

Symptômes.

Le premier symptôme est la douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, avec un frisson tout à fait au début. La douleur peut être plus ou moins vive. Quelquefois elle est légère, et il n'est pas rare de rencontrer des femmes, atteintes d'une exsudation considérable, qui ne souffrent que fort peu et n'éprouvent qu'une sensation vague de pesanteur et de malaise à la partie inférieure de l'abdomen. Mais parfois les souffrances sont extrêmes et caractérisées par des paroxysmes et des exacerbations; la femme reste plusieurs heures sans éprouver de douleur, puis elle a des crises d'une violence excessive.

La douleur appartient probablement à la compression péritonéale.

Schröder dit que la douleur est toujours un symptôme de péritonite, et qu'elle n'existe pas dans la cellulite franche. Il est certain que les tumeurs de la cellulite sont parfois remarquablement indolentes, et j'ai souvent vu des masses énormes d'exsudat qu'on pouvait palper sans la moindre précaution. D'un autre côté, bien qu'elle soit positivement plus commune dans les cas non puerpéraux, la sensibilité abdominale est quelquefois excessive, la femme frissonnant à la palpation la plus douce. Le pouls est élevé, il atteint en général de 100 à 120, et le thermomètre indique l'existence d'une pyrexie. Ces deux symptômes persistent pendant tout le cours de la maladie. La température est souvent très haute, mais en moyenne elle se tient entre 38 et 40° avec des rémissions plus ou moins marquées. Quelquefois on n'a pas constaté la moindre élévation de la température, on a même dit qu'elle pouvait rester au-dessous de son chiffre normal; ce sont là des faits très exceptionnels.

Il existe souvent d'autres signes d'irritation locale et générale, entre autres, surtout dans les cas de péritonite, des nausées et des vomissements, l'altération de la physionomie, la face est grippée, la douleur locale détermine de la dysurie et du ténésme. Le ténésme s'observe surtout lorsque l'exsudat, siégeant entre le rectum et le vagin, comprime l'intestin. Le passage des matières fécales, si elles ne sont tout à fait liquides, peut alors provoquer de vives souffrances.

Ces symptômes, lorsqu'ils apparaissent peu de temps après la délivrance, ne manquent pas d'attirer l'attention. Mais ils peuvent survenir seulement plusieurs semaines après l'accouchement; alors leur début est souvent insidieux, et on les méconnaît. Il n'est pas rare que, six semaines ou même davantage après son accouchement, une femme se plaigne d'une sensation un peu vive de malaise et de gêne; on l'examine, et on découvre un exsudat énorme, qui jusque-là avait complètement échappé à l'observation.

Les symptômes apparaissent souvent d'une façon insidieuse.

En introduisant le doigt dans le vagin, on le trouve chaud et gonflé, quelquefois distinctement œdémateux, et on constate dans les culs-de-sac l'existence de l'exsudat dont la quantité est très variable. Parfois, surtout au début de la maladie, on n'éprouve guère autre chose qu'une sensation diffuse d'épaississement et d'induration, soit sur l'un des côtés de l'utérus, soit en arrière de l'organe. Le plus souvent, un examen bimanuel très soigneux nous permet de découvrir une dureté et un gonflement distincts, ou bien une tumeur volumineuse insérée en apparence sur l'un des côtés de l'utérus, et qui s'élève au-dessus du détroit supérieur, ou s'étend jusqu'aux parois du bassin. L'examen doit être fait avec les deux mains, attentivement et méthodiquement, de façon à explorer la totalité du globe utérin, en avant, en arrière, de chaque côté, aussi bien que les fosses iliaques; sans cette précaution, un exsudat considérable peut nous échapper. Lorsque l'exsudat est volumineux, l'utérus est toujours plus ou moins immobilisé, et c'est un symptôme caractéristique. La matrice, au lieu de se mouvoir librement sous le doigt qui l'examine, est solidement maintenue par l'exsudation environnante, et, dans les cas graves, tout à fait enchâssée. L'organe est aussi presque toujours plus ou moins déplacé. Si la tumeur est limitée à l'un des côtés du bassin ou à l'espace de Douglas, l'utérus est déplacé dans une direction opposée, et ne se trouve plus dans sa position centrale ordinaire.

Examen physique.

La matrice est généralement fixée et déplacée.

Le diagnostic différentiel de la cellulite et de la péritonite

Diagnostic.

pelviennes ne peut pas toujours être fait; dans bien des cas, d'ailleurs, il est tout à fait impossible, car les deux variétés coexistent. Les éléments sur lesquels on se base, en général, pour faire ce diagnostic, sont les troubles généraux plus considérables, les nausées, etc., dans la péritonite, et son début plus rapproché de l'accouchement. Les tumeurs de la péritonite pelvienne sont aussi plus douloureuses, et elles ont des contours moins nets que celles de la cellulite. Naturellement, lorsque la cellulite siège dans la fosse iliaque, le diagnostic est facile, car on observe souvent une rétraction persistante de la cuisse du côté malade, position involontaire prise par la femme pour laisser dans l'immobilité les muscles qui tapissent la fosse iliaque. Lorsque l'inflammation est limitée à la cavité pelvienne, la distinction entre les deux variétés ne peut être faite avec certitude.

Terminaisons.

Les deux formes de la maladie se terminent soit par résolution, soit par suppuration. Dans le premier cas, après une certaine durée des symptômes aigus, durée qui peut atteindre plusieurs semaines, leur intensité diminue, le gonflement est moins sensible, il se rétracte, se durcit, et est résorbé graduellement; puis la fixité de l'utérus disparaît, et l'organe reprend sa situation au centre de la cavité pelvienne. Ce processus est souvent très lent. Il n'est pas rare de trouver une femme, qui, plusieurs mois même après le début, alors que tous les symptômes aigus ont disparu depuis longtemps, puisse à peine marcher sans inconvénient, et chez laquelle l'utérus soit toujours immobilisé par une masse d'exsudation, ou au moins adhérent en un point de son contour. Les adhérences plus ou moins persistantes sont communes, et donnent lieu à des signes fort obscurs, dont on méconnaît souvent la nature véritable.

Symptômes de la suppuration.

Lorsque l'inflammation est sur le point de se terminer par suppuration, les symptômes fébriles persistent avec un cachet hectique marqué, et la température présente une exacerbation vespérale. En même temps surviennent des frissons, la

perte de l'appétit, une décoloration jaunâtre de la face et tous les autres signes de la suppuration. Les auteurs estiment diversement la fréquence relative de ce terminus. D'après Simpson, il y aurait suppuration dans la moitié des cas de cellulite pelvienne, mais Duncan croit qu'elle est beaucoup plus fréquente. West l'a observée 23 fois sur 43 cas consécutifs à l'accouchement ou à la fausse couche, et Mc Clintock 37 fois sur 70. Schröder dit qu'il n'a vu qu'une seule fois la suppuration sur 92 cas où l'exsudat était manifeste, mais c'est là un résultat absolument contraire à ceux qu'on observe communément. Barker prétend aussi que la suppuration, soit dans la cellulite, soit dans la péritonite, « est très rare, excepté lorsque ces affections sont associées à la pyoémie ou fièvre puerpérale ». Il est certain que la suppuration s'établit plutôt dans la cellulite que dans la péritonite pelvienne; mais sa fréquence, en Angleterre du moins, est incontestablement plus grande que les statistiques de ces auteurs pourraient le faire supposer.

Le pus peut s'ouvrir un passage à travers différentes voies. Dans la cellulite, surtout lorsque le tissu aréolaire de la fosse iliaque est intéressé, c'est à travers la paroi abdominale que son issue est la plus commune. Mais il peut s'écouler par d'autres points, soit qu'il se fraye une voie à travers le tissu cellulaire et vienne aboutir près de l'anus, ou dans le vagin, soit qu'il suive un trajet plus tortueux et gagne la face interne de la cuisse. Les abcès pelviens s'ouvrent fréquemment dans le rectum ou dans la vessie, en provoquant du ténesme et de la dysurie d'une violence extrême. Selon Hervieux, c'est surtout la variété péritonéale qui choisit cette voie. Souvent, il existe plusieurs ouvertures, et lorsque le pus a fusé à une certaine distance, il en résulte de longs trajets fistuleux, qui suppurent pendant fort longtemps et ne guérissent qu'à la longue. Une terminaison possible, mais heureusement très rare, et presque toujours mortelle, parce qu'elle produit une péritonite généralisée, c'est l'ouverture de l'abcès dans la cavité péritonéale, principalement lorsque l'abcès vient d'une péritonite pelvienne.

