

quay. Peu de minutes après, palpitations épouvantables, tumulte cardiaque, pâleur extrême, et les assistants crurent que la malade allait mourir. Au bout de quelques heures l'oppression cessa et tout fut fini. Il est probable qu'un caillot faiblement pédiculé s'était détaché et était remonté dans le cœur ou l'artère pulmonaire. » On peut employer dans la dernière période de la maladie des douches d'eau chaude, ou d'eau salée si l'on en a; leur effet est excellent. On les donne matin et soir, et le membre est enveloppé d'un bandage pendant la journée. On dit que les courants électriques facilitent la résorption, et ils paraissent avoir quelque utilité.

Changeement d'air.

Lorsque la femme est assez bien pour se déplacer, on lui prescrira le changement d'air et une saison au bord de la mer. Mais elle ne devra se servir du membre malade qu'avec les plus grandes précautions et sans se hâter, pour ne pas courir les risques d'une rechute. Il est bon de la prévenir, elle et sa famille, que les signes locaux de la maladie ne disparaîtront complètement qu'au bout d'un temps assez long.

CHAPITRE X

CELLULITE ET PÉRITONITE PELVIENNES

On savait, dès les temps les plus reculés, que des affections inflammatoires graves peuvent survenir après l'accouchement dans le bassin et les organes voisins, et qu'elles se terminent fréquemment par suppuration. Mais c'est seulement dans ces dernières années qu'elles ont été le sujet de recherches cliniques et pathologiques sérieuses, et que leur véritable nature a commencé à être reconnue. Toutefois nous avons encore beaucoup à faire pour que leur étude soit complète, et les accoucheurs doivent y apporter toute leur attention, parce que ce sont les maladies les plus graves et les plus longues dont puissent être atteintes les femmes pendant l'état puerpéral. Leur origine est souvent obscure et méconnue, et leurs suites incurables.

Ces affections sont connues depuis fort longtemps.

Ces affections ne sont pas limitées à l'état puerpéral. Au contraire, quelques-uns des cas les plus graves n'ont aucune relation avec l'enfantement; nous les laisserons de côté, et ce chapitre n'aura trait qu'aux formes directement imputables à la parturition.

Elles ne sont pas limitées à l'état puerpéral.

De récentes recherches ont démontré qu'on rencontre après l'accouchement deux variétés distinctes d'affections inflammatoires, différant matériellement l'une de l'autre sous plusieurs rapports. Dans l'une, l'inflammation affecte surtout le tissu

On en observe deux formes distinctes.

6 et 7

conjonctif qui enveloppe les organes de la génération contenus dans le bassin, ou s'étend sous le péritoine et dans les fosses iliaques. Dans l'autre, elle attaque cette portion du péritoine qui recouvre les viscères pelviens, et y reste limitée.

Nomenclatures
diverses.

Ce point est admis par tous les auteurs; mais les nomenclatures diverses qu'ils ont adoptées ont jeté une grande obscurité sur la description de ces maladies, et en ont rendu la nature difficile à saisir.

Ainsi, la première forme a été décrite diversement sous le nom de cellulite pelvienne, phlegmon péri-utérin, paramérite, ou abcès pelvien, tandis que la seconde est fréquemment appelée périmérite, pour la distinguer de la paramérite. L'emploi du préfixe *para* ou *péri*, pour distinguer la variété inflammatoire cellulaire ou péritonéale, suggéré d'abord par Virchow, a été à peu près généralement adopté en Allemagne, et vivement appuyé en Angleterre par Matthews Duncan. Cependant les auteurs anglais ne l'ont jamais complètement adopté, et la similitude des deux dénominations est faite pour amener de la confusion. Quant à moi, j'ai choisi les expressions de *péritonite pelvienne* et de *cellulite pelvienne*, parce qu'elles entraînent avec elles une notion à peu près exacte des tissus particulièrement affectés.

Il est important de
distinguer les deux
variétés.

Le fait important à retenir, c'est qu'il existe deux variétés distinctes de maladie inflammatoire, qui offrent quelques ressemblances dans leur marche, leurs symptômes et leur terminaison, sont souvent simultanées, mais distinctes surtout dans leur pathologie, et susceptibles d'être différenciées. Thomas les compare à la pleurésie et à la pneumonie, et la comparaison est bonne, parce qu'elle fixe les faits dans la mémoire. « Comme elles, dit-il, elles sont séparées et distinctes, comme elles, elles affectent des tissus dont la structure est différente, et, comme elles, elles se compliquent en général l'une de l'autre. » On devrait donc les décrire dans deux chapitres, ainsi que l'ont fait la plupart des auteurs qui ont traité le sujet en dehors de la puerpéralité. Mais il est plus difficile de les différencier

pendant l'état puerpéral, c'est pour cela, et en même temps pour être plus bref, que je les étudie ensemble, me réservant de signaler les particularités de chacune d'elles, à mesure que je les rencontrerai.

Lorsque l'attention fut primitivement appelée sur cette ma-
ladie, on crut que le tissu cellulaire du bassin était seul affecté. Telle était l'opinion de Nonat, de Simpson et d'autres auteurs modernes. C'est Bernutz qui le premier découvrit l'importance de l'inflammation localisée du péritoine, et constata que bien des cas supposés appartenir à la cellulite pelvienne étaient en réalité des péritonites. Il est hors de doute que ce fut là un grand pas en avant. Mais, comme beaucoup d'autres, Bernutz alla un peu trop loin, et il se trompa en refusant d'admettre la cellulite dans les cas où elle existait positivement.

