

l'ovaire, ou de l'inflammation péri-cœcale. Alors, dans ce cas, le meilleur signe sera l'intensité de la douleur et des troubles de l'état général, qui sont beaucoup plus marqués dans la maladie que je viens de décrire. Je crois aussi que, dans la tumeur péri-cœcale, la percussion donne un son clair, tandis qu'elle donne toujours un son mat dans la cellulite pelvienne.

J'ai vu prendre cette maladie pour une sciatique ; quand la tumeur est dans le pelvis et qu'on exerce une pression sur des nerfs qui émergent de cette cavité, la douleur peut être limitée au trajet des nerfs et donner le change même à un observateur soigneux. Cependant un examen minutieux nous permettra de rapporter cette douleur à sa source véritable, et alors un examen interne nous en révélera la cause. La flexion de la cuisse et l'impossibilité de la redresser doit nécessairement nous conduire à examiner l'aîne et à découvrir la tumeur.

§ VI. — Traitement.

Les indications principales sont : 1° d'amener la résolution de la tumeur, ou 2° de faciliter la suppuration et de donner issue au pus.

1° Si le médecin est appelé au début de la maladie, il lui est souvent possible d'en arrêter les progrès, comme l'a bien fait observer Doberty, et même encore, lorsque la maladie dure depuis un certain temps, comme dans l'observation de Puzos. Pour arriver à ce résultat, cet auteur, ainsi que Mauriceau, recommandent des saignées répétées par la veine, des purgatifs, des altérants et des absorbants, etc. Je crois que des applications réitérées de sangsues auront le même effet avec moins de perte de force pour la malade. On en appliquera une douzaine sur la tumeur, puis on la recouvrira de cataplasmes, et on reviendra aux sangsues si cela est nécessaire, c'est-à-dire si la douleur et les battements n'ont pas été atténués. L'énergie de ce traitement doit être évidemment en rapport avec l'état général du sujet. Si on réussit à enrayer les progrès de l'inflammation, on aura avec avantage recours à l'application successive de petits vésicatoires ; des fomentations et, suivant l'occasion, un bain de siège soulageront la malade, qui se trouvera encore mieux d'injections d'eau chaude faites deux fois par jour. A l'intérieur, on prescrira du mercure à dose fractionnée, peut-être même jusqu'à affecter un peu les gencives. On aura de temps en temps recours à un purgatif. Cependant je confesse qu'un purgatif énergique n'est pas très-utile, et il a souvent augmenté les douleurs. Si la douleur donne de l'insomnie, on administrera une préparation d'opium. Quand les symptômes de la maladie cèdent, j'ai vu appliquer avec grand avantage un emplâtre sur la tumeur. La diète doit être douce et nutritive à la fois, mais non excitante.

2° Si toutefois, malgré le prompt et soigneux usage des moyens que je viens d'indiquer, la maladie ne cédait pas du terrain, on peut tenir pour

certain que la suppuration surviendra ; on la favorisera par des fomentations et des cataplasmes. La formation du pus sera souvent marquée par des frissons ; mais, le plus souvent, ce sera seulement par le doigt qu'on en acquerra la certitude. Je ne saurais trop répéter à mes lecteurs le grand avantage qu'il y a à faire une ouverture dans l'abcès aussitôt que possible : on déterminera ainsi le cours que doit prendre le pus, au lieu de le laisser fuser et se frayer une issue en un point incommode ou dangereux. Si l'on constate que la paroi de l'abcès s'amincit vers le vagin, on peut être tranquille, pourvu que l'ouverture se fasse assez large. Si l'ouverture n'est pas assez grande, il faut l'agrandir. Une ouverture par le vagin, le rectum ou les parois abdominales, ne présente pas de danger sérieux, et il vaut infiniment mieux la faire que de courir la chance d'une ouverture dans le péritoine. Notre premier devoir est de nous assurer que l'ouverture spontanée ou artificielle est assez large pour vider complètement le sac.

Si l'ouverture se faisait en un point incommode ou dangereux, il vaudra souvent mieux faire une contre-ouverture plutôt que de laisser se perpétuer une communication fistuleuse.

