

spéciales à chaque cas, et il faut s'en rapporter au jugement du chirurgien.

D'une manière générale cependant on peut établir les règles suivantes :

Quand la tumeur est d'un volume modéré et n'offre aucun sérieux obstacle à l'accouchement, il sera mieux d'attendre et de ne pas ouvrir. Dans le cas de Maitland, une ouverture fut faite par la sage-femme au commencement du travail. Malgré la perte de sang, la tumeur resta aussi volumineuse qu'une tête d'enfant; l'accouchement se fit naturellement trente-six heures après l'ouverture.

Dans le fait rapporté par Perfect, il se fit également une ouverture, et la tumeur diminua notablement sans qu'il se produisît d'hémorrhagie. Ces faits prouvent donc que, si la tumeur laisse de la place, l'accouchement peut se faire naturellement et en toute sûreté. Maitland a fait usage de simples infusions de camomille. Perfect, d'un cataplasme de mie de pain et de lait, et, dans les deux cas, la guérison a été rapide et complète.

Si, au contraire, la tumeur est volumineuse, l'enfant ne pourra pas sortir naturellement et même, suivant toutes probabilités, on ne pourra pas faire usage du forceps sans produire quelques déchirures. En pareil cas, ce qu'il y a de mieux, c'est d'ouvrir la tumeur, de la vider, de cautériser l'intérieur avec de la charpie trempée dans un liquide styptique et de finir seulement alors l'accouchement.

Autant qu'on le pourra, il faudra n'ouvrir la tumeur que lorsque la tête du fœtus engagée pourra faire, momentanément au moins, l'office de tampon.

La manière dont on pourra terminer l'accouchement demande quelques réflexions. Si l'hémorrhagie est considérable, la vie de l'enfant est très compromise. Dans les trois cas de Nægele, deux fois l'accouchement fut terminé par le forceps et les enfants étaient morts. Comme l'on peut toujours déterminer, au moyen du stéthoscope, si l'enfant est encore vivant; et comme il faut, autant que possible, n'exercer qu'une faible pression sur les parties molles de la mère, on peut se décider d'avance. Quand l'enfant est mort, il est plus prudent d'aplatir la tête et de faire usage du crochet ou bien du forceps.

II. Quand la tumeur apparaît après la naissance de l'enfant, on doit d'abord songer à la douleur et dans ce but appliquer des cataplasmes et faire des lotions. Comme le danger de l'hémorrhagie est très grand, il faut se garder d'ouvrir immédiatement. Chas. Johnson nous a cité un fait d'ouverture de la tumeur sanguine douze heures après l'accouchement. Bien que le vagin fût tamponné et que toutes les mesures préventives eussent été prises, ce fut à grand-peine qu'on arrêta l'hémorrhagie. Si la douleur est supportable, il faut attendre quelque temps avant de pratiquer une incision. Mais, d'autre part, comme la plaie

par incision guérit plus facilement que celle qui résulte de la mortification des tissus, il faut attendre quelques heures pour permettre au sang de se coaguler, et l'on fait ensuite une large incision.

Si l'écoulement de sang continue, il sera à propos d'appliquer dans la cavité quelques styptiques ou de la remplir avec de la charpie; s'il n'y a pas d'écoulement de sang on appliquera un cataplasme. Il vaut mieux ne pas enlever tout d'abord les caillots; ils sont une garantie contre l'hémorrhagie, mais après un jour ou deux on peut en faire disparaître une grande partie, et le reste se ramollit ensuite peu à peu et s'en va avec les cataplasmes, laissant en dessous les tissus granuleux parfaitement sains, lesquels remplissent peu à peu la cavité.

Rien n'est plus nécessaire que l'usage des cataplasmes arrosés, s'il y a lieu, d'une solution de chlorure de chaux. Si ces granulations sont trop exubérantes, on les touchera avec le crayon de nitrate d'argent.

Du reste, de tous les cas connus jusqu'ici, aucun n'a présenté une difformité réelle comme guérison une fois le premier danger passé. Plusieurs même des malades sont redevenues enceintes sans qu'aucun accident de ce genre se soit reproduit.

Le régime des malades doit être très adoucissant aussi longtemps que continue la fièvre. Une fois la suppuration établie, il faut prescrire un bon régime, du vin et des toniques.

Perret (1) a résumé avec beaucoup de soin l'état de la science sur la question. Nous lui empruntons ici deux observations très complètes et qui renferment des enseignements précieux.

OBSERVATION III. — *Tumeur sanguine occupant la partie latérale gauche de l'excavation pelvienne. Ouverture artificielle; pas d'hémorrhagie. Mort.* — La nommée L...., primipare, âgée de vingt ans, bien conformée, d'une bonne santé habituelle, n'a éprouvé aucun accident pendant sa grossesse: elle est à terme et accouche à la Maternité, le 18 juin 1864, à cinq heures du soir. Le travail a duré six heures dont une heure de période d'expulsion; présentation du sommet en O. I. G. A.; enfant vivant du poids de 3 kilogrammes 250 grammes. L'accouchement et la délivrance ont été naturels, n'ont pas nécessité de manœuvre, et n'ont été suivis d'aucun accident. La malade se trouva bien jusqu'à sept heures et demie du soir, mais alors elle accusa de violentes douleurs lombaires, avec ténésme rectal et besoin de pousser en bas. L'élève sage-femme de service pratiqua immédiatement le toucher et sentit une tumeur qui lui parut assez peu volumineuse: elle occupait la partie postérieure et latérale gauche du vagin. L'élève s'absenta tout au plus cinq minutes pour aller chercher l'aide sage-femme. Le toucher fut de nouveau pratiqué, et l'on constata de grands changements dans la tumeur: elle avait pris un développement considérable; c'est là un point sur lequel j'insiste, car il montre avec quelle rapidité s'est formé l'épanchement sanguin.

(1) Perret, *Des tumeurs sanguines intrapelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement.* Paris, 1864.

M. U. Trélat, mandé en toute hâte, arriva à neuf heures du soir, et l'examen auquel il se livra donna les résultats suivants : à l'extérieur les grandes lèvres et la vulve ne présentent ni changement de coloration ni tumeur ; il existe une déchirure du périnée, verticale, et d'une étendue de 3 centimètres environ : pas d'ecchymose à l'extérieur.

En écartant les grandes lèvres, on constate aussi une éraillure peu profonde de la muqueuse vaginale à sa paroi postérieure ; cette dernière fait une saillie considérable de couleur violacée qui obture à peu près complètement l'orifice vaginal. La tumeur, au dire de la sage-femme, ne paraît pas avoir augmenté sensiblement de volume depuis la dernière exploration, ce qui ferait croire qu'elle a atteint à peu près d'emblée, c'est-à-dire dans l'espace de cinq à dix minutes, son maximum de développement, au moins dans ses parties accessibles.

Cette tumeur occupe toute la longueur de la partie latérale gauche et postérieure du vagin jusqu'au col de l'utérus, au delà duquel elle s'étend peut-être, l'exploration ne pouvant être portée plus loin. Elle offre une consistance élastique assez ferme sans la moindre sensation de fluctuation.

Malgré son volume, elle permet assez facilement l'introduction, entre les parois vaginales accolées, du doigt jusqu'au col de l'utérus. Celui-ci est élevé et fortement déjeté à droite et en avant, il n'offre du reste rien d'anormal dans sa forme ou ses dimensions. La tumeur, qui est fortement convexe dans l'intérieur du vagin, s'aplatit et se surbaisse au voisinage du col.

Le toucher par le rectum permet de constater que la tumeur fait une saillie considérable dans la cavité de cet intestin qu'elle oblitère en partie ; la muqueuse rectale est du reste intacte, et aucun écoulement sanguin ne s'est fait par l'anūs.