L'influence considérable de la parturition sur la production de ces maladies est pleinement confirmée depuis longtemps. Courty estime que les deux tiers des cas doivent avoir pour cause l'accouchement ou l'avortement, et Duncan a trouvé sur 40 observations que 25 se rapportaient à la puerpéralité.

La plupart des auteurs modernes admettent à peu près généralement que les deux variétés sont produites par l'extension de l'inflammation soit de l'utérus, soit des trompes de Fallope, soit des ovaires. Duncan a particulièrement insisté sur ce point; il soutient que la maladie n'est jamais idiopathique, et « qu'elle succède invariablement soit à une lésion mécanique, soit à l'inflammation de l'un des viscères pelviens, ou bien à l'irritation produite par un écoulement de mauvaise nature à travers les trompes, ou issu des trompes mêmes et des ovaires. »

Il y a entre ces affections et la septicémie puerpérale une connexion intime, c'est un fait capital. Barker a fait une curieuse observation : chaque fois que la fièvre puerpérale est endémique à Bellevue Hospital, à New-York, on y rencontre invariablement la péritonite et la cellulite pelviennes. Olshausen a aussi remarqué qu'à la Maternité de Halle, pendant les vacances, alors que les femmes ne sont pas assistées par les

siège de la maladie.

Étiologie.

L'inflammation est
secondaire et jamais
idiopathique.

Elles sont souvent
en relation avec la
septicémie.

étudiants, et qu'elles sont moins exposées aux chances de l'infection, on n'observe presque jamais ces inflammations. Comme l'inflammation de la muqueuse utérine, de la muqueuse vaginale et du tissu conjonctif pelvien est un phénomène local à peu près constant de l'absorption septique, le rapport entre ces deux genres de maladie s'explique facilement. Schröder va plus loin; il décrit ces affections dans le chapitre consacré à la fièvre puerpérale. Mais elles n'en dépendent pas forcément, car, si la péritonite et la cellulite pelviennes peuvent, dans certains cas, être rapportées à la fièvre puerpérale, elles ont quelquefois une autre origine, et elles peuvent naître directement de causes tout à fait étrangères à une inflammation par septicité, par exemple d'un effort exagéré peu de temps après l'accouchement, ou d'un coït prématuré. Des causes mécaniques peuvent incontestablement provoquer la maladie chez une femme prédisposée par le processus puerpéral, mais cela ne suffit pas pour la décrire au chapitre de la fièvre puerpérale.

Siège de l'inflammation dans la cellulite pelvienne.

La cellulite peut siéger dans le tissu aréolaire abondant qui existe autour des viscères pelviens. Ce tissu s'étend lâchement entre les organes contenus dans le petit bassin, entoure le vagin, le rectum, la vessie, et forme une masse considérable entre les replis des ligaments larges. De là, il remonte dans les fosses iliaques et à la surface interne des parois abdominales. Dans tous ces points, il peut être le siège de l'inflammation dont je parle, et cette inflammation est essentiellement semblable à celle qui se produit dans le tissu aréolaire des autres régions du corps. C'est d'abord un œdème inflammatoire aigu, suivi d'infiltration avec exsudat dans les aréoles du tissu connectif, puis formation de tumeurs appréciables. Tous les points du bassin peuvent être le siège de ces tumeurs. On les rencontre, et c'est une de leurs situations communes, entre les replis des ligaments larges, où elles constituent une masse dure et distincte, en rapport avec l'utérus, et qui s'étend aux parois pelviennes; on peut sentir par l'examen bimanuel leurs contours arrondis. Si la cellulite est limitée, la tumeur peut

siéger sur l'un des côtés de l'utérus seulement, sous une forme arrondie d'un volume variable, et en apparence attachée à l'organe. Quelquefois l'exsudat est plus étendu, il enveloppe l'utérus complètement ou à peu près, et il se propage jusqu'au tissu cellulaire qui sépare le vagin du rectum, ou jusqu'à celui qui est entre l'utérus et la vessie. Alors l'utérus est immobilisé et solidement fixé au milieu d'un exsudat épais et compact. Quelquefois encore, l'inflammation affecte surtout le tissu cellulaire qui recouvre les muscles de la fosse iliaque. Elle constitue alors une tumeur facilement appréciable par la palpation, tandis que le toucher ne fait découvrir aucune trace de l'exsudat, si ce n'est une sensation d'épaississement perçue par le doigt à la partie supérieure du vagin, du même côté que la tumeur.

Dans la péritonite pelvienne, l'inflammation est limitée à cette portion du péritoine qui enveloppe les viscères pelviens. Son étendue varie naturellement avec l'intensité et la durée de l'attaque. Dans quelques cas, il y a seulement un peu plus que de l'irritation, mais souvent on trouve l'exsudation de matière plastique. Il en résulte, en général, une fixité complète de l'utérus, un épaississement et un gonflement de l'extrémité supérieure du vagin, et l'épanchement de lymphes peut s'étendre à tous les viscères voisins, de façon à constituer des tumeurs quelquefois difficiles à distinguer de celles de la cellulite. A l'examen cadavérique, on trouve les viscères pelviens adhérents dans une grande étendue, et l'agglutination peut envelopper les anses intestinales les plus proches, de telle sorte que les tumeurs ont un volume considérable.

Siège de l'inflammation dans la péritonite pelvienne.

Il n'est pas facile de déterminer la fréquence relative de ces deux formes d'inflammation comme affections puerpérales. En dehors de la puerpéralité, la péritonite est de beaucoup la plus commune, mais pendant l'état puerpéral il n'en est peut-être pas ainsi. Elles se compliquent en général l'une de l'autre, et il est rare que la cellulite prenne des proportions étendues sans que le péritoine soit plus ou moins atteint.

Fréquence relative des deux formes de l'affection.