

rare lorsque les membranes séreuses ou les organes qu'elles renferment ne sont point le siège de dépôts cancéreux ou tuberculeux.

Nous avons appelé l'attention sur l'étiologie variée de l'hématocèle rétro-utérine, deux mots encore pour signaler ce qui se trouve implicitement indiqué dans les considérations précédentes, au sujet des causes occasionnelles de l'épanchement sanguin.

Dans les cas d'hématocèle cataméniale, l'occasion est l'époque menstruelle elle-même; il est possible que les rapports sexuels pendant la menstruation soient une cause déterminante; cependant, chez les animaux, le coït a lieu exclusivement pendant l'époque du rut, le rut n'est qu'une menstruation, et rien n'est moins fréquent que l'hématocèle chez les femelles qui ont été saillies, tandis que, dans le mémoire de M. Laugier, vous trouverez une observation très-curieuse d'épanchement sanguin dans la cavité péritonéale d'une vache, au moment du rut, sans qu'il soit dit qu'elle eût été fécondée. L'hémorragie avait été fournie par un kyste hémattique de l'ovaire, dont il s'était écoulé plusieurs litres de sang. Après la menstruation et l'ovulation, les violences extérieures, les coups, les cahots d'une voiture, une chute, un effort, peuvent devenir l'occasion de la rupture d'un kyste ovarien, d'un kyste tubaire, ou d'une veine variqueuse; et si l'on songe combien sont considérables le développement et la turgescence des plexus ovariens pendant la grossesse, on pourrait s'étonner du peu de fréquence de l'hématocèle par rupture des veines ovariennes, si l'on ne se rappelait, avec M. Devalz, que les parois veineuses acquièrent alors un épaissement très-notable.

L'hématocèle se reconnaît par le toucher et la palpation. Par le toucher on constate que le col utérin est situé immédiatement en arrière du pubis, que le vagin a perdu de sa longueur, et qu'il existe en arrière du col une tumeur dure qui souvent a été prise pour le corps de l'utérus en rétroflexion, mais qu'on reconnaît pour être indépendante de l'utérus, parce qu'elle n'a ni la consistance ni la forme du corps de cet organe. Cette tumeur est l'hématocèle.

Par le palper abdominal, la vessie étant vide, on constate, en arrière du pubis, une tumeur dure, arrondie, qui n'est autre que l'utérus, ce dont on peut acquérir la preuve en pratiquant simultanément le palper abdominal et le toucher utérin. On reconnaît alors que l'utérus est enclavé, adossé à une tumeur plus ou moins résistante, quelquefois dépressible, et qui occupe toute la partie inférieure et postérieure du petit bassin. L'index porté dans le rectum peut circonscrire l'épanchement sanguin et permettre d'en déterminer l'épaisseur et les limites latérales, tandis que le palper abdominal met à même d'apprécier les limites supérieures de la tumeur, qui peut être très-considérable et remonter jusqu'à l'ombilic.

Cependant ce volume excessif de la tumeur est exceptionnel; fréquemment elle s'étend plus d'un côté que de l'autre, sans que cette inégalité de développement soit toujours en rapport avec le point de départ et l'origine de l'hémorragie. Parfois des adhérences dues à l'inflammation antérieure des

annexes de l'utérus peuvent expliquer le cloisonnement de l'épanchement sanguin et par suite son plus grand volume d'un côté.

Les symptômes de l'hématocèle sont les suivants: pendant l'époque menstruelle ou en dehors de celle-ci, une femme ressent tout à coup une vive douleur dans le ventre, bientôt elle pâlit, la décoloration des téguments est générale, le moindre mouvement est insupportable; déjà vous avez lieu de supposer que vous avez affaire à une hémorragie intra-péritonéale; la douleur et la pâleur vous conduisent à cette supposition, qui bientôt sera confirmée par l'examen physique. Et suivant l'intensité de ces deux symptômes, douleur et pâleur, ou la prédominance de l'un d'eux, vous pourrez parfois être mis sur la voie du point de départ de l'hématocèle.