Quant à l'état général de la malade, voici ce qu'on constate. Cette femme, qui offrait toutes les apparences d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, qui avait avant son accouchement le teint coloré, est maintenant très pâle, avec un pouls fréquent, faible et dépressible ; elle a des sueurs froides, à certains moments des lipothymies : elle est dans une anxiété extrême et dans une impatience qui se traduit par des récriminations continuelles et presque des injures. L'utérus encore volumineux est dur et assez bien contracté ; ni douleur, ni ballonnement du ventre ; la malade ne fait aucun effort et n'éprouve aucun besoin d'expulsion ; elle n'accuse comme principal symptôme qu'une douleur gravative à la région lombaire.

M. Trélat se décide à ouvrir immédiatement la tumeur : à cet effet il pratique une incision de 3 à 4 centimètres intéressant la partie la plus déclive de la paroi postérieure du vagin. Il s'écoule par la plaie une très petite quantité de sang liquide. Le doigt introduit dans la cavité anormale l'explore facilement et peut vider le foyer des caillots qu'il contient ; le poids de sang sorti peut être évalué à 250 ou 300 grammes ; il se fait encore dans le foyer un écoulement de sang très peu abondant. Les parties sont fortement abstergées avec de l'eau froide.

Par l'exploration de la cavité sanguine, on constate qu'elle s'étend par en bas vers l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts, et que sa paroi postérieure est formée par le rectum tout seul, reconnaissable à sa minceur et à sa souplesse.

Les lèvres de la déchirure périnéale sont rapprochées à l'aide de trois serres-fines ; des toniques consistant surtout en vin de Bordeaux sont administrés à la malade qui est reportée avec précaution dans son lit, un bandage de corps garni de ouate entoure et comprime la paroi abdominale.

Pendant la nuit du samedi 18 au dimanche 19, la malade repose sans douleur ; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Le 19, à la visite du matin, le pouls, à 110 pulsations, a repris un peu de force ; le ventre n'est pas douloureux ; ni ballonnement, ni météorisme ; pas de douleur à la région lombaire, l'utérus est bien rétracté ; les battements du cœur sont réguliers, sans bruit anormal ; pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'accouchement ; la malade ne peut uriner et a dû être sondée ; elle est du reste très calme, et dit se trouver bien ; la respiration est légèrement accélérée ; on ne constate aucune ecchymose à l'extérieur.

Une injection de 2 litres d'eau simple est faite dans le foyer avec un irrigateur muni d'une grosse canule avec plusieurs orifices à son extrémité. Cette canule, qui n'a pas moins de 15 à 18 centimètres de longueur, disparaît presque entièrement lorsqu'elle est poussée jusqu'à l'extrémité postérieure de la cavité accidentelle ; on l'enfonce du reste à des profondeurs variables pour baigner toute l'étendue du foyer. Cette injection sort d'abord fortement colorée par du sang pur, puis viennent quelques caillots, les uns plus anciens, les autres paraissant de formation toute récente, mais en petite quantité, et l'injection ne tarde pas à revenir sans coloration sensible.

Du bordeaux, des bouillons, des potages, sont bien supportés. La journée se passe sans présenter d'aggravation. Un lavement émollient procure une garde-robe peu abondante ; peu de temps après, une deuxième a lieu involontairement. Le cathétérisme a dû être renouvelé.

Une deuxième injection est faite, le soir à six heures, en même quantité et de la même manière que celle du matin ; elle donne les mêmes résultats ; les parties n'exhalent aucune odeur fétide. Il existe à la partie interne des petites lèvres et de chaque côté des escharres grisâtres, circulaires et peu étendues.

Les serres-fines sont retirées à cause de la coloration violacée des lèvres de la déchirure. On recommande à la malade de tenir les cuisses aussi rapprochées que possible, la compression du ventre est continuée.

La nuit du 19 au 20 procure un repos assez complet.

Le lundi 20. Même pâleur ; ni douleur, ni développement du ventre, ni sensation anormale par l'exploration de ces parties ; rien non plus à noter à l'extérieur des parties génitales ; on constate seulement que la déchirure du périnée ne s'est point réunie, que les lèvres en sont engorgées et recouvertes d'ulcérations grisâtres. Les escharres vulvaires, de même couleur, se sont étendues et sont recouvertes de matière sanieuse. L'injection est renouvelée dans le foyer ; elle sort d'abord assez fortement colorée, présentant déjà un certain degré de fétidité, et entraînant avec elle quelques petits caillots qui paraissent de formation ancienne.

L'état général est moins satisfaisant. Le pouls, à 120 pulsations, est mou ; la chaleur est vive ; la peau sèche ; rien au cœur ni dans les vaisseaux ; respiration accélérée. Cependant la malade dit se trouver assez bien ; ni nausées ni vomissements ; pas de garde-robe dans la nuit, le cathétérisme est

encore pratiqué le matin et répété trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans le courant de la journée, la malade est dans une somnolence à peu près continue, mais calme et sans rêveries; elle prend du vin de Bordeaux, des bouillons et des potages; l'administration d'une cuillerée à café d'huile de ricin provoque une garde-robe liquide.

A la visite du soir, la prostration est plus grande; la langue est large et humide, avec un enduit blanchâtre peu épais; les narines sont pulvérulentes, l'injection revient colorée par un liquide plutôt sanieux que purement sanguin; il répand une odeur de plus en plus fétide. L'exploration de la cavité avec le doigt y fait constater la présence d'une certaine quantité de caillots trop volumineux et déjà trop fermes pour être entraînés par l'injection; le doigt peut en amener à l'extérieur une certaine portion; ils paraissent de formation récente. Pendant la journée, les escharres vulvaires sont longtemps abstergés avec de l'eau additionnée d'une petite quantité d'eau-de-vie camphrée; ce n'est plus de l'eau pure, mais ce même liquide qu'on a employé pour les injections de la journée.

Le 21, à quatre heures du matin, cette femme qui avait jusqu'à cette heure bien reposé, n'avait eu aucun frisson, commence à ressentir des douleurs assez vives dans le dos, dans les lombes et dans le ventre; elles persistent encore à la visite du matin; le ventre est développé, tendu, sonore à la percussion qui, même légère, est douloureuse. Le faciès est profondément altéré; les yeux excavés sont bordés d'un cercle brunâtre; pâleur du visage et des téguments; chaleur plus vive; pouls faible, dépressible, à 140 pulsations; la soif est intense; la langue large, humide, avec un enduit noirâtre peu épais; ni nausées ni vomissements; la malade a eu quatre garde-robes diarrhéiques depuis la veille; le cathétérisme est encore nécessaire. La respiration est fréquente, suspicieuse; plaintes continuelles et prostration profonde; les moindres mouvements exacerbent les douleurs.

Les grandes lèvres sont tuméfiées ainsi que les bords de la déchirure périnéale qui sont sphacelés dans toute leur épaisseur; les escharres vulvaires se sont étendues; elles sont recouvertes d'un détritus putrilagineux et sanguinolent très fétide; elles ont aussi gagné en profondeur; et par des tractions même légères, on détache facilement des lambeaux de tissu cellulaire sphacelés qui existent en grand nombre à l'entrée du vagin. La paroi postérieure de ce dernier, d'une coloration violacée noirâtre, a pris une épaisseur considérable et paraît fortement infiltrée; elle oblitère presque complètement l'entrée du vagin. Toutes ces parties sont le siège d'une chaleur très vive. On lave la vulve avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée. Une injection de 2 litres est faite dans le foyer de la même manière que précédemment; elle revient teinte d'un liquide sanieux, d'une fétidité extrême, mais sans entraîner après elle de caillots, bien que, par le toucher, on puisse en constater, en petite quantité, il est vrai, dans la cavité.

On ordonne deux lavements émollients, du bordeaux et des bouillons.

Dans la journée, la prostration va croissant; les lavements sont rendus involontairement; le cathétérisme est encore pratiqué, la vulve abstergée plusieurs fois. La malade est dans une somnolence continue; pouls insensible; elle perd la parole vers deux heures de l'après-midi. La sécrétion laiteuse ne s'est pas opérée.

Cette femme meurt à cinq heures du soir, le 21 juin.

Autopsie, le 23 juin, trente-huit heures après la mort.

Le cadavre présente toutes les traces d'une décomposition avancée. La chaleur de la journée du 22 a été très élevée.

L'abdomen est très développé; une coloration verdâtre s'étend sur sa surface, intense surtout dans les deux tiers inférieurs, envahissant aussi la partie supérieure des cuisses, où l'on sent une crépitation gazeuse, plus prononcée dans le membre gauche. Les grandes lèvres, la région pelvienne et la fesse gauche ont le même aspect que les parties ci-dessus; il en est de même du thorax à sa partie postérieure, et l'on peut constater aussi une infiltration gazeuse.

Le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale incisée est distendu par des gaz; il ne présente pas du reste d'autre altération, excepté au voisinage du pubis où il est infiltré de sérosité sanguinolente. Le même liquide se retrouve dans la gaine des muscles grands droits. Le tissu cellulaire de ce point de la paroi, de même que celui qui est immédiatement recouvert par le péritoine pariétal, est noirâtre et a l'aspect putrilagineux.

La sérosité qui s'écoule à l'incision de ces parties est mélangée de nombreuses gouttelettes graisseuses. La cavité péritonéale, outre des gaz très fétides qui s'échappent par l'incision, contient au moins 300 grammes de sérosité roussâtre, tenant en suspension une grande proportion de gouttelettes huileuses. Le péritoine viscéral ne paraît point enflammé.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus, mais ne sont le siège d'aucune altération. L'épiploon est fortement congestionné seulement à sa partie inférieure; on ne trouve pas d'adhérences.

Le mésentère est encore infiltré de sérosité rougeâtre. Les intestins enlevés avec précaution, pour léser le moins de vaisseaux possible, laissent voir le tissu cellulaire sous-péritonéal distendu par du gaz et le même liquide séro-sanguinolent. L'infiltration envahit l'atmosphère celluleuse des deux reins, plus prononcée néanmoins du côté gauche. En outre, ce tissu cellulaire est noirâtre; on peut facilement en détacher des lambeaux qui paraissent à peu près complètement sphacelés. L'infiltration s'étend vers les parties inférieures dans le tissu cellulaire de la cavité pelvienne et se continue avec le thrombus, qui en est évidemment le point de départ.

La tumeur occupe la partie latérale gauche et un peu postérieure de la cavité pelvienne, sa capacité est considérable. En haut elle s'étend jusqu'au voisinage de l'angle sacro-vertébral, dépassant le sacrum un peu à droite; vers sa partie inférieure, elle ne dépasse pas la ligne médiane de cet os. La paroi postéro-externe de ce foyer est donc formée par le sacrum et l'aponévrose pelvienne qui ne m'a pas paru complètement intacte; sa paroi interne est formée par le vagin et le rectum portés un peu à droite. L'antérieure est constituée par le péritoine; inférieurement l'épanchement se prolonge jusque dans l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts. La paroi vaginale est à nu et comme disséquée, elle est très épaissie, infiltrée de sérosité, elle présente seulement en bas la trace de l'incision, qui n'a pas moins de 3 à 4 centimètres d'étendue dans le sens antéro-postérieur.

J'ai fait quelques tentatives pour rechercher quels étaient les vaisseaux

rompus; à cet effet j'ai pratiqué une première injection avec de l'eau par la veine fémorale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide de l'injection venait sourdre en nappe à la surface du foyer. Il est donc probable qu'aucune veine un peu importante n'était rompue. Une seconde injection pratiquée par l'artère iliaque primitive, aussi avec de l'eau, s'est comportée comme la première : elle s'écoulait également en nappe à la surface du foyer, d'où la conclusion qu'aucune artère un peu volumineuse n'était ouverte et qu'enfin des vaisseaux artériels et veineux d'un très petit calibre avaient contribué en même temps à la formation du foyer sanguin.

Le foyer offre sur toutes ses parois une coloration noirâtre uniforme qui en marque très bien les limites. Il contient quelques petits caillots sanguins, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et une certaine quantité de matière putrilagineuse ressemblant assez à celle qui tapisse la face interne de l'utérus des femmes récemment accouchées.

L'examen plus minutieux de la paroi vaginale fait bien connaître que le foyer est tout à fait en dehors, et qu'elle ne contient dans son épaisseur aucune infiltration sanguine. Les muscles pyramidal, obturateur interne et sphincter externe de l'anus sont ecchymosés dans les points voisins du foyer.

Dans le côté droit de la cavité pelvienne, on trouve une disposition sur laquelle je désire attirer l'attention : car elle me paraît avoir une certaine valeur au point de vue du mode de transformation des thrombus. Les mailles du tissu cellulaire sont dissociées et séparées assez complètement pour former une cavité capable de loger un œuf de poule. Cette poche est située au niveau de la branche horizontale du pubis et de la partie supérieure du trou obturateur; elle ne contient ni caillots, ni sang liquide. Il me paraît évident que si un certain nombre de vaisseaux s'étaient rompus dans le voisinage de cette cavité, il se serait formé là une tumeur sanguine. La vessie, fortement revenue sur elle-même, est saine.

L'utérus, bien rétracté, est très coloré à sa face postérieure, les ligaments larges sont intacts; à l'incision de la matrice on fait sourdre de son épaisseur du pus qui paraît contenu dans les sinus. Le foie, les reins et la rate sont exsangues et ramollis; les veines ne contiennent que très peu de sang très fluide.

Les poumons sont emphysémateux et contiennent des gaz dus probablement à la putréfaction. Les deux cavités pleurales renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente sans trace d'inflammation : quelques fausses membranes de formation ancienne existent dans la plèvre droite. Le péricarde est intact. Le cœur a son volume normal; ses orifices n'offrent aucune altération; ses cavités ne contiennent qu'une petite quantité de sang très séreux. Le cerveau n'a pas été examiné.

OBSERVATION IV. — *Tumeur sanguine occupant la partie latérale gauche de l'excavation pelvienne; infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'abdomen. Mort.* — La nommée B..., primipare, âgée de vingt-deux ans, bien conformée, d'une bonne santé habituelle, entre à la Maternité avec un commencement de travail, le 13 mars 1864; l'enfant présentait le siège; des contractions fortes et régulières amenèrent la dilatation complète du col de

l'utérus en dix heures, la période d'expulsion dura une heure et demie. L'enfant, du sexe masculin, vint au monde un peu cyanosé; une légère saignée du cordon lui fut pratiquée; il pesait 2800 grammes.

L'accouchement et la délivrance furent naturels et ne nécessitèrent aucune manœuvre. Vers sept heures du soir, c'est-à-dire deux heures environ après la délivrance, la malade fut prise de douleurs très violentes dans la région lombaire, avec ténésme rectal et besoin de pousser en bas; elle était en outre très agitée.

L'élève sage-femme de garde pratiqua immédiatement le toucher et constata l'existence d'une tumeur occupant la partie supérieure et latérale gauche du vagin; elle faisait également saillie dans le rectum, comme le montra l'exploration de cette cavité.

Au moment du premier examen, la tumeur était petite et la muqueuse vaginale ne présentait aucune altération. M. Trélat, chirurgien en chef de la Maternité, prévenu sur-le-champ, ne put se rendre auprès de la malade qu'à neuf heures du soir. A ce moment, la tumeur avait acquis un volume considérable; la muqueuse vaginale amincie s'était rompue; il était sorti par cette plaie une petite quantité de sang coagulé. La tumeur n'augmentait plus de volume; elle était assez ferme, sans trace de fluctuation; elle remontait très haut vers la partie supérieure du bassin, et par le rectum pas plus que par le vagin on ne pouvait atteindre sa partie supérieure. La malade était pâle, très affaiblie, le pouls faible et fréquent, à 118 pulsations. Les douleurs persistaient avec la même intensité et les caractères particuliers que nous avons signalés; elles se calmèrent sous l'influence de l'opium administré en lavement et en potion. Le traitement local se borna à des injections d'eau froide dans le vagin. Vers dix heures du soir l'agitation cessa, le pouls descendit à 400 pulsations, et la malade dormit paisiblement jusqu'à minuit; à cette heure, les douleurs revinrent avec le même ténésme rectal, elles s'accompagnèrent d'un peu d'excitation, et le pouls remonta à 120 pulsations, il était petit et très dépressible. Vers trois heures, elle eut un frisson qui dura huit minutes, elle était très pâle, la chaleur de la peau était considérablement augmentée. Le reste de la nuit se passa sans nouvel accident. Le sommeil fut assez calme.

Le 14, à la visite du matin, on compta 122 pulsations; la malade disait avoir faim; elle accusait encore vers le vagin quelques douleurs, mais très faibles. Elle fut mise dans un grand bain pendant vingt minutes, elle s'y trouva bien. Le mieux continua toute la journée, et le soir on ne compta que 96 pulsations; l'état général paraissait très satisfaisant. La tumeur ne subissait aucun changement appréciable à la vue ou au toucher.

Le 15, à la visite du matin, le pouls est fréquent, 108 pulsations, la peau chaude; la malade accuse des douleurs sourdes dans la partie postérieure du bassin. Les lochies sont très fétides; il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'accouchement; 8 grammes d'huile de ricin procurent une évacuation abondante; des injections vaginales sont faites avec de l'eau chargée de coaltar et de l'eau pure alternativement. On constate au pourtour de l'anus une ecchymose très prononcée et limitée à la moitié gauche de cet orifice. La malade dit avoir faim et prend dans la journée des bouillons, des potages et un œuf à la coque.

Le 16, les douleurs lombaires persistent, le pouls est toujours fréquent,

la peau chaude; l'examen de la tumeur qui est également le siège de douleurs spontanées assez vives, augmentées par la pression, montre que la muqueuse vaginale est violacée, très amincie et sur le point de se sphaceler. M. Trélat se décide alors à ouvrir largement la tumeur par le vagin, il en retire environ 300 grammes de caillots très fétides. Des injections fréquentes avec de l'eau chargée de coaltar sont pratiquées dans le foyer, elles reviennent toujours fortement colorées par du sang, très fétides et entraînant en même temps quelques caillots sanguins peu volumineux. La malade fut un peu soulagée par un grand bain où elle resta vingt-cinq minutes; mais à la suite elle eut un frisson, et le soir elle avait le pouls fréquent, à 132 pulsations, la peau chaude, la langue sèche; soif vive; elle n'accusait aucune douleur; les injections dans le foyer furent répétées un grand nombre de fois dans la nuit.

Le 17 mars, l'état général va s'aggravant.

Le 18, survient un nouveau frisson, le pouls a 132 pulsations, est petit et dépressible, le facies exprime une grande anxiété; la malade a des évacuations diarrhéiques involontaires, l'écoulement qui se fait par la plaie vaginale est toujours extrêmement fétide, malgré de fréquentes injections.

Le 19, les frissons se répètent, ainsi que les selles involontaires, le pouls est à 140 pulsations, les narines pulvérulentes, la langue rôtie, les yeux cernés, la face très amaigrie.

En présence de ces signes manifestes d'infection purulente, et l'évacuation du foyer sanguin se faisant difficilement par la plaie du vagin. M. Trélat se décide à pratiquer une contre-ouverture. A cet effet il traverse toute l'épaisseur du périnée au moyen d'un trocart muni d'un tube à drainage de caoutchouc, qui vient aboutir à la partie la plus déclive de la cavité du thrombus; nous devons dire que ce moyen fut insuffisant pour procurer une évacuation complète et continue du foyer. Celui-ci fournissait alors un écoulement tout à fait purulent et fétide; en même temps existaient des eschares vulvaires superficielles, mais très étendues.

Le 20, nouveaux frissons, continuation de la diarrhée, pouls à 144 pulsations. On administre 60 centigrammes de sulfate de quinine et 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en six pilules.

Le 21, visage extrêmement altéré, pouls très faible, respiration fréquente, pâleur extrême, nouveaux frissons; les grandes lèvres sont infiltrées par de la sérosité.

Le 22, le délire survient avec de l'agitation; une prostration extrême lui fait suite et la malade expire à dix heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

La paroi abdominale est infiltrée de gaz et d'un liquide séro-sanguinolent de couleur rosée. La grande lèvre du côté gauche présente un œdème considérable mais purement séreux. Le vagin est fortement repoussé à droite et aplati; on ne constate aucune trace de varices dans son épaisseur ni dans les parties environnantes; à sa paroi postérieure on trouve la solution de continuité qui a été pratiquée avec le bistouri pendant la vie: les tissus ont subi au pourtour de l'ouverture un commencement de mortification. La cavité du thrombus est spacieuse, ses dimensions sont de 9 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et de 4 centimètres dans le sens transversal. La paroi postérieure et latérale gauche de cette cavité est formée par le sacrum

et les aponévroses de l'excauation pelvienne du côté gauche; la paroi antérieure est formée par le ligament large, et la paroi interne ou latérale droite par le vagin, l'utérus, la vessie et le rectum.

De la partie la plus déclive de ce foyer, part un trajet fistuleux pratiqué pendant la vie pour passer le tube de caoutchouc. Les parois de ce trajet sont noirâtres et présentent un commencement de mortification. Dans le foyer, on trouve du pus en petite quantité; des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, et une sorte de bouillie noirâtre mélangée de nombreuses gouttelettes huileuses.

Le tissu cellulaire prévésical est infiltré de sérosité légèrement sanguinolente; il en est de même de la paroi de la vessie. La muqueuse de cet organe est soulevée et détachée des couches sous-jacentes par de nombreuses bulles de gaz.

Les parois de l'utérus sont minces et à l'incision laissent sortir une quantité assez considérable de pus infiltré. Cet organe n'est pas revenu sur lui-même; il offre une capacité considérable et, dans son intérieur, une bouillie noirâtre très épaisse et très fétide.

Le tissu cellulaire péritectal est fortement infiltré; les parois du rectum paraissent saines. Dans la cavité du péritoine, on trouve 250 à 300 grammes de sérosité sanguinolente sans trace bien manifeste d'inflammation de la séreuse. Le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'abdomen est le siège d'une infiltration sanguine très abondante qui remonte jusqu'au-dessus des reins, se continuant en bas avec la cavité du thrombus. Cette infiltration a suivi l'insertion du mésentère entre les lames duquel elle s'étend, envahissant l'atmosphère celluleuse des deux reins, mais surtout du gauche. Ces derniers organes, ainsi que la rate et le foie, sont exsangues et considérablement ramollis.

Les autres organes, poumons, cœur, cerveau, ne nous ont rien présenté de particulier; nous n'avons pas trouvé d'abcès métastatiques.

CHAPITRE III

INFLAMMATION DU VAGIN

Après un accouchement ordinaire, quelle qu'ait été l'irritation du vagin, cet accident disparaît, en général, rapidement. Mais quand la seconde période du travail a été très laborieuse, quand la tête est restée longtemps dans le bassin et a comprimé les parties molles, ou quand il y a eu un obstacle, soit par rétrécissement, soit par mauvaise présentation du fœtus, l'intervention chirurgicale devient nécessaire, et le vagin est exposé à de graves inflammations.

§ I. — Symptômes.

Quand la douleur causée par la distension des parties a cessé, la malade accuse une sensation de chaleur très grande dans le vagin et dans les parties externes. A cette chaleur succèdent de la douleur et une cuisson brûlante. En même temps elle éprouve une sensation de