Voies à travers lesquelles le pus peut s'écouler.

Dans une observation que j'ai rapportée dans le quinzième volume des *Obstetrical Transactions*, la suppuration fut suivie d'une nécrose étendue des os du bassin. Deux cas analogues sont relatés par Trousseau dans ses *Cliniques médicales*, mais je n'ai jamais pu trouver d'autres exemples de cette complication rare, qui paraît résulter plutôt d'une septicémie obscure que d'une extension de l'inflammation.

## Pronostic.

Le pronostic est favorable au point de vue de la guérison définitive; mais la maladie peut se prolonger et atteindre sérieusement la santé de la femme, surtout quand il y a de la suppuration. Il faut donc être très réservé dans son pronostic sur les conséquences de la maladie. Nous devons craindre aussi des désordres secondaires, à la suite des modifications physiques produites par l'exsudation, entre autres des adhérences persistantes ou des positions vicieuses de l'utérus, ou encore des altérations organiques des ovaires et des trompes.

## Traitement.

Dans les deux formes de la maladie, le traitement doit consister à soulager la douleur et à prescrire le repos absolu; tous les autres moyens seront subordonnés à ces deux indications, parce qu'il est inutile d'espérer l'arrêt de l'inflammation par une médication active.

## Saignée locale.

Si la maladie est reconnue au début, on peut calmer les douleurs par une saignée locale, l'application de quelques sangsues au pli de l'aîne ou sur les veines hémorrhoidales; mais on a beaucoup exagéré la puissance de ce procédé, qui d'ailleurs est absolument nulle lorsque l'affection est établie. Je crois que les sangsues appliquées sur l'utérus, ainsi qu'on le recommande souvent, font plus de mal que de bien (à moins que ce ne soit par des mains très habiles), à cause de l'irritation que provoque le passage du spéculum. Lorsque la douleur est très vive, nous pouvons considérer les opiacés comme notre ancre de salut, soit qu'on les donne par la bouche, ou sous forme de suppositoires de morphine, ou en injections hypodermiques. Dans les cas assez fréquents où la douleur survient par paroxysmes violents, les opiacés seront administrés à haute dose,

## Opiacés.

et il est bon de confier à la garde quelques suppositoires de morphine (qui agissent souvent beaucoup mieux que toute autre forme de médicament), avec ordre de les appliquer immédiatement dès que la douleur menace de reparaitre. On peut associer à l'opium de fortes doses de quinine; c'est un bon moyen lorsque la pyrexie est forte. L'état de l'intestin sera attentivement surveillé, car l'opium peut produire de la constipation, et l'expulsion des matières fécales est alors très douloureuse. Rien ne vaut, dans ce cas, l'huile de ricin à faible dose, par exemple une demi-cuiller à café tous les matins. On obtiendra un grand soulagement de l'application de la chaleur et de l'humidité sur la partie inférieure de l'abdomen, soit sous la forme de larges cataplasmes de farine de lin, soit, si les cataplasmes sont trop lourds, avec de la spongio-piline trempée dans l'eau bouillante. Les cataplasmes seront avantageusement imbibés de laudanum ou d'un liniment belladonné. Je ne dis rien du mercure, de l'iodure de potassium et des autres médicaments qualifiés d'absorbants, parce que je les considère comme tout à fait inutiles, et propres à détourner l'attention de moyens beaucoup plus profitables.

Il est indispensable de garder le repos le plus absolu, dans la position horizontale, et d'y persévérer jusqu'à ce que l'intensité des symptômes se soit amoindrie. On constate souvent l'importance du repos dans le soulagement de la douleur, lorsque la nature de l'affection a été méconnue et que les soins ont été négligés; dès que la femme garde le lit, elle éprouve un calme immédiat.

Lorsque les symptômes aigus ont diminué, la résorption de l'exsudat peut être favorisée, et un soulagement considérable obtenu, par une dérivation douce et longtemps continuée. Des applications journalières de teinture d'iode, jusqu'à ce que la peau s'enlève, remplissent parfaitement cette indication; les vésicatoires volants souvent répétés rendent aussi de grands services. Je crois qu'ils sont préférables aux ulcérations provoquées par les onctions de sabine ou de tout autre agent irritant.

Surveiller l'état de l'intestin.

Chaleur et humidité.

Repos.

Dérivation.

Ouverture des abcès  
pelviens.

Lorsque la suppuration est établie, surgit la question de l'ouverture de l'abcès. S'il pointe dans l'aîne, et que le pus soit superficiel, on doit faire une large incision; ici, comme dans les abcès mammaires, le traitement antiseptique est indiqué. Toutefois il ne faut pas ouvrir l'abcès trop tôt, il vaut mieux attendre que le pus se soit rapproché de l'extérieur. West, Duncan et d'autres auteurs ont vivement conseillé de ne pas trop se presser d'ouvrir les abcès pelviens, et je ne doute pas que cette règle soit bonne. Elle est plus spécialement applicable lorsque l'abcès fait saillie dans le vagin ou dans le rectum; là, les incisions exploratrices peuvent être dangereuses, et on doit être certain de l'existence du pus avant d'opérer. L'aspirateur est le meilleur instrument dans ces cas, il nous permet d'extraire la plus grande partie du pus sans aucun risque, et nous n'avons rien à craindre de son emploi, quand même il serait prématuré. S'il est insuffisant à vider l'abcès, nous pouvons faire ensuite, en toute sécurité, une large ouverture avec le bistouri. Mais le traitement chirurgical des abcès pelviens est un sujet trop vaste pour que je l'expose complètement ici.

Régime.

On prescrira un régime simple, mais tonique et nourrissant. Au début de la maladie, il suffira de donner du lait, du bouillon, des œufs, mais après la suppuration, une bonne nourriture animale et des stimulants à dose assez élevée. L'épuisement est souvent considérable, et la quantité d'aliments que les femmes exigent et s'assimilent, après un vaste écoulement purulent, est tout à fait remarquable. Nous devons aussi recourir à une médication tonique générale, et nous obtiendrons de bons effets du fer, du quinquina et de l'huile de foie de morue.

**BIBLIOTECA**  
FAC. DE MED. U. A. N. L.

## TABLE DES CHAPITRES

### PREMIÈRE PARTIE

#### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ORGANES QUI CONCOURENT A LA PARTURITION

##### CHAPITRE PREMIER

###### LE BASSIN OSSEUX

Son importance. — Constitution du bassin. — L'os innominé. — Ses trois divisions. — Distinction entre le vrai et le faux bassin. — Le sacrum et le coccyx. — Relations mécaniques du sacrum. — Articulations et ligaments du bassin. — Mouvements des articulations. — Bassin en général. — Différences selon les sexes. — Mensurations du bassin. — Diamètres, plans et axes. — Développement du bassin. — Parties molles..... 1

##### CHAPITRE II

###### LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION

Division selon leur fonction : 1° en externes ou de copulation ; 2° en internes ou de formation. — Mont de Vénus. — Grandes et petites lèvres. — Clitoris. — Vestibule et orifice de l'urèthre. — Cathétérisme de la femme. — Orifice du vagin. — Hymen. — Glandes vulvaires. — Périnée. — Vagin. — Utérus : situation et anatomie. — Ligaments de l'utérus. — Parovarium. — Trompes de Fallope. — Ovaires. — Follicules de de Graaf et ovules..... 24

##### CHAPITRE III

###### OVULATION ET MENSTRUATION

Fonctions de l'ovaire. — Modifications dans le follicule de de Graaf : 1° maturation ; 2° chute de l'œuf. — Formation du corps jaune. — Qualité et source du sang menstruel. — Théorie de la menstruation. — But de la perte menstruelle. — Règles supplémentaires. — Cessation de la menstruation..... 67