J'aurai l'occasion plus loin de revenir sur ces communications avec la vessie, etc. Quand le pus a été complètement évacué, l'alimentation doit être substantielle, et l'on doit conseiller l'usage du vin. Ces abcès, quand ils surviennent après un premier accouchement, ne sont généralement pas sujets à retour après une seconde couche, et presque toujours, en pareil cas, la guérison a été complète.

CHAPITRE VIII

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE, PÉRI-UTÉRINE OU PELVIENNE.

Ces différents noms ont été donnés à une maladie à peu près inconnue jusque dans ces dernières années, et dont nous devons la description à nos confrères du continent. Elle consiste dans un épanchement de sang : 1° dans le repli péritonéal qui est derrière l'utérus ; 2° dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ce n'est pas une maladie fréquente ; mais il est facile de la prendre pour une autre affection.

Sans aucun doute, il existe des observations rapportées par les anciens auteurs, que nos connaissances actuelles nous permettent de rapprocher de cette espèce d'hémorrhagie ; mais nous ne devons pas nous reporter en arrière plus loin qu'aux observations de Récamier en 1841 (1). D'autres

(1) Récamier, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (Revue médicale, 1841, p. 31).

observations ont été publiées par Velpeau (1) et par Bernutz, qui en a fourni plusieurs (2). C'est surtout à Nélaton, en 1850, que nous devons la description très-complète de cette maladie. Ce chirurgien lui a donné le nom d'hématocèle rétro-utérine. Les cas observés à l'hôpital des cliniques ont été publiés par Viguès (3), qui considère cette tumeur comme étant toujours extra-péritonéale. En 1851, Gaillet et Bauchet ont publié une excellente reproduction des leçons de Nélaton sur ce sujet (4).

Depuis cette époque, cette maladie a fait l'objet d'une foule de dissertations inaugurales. Des observations ont été publiées par Mikschik (5), Kauffmann (6), Tardieu (7) et Royer (8). Des recherches ont été faites, afin de connaître la source de l'hémorrhagie, par Richet, et elles ont été publiées par Devalz. Des opinions diverses ont été émises à cette occasion par Scanzoni, Puech (9), Trousseau (10), Oulmont (11), Nonat (12), Gallard et Becquerel (13).

Cependant le traité le plus complet est le mémoire de Aug. Voisin (14), auquel j'ai beaucoup emprunté. Je trouve cependant qu'il a, au point de vue de la pathologie, singulièrement limité ses vues.

Cette question, néanmoins, n'a été dédaignée ni en Angleterre ni en Amérique, car elle a été traitée par Tilt, West, Simpson, M'Clintock (15); Byrne (de New-York), et Mathews-Duncan, d'Édimbourg (16).

§ I. — Pathologie.

La première question à résoudre est de savoir s'il faut ne comprendre dans cette maladie que les cas où le sang est épanché dans le sac péritonéal et s'est enkysté, comme le veut Aug. Voisin, ou s'il ne faut pas comprendre aussi les cas où le sang est extravasé derrière l'utérus et autour de cet

(1) Velpeau, *Recherches anatomiques sur les cavités closes* (Annales de la chirurgie française et étrangère, t. VII, p. 430. Paris, 1843).

(2) Bernutz, *Archives générales de méd.*, 1848, vol. XVII et XVIII, et *Clinique des maladies des femmes*, 1860, t. I.

(3) Viguès, Thèse, 1850.

(4) Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1851.

(5) Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipzig, 1854.

(6) Kauffmann, *Archives de la Société obstétricale de Berlin*, vol. VIII.

(7) Tardieu, *Observations de médecine légale sur les cas de mort naturelle* (Annales d'hygiène et de médecine légale. Paris, 1854, vol. II, p. 157).

(8) Royer (de Joinville), *Hémorrhagie abdominale suivie de rupture spontanée*, rapport de Velpeau (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1855, vol. XXI, p. 21).

(9) Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858.

(10) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, juin 1858 et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 4^e édition. Paris, 1872.

(11) Oulmont, *Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, vol. IV, n° 1.

(12) Nonat, *Gazette hebdomadaire de médecine*, août 1858.

(13) Becquerel, *Traité des maladies de l'utérus*, 1859.

(14) Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin*, etc. Paris, 1860, avec une planche.

(15) M'Clintock *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 240.

(16) Duncan, *Edinburgh Monthly Journal*, octobre 1862.

organe, mais en dehors du péritoine, comme l'indiquent Huguier, Robert, Nonat, Becquerel. Si réellement, dans le premier cas, les accidents sont dus à des troubles de la menstruation, et qu'il en soit autrement dans le second, cette classification serait justiciable. Mais ce n'est pas là un fait établi. Je me propose donc de comprendre les deux variétés dans la même description.

La maladie consiste en un épanchement sanguin, soit dans le sac péritonéal entre le rectum et l'utérus, *hématocèle intra-péritonéale*, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal derrière l'utérus ou autour de cet

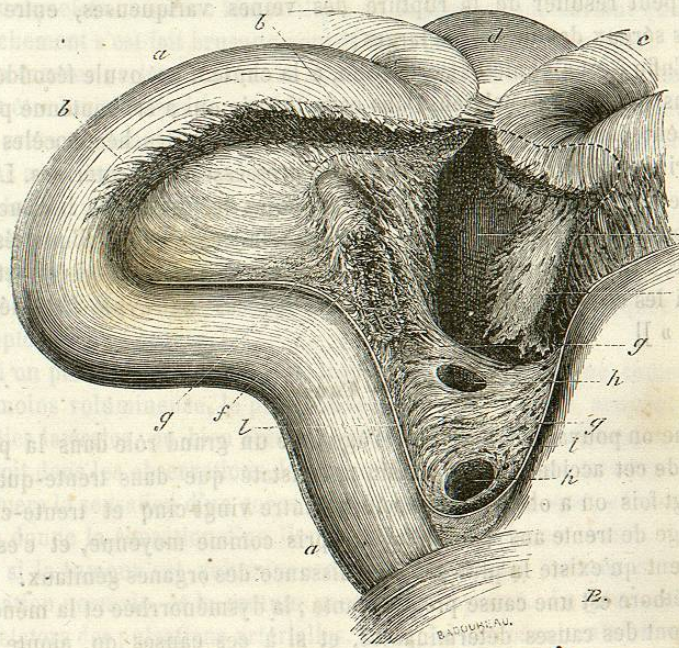


Fig. 57. — Hématocèle rétro-utérine, vue d'arrière en avant (*).

organe, *hématocèle extra-péritonéale*. Si le sang est versé rapidement dans le péritoine, s'il s'échappe de veines variqueuses ou s'il est mélangé à du mucus, suivant Voisin, il ne s'enkystera pas; mais s'il est versé lentement, il se développe une légère inflammation, la membrane séreuse contracte des adhérences autour de l'épanchement, et s'enferme dans une

(* a a, rectum détaché en partie de ses attaches normales et porté à gauche afin de montrer la cavité rétro-utérine par sa face postérieure; b, b, adhérences fibreuses qui unissaient cette portion du rectum à l'anse d'intestin grêle; c c, anse d'intestin grêle formant une partie du plafond de la poche rétro-utérine; d, vessie; e, utérus vu par sa face postérieure et couvert de produits fibreux; f, trompe utérine gauche dilatée et cachée par des adhérences; g g, cloison fibreuse parfaitement organisée divisant la poche rétro-utérine en deux moitiés qui ne communiquaient plus que par les pertuis h h; i, trompe utérine droite dilatée; l l, péritoine pelvien recouvert de dépôts fibreux, dessin fait d'après une pièce recueillie dans le service de M. OULMONT (Aug. Voisin.)

cavité entre le rectum et l'utérus. Quand l'épanchement est sous-péritonéal, il ne se fait rien de pareil.

Maintenant, quelles sont les sources de l'hémorrhagie? Autant qu'on a pu s'en assurer, elles paraissent être les suivantes:

1° Le sang peut provenir d'une vésicule de Graaf, pendant la période de congestion, à l'époque menstruelle;

2° Un reflux du sang de l'utérus à travers les trompes de Fallope, par suite d'une obstruction au niveau de l'orifice utérin;

3° L'épanchement peut être la conséquence d'une hémorrhagie dans les trompes;

4° Il peut résulter de la rupture des veines variqueuses, entre les feuillets séreux des ligaments larges;

5° [[Enfin à une ponte extra-utérine, à la chute d'un ovule fécondé ou non dans le péritoine pelvien. Dans cette théorie qui a été soutenue principalement par M. Gallard, « le mode de formation des hématoécèles rétro-utérines doit être assimilé à celui des grossesses extra-utérines. L'hématoécèle est une grossesse extra-utérine moins le produit de la conception. Toutes les hématoécèles 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 (1). »]]

§ II. — Causes.

Comme on pouvait s'y attendre, l'âge joue un grand rôle dans la production de cet accident. Aug. Voisin a constaté que dans trente-quatre cas, vingt fois on a observé cet accident entre vingt-cinq et trente-cinq ans. L'âge de trente ans peut donc être pris comme moyenne, et c'est à ce moment qu'existe la plus grande puissance des organes génitaux.

La pléthore est une cause prédisposante; la dysménorrhée et la ménorrhagie sont des causes déterminantes, et si à ces causes on ajoute les rapports sexuels, nous les aurons à peu près toutes énumérées. Sur dix cas où la menstruation semble avoir joué un rôle, sept fois le coït avait eu lieu pendant ou peu après l'époque menstruelle.

Le ténesme, des efforts violents, une chute, etc., peuvent à la rigueur avoir une influence sur la production de l'hématoécèle.

Il est raisonnable de penser qu'une altération du sang puisse favoriser le développement de cette maladie, comme chez la malade de Scanzoni, qui avait la rougeole et mourut subitement, au début de la menstruation, d'une hémorrhagie dans le péritoine, provenant de la trompe du côté gauche.

Dans l'observation de Bouillaud, la malade était sous le coup d'une variole, et il y eut une hémorrhagie alarmante à l'apparition des règles, trois jours après l'éruption.

(1) Gallard, *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1852.

§ III. — Symptômes.

Le mode d'invasion est variable, tantôt brusque, tantôt graduel. Voisin prétend que, pour l'hémorrhagie non enkystée, l'invasion est brusque, qu'elle est au contraire graduelle quand elle s'enkyste. Certes les symptômes sont très-alarmants, quand le sang est répandu dans le péritoine.

Que l'épanchement soit brusque ou graduel, il y a toujours de la douleur, surtout dans le bassin, mais souvent s'irradiant dans le bas-ventre, avec des exacerbations très-violentes, si la tumeur est volumineuse.

Quelquefois en même temps il y a de la prostration, surtout quand l'épanchement s'est fait brusquement et dans la cavité péritonéale.

La tumeur variera suivant le siège et l'étendue de l'épanchement. Elle peut être limitée dans la cavité pelvienne, qu'elle peut au contraire remplir presque complètement. Dans beaucoup de cas, on peut sentir la tumeur au-dessus du pubis.

Généralement le ventre est tuméfié et sensible à la pression, surtout au niveau de la tumeur, qui peut graduellement diminuer pour reparaître à la prochaine époque.

Si la malade résiste, chaque période menstruelle est marquée par des symptômes plus graves.

Si on pratique le toucher, on trouvera certainement une tumeur plus ou moins volumineuse, le plus souvent derrière l'utérus, souvent sur les parties latérales, ou bien très-rarement à la partie antérieure, comme on le voit dans les observations de Braun. Si la tumeur est très-tendue, elle donnera la sensation d'un corps solide; mais je crois que, généralement, elle donne la sensation d'un liquide renfermé dans une cavité. Quelquefois si la tumeur est volumineuse, elle repoussera l'utérus hors de sa situation normale, et le rectum peut être comprimé. Le plus souvent on constatera des pulsations artérielles. L'emploi du spéculum n'offre pas, au point de vue du diagnostic, des avantages sérieux. La muqueuse qui recouvre l'épanchement présente une coloration violacée.

Souvent, au premier abord, il y a des troubles généraux, puis de la prostration: le pouls est petit et fréquent. Il survient des vomissements et de la diarrhée, de l'irritabilité et du ténesme vésical, et quelquefois de la dysentérie.

Quelle est la marche habituelle de cette maladie? Quand la quantité de sang est minime, la maladie guérit d'elle-même sans aucune intervention. D'autres fois, quand les premiers troubles ont cédé, que la tension a diminué, ce n'est le plus souvent qu'une question de temps, et tantôt le sang épanché se résorbe, tantôt la tumeur se ramollit, pointe en avant et s'ouvre, généralement sur un point de la muqueuse; mais elle peut s'ouvrir également dans le péritoine, et la mort peut en être la conséquence. La mort peut survenir soit à la suite de l'extension de l'hémorrhagie dans