

Anatomie pathologique. — Les lésions sont celles de la péritonite circonscrite; à l'injection du début succède l'exsudation à la surface de la séreuse, l'infiltration des diverses couches qui la constituent, d'où son épaissement. Tantôt l'exsudat s'organise en donnant naissance à des fausses membranes vasculaires, qui amènent des adhérences et la fixité des organes, tantôt il devient purulent. Lorsque les adhérences s'établissent, il n'est pas rare de les voir former des cloisons qui séparent des cavités kystiques lacunaires contenant de la sérosité citrine ou du pus.

Les autres organes ne restent pas indifférents à l'inflammation du péritoine. On a noté l'hydropisie tubaire par suite de distension de la trompe; l'ovaire peut s'entourer d'une fausse membrane, s'atrophier ou encore subir la fonte purulente. Si l'intestin a été compris dans les adhérences, il sera susceptible de s'engouer et la bride persistante exposera aux obstructions intestinales. Rien d'étonnant à ce que l'utérus, par le fait des adhérences, soit dévié, enflammé et même dégénéré dans ses couches superficielles (KLOB). Maintes fois l'altération des lymphatiques de cet organe a été signalée; ARAN a décrit de petites tumeurs arrondies, solitaires, adhérentes à l'utérus ou libres; elles paraissent correspondre à des ganglions lymphatiques indurés.

Symptômes. — Il y a lieu de distinguer trois périodes: 1° une période d'augment; 2° une période d'état; 3° une période de déclin.

1° Dans les cas aigus (traumatisme, état puerpéral) la pelvi-péritonite débute brusquement par une violente douleur dans le ventre, plus vive à la pression, surtout marquée à l'hypogastre, s'irradiant dans tout le bassin, les reins et les membres inférieurs. Le facies s'altère de bonne heure, le nez s'effile, les yeux s'excellent, la figure porte l'empreinte d'une anxiété profonde. Bientôt surviennent les nausées, les vomissements, l'anorexie, une soif vive. La constipation est presque la règle, bien qu'il existe parfois des épreintes et des excréations muqueuses. Les parties inférieures de l'abdomen sont météorisées. Presque constamment la menstruation offre des irrégularités, qu'elle soit augmentée ou diminuée, ou remplacée par un écoulement leucorrhéique persistant. La fièvre ne fait presque jamais défaut.

Le début de l'affection n'est pas toujours brusque, surtout lorsque la pelvi-péritonite résulte d'une affection utérine; il y a en pareille circonstance une période prodromique caractérisée par des malaises et de la douleur.

Au bout de peu de jours se forme une tumeur chaude, bosselée, douloureuse, perceptible par le vagin dans le cul-de-sac postérieur; on la sent plus difficilement par la paroi abdominale, ce qui provient de ce qu'elle ne dépasse pas beaucoup la hauteur du pubis. En effet, son volume excède rarement les dimensions du poing. Au moyen du toucher, assez pénible, le chirurgien s'assurera encore de la fixité de l'utérus et de sa déviation. Dans certains cas, la pelvi-péritonite aiguë procède par poussées successives liées à la métrite et aux métrorragies.

Terminaisons. — Les trois terminaisons les plus ordinaires de la pelvi-péritonite sont: 1° la résolution; 2° la suppuration; 3° l'état chronique.

1° La résolution n'est jamais complète, parce que les adhérences persis-

tantes entraînent une sensibilité exagérée de la région à chaque époque et prédisposent aux déviations utérines.

2° La suppuration s'annonce par l'aggravation de tous les symptômes et survient d'ordinaire de la deuxième à la troisième semaine. La fièvre, un instant calmée, reprend, les frissons apparaissent suivis de sueurs profuses, les symptômes du péritonisme sont très prononcés. En même temps la tumeur devient lancinante, plus molle, fluctuante. Une fois formé, le pus se résorbe rarement; il a tendance à se porter vers quelque une des cavités voisines, et on a vu la collection se vider dans le vagin, le rectum, la vessie, terminaisons relativement favorables, ou dans le péritoine, accident presque fatalement mortel. Les foyers ouverts dans les organes voisins sont exposés comme toutes les plaies cavitaires à la septico-pyohémie et amènent l'épuisement par leur persistance.