Si la douleur est très-vive et la pâleur peu marquée, en même temps que le pouls est filiforme, dépressible et fuyant, et que se manifestent des vomissements, quelquefois de la diarrhée, vous aurez lieu de supposer que l'hémorragie est peu abondante, que son siège est dans la cavité péritonéale et que son origine est très-probablement l'ovaire. En effet, l'hémorragie est alors peu abondante parce qu'elle est fournie par la rupture d'un kyste ovarique ou d'un ovaire désorganisé, et, dans ce dernier cas, le sang épanché peut être altéré, irritant et donner lieu aux symptômes de la péritonite.

Au contraire, l'hémorragie est cataméniale, abondante, si l'on observe une pâleur extrême et une douleur abdominale peu considérable; l'hémorragie provient alors de la trompe et de son pavillon. En effet, la pâleur est extrême parce que la membrane muqueuse de la trompe peut en quelques instants donner lieu à une hémorragie considérable; tandis que la douleur est peu marquée, parce que le sang, dans ce cas, n'est point modifié et que son épanchement dans la cavité péritonéale est peu irritant. Les expériences que j'ai faites antérieurement avec M. Leblanc ont prouvé que le sang normal n'irrite point les membranes séreuses, tandis que le sang qui a pu être modifié par son séjour hors des vaisseaux les irrite violemment.

J'ajouterai encore que ces deux symptômes, pâleur et douleur, réunis, s'observeront surtout dans les cas où l'hématocèle aura pour siège la cavité péritonéale, tandis qu'ils seront plutôt en rapport avec une hématocèle extra-péritonéale quand ils seront peu marqués. Pour compléter le diagnostic, on devra d'ailleurs s'aider du toucher rectal, utérin, et de la palpation abdominale.

Les deux affections avec lesquelles l'hématocèle rétro- ou péri-utérine a été confondue sont la pelvi-péritonite et le phlegmon péri-utérin. On sait qu'après l'accouchement, l'avortement ou la cautérisation du col utérin, on rencontre souvent le phlegmon pelvien et la pelvi-péritonite. Outre que ces deux états morbides s'observent presque exclusivement dans ces conditions, nous devons ajouter: 1° que pour la pelvi-péritonite, l'épanchement séro-purulent qui en est la conséquence ne donne jamais lieu à la formation d'une tumeur *solide rétro-utérine* aussi résistante que dans le cas d'hématocèle; 2° que le phleg-

mon péri-utérin, au contraire, se manifeste par une tuméfaction d'abord résistante du tissu cellulaire du petit bassin ou des ligaments larges. La tuméfaction prédomine toujours d'un côté : l'utérus est porté à droite ou à gauche, très-rarement en avant ; enfin la fluctuation devient évidente au bout d'un temps variable, et le travail phlegmasique a une grande tendance à envahir les fosses iliaques. Les abcès péri-utérins s'ouvrent souvent dans le rectum, la vessie ou le vagin ; d'autres fusent vers la région inguinale, quelquefois vers le canal crural ; enfin l'inflammation peut gagner la paroi abdominale antérieure ; alors le pus décolle le feuillet péritonéal, et vient s'ouvrir au-dessus de l'aîne.

Lorsque l'hématocèle est intra-péritonéale, l'enkystement est bien vite opéré, la sérosité se résorbe avec rapidité, surtout dans les cas d'hématocèle cataméniale, et ce n'est qu'exceptionnellement que la tumeur s'ouvre dans un des réservoirs naturels. Il n'en est plus de même lorsque l'hématocèle est d'origine ovarienne, l'irritation péritonéale vive peut se propager au tissu cellulaire, et l'on voit alors, comme dans les cas d'hématocèle extra-péritonéale, la tumeur se faire jour vers le vagin, le rectum ou la vessie. Si l'hématocèle est extra-péritonéale, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire du petit bassin, le diagnostic pourra encore être établi au début de l'hémorragie, mais plus tard, s'il y a inflammation du tissu cellulaire pelvien, l'instantanéité seule des accidents primitifs pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Je n'insisterai point sur le diagnostic de l'hématocèle avec la grossesse extra-utérine ; qu'il me suffise de vous rappeler que M. Gallard, dans un premier mémoire (1), était disposé à considérer toutes les hématocèles rétro- et péri-utérines comme des grossesses extra-utérines ; mais outre que l'hématocèle peut être observée chez des jeunes filles vierges de toute fécondation, on doit encore faire remarquer que le début de l'hématocèle est subit, tandis que le début des grossesses extra-utérines est latent, leur marche lente, et que les hémorragies auxquelles elles peuvent donner lieu ne s'observent qu'à une époque déjà éloignée de la fécondation.

