

quatre à cinq jours. Pour ma part, je prolonge le repos horizontal au delà de ce terme, quand les douleurs provoquées par l'opération ne sont pas complètement apaisées, et quand je ne crois pas suffisamment calmée l'irritation qu'elle a provoquée. Deux fois, l'opération faite dans ces conditions donna des résultats satisfaisants; une troisième cautérisation fut jugée nécessaire. Trop rassurée par l'innocuité des deux premières opérations, la malade crut pouvoir enfreindre nos prescriptions, et partit en chemin de fer pour une campagne située à quelques lieues de Paris, quelques heures après la cautérisation; à peine arrivée, elle était prise d'accidents péritonitiques auxquels elle succomba, malgré les soins empressés du chirurgien qui l'avait opérée.

LÉSIONS ANATOMIQUES DE LA PÉRIMÉTRITE

Avant d'entrer dans la description de la périmétrite pour en déterminer le siège et vous faire connaître le terrain où s'engage l'action morbide, je vous dirai quelques mots des lésions qu'elle laisse après la mort. Sans m'étendre sur des détails anatomiques qui ressortissent plutôt à la pathologie qu'à la clinique, je vous indiquerai sommairement ceux qui sont indispensables pour déterminer le siège et la nature du travail anormal.

Nécessairement les nécropsies nous fournissent plus de renseignements sur les formes graves de la périmétrite et sur les périodes ultimes que sur les formes légères et sur les lésions initiales; mais les données fournies par les investigations cliniques suppléent aux renseignements que l'observation anatomique ne peut pas fournir et nous permettront de tracer le tableau de l'évolution de cette maladie.

C'est autour de l'utérus et des ligaments larges que le travail morbide commence et qu'il accomplit ses actes les plus importants. Le plancher du bassin est séparé en deux compartiments dans le sens antéro-postérieur par la matrice et par ses appendices: en avant, le cul-de-sac utéro-vésical loge la vessie; en arrière, dans le cul-de-sac utéro-rectal se trouve le rectum; sur les côtés, vers les expansions terminales du ligament large, le plancher du bassin forme les culs-de-sac latéraux, transversalement coupés par la base du ligament. C'est dans cet espace circonscrit par l'enceinte osseuse du bassin que se passe la principale partie de la scène morbide.

Les lésions constatées après la mort démontrent, comme nous l'avons

déjà dit, que la péritonite est l'élément principal de la périmétrite; c'est dans le péritoine, comme l'admettait Chomel, et comme l'a démontré M. Bernutz, que se développent ces tumeurs que plusieurs observateurs avaient confondues avec les phlegmons et hypothétiquement placées dans le tissu connectif sous-péritonéal.

Si par l'autopsie on a l'occasion d'en vérifier la nature, on trouve des collections séreuses ou séro-purulentes, ou même purulentes: ces dernières sont plus communes dans les périmétrites post-puerpérales que dans d'autres conditions étiologiques; ces collections ont pour parois des néomembranes et les viscères abdominaux et pelviens réunis par des adhérences. Ces adhérences, molles d'abord, s'organisent rapidement; elles sont souvent infiltrées de sérosité; souvent elles cloisonnent la tumeur en plusieurs loges distinctes ou communiquant entre elles, quelquefois superposées comme certaines tumeurs anévrysmales. L'épiploon, les intestins, l'utérus, les ovaires, les trompes, sont enveloppés de ces productions néoplasiques et contractent des adhérences qui leur imposent des situations anormales et peuvent plus tard troubler leurs fonctions.

Quand la tumeur renferme du pus, une membrane pyogénique en tapisse la cavité; ce pus peut contracter une odeur fétide, stercorale, quelquefois il a un aspect sanieux ou noirâtre. Dans certains cas, la tumeur inflammatoire communique avec l'intestin, y verse son contenu et reçoit quelquefois en échange des gaz et des liquides intestinaux. Quand la maladie se termine par la guérison, la collection liquide est résorbée ou évacuée au dehors, la cavité qui la contenait s'oblitére, des adhérences s'organisent et des anomalies dans la situation des viscères sont les seules traces qu'elle laisse après elle.

Si au contraire elle suit une marche chronique, ou si elle persiste pendant un temps très-long, les parois de la tumeur s'épaississent, s'indurent, peuvent acquérir une consistance fibreuse, ou fibro-cartilagineuse; elles prennent parfois une teinte noirâtre due au dépôt d'une matière pigmentaire. Des collections purulentes enkystées ou des noyaux néoplasiques indurés peuvent persister après l'apaisement des phénomènes morbides.

Le tissu cellulaire sous-séreux est congestionné ou infiltré, et il n'est pas rare de trouver avec la pelvi-péritonite des collections purulentes dans le ligament large ou dans le tissu connectif prérectal; on en rencontre aussi dans celui de la fosse iliaque ou de la paroi antérieure de l'abdomen.

Les organes pelviens sont atteints par le travail morbide: l'ovaire est

souvent malade; on le trouve tuméfié, infiltré de sérosité, de sang ou de pus. On y observe parfois des collections purulentes qui peuvent communiquer avec des foyers circum-utérins. Dans un cas qu'il m'a été donné d'observer, il avait acquis le volume de la tête d'un enfant et il était creusé de larges vacuoles suppurantes. Les ovaires peuvent aussi contracter des adhérences avec les organes voisins, avec le fond du cul-de-sac postérieur; et plus d'une fois, pendant la vie, j'ai senti par le toucher, dans ce cul-de-sac, une tumeur lisse arrondie qui m'a paru pouvoir être expliquée par une ectopie de l'ovaire. M. Bernutz a souvent rencontré des lésions de la trompe.

L'utérus est enclavé dans la tumeur inflammatoire qui le rend immobile et le repousse en masse du côté opposé à celui où elle s'est développée. Souvent, en outre, il est incliné sur son axe en avant, en arrière ou sur le côté; il peut subir en même temps un mouvement de rotation qui porte un de ses bords en avant et l'autre en arrière.

Après la résolution de l'engorgement inflammatoire et l'organisation des néoplasies, celles-ci, en se rétractant, lui font subir un mouvement opposé à celui qu'il avait éprouvé au début de la maladie, et l'attirent du côté dont il avait été éloigné.

Souvent à cette période surviennent des flexions anormales, anté-rétro-latéro-flexions, dues probablement à la traction qu'exercent sur lui ces adhérences rétractiles et aux modifications survenues dans le tissu même de l'utérus, sous l'influence du travail congestif dont il a subi le retentissement, quand il n'en a pas été le siège primitif.

Quand la phlegmasie occupe le cul-de-sac utéro-rectal, le rectum peut être comprimé, dévié; sa membrane muqueuse est injectée, congestionnée; dans quelques cas elle est découpée par de nombreuses ulcérations et présente toutes les lésions de la dysenterie grave.

Le fond du cul-de-sac péritonéal rétro-utérin peut, quand il est refoulé par une collection purulente, se rapprocher du périnée, au point qu'il n'en est plus séparé que par une mince épaisseur de tissus. J'ai observé un fait de ce genre dans le service de Chomel, en 1840, et M. Bernutz en a cité d'analogues.

Quand le cul-de-sac utéro-vésical est le foyer du travail morbide, la vessie peut être aplatie, étalée, comprimée, abaissée; le canal de l'urètre peut être incurvé à son origine. Les tumeurs développées dans le cul-de-sac postérieur, en repoussant l'utérus en avant, peuvent, par son intermédiaire, exercer sur la vessie une pression indirecte et produire des effets analogues.

FORMES ET VARIÉTÉS DE LA PÉRIMÉTRITE

La périmétrite se montre le plus souvent avec une marche aiguë. Elle peut cependant prolonger sa durée au delà de ses limites habituelles et revêtir les allures d'une affection subaiguë: les conditions constitutionnelles congénitales ou acquises qui produisent l'affaiblissement de l'organisme, les imprudences, les erreurs d'hygiène, les causes extérieures qui excitent le travail phlegmasique et l'empêchent d'arriver à solution, peuvent aussi faire dévier la périmétrite de ses tendances naturelles et lui imprimer ce caractère de subacuité.

Enfin, quand elle se superpose à une maladie chronique, à plus forte raison quand elle en est un épiphénomène, elle peut devenir chronique comme l'affection qu'elle complique et qui lui donne son caractère.

§ 1. — DE LA PÉRIMÉTRITE POST-PUERPÉRALE.