3° Le passage à l'état chronique s'observe assez souvent; lorsqu'elle revêt cette forme, l'affection procède par poussées à des intervalles plus ou moins éloignés; la période menstruelle, un coit prolongé et répété suffisent pour réveiller les accidents de péritonite, puis, au bout d'une semaine, tous ces accidents se calment.

DE SINÉTY décrit de la façon suivante les symptômes des malades atteintes de péritonite chronique. « Les femmes ont ordinairement la face pâle, terne, amaigrie; les yeux sont sans expression, la peau sèche, quelquefois un peu chaude vers le soir. Le pouls est faible, petit, serré, mais assez fréquent. Les malades se plaignent en outre d'être oppressées, d'avoir des palpitations à la suite de la moindre marche. L'appétit fait défaut, les digestions sont difficiles, avec renvois acides, quelquefois accompagnés de vomissements alimentaires. » Il y a toujours des irrégularités des règles. Cette maladie peut s'améliorer après une durée variable.

Diagnostic. — Les symptômes énumérés plus haut et surtout la douleur à la partie inférieure du ventre, l'existence d'une tumeur perçue par le toucher, permettront de reconnaître la pelvi-péritonite. Il n'en est plus de même de la forme chronique, si la sensibilité a disparu; néanmoins la dureté de la tumeur est plus grande que celle des autres régions. La névralgie, en dehors de quelques points spéciaux, ne s'accompagne pas de la fixité de l'utérus. Quant aux signes distinctifs avec l'hématocèle et les inflammations circum-utérines, nous y reviendrons.

Pronostic. — La durée de la maladie est en général très longue; elle ne compromet pas immédiatement l'existence et il résulte des recherches d'ARAN que les adhérences sont fort communes dans les autopsies. La pelvi-péritonite aiguë présente une gravité plus grande que la forme chronique; elle peut se terminer par la mort (péritonite aiguë, septicémie, fièvre hectique). La stérilité ou les avortements sont souvent la conséquence de cette affection; cependant la grossesse n'est pas impossible. On a signalé des douleurs, des paralysies et même des névroses consécutives à la pelvi-péritonite.

Traitement. — 1° *Forme aiguë.* — Tous les moyens de traitement ont pour but: 1° de faire avorter la pelvi-péritonite; 2° d'amener la résolution et la fonte des adhérences.

Moyens abortifs ou antiphlogistiques. — C'est aux applications de sangsues (15 à 20) sur la paroi abdominale qu'il faut donner la préférence. En outre on aura recours aux onctions mercurielles et belladonnées sur le ventre, ou encore au collodion riciné. Les bains tièdes prolongés, les irrigations vaginales, les cataplasmes rendent également des services. Afin de calmer la douleur et d'immobiliser la masse intestinale, il sera utile de prescrire l'opium à l'intérieur, par la bouche ou en lavements.

2° Résolutifs. — Lorsque les symptômes aigus sont calmés, il faut chercher à achever la résolution de la tumeur formée par les adhérences ou les exsudats; on a préconisé l'application directe de sangsues sur le museau de tanche, les scarifications sur le col, les vésicatoires volants sur l'abdomen. Mentionnons enfin l'administration des préparations d'iode à l'intérieur, si l'estomac le tolère.

Dès que l'affection a passé à la forme chronique, il sera avantageux de conseiller les bains alcalins, les eaux minérales de Saint-Sauveur, Plombières, Ems, Kreuznach, Salins, Salies-de-Béarn en bains chauds et douches générales. Les purgatifs légers trouvent leur indication lorsque la constipation devient persistante. Enfin nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons REEVES JACSON, DE SINÉTY, préconisent le massage dans les cas chroniques, pour combattre la fixité de l'utérus et favoriser la disparition des adhérences. Il se pratique de deux façons différentes, par le vagin et par l'abdomen. Le premier s'exécute à l'aide des deux doigts qui permettent de déplacer le col et d'imprimer des pressions modérées en différents sens à la matrice pendant un quart d'heure. Le massage abdominal consiste à pétrir progressivement la paroi du ventre avec les doigts. Souvent il y a avantage à combiner les deux procédés. Il faut y joindre l'emploi des ceintures hypogastriques, le repos pendant les époques menstruelles.