Je n'insisterai pas davantage sur les signes différentiels avec l'ovaire et les kystes de l'ovaire. Mais il est des kystes du petit bassin, situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui, chez les femmes, pourraient être confondus avec l'hématocèle : je veux parler des kystes hydatiques lorsqu'ils viennent à s'enflammer. L'observation suivante vous démontrera que l'erreur est possible : Une jeune femme de dix-neuf ans, mal réglée, avait déjà éprouvé des douleurs de ventre assez violentes lors d'un écoulement menstruel incomplet. Quelques mois plus tard, elle fut prise subitement de douleur dans le petit bassin, douleur qui s'étendait surtout dans le côté droit de l'abdomen. Le toucher vaginal me permit de reconnaître que l'utérus tout entier était porté vers la symphyse pubienne ; une tumeur de la grosseur du poing avait son siège en arrière de la matrice, et occupait surtout la partie latérale droite du petit

(1) Gallard, *Archives générales de médecine*, 1855.

bassin ; le rectum semblait faire corps avec la tumeur, et le toucher rectal était très-douloureux. La défécation était empêchée par la douleur, les besoins d'uriner étaient devenus très-fréquents. Repos absolu, diète, médication expectante. Dix jours après le début des accidents, ténésme anal, écoulement de matières sanieuses par le rectum, soulagement relatif, affaissement de la tumeur abdominale. Garderobes d'aspect dysentérique, examinées chaque jour avec soin, point de caillots sanguins, mais expulsion d'une fausse membrane kystique molle, et de plusieurs fragments semblables pendant trois jours. Rétablissement complet au bout de quelques jours. Nous regrettons que les membranes rejetées n'aient point été examinées au microscope ; mais notre impression fut qu'elles étaient une dépendance de kystes hydatiques suppurés du petit bassin.

Nous avons pensé d'abord que cette jeune femme était affectée d'une hématocèle, ce qui était en rapport avec le début subit de la douleur abdominale. Peut-être aurait-on dû penser à une grossesse extra-utérine dont le kyste s'était enflammé. Cette jeune femme était mal réglée depuis quelques mois. Mais la sortie d'une fausse membrane blanche, lisse et molle, analogue aux enveloppes des hydatides, en même temps que la disparition subite de la tumeur, nous fit abandonner l'idée d'une tumeur sanguine ou d'un kyste fœtal, et nous fûmes conduit par exclusion à nous arrêter à l'idée d'un kyste hydatique enflammé et éliminé par ulcération du rectum.

Les kystes de cette nature sont relativement rares dans le petit bassin, surtout pendant la première moitié de la vie, comme cela résulte des travaux de M. Charcot et de M. Leudet ; cependant on en a constaté, et lorsqu'ils viennent à s'enflammer, ils donnent lieu à un ensemble de symptômes qui ne permettent pas de les passer sous silence à propos du diagnostic différentiel de l'hématocèle rétro-utérine.

Les détails dans lesquels nous sommes entré, sur la formation de l'hématocèle, sur le siège et l'abondance de l'hémorragie, ont fait pressentir que le pronostic ne pouvait être le même dans les diverses espèces d'hématocèles. L'hématocèle cataméniale est ordinairement sans gravité ; si l'hémorragie n'a pas été considérable, on voit bientôt la tumeur diminuer de volume, la douleur disparaître, et l'utérus reprendre sa position normale. Si, au contraire, l'hémorragie est abondante, la tumeur, non-seulement a beaucoup plus d'étendue et a compromis une plus grande partie du péritoine, mais elle a eu pour conséquence une anémie extrême qui dispose à de nouvelles hémorragies de la trompe, lesquelles, pendant plusieurs mois, pourront accroître la tumeur et l'empêcher d'être résorbée.