Comme type de la périmétrite à forme aiguë, je vous décrirai d'abord la périmétrite *post-puerpérale*, je vous dirai ensuite quelles nuances symptomatiques distinguent celle qui se développe en dehors de la puerpéralité. Toutes les circonstances qui aggravent le traumatisme puerpéral en favorisent les complications phlegmasiques; aussi, nous rangerons parmi les causes prédisposantes de la périmétrite: la longueur et la difficulté du travail, et par conséquent les mauvaises conformations du bassin et les présentations anormales, la primiparité, signalée par tous les auteurs, bien que le hasard de mes observations personnelles ne soit pas favorable à cette assertion, très-vraisemblable d'ailleurs.

Nous mettrons encore au nombre des conditions qui prédisposent à la périmétrite une attaque antérieure de cette maladie et les affections congestives de l'utérus au milieu desquelles la grossesse a pu évoluer: telles que métrite, catarrhe utérin, métrorrhagies. J'ai vu une périmétrite succéder à l'accouchement chez une femme qui avait des métrorrhagies depuis deux ans, et dans ce laps de temps avait fait deux fausses couches. J'ai plusieurs fois noté, parmi les antécédents de cette affection, une menstruation *irrégulière* avant la grossesse, ou des fatigues excessives avant la parturition.

Plusieurs de mes malades avaient éprouvé des douleurs vives dans les reins et dans l'hypogastre, trop communes chez les femmes enceintes

pour qu'on y attache une grande importance; mais ces douleurs cependant peuvent indiquer une disposition congestive, et, à ce titre, méritent attention.

La régularité du flux lochial a toujours été regardée comme un signe important pour le pronostic et une condition de l'évolution normale des phénomènes qui succèdent à l'accouchement.

Chez plusieurs malades j'ai noté que, comme prélude de la périmé- trite, le flux lochial était resté sanguinolent au delà de l'époque à laquelle il prend ordinairement un autre caractère. Chez quelques-unes, il s'était transformé en une véritable métrorrhagie. Dans un cas, cet accident durait depuis plus de deux mois quand la malade est entrée à l'hôpital.

On voit au début du travail phlegmasique les lochies redevenir sangui- nolentes après qu'elles avaient cessé de l'être depuis plusieurs jours. D'autres fois elles diminuent brusquement ou même sont complètement supprimées, sous l'influence d'une imprudence, d'un refroidissement, d'une émotion morale. Je les ai vues, dès le troisième jour, perdre leur aspect sanguinolent, d'autres fois devenir roussâtres ou être rempla- cées par un écoulement sanieux; elles prennent quelquefois une odeur fétide. Ces changements précèdent la périmé- trite ou en accompagnent le début. Quand elle est précédée de métrorrhagies, j'ai noté plusieurs fois que c'était précisément au moment où le flux sanguin diminuait ou s'arrêtait qu'éclataient les phénomènes inflammatoires.

Ceux-ci, quand ils ont une connexion directe avec la puerpéralité, se manifestent en général dans les six ou huit jours qui suivent l'accouche- ment, du troisième au dixième jour, très-rarement plutôt; le quatrième jour est assez souvent indiqué dans mes notes. Cependant leur début ou plutôt leur manifestation peut être retardée: plusieurs malades les fai- saient commencer au dix-huitième jour. Dans ce cas, des causes exté- rieures sont venues troubler le travail régressif de l'utérus et peut-être surexciter un processus congestif dont l'accouchement avait été le point de départ et qui, jusque-là, était resté latent.

Chez plusieurs malades, c'est cinq ou six semaines après les couches, c'est-à-dire au milieu du travail qui prépare le retour des règles, que la périmé- trite s'est développée.

Des douleurs, du météorisme, de la fièvre, en sont, dans presque tous les cas, les symptômes initiaux; à ces phénomènes fonda- mentaux, qui sont presque constants, s'ajoutent des troubles diges- tifs, de l'inappétence, des nausées, quelquefois des vomissements,

de la constipation, plus rarement de la diarrhée, souvent de la dysurie.

Les malades restent couchées sur le dos. Les jambes sont ordinaire- ment fléchies. Le facies est anxieux, mais il n'offre pas cet aspect grippé, cette altération et cette dépression profonde qu'on observe dans le typhus puerpéral. Le teint est d'une pâleur mate comme il l'est après l'accouchement, mais sans la nuance jaune pyogénique.

Comme dans un très-grand nombre d'affections inflammatoires, la douleur est très-souvent le premier signal de l'envahissement morbide; elle est assez souvent vaguement localisée au début; dans beaucoup de cas elle se concentre ou elle a son foyer primitif dans une des régions iliaques, la gauche plus fréquemment que la droite, et dans l'hy- pogastre. Elle peut se faire sentir aussi dans les reins, dans les fesses; elle irradie parfois dans l'estomac, dans l'anus, dans la vulve, et souvent dans les aines et dans les cuisses, principalement le long de leurs régions antérieure et interne, plus fréquemment sur le trajet des nerfs cruraux que sur celui des nerfs sciatiques.

D'autres fois diffuses, les douleurs occupent tout l'abdomen avec des foyers d'origine et de concentration. Cette diffusion, quand elle est accompagnée de troubles généraux très-accentués, doit faire craindre une généralisation du travail péritonitique.

Des sensations de tension, de pesanteur et de chaleur en sont les caractères les plus habituels; souvent elles prennent la forme névralgique et deviennent lancinantes; d'autres fois c'est une torsion, une compression; d'autres fois, comparées par les malades à des coliques ordinaires, elles sont mobiles comme les gaz intestinaux dont les mouvements les éveillent ou les augmentent.

Quelquefois elles sont expulsives et accompagnent alors des contrac- tions utérines qui chassent au dehors des caillots sanguinolents.

Elles sont en général exacerbantes; elles reviennent par intervalles ou se détachent en accès de souffrances aiguës sur un fond de malaise, de poids et d'endolorissement permanent.

Habituellement modérées, elles acquièrent parfois une intolérable violence sans cause appréciable. Les mouvements, la pression, les exas- pèrent; ordinairement elles rendent le décubitus latéral insupportable; elles deviennent intolérables si la malade se couche du côté affecté; et si elle s'incline de l'autre côté, elle éprouve une sensation de tiraillement et de poids qui l'empêche de conserver cette attitude. Quelquefois même elles empêchent l'extension de la cuisse sur le bassin; des crampes s'ajoutent parfois à ces symptômes et aggravent les souffrances. La sta-

tion, la marche, sont souvent impossibles, et si la malade a l'imprudence de s'y risquer, ses douleurs deviennent beaucoup plus intenses; elle ne peut se tenir droite, mais elle marche courbée en avant, la main appuyée sur son ventre comme pour l'immobiliser. Une de mes malades me disait que les secousses d'une voiture lui donnaient une sensation de ballottements douloureux.

Des troubles de sensibilité éloignés ou réflexes peuvent se joindre à ceux qui se manifestent au niveau du foyer morbide. Ainsi quelques malades accusent des élancements douloureux dans les seins. J'ai vu une céphalalgie violente accompagner la périmérite. Il y a quelquefois de l'hyperesthésie des téguments.

Suivant le siège du travail morbide, la douleur pourra se localiser plus spécialement dans telle ou telle région: ainsi, quand l'inflammation envahit les culs-de-sac latéraux du péritoine pelvien, la douleur se fait d'abord sentir vers les régions iliaques. L'hypogastre en sera le premier foyer, elle pourra être accompagnée de dysurie, d'envies fréquentes d'uriner, de ténésmes vésicaux, si le cul-de-sac utéro-vésical est le siège de la phlegmasie. Si c'est le cul-de-sac utéro-rectal, la malade accusera de la pesanteur sur le fondement et sur le périnée, des douleurs anales, de la gêne et de la douleur dans la défécation, de la constipation, moins fréquemment de la diarrhée.

Chez quelques malades, la périmérite, à ses débuts, ne provoque pas de douleurs spontanées: elles s'éveillent alors par le mouvement ou par la pression; la palpation les développe et permet de constater une sensibilité plus vive au niveau des foyers morbides, quelquefois au niveau des nerfs qui en transmettent l'incitation directe ou réflexe.

Si l'on retire brusquement la main après avoir refoulé la paroi abdominale, on peut produire une douleur *en retour*, attribuée d'une manière un peu trop absolue peut-être à l'inflammation du péritoine pariétal.

Les formes presque indolentes de la périmérite m'ont paru plus rares dans celles qui se développent après l'accouchement que dans celles qui reconnaissent une autre origine.

Le météorisme accompagne habituellement la périmérite: les congestions physiologiques comme les congestions morbides de l'appareil utéro-ovarien donnent très-souvent lieu au développement de gaz intestinaux. Il n'est pas rare d'observer ce symptôme au début de la grossesse, dans l'imminence du flux cataménial. Je l'ai vu coïncider avec des fibroïdes utérins. Toutes les affections congestives de la matrice le produisent très-souvent.

Le météorisme dans la périmérite se montre à des degrés divers: nous avons dit quelle part il pouvait avoir dans l'exacerbation des douleurs; il augmente, en général, avec la diffusion de la péritonite; et quoi qu'il ne soit pas toujours proportionnel à l'intensité et à l'étendue du travail morbide, quand il est très-développé, accompagné d'une sensibilité diffuse et de troubles fonctionnels graves, on doit craindre la généralisation de l'inflammation péritonéale.

Il faut se rappeler dans l'appréciation de ce symptôme que chez beaucoup de femmes, chez celles surtout qui ont eu plusieurs enfants, le ventre peut conserver pendant longtemps après l'accouchement un développement considérable.

Je n'ai jamais rencontré la périmérite post-puerpérale complètement apyrétique; quelquefois c'est une fébricule très-peu accentuée, revenant par accès le soir ou pendant la nuit. Souvent, au contraire, un frisson suivi d'une réaction fébrile intense ouvre la scène morbide. Ce frisson peut se répéter, surtout si la malade ne reste pas alitée; il peut revenir périodiquement; d'autres fois le frisson fait défaut, surtout chez les femmes qui gardent le lit. La fièvre, précédée ou non de frissons, peut être continue rémittente; elle peut présenter le type de la fièvre quotidienne ou double quotidienne, ou revenir par accès irréguliers. Je l'ai vue, après avoir été pendant quelques jours continue, revenir tous les deux jours, chez une femme qui avait eu pendant longtemps des accès de fièvre tierce. Dans quelques cas la fièvre symptomatique de la périmérite semble continuer la fièvre traumatique puerpérale, improprement appelée fièvre de lait, et le développement anomal de celle-ci peut, dans quelques cas, faire pressentir cette complication. Dans ce cas aussi, la congestion utérine fait réulsion à la congestion mammaire et la sécrétion lactée est ordinairement nulle ou peu abondante. Des sueurs profuses, incommodes, épuisantes, accompagnent très-souvent l'évolution de la périmérite, surtout quand elle tend à la suppuration.

Tandis que les phénomènes que nous venons d'indiquer signalent l'invasion de la périmérite, l'examen du malade en confirme et en précise la signification. La palpation fait constater la sensibilité du ventre, plus marquée dans certaines régions, précisément dans celles qui correspondent aux foyers phlegmasiques; en même temps elle trouve des rénitences localisées, dues d'abord à des contractions musculaires que la douleur provoque, plus tard au développement de la tumeur inflammatoire; celle-ci, en général, est plus promptement accessible à la palpation abdomi-

nale quand elle occupe les ligaments larges que quand elle siège dans les culs-de-sac péritonéaux. Dans ce dernier cas, c'est en refoulant la paroi abdominale, autant que sa sensibilité le permet et avec la prudence que commande l'existence d'une péritonite, qu'on perçoit, non pas d'abord une tumeur circonscrite, mais une résistance profonde qu'on ne trouve pas du côté opposé ou dans les parties voisines, et qui est douloureuse sous la pression.

J'ai une fois constaté par la palpation ces frottements péritonéaux qu'on rencontre dans d'autres péritonites.

Le toucher vaginal n'est pas toujours possible au début de la périmé- trite, surtout de celle qui succède à l'accouchement; le médecin doit s'arrêter devant l'extrême excitabilité des organes génitaux qui, exaspé- rée par ces explorations, peut augmenter le stimulus inflammatoire. D'ailleurs, à cette période, il fournit souvent peu ou point de rensei- gnements: un peu de résistance et de sensibilité dans un ou plusieurs des culs-de-sac utérins sont les premières anomalies appréciables par le toucher. Au bout de quelques jours ce cul-de-sac s'abaisse et bombe du côté du vagin; il donne au doigt une sensation d'élasticité demi-fluc- tuante qui fait place à une rigidité de plus en plus accentuée, à mesure que la maladie a duré plus longtemps, à moins qu'elle ne se termine par suppuration, ce qui en modifie les caractères objectifs, comme nous l'indiquerons plus tard.

J'ai rencontré cette tumeur dans les conditions de puerpéralité, occu- pant le plus souvent le cul-de-sac gauche ou le cul-de-sac postérieur, plus rarement le cul-de-sac antérieur, plus rarement encore le cul-de- sac droit. Il n'est pas rare qu'elle occupe à la fois la partie contiguë de deux culs-de-sac, ou qu'en remplissant un, elle se prolonge par ses deux extrémités dans les deux culs-de-sac voisins. Elle peut être ainsi latéro- postérieure ou postérieure bilatérale, etc.

Quand elle a acquis un certain développement, il devient en général facile d'en mesurer l'épaisseur en soulevant avec le doigt le cul-de-sac vaginal affecté, et refoulant avec l'autre main la partie correspondante de la paroi abdominale.

Ce mode d'exploration, quand la partie antérieure du ventre est souple, permet de distinguer les plus petits épaissements, les simples rigidités des culs-de-sac latéraux ou antérieurs; pour le cul-de-sac pos- térieur il est souvent utile de combiner le toucher rectal avec le toucher vaginal; en introduisant l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin, on peut entre ses deux doigts explorer la cloison recto-vaginale et sou-

vent palper la partie inférieure de la tumeur, étudier ses connexions avec l'utérus, les changements qu'elle subit dans ses dimensions et dans sa consistance. Le toucher rectal seul fournit déjà sur ce point d'utiles renseignements, et il peut être utile de le pratiquer isolément avant de le combiner avec le toucher vaginal. Le doigt introduit dans le vagin y sent une chaleur anormale et souvent des battements artériels qu'on peut constater d'ailleurs toutes les fois que les artères vaginales sont soulevées et reposent sur un plan résistant.

L'utérus, toujours volumineux après l'accouchement, peut se tumé- fier encore sous l'influence de la congestion qui l'envahit; dans tous les cas son évolution régressive est suspendue ou ralentie; il est lourd, gros; le col est entr'ouvert, ce qui ne peut pas être imputé entièrement aux conditions de puerpéralité, car nous retrouvons très-souvent cette béance du col dans les périmétrites non puerpérales; il est en général sensible au toucher, mais le phénomène important, caractéristique de la phlegmasie circum-utérine, c'est l'immobilité de l'utérus. On ne constate d'abord qu'une mobilité plus restreinte, de la douleur et de la gêne quand on cherche à imprimer à l'utérus quelques mouvements, surtout à l'entraîner du côté opposé au côté malade. Plus tard le manque de mobilité devient plus accentué, enfin arrive un moment où l'utérus est enclavé, enserré par la gangue inflammatoire qui l'enveloppe.

Habituellement, dans la périmétrite post-puerpérale, le fond de l'utérus peut être senti au-dessus du pubis, annexé à la tumeur qui, quel- quefois, le déborde des deux côtés; ou elle forme à côté de lui un plas- tron qui le dépasse et donne à la main la sensation d'une induration plate et solide qui double la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Fallope, et s'étend parfois jusqu'à la hauteur de la zone ombilicale.

En même temps qu'il est immobilisé, l'utérus est repoussé du côté opposé à la tumeur: tantôt il est déplacé sans changement dans sa direction; tantôt, et plus souvent, il est incliné ou courbé sur son axe en avant, en arrière, sur les côtés; quelquefois, moins fréquemment peut-être que dans le phlegmon du ligament large, il est refoulé en haut, et, chez quelques malades, il est difficile de l'atteindre par le toucher; sou- vent, il est abaissé, et le col se rapproche de l'orifice vulvaire. Il n'est pas rare qu'il subisse un mouvement de rotation, de telle sorte que l'une de ses commissures regarde en avant et l'autre en arrière.

Il m'est arrivé de sentir au début de la phlegmasie une petite tumeur arrondie, lisse, qui avait le volume de l'ovaire et qui m'a paru pouvoir lui être attribuée. D'autres fois on distingue une saillie oblique flexueuse