Traitement chirurgical. — Si la pelvi-péritonite se termine par suppuration, que convient-il de faire? En général mieux vaut s'abstenir, car la collection pourra s'ouvrir accidentellement dans un organe voisin ou même se résoudre. Il ne faudrait quitter cette réserve prudente que si les frissons répétés, l'amaigrissement, les menaces d'hecticité démontraient l'inefficacité des efforts naturels; encore serait-il nécessaire que la tumeur fluctuante fit saillie dans le vagin.

B. — INFLAMMATIONS CIRCUM-UTÉRIQUES

Les auteurs décrivent sous ce nom l'inflammation du tissu conjonctif péri-utérin; elle peut siéger en avant, en arrière ou latéralement.

Pendant longtemps cette variété a été confondue avec la pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large. DE SINÉTY la considère cependant comme la plus commune; d'ailleurs ses causes sont les mêmes que celles de la pelvi-péritonite (accouchements, métrites, opérations, coït, blennorrhagie).

Anatomie pathologique. — Les notions actuelles sur les lésions de ces inflammations sont assez obscures, parce que la maladie se termine rarement par la mort. Deux opinions ont été émises pour expliquer la production d'un gonflement insolite que l'on constate au voisinage de l'utérus: 1° l'engor-

gement des ganglions lymphatiques; 2° une sorte d'œdème inflammatoire.

Symptômes. — Contrairement aux deux autres affections inflammatoires; celle-ci ne s'accompagne pas de symptômes aigus; les femmes éprouvent seulement des douleurs dans le ventre et les reins et se plaignent de leucorrhée; ces symptômes s'accroissent davantage au moment des règles qui offrent des irrégularités. Au toucher, le vagin est chaud, l'examen des culs-de-sac détermine de la souffrance, permet de constater de l'empatement et même la présence d'une tumeur sensible, vaguement arrondie, indépendante de la matrice, la fièvre est rare, la constipation commune.

En peu de jours tous ces symptômes diminuent et disparaissent; néanmoins ils sont sujets à récurrence, et la suppuration survient quelquefois. Parmi les complications communes, notons la pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large.

Diagnostic. — Cette inflammation limitée du tissu conjonctif péri-utérin a d'assez grandes analogies avec la pelvi-péritonite, néanmoins elle en diffère par l'absence de vomissements, de douleur à la palpation, la mobilité de l'utérus, la facilité de constater le gonflement par le toucher.

Pronostic. — Si l'inflammation circum-utérine ne présente pas une grande gravité, on ne doit pas oublier qu'elle indique presque toujours un état pathologique d'un organe voisin; en outre on l'a vue se terminer par la pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large. Enfin cette maladie est assez fréquemment liée à la septicémie.

Traitement. — Le repos, les bains, les irrigations tièdes, les lavements calmants, les opiacés, les purgatifs légers seront avantageusement conseillés comme thérapeutique symptomatique. Dès que les accidents aigus s'atténuent, il faudra prescrire le traitement hydrothérapique et les eaux thermo-minérales.

C. — PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE

SYNONYMES. — Paramérite. Lymphadénite utérine. Adéno-phlegmon du ligament large. Adéno-pelvi-péritonite

Bibliographie. — VIRCHOW, *Arch. f. Anat.*, Bd. XXIII. — BERNUTZ, *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. IX. — SIREDEY, *Ann. de gyn.*, 1875. — A. GUÉRIN, *Gaz. heb.*, 1876. — MARTINEAU, *Traité clin. des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Thèses de Paris. — 1855, GALLARD. — 1866, FRABIER. — 1870, J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — 1876, ANGER. — 1878, GOZARD, MARY. — 1880, FOURGUETTE, BÉQUIN.

Depuis quinze ans l'histoire des phlegmons du ligament large, jusque-là un peu obscure, est entrée dans une phase nouvelle, grâce aux travaux de J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, SIREDEY, GUÉNEAU DE MUSSY, GUÉRIN, MARTINEAU, etc. Les inflammations du tissu conjonctif des ligaments larges résulteraient de la propagation à ce tissu par la voie lymphatique de principes phlogogènes ou septiques. De là les noms si variés qui ont tour à tour été proposés pour désigner la maladie. Tous les lymphatiques utérins ne se rendent pas dans les ligaments larges; les supérieurs aboutissent directement aux ganglions lombaires. LUCAS-

CHAMPIONNIÈRE a signalé l'existence de ganglions inconstants dans l'épaisseur des ligaments larges et leur a fait jouer un rôle prépondérant dans la production des phlegmons.

Étiologie. — Les phlegmons du ligament large se divisent relativement à leur étiologie en deux groupes distincts, suivant qu'ils ont ou non une origine puerpérale. Assurément les premiers sont les plus communs, mais les recherches de MARTINEAU et de ses élèves GOZARD, FOURGUETTE, démontrent que la lymphadénite utérine peut survenir dans la métrite, et dans toutes les affections ou les opérations qui intéressent le col et le vagin. Les lymphatiques transmettraient seulement le principe irritant.

Anatomie pathologique. — Nous n'entrerons pas dans des détails décrits ailleurs sur la structure de ces phlegmons; le péritoine est constamment altéré dans une certaine mesure. D'abord séreuse, l'infiltration du tissu conjonctif devient ensuite purulente et aboutit à la formation de foyers multiples qui se collectent peu à peu et tendent à se porter vers la région inguinale correspondante.

La plupart des auteurs cités plus haut ont signalé l'existence du pus dans les lymphatiques; auparavant, BÉHIER, TROUSSEAU faisaient jouer un rôle important à la phlébite que l'on constate quelquefois.

FREUND a encore admis sous le nom de paramétrite chronique atrophique, une sorte de phlegmon chronique caractérisé par la formation d'un tissu rétractile. Il en résulterait des troubles circulatoires, de vives douleurs et des accidents hystériques.

Symptômes. — Dans l'état puerpéral, le phlegmon du ligament large présente son maximum de fréquence dans le premier septénaire, cependant il en est qui débutent seulement à la fin du troisième. Quelques élancements dans le bassin et surtout une douleur hypogastrique caractéristique irradiée aux reins et à la cuisse ouvrent la scène. En même temps surviennent assez souvent des frissons, de la fièvre avec exacerbation vespérale, des sueurs nocturnes, de l'anoxerie, des nausées et même des vomissements. Le facies n'est pas altéré comme dans la péritonite, de même la douleur semble plus sourde.

Bientôt les accidents se calment et la palpation permet de percevoir dans le fond de la fosse iliaque une tumeur difficile à délimiter, arrondie; on en constate parfois l'existence au moyen du toucher vaginal, et GALLARD a observé des prolongements indurés qui embrassaient en avant et en arrière la portion sus-vaginale du col; en outre il est possible de s'assurer que la tumeur unilatérale est indépendante de l'utérus ordinairement dévié du côté sain pendant les premières périodes.

Si l'affection se termine par suppuration et tend à se porter à la paroi abdominale, circonstance assez commune, la palpation décèle au-dessus de l'arcade crurale une sorte de plastron ramolli à son centre; d'autres fois la collection fuse vers la fosse iliaque interne, reste plus profonde, comprime les nerfs, détermine de vives douleurs.

Marche. Terminaison. — Les principaux modes de terminaison sont : 1° la résolution; 2° l'induration; 3° la suppuration. La durée dans les cas favorables

AFFECTIONS DES OVAIRES, DES TROMPES ET DES LIGAMENTS LARGES. 567
est toujours longue parce que l'induration persiste pendant des semaines et même des mois.

La suppuration se produit de deux façons différentes comme dans les adénophlegmons superficiels, soit primitivement, soit lentement à la suite d'une rechute; alors les symptômes du début reparaissent avec une nouvelle acuité; les femmes maigrissent, perdent l'appétit. La fièvre irrégulière, les sueurs, la diarrhée, le teint jaune terreux sont d'ordinaire les indices d'une suppuration profonde. Abandonné à lui-même, le phlegmon tendent à s'ouvrir de préférence au-dessus du ligament de Poupart auprès de l'épine iliaque antéro-supérieure; on les a vus se faire jour en d'autres points de la paroi et plus exceptionnellement vers la cuisse, les reins, le diaphragme, le ligament rond et le canal inguinal. La quantité de pus qu'ils contiennent est assez grande; le pus jaune verdâtre présente dans quelques cas une fétidité extrême.

Mentionnons encore la rupture de la poche dans une des cavités voisines, la vessie, l'intestin grêle, le rectum, le vagin. Ces terminaisons relativement favorables amènent lentement la guérison, ou bien des fistules persistent pendant très longtemps et les cicatrices consécutives exposent à des accidents intestinaux. La rupture de la collection dans le péritoine est fatale. Maintes fois ces phlegmons s'ouvrent en différents points et communiquent avec l'extérieur par des fistules multiples.

Diagnostic. — Le phlegmon du ligament large et la péritonite existent rarement à l'état d'isolement; il n'y a donc pas un intérêt bien sérieux à les séparer. BERNUTZ a donné un certain nombre de caractères différentiels utiles. La douleur du phlegmon offre de l'analogie avec celle du panaris et le facies n'est pas grippé; les vomissements font défaut. L'induration en plastron moins aisément perceptible par le vagin lui appartient en propre. Au contraire dans la pelvi-péritonite, le facies subit des altérations comme dans la péritonite; il y a des nausées, une tumeur rétro-utérine, une tuméfaction douloureuse des culs-de-sac; enfin la suppuration du phlegmon tend à se porter vers l'abdomen, celle de la pelvi-péritonite vers le vagin.

Quant au phlegmon de la fosse iliaque, il diffère de celui du ligament large par son siège plus élevé et plus en dedans de l'épine. Les antécédents, les symptômes, la marche de la maladie, un examen attentif ne permettront pas de confondre l'affection avec un myome, une tumeur ovarique, une grossesse extra-utérine.

Pronostic. — En raison des complications auxquelles il expose, le phlegmon du ligament large constitue une maladie sérieuse. Il y a lieu d'établir une distinction au point de vue de la gravité entre la lymphadénite péri-utérine puerpérale et celle qui est liée aux métrites; cette dernière, bénigne, entraîne très rarement la mort.

Dans l'état puerpéral, si la guérison est la règle, il ne faut pas oublier qu'elle comporte d'assez nombreuses exceptions et les malades succombent à toutes les périodes; au début par le fait de la péritonite et de la septicémie ou de la cellulite diffuse; plus tard les abcès sont susceptibles de s'ouvrir dans le péritoine ou bien encore la suppuration prolongée conduit insensiblement

blement les femmes au marasme et à la mort. Le médecin consulté devra donc toujours réserver son pronostic.

Traitement. — Le traitement diffère peu de celui que nous avons exposé à propos de la pelvi-péritonite; le repos absolu, les sangsues à l'abdomen, un léger purgatif, puis l'opium à l'intérieur, les cataplasmes, les onctions avec l'huile de jusquiame, la pommade mercurielle belladonnée, les bains tièdes conviendront particulièrement au début et procureront quelque soulagement. Si l'affection paraît s'arrêter dans sa marche, il sera indiqué de prescrire les pommades résolatives, l'iodure de potassium à l'intérieur; plus tard les cures thermo-minérales, le massage rendront des services à la condition qu'on les emploiera avec prudence. Le phlegmon vient-il à suppurer, quelle sera la conduite à suivre? Ici il faut ouvrir de préférence au bistouri au point que l'on juge le plus convenable en incisant couche par couche, avec précaution, la paroi abdominale; ensuite on perfore le foyer avec la sonde cannelée. Dès que le pus aura été évacué la poche sera drainée et lavée avec une solution antiseptique. Dans les cas où l'écoulement est insuffisant, on a conseillé et pratiqué avec succès un drainage par le vagin au moyen d'un trocart.

Le traitement réclame de la part du chirurgien une attention et des soins soutenus; il devra être modifié suivant les circonstances. L'administration des toniques, des fortifiants concourt puissamment à rétablir les malades.

2° HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Bibliographie. — RÉCAMIER, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin*, in *Revue méd.*, 1844, p. 41. — BERNUTZ, *Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVII et XVIII, et *Clin. des mal. des femmes*, 1860. — NONAT, *Gaz. heb.*, 1858. — A. VOISIN, *De l'hématocèle rétro-utérine*, Paris, 1860. — MCCLINTOCK, *Clin. Mem. on Diseases of Women*, p. 241. — M. DUNCAN, *Monthly J. Oct.*, 1862. — VIRCHOW, *Path. des tumeurs*, t. 1^{er}, 1867. — TROUSSEAU, *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. III. — FERBER, *Arch. f. Phys. Heilk.*, 1868, t. III. — MAROTTE, *Arch. gén. de méd.*, 1873. — LUNEAU, *Th. de Paris*, 1873. — BARNES, *St-George Hosp. Reports*, 1877. — BESNIER, *Ann. de gyn.*, 1878. — PONCET, *Th. d'agrég.*, Paris, 1878. — LAWSON TAIT, *Med. Chir. Transact.*, t. LXIII, 1880. — BERNUTZ, *Arch. de tologie*, 1880. — DUWELIUS, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXIII, Heft 1. — FIGARI, Thèse de Paris, 1884. — GALLARD, *Pathol. des ovaires et de la menstruation*.

DE SINÉTY donne le nom d'hématocèle péri-utérine à « toute collection sanguine située dans l'excavation pelvienne, soit en dedans soit en dehors du péritoine et formant tumeur en s'enkystant ». Tous les auteurs n'envisagent pas cette affection de la même manière, beaucoup n'admettant qu'il n'y a d'hématocèle qu'en dehors de l'état puerpéral.

L'hématocèle est intra ou extra-péritonéale; la première variété, classique, plus commune, correspond à ce qu'on appelle vulgairement l'hématocèle rétro-utérine.

A. — HÉMATOCÈLE INTRA-PÉRITONÉALE

SYNONYME. — Hématocèle rétro-utérine

Étiologie. — Parmi les causes ordinaires de l'hématocèle, maladie assez rare, nous mentionnerons la pelvi-péritonite, les irrégularités des règles, les traumatismes, les abus du coït. Plus fréquente de vingt-cinq à trente-cinq ans, suivant PONCET, l'hématocèle apparaît d'ordinaire au moment d'une époque cataméniale. D'après MAROTTE, il existerait une certaine corrélation entre l'hématocèle et les névralgies lombo-abdominales.

Toutes les causes débilitantes, toutes celles qui prédisposent aux hémorragies, qu'elles soient constitutionnelles ou autres (hémophilie, scorbut, maladie de Verlhof, etc.), sont susceptibles de favoriser l'apparition de l'hématocèle. VAGNER insiste sur les relations de l'affection avec l'empoisonnement par le phosphore.

Anatomie pathologique. — La plupart des hématocèles siègent en arrière de l'utérus au niveau du repli de Douglas, mais on a constaté leur présence en avant ou latéralement. Quelle que soit sa position, l'épanchement sanguin se fait de deux façons différentes suivant qu'il y a ou non des adhérences préexistantes au niveau du cul-de-sac. Dans le premier cas le caillot ou l'épanchement se trouvent en quelque sorte enkystés dans les néo-membranes et l'utérus refoulé en avant; le sang est mélangé à du pus ou de la sérosité. Si les adhérences n'existent pas, le sang n'est pas enkysté et se déplace suivant la position de la malade, les mouvements des organes. Il n'y aura de tumeur qu'après l'enkystement.

L'hématocèle présente des dimensions variables; on en a vu acquérir la grosseur d'un utérus à terme; d'autres ne dépassent pas le volume du poing. Entourée de tous côtés par des fausses membranes, la masse contient du sang coagulé ou fluide. Ce liquide paraît susceptible de se résorber à la longue; il peut aussi suppurer partiellement, ce qui explique les aspects variés du contenu. Si la résorption devient complète, l'hématocèle ne laisse d'autres traces que des adhérences solides et des dépôts de pigment signalés par FERBER.

Pathogénie. — Le mécanisme de formation de l'hématocèle est un des points les plus controversés de la gynécologie; il s'y rattache en effet des questions de physiologie pathologique interprétées différemment par les auteurs.

1° *D'où provient le sang de l'hématocèle?* Diverses théories ont été émises; nous rappellerons seulement les plus importantes.

a. OLLIVIER (d'Angers) (1834) et RICHEL font intervenir la rupture des plexus veineux utéro-ovariens.

b. D'après TROUSSEAU, le sang sécrété par la muqueuse des trompes serait déversé dans le péritoine au moment des règles; le reflux du sang par les trompes, d'après BERNUTZ, aurait le même résultat.

c. Suivant VIRCHOW, BESNIER, l'hémorragie résulte de la rupture des vais-