Au n° 8 de la salle Saint-Bernard, vous avez pu voir, l'année dernière, une jeune femme qui s'était présentée à nous avec des symptômes d'un phlegmon péri-utérin ; puis, la tumeur fit des progrès, devint fluctuante et néanmoins ne tendait point à s'ouvrir du côté des cavités naturelles, je résolus alors d'en faire la ponction sur le point le plus saillant, c'est-à-dire vers la partie infé-

rière de l'abdomen, à 4 ou 5 centimètres de la ligne blanche. La marche du phlegmon abcédé me donnait lieu de croire que des adhérences existaient entre le kyste et la paroi abdominale, mais je fus fort étonné en voyant sortir de la canule 250 à 300 grammes de sérosité sanguinolente; le reste de la tumeur était constitué par des caillots fibrineux. Grand soulagement aussitôt après la ponction, cessation des accidents fébriles, retour du sommeil; peu à peu la tumeur se résorba, et la malade sortit guérie, après avoir présenté sous nos yeux, pendant plus d'un mois, les signes qui nous avaient fait commettre une erreur de diagnostic. La cause principale de notre erreur avait été la persistance des accidents inflammatoires et l'accroissement progressif d'une tumeur fluctuante; mais il faut noter que, pendant les seize premiers jours, cette femme avait conservé un écoulement sanglant par le vagin, et il est probable que, dans ce cas particulier, la trompe versait dans le péritoine, pendant le même temps, une quantité toujours croissante de sang; cette malade avait une menstruation déviée, intra-péritonéale. Il ne faut point oublier que ces hématocèles, pour ainsi dire continues ou intermittentes, sont souvent liées à un état spécial du sang qui dispose aux hémorrhagies.

Ce que je vous ai dit de la marche des hématocèles extra-péritonéales me dispense d'insister longuement sur la gravité de leur pronostic; des observations assez nombreuses établissent la fréquence assez grande de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal; ces hématocèles tendent à s'ouvrir dans le rectum ou le vagin, et comme, même après ces ouvertures spontanées, on a observé l'infection générale, on devra se garder d'inciser ces tumeurs, à moins d'indications spéciales et pressantes.

Cependant, au début de toute hématocèle, deux indications commandent l'intervention du médecin: l'hémorrhagie et la péritonite. Si l'hémorrhagie menace de continuer, il faut avoir recours aux hémostatiques locaux et généraux; l'application de la glace sur l'abdomen, l'administration de la ratanhia, de l'acide sulfurique, de l'ergot de seigle, pourront être conseillées avec avantage. Si, au contraire, la douleur de la péritonite prédomine, c'est elle qu'il faut d'abord calmer au moyen des narcotiques, des stupéfiants; l'opium, la belladone, devront être donnés à l'intérieur et appliqués en frictions sur l'abdomen.

Si l'hématocèle est cataméniale, c'est-à-dire très-probablement tubaire, vous devrez surtout vous préoccuper de l'hémorrhagie, faire tout pour la combattre et la prévenir dans son retour possible.

Il faut souvent rechercher la cause de l'hémorrhagie dans l'état général: s'il y a chlorose, anémie, vous devrez employer la médication reconstituante, en choisissant pour chaque malade le médicament qui convient le mieux à son état individuel. Telle malade verra disparaître tous les accidents de la chlorose ou de l'anémie, lorsqu'elle sera placée dans des conditions hygiéniques favorables: grand air, exercice, bonne alimentation, satisfaction morale. D'autres fois, il vous faudra avoir recours aux préparations ferrugineuses, aux extraits

amers. Bretonneau a conseillé les préparations de quinquina dans les hémorrhagies, il les donnait avec succès dans les épistaxis, si fréquentes chez les jeunes gens; je crois que pour conjurer de nouvelles hémorrhagies qui paraîtront liées à l'anémie ou à la chlorose, on pourra, avec avantage, dans les cas d'hématocèles, avoir recours aux préparations de fer et de quinquina.

