture de collections sanguines formées primitivement dans l'ovaire; dans tous ces cas, le sang s'épanche dans la cavité péritonéale, avec plus ou moins d'abondance. Toutes ces conditions pathologiques de l'appareil utérin expliquent les troubles de la menstruation et les symptômes utérins qu'on observe souvent quelque temps avant la production de l'hémorrhagie (1).

On a vu l'épanchement de sang dans la cavité du péritoine produire tout à coup la syncope et la mort, ou bien déterminer une péritonite générale bientôt mortelle. D'ordinaire, cependant, la douleur, bien qu'elle soit très-intense dans les régions pelvienne et utérine, est néanmoins supportable, et l'inflammation du péritoine qui accompagne et limite l'épanchement reste ordinairement locale. Si l'on voit la malade peu de temps après la production de l'hémorrhagie, et si cette dernière est considérable, on sent une tumeur

cordons testiculaires chez l'homme, si tant est qu'il en existe des exemples, — de cette varicocèle quelquefois d'un volume considérable et exposée, par la place qu'elle occupe, aux violences extérieures; — M. Trousseau, dis-je, considérant ces raisons, se demande comment on peut admettre, comme cause d'une hématocele péri-utérine, la rupture spontanée d'une varicocèle profondément placée dans la cavité du petit bassin.

Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1860.

Trousseau, *De l'hématocele rétro-utérine cataméniale* (*Gazette des hôpitaux*, 1858).

(Note du Traducteur.)

(1) M. Gallard a émis, à propos de l'hématocele péri-utérine, une théorie assez audacieuse, qui est la suivante : Les hématoceles rétro-utérines seraient des grossesses extra-utérines, moins le produit de la conception. Toutes les hématoceles qui sont sous la dépendance d'une lésion ovarique, ne sont autre chose que des grossesses extra-utérines, et le sang qui les constitue contient dans tous les cas un ovule, fécondé ou non. M. Gallard a cherché des preuves à l'appui de sa théorie dans la coïncidence ordinaire du début de l'affection et de la menstruation, dans des faits de grossesses extra-utérines confondues avec des hématoceles par suite de symptômes identiques, et dans certains phénomènes du début qui ressembleraient à s'y méprendre à ceux d'une grossesse, et qui ont souvent induit en erreur soit les malades, soit les médecins eux-mêmes.

Aran émet une opinion qui se rapproche jusqu'à un certain point de cette dernière. Il admet que certaines hématoceles peuvent bien reconnaître pour cause, la rupture d'une grossesse extra-utérine; que si, dans quelques cas analogues à un fait qu'il rapporte, le fœtus est assez développé pour permettre de le reconnaître, il doit

perceptible par la palpation de l'abdomen; cette tumeur s'élève pour ainsi dire de la cavité pelvienne et forme saillie dans chacune des régions ovariennes sur les côtés de l'utérus. On reconnaît au toucher que ce dernier organe est poussé en haut et en avant par une masse demi-solide ou assez dure, qui occupe évidemment la cavité pelvienne et se continue avec la tumeur perçue par le palper de l'abdomen. Cette masse tombe dans le vagin en le refoulant de chaque côté de l'utérus, déplacé lui-même; ce qui est bien différent de ce que l'on observe dans le phlegmon et l'abcès des ligaments larges. Dans ce dernier cas, l'utérus est rarement déplacé en haut et en avant, et la masse phlegmoneuse ou la collection purulente reste ordinairement latérale et confinée à la région des ovaires. La marche de l'affection fournit encore des signes différentiels importants. Si, dans l'hémorrhagie, la malade survit à l'accident et échappe à la péritonite aiguë et générale, le sang épanché est limité par des adhérences et de fausses membranes, et la résorption commence aussitôt. C'est alors qu'on voit de jour en jour la tumeur diminuer rapidement, et pour ainsi dire à vue d'œil, de manière à ne plus

s'en trouver aussi bon nombre d'autres dans lesquels ce fœtus ne peut être découvert que par l'investigation la plus attentive, et peut même échapper à toutes les recherches.

En résumé, on a invoqué, pour l'origine de l'hématocele, 1° une hémorrhagie provenant de l'ovaire et liée au détachement de l'ovule (c'est la théorie de la ponte spontanée dont M. Nélaton est le promoteur); 2° une apoplexie ovarienne, qui a été invoquée par M. Langier; 3° une conception extra-utérine, qui a été admise par M. Gallard; 4° la rupture d'une grossesse extra-utérine, soutenue par Aran; 5° la rupture de varices des ligaments larges, c'est la théorie de M. Richet; 6° une hémorrhagie provenant de la trompe, et surtout du pavillon de celle-ci, opinion soutenue par M. Trousseau; 7° enfin, le reflux du sang menstruel de l'utérus dans le péritoine. Dans les six premières théories, l'hématocele reconnaît pour point de départ un fait primitivement morbide. Dans la dernière, au contraire, il y a simple déviation d'un fait primitivement physiologique.

Quoi qu'il en soit de toutes ces opinions, dont chacune a sa raison d'être, l'hématocele n'en est pas moins l'épanchement d'une quantité de sang plus ou moins considérable dans la cavité du péritoine, réclamant, quelle que puisse être son origine, une médication toujours la même, et c'est là ce qui importe aux praticiens.

Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1860.

Trousseau, *Leçons sur l'hématocele* (*Gazette des hôpitaux*, 1858, et *Union médicale*, 1861).

A. Voisin, *De l'hématocele rétro-utérine*, 1860.

Bernutz et Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, 1862.

(Note du Traducteur.)

avoir, au bout de très-peu de temps, comme huit ou dix jours, que la moitié ou le tiers de son volume primitif. S'il ne survient pas d'inflammation suppurative, non-seulement la portion séreuse, mais encore les éléments solides du sang sont résorbés, et toute trace d'hémorrhagie peut disparaître en un ou deux mois ou davantage.

Il arrive assez fréquemment, toutefois, que l'inflammation s'étende des organes où s'est effectuée primitivement l'hémorrhagie, tels qu'une trompe de Fallope, un plexus veineux ou un ovaire, ou de la péritonite locale qui s'en est suivie, aux tissus environnants. Du pus se forme et se mêle au sang épanché, et l'affection, d'abord simplement hémorrhagique, prend enfin le caractère d'un phlegmon et d'un abcès des ligaments larges. C'est surtout ce qui a lieu quand l'hémorrhagie est consécutive à la rupture d'une trompe de Fallope, due elle-même à une grossesse extra-utérine même récente. En pareil cas, l'ovule devient un corps étranger et, s'il ne cause pas une péritonite mortelle, il provoque au moins par sa présence une réaction inflammatoire assez sérieuse.

Bien souvent ce n'est que plusieurs jours ou plusieurs semaines après la production de l'hémorrhagie que les femmes du peuple, qui fréquemment continuent leurs occupations en luttant contre la douleur, font appel à l'intervention médicale. Or, en pareil cas, il peut être difficile, sinon impossible, de reconnaître la véritable nature de l'affection. On peut ne trouver alors qu'une masse dure et douloureuse sur l'un des côtés de l'utérus ou sur les deux côtés à la fois, ce dernier organe ayant repris sa situation normale. Les malades de cette classe ne donnent d'ailleurs que des renseignements très-confus sur leurs antécédents, ce qui contribue à accroître les difficultés du diagnostic. Il est vrai qu'alors la chose est moins importante, en ce sens que le traitement de l'hématocèle à cette période est très-analogue à celui du phlegmon des ligaments larges.

Quand l'hématocèle péri-utérine fut enfin reconnue, quelques chirurgiens de Paris essayèrent de donner issue par le vagin au sang épanché. Mais cette méthode de traitement avait précisément pour résultat d'entraîner les accidents qu'elle voulait prévenir, c'est-à-dire qu'elle provoquait souvent une inflammation sérieuse et même mortelle. Aussi a-t-elle été justement abandonnée. La conduite la plus prudente est de placer la malade dans les meilleures conditions en lui enjoignant de rester au lit et en prescrivant des moyens destinés tout à la fois à faciliter l'absorption et à s'opposer à l'inflammation du péritoine. On satisfait à la première indication en

administrant les diurétiques et les purgatifs doux, et à la seconde en appliquant de temps à autre des sangsues et des vésicatoires sur les parois de l'abdomen, ou en recourant à tel autre moyen compatible avec l'état de santé générale de la femme. Quand l'inflammation et la suppuration succèdent à l'hémorrhagie, la marche de l'affection est exactement la même que dans le cas d'inflammation primitive des ligaments larges, le pus se fraye graduellement une issue au dehors, et le traitement doit être dirigé en conséquence. Je veux seulement faire observer que, dans les cas d'hématocèle comme dans ceux de simple phlegmon, le temps entre pour une part très-importante dans la guérison ; on doit donc soutenir les forces par une alimentation qui, sans être stimulante, soit en rapport avec l'état général de la malade (1).

(1) Au début de toute hématocèle, dit M. Trousseau, deux indications commandent l'intervention du médecin, l'hémorrhagie et la péritonite.

Si l'hémorrhagie menace de continuer, il faut avoir recours aux hémostatiques locaux et généraux : l'application de la glace sur l'abdomen, l'administration à l'intérieur du ratanhia, de l'acide sulfurique, de l'ergot de seigle, pourront être employées avec avantage.

Si, au contraire, la douleur de la péritonite prédomine, c'est elle qu'il faut d'abord calmer au moyen des narcotiques, des stupéfiants ; l'opium, la belladone, devront être donnés à l'intérieur et appliqués en onction sur l'abdomen.

Dans les cas où prédominera la douleur péritonéale, on devra croire surtout à la rupture d'un kyste hémattique ou d'une apoplexie de l'ovaire, et c'est surtout la péritonite qu'il faut combattre.

Si l'hématocèle est cataméniale, c'est-à-dire très-probablement tubaire, on devra surtout se préoccuper de l'hémorrhagie, en atténuer les effets actuels et en prévenir le retour possible. Pour satisfaire à cette dernière indication, il faut souvent chercher la cause de l'hémorrhagie dans l'état général ; s'il y a chlorose ou anémie, on devra employer la médication reconstituante. Il suffira pour certaines malades de les placer dans des conditions hygiéniques favorables, telles que : le grand air, l'exercice, une bonne alimentation et les satisfactions morales. D'autres fois, il faudra recourir aux préparations ferrugineuses et aux extraits amers.

Trousseau, *Leçons sur l'hématocèle* (Union médicale, 1861).

(Note du Traducteur.)