

avec de l'eau chargée de coaltar sont pratiquées dans le foyer, elles reviennent toujours fortement coloré 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 à 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 latéral gauche de cette cavité est formée par le sacrum et les aponévroses de l'excavation 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 un 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 périrectal 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 rapidement, à moins que l'irritation ne soit entretenue par un écoulement âcre. 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 plénitude et de pesanteur dans le bassin. Si l'on examine, on trouve que les parties

extérieures sont tuméfiées et comme meurtries. En renversant les grandes lèvres et en entr'ouvrant légèrement le vagin, on trouve des traînées rouges plus accusées, et, par place, une sensibilité plus accusée. Quand l'écoulement rouge a cessé, il se produit un écoulement blanc, épais et puriforme.

§ II. — Terminaison.

1° *Par résolution.* — Si la maladie est combattue dès le début, elle cède sans laisser de trace : la douleur, l'inflammation, diminuent rapidement et disparaissent.

2° *Par suppuration.* — Si l'inflammation est opiniâtre, on voit, au bout de quelques jours, la membrane muqueuse devenir à vif. Les plaies varient comme étendue : il peut n'y en avoir que sur les points où il y a eu pression violente ou, comme dans un cas que j'ai eu à observer, il y a peu de temps, tout le vagin peut s'ulcérer. En général, ces ulcérations ne sont pas profondes, excepté quand elles siègent en arrière de la vessie ou à la surface inférieure de l'urèthre, et il n'est pas rare que les ulcérations portant sur ces points donnent lieu à des fistules. Quelquefois, moins fréquemment, l'ulcération siège en arrière, et il y a fistule recto-vaginale. Quant au mode de guérison, elle se fait par des cicatrices irrégulières, disposées en travers du vagin, ou sous forme d'anneaux circulaires ou en spirale. Ces cicatrices diminuent le calibre du vagin, rendent les rapports sexuels difficiles, douloureux, ou même impossibles, et peuvent empêcher complètement le passage de l'enfant dans un second accouchement. Ce n'est que par des soins extrêmes et une surveillance très-attentive pendant la guérison des plaies du vagin, que ces résultats désagréables peuvent être empêchés.

3° *Par la gangrène.* — Si la pression a été très-considérable, les parties qui y ont été le plus exposées se mortifient et forment eschare. Quand ces eschares tombent, on peut se trouver en face d'une fistule vésico-vaginale, et, pendant la guérison de la plaie, il peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, se former des cicatrices circulaires très-nuisibles. Il est beaucoup plus rare que le rectum se perfore.

§ III. — Traitement.

Dans la période inflammatoire, le traitement doit être antiphlogistique, variable comme énergie, suivant l'intensité de l'inflammation. Il peut y avoir à mettre des sangsues à la vulve. Les éméto-cathartiques, combinés avec les purgatifs salins, sont très-utiles. On peut les donner de manière à produire des nausées, sans aller jusqu'aux vomissements. Deux ou trois fois par jour, il faut faire des fomentations sur les parties extérieures et, dans les intervalles, appliquer un cataplasme sur la vulve. Deux ou trois

fois par jour aussi, on pourra faire des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou une faible solution d'acétate de plomb. Je recommanderais beaucoup au médecin de faire lui-même ces injections, à moins qu'il ne puisse compter entièrement sur la garde. Une fois que les eschares sont tombées, il faut examiner avec soin, tous les deux jours, afin de se rendre compte des progrès de la guérison, et, quand les surfaces commencent à se couvrir d'une membrane nouvelle, il faut prendre des précautions pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses. Pour arriver à ce but, il suffit de l'introduction répétée de bougies. D'abord, on introduira, soir et matin, une bougie très-fine, bien huilée, et il faudra, chaque fois, la laisser en place pendant un quart d'heure. Plus tard, à mesure que la sensibilité diminue, on augmente le diamètre de la bougie : on l'introduit plus souvent et on la laisse plus longtemps en place. Les injections tièdes seront continuées; mais, de temps en temps, il faut remplacer l'eau et le lait par un liquide légèrement astringent. Si l'on poursuit, d'une manière continue, ce mode de traitement, on arrive, dans la plupart des cas, à empêcher le rétrécissement du vagin. Dans un cas, dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, l'eschare était énorme; cependant, grâce à ces moyens de traitement, j'obtins une guérison complète et sans la moindre altération de structure des tissus. Si l'état général l'indique, une fois l'inflammation calmée, il faudra prescrire des toniques et un régime fortifiant. Quant au traitement des fistules vésico-vaginales, ou recto-vaginales, nous en parlerons plus tard.

CHAPITRE IV

RUPTURE DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Fréquence.

Ce terrible accident n'a été pendant bien longtemps connu que des ac-

(1) BIBLIOGRAPHIE : Hippocrate, *Œuvres*, trad. Littré, *Épidémies*, liv. V, § 103, et liv. VII, § 49. — Pistor, *De foetu e rupto utero in abdomen prorumpente*, 1716. — Crantz, *Comm. de rupto utero*. Viennæ, 1756, p. 78. — Levet (A.), *Observation sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, 4^e édit., in-8, 1770. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales commentées par le Rouge*. Paris, 1784, in-12. — Deneux, thèse. Paris 1804. — Percy, *Cas de rupture de l'utérus* (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. p. 348). — Bell (Ch.), *Action of the uterus producing rupture* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. XIV, p. 314). — Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III, p. 158, 172 et 187. — Dupré-Latour, *Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine* (*London medical and surgical Transactions*, et *Transactions médicales*, t. XII, p. 78.) — Garthshore, *Med. Journ.*, t. VIII, p. 331. — Green, *Case of the extraction of a living foetus from a woman killed by violence* (*Medico-chirurgical Transaction*, 1822, t. XII, p. 47). — Underwood, *London med. Journal*, t. VII, p. 321. — Wilson, *Annals of med.*, t. II, p. 317, et t. IV, p. 401.