Est-il nécessaire de discuter longuement la valeur de la ponction dans le traitement de l'hématocèle? Les chirurgiens qui ont conseillé de ponctionner la tumeur par le rectum ou le vagin ont été les premiers à reconnaître qu'il fallait s'abstenir de toute intervention chirurgicale, à moins cependant qu'il n'y eût menace de rupture du kyste dans la cavité péritonéale. Leur réserve doit être imitée, et je ne saurais trop vous recommander de suivre leur exemple. Des faits nombreux ont déjà appris les dangers qu'il y avait à faire communiquer les kystes sanguins avec l'air extérieur, surtout lorsque l'ouverture a été pratiquée à travers un conduit naturel, le rectum, le vagin, où les liquides s'altèrent avec une grande rapidité; aussi croyons-nous que, s'il y a indication formelle d'intervenir chirurgicalement, la ponction devra être pratiquée sur la paroi abdominale antérieure lorsque des adhérences l'auront unie à la tumeur hémattique. En agissant ainsi, on évitera une cause d'infection générale, parce qu'il n'y aura pas, dans ce cas, pénétration dans le kyste des matières contenues dans le rectum et le vagin.

XCIV. — DE L'INFECTION PURULENTE PUERPÉRALE.

§ 1. — La fièvre puerpérale n'est point un état morbide simple. — De l'état physiologique dit *puerpéral*. — Il dispose les nouvelles accouchées et les nouveau-nés à plusieurs affections : péritonite, phlébite, lymphangite. — Les affections puerpérales ont une grande tendance à suppurer. — Il existe chez la femme en état puerpéral une diathèse purulente primitive. — Il peut exister une diathèse purulente secondaire ; celle-ci est la conséquence de la phlébite, de l'angioloécite ou de l'absorption directe du pus de la plaie placentaire. — L'infection purulente secondaire de la nouvelle accouchée et du nouveau-né est identique avec l'infection purulente des amputés.

MESSIEURS,

On a réuni sous la dénomination générique de *fièvre puerpérale* un grand nombre d'états morbides qui tous ont un caractère commun, la purulence.

Existe-t-il, à proprement parler, une fièvre puerpérale ? Les efforts considérables que l'on a tentés à plusieurs reprises pour décrire cette *entité morbide* n'ont abouti qu'à montrer combien est étendue, variée, la pathologie de la femme récemment accouchée.

Dans une discussion académique encore récente (1), on a vu les observateurs les plus compétents différer complètement d'opinion sur ce qu'on appelle la fièvre puerpérale ; ce qui prouve que la fièvre puerpérale n'est point *une*, à la façon des fièvres telles que la rougeole, la scarlatine ou la variole.

Les uns ne voulurent voir dans la fièvre puerpérale qu'une maladie locale, une péritonite ou une phlébite. Les autres y virent une affection générale comparable au typhus, et dans laquelle les lésions n'étaient que des manifestations secondaires, variables à l'infini. D'autres encore, admettant l'affection générale, considéraient celle-ci comme la conséquence d'une infection purulente ou putride, dont l'origine se trouvait dans une altération locale, telle qu'une phlébite, une gangrène de l'utérus, etc. Enfin, les plus sages, peut-être, pensèrent que la cause des différences d'opinion était dans le milieu même où chacun avait observé.

Je crois qu'il faut être éclectique en semblable matière ; je crois que la

(1) *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement*. Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Guérard, Depaul, Beau, Hervez de Chégoin, P. Dubois, Trousseau, Bouillaud, Cruveilhier, Piorry, Cazeaux, Danyau, Velpeau, J. Guérin, etc., précédées de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858, in-8 de 464 pages.

fièvre puerpérale, en tant que fièvre ou typhus, est heureusement rare ; je crois que les accidents puerpéraux divers décrits sous les noms de *péritonite*, de *phlébite*, etc., sont au contraire très-communs. Mais avant de décrire les principales formes d'accidents puerpéraux, rappelons les conditions physiologiques de la femme enceinte et de la femme récemment accouchée. Ces conditions constituent pour la femme une disposition morbide spéciale, *une véritable diathèse*.

A peine la conception a-t-elle eu lieu que de grands changements s'opèrent dans tout l'organisme de la femme. La face prend un aspect particulier, les traits sont le plus souvent tirés, les yeux se cernent, le nez se pince, le visage se recouvre quelquefois d'éphélides. Le mamelon, la ligne blanche, la peau et la membrane muqueuse des parties génitales externes prennent une coloration brune ; les follicules du vagin, des grandes lèvres et de l'aréole mammaire s'hypertrophient. La menstruation est supprimée, bientôt les seins se gonflent et se préparent à la sécrétion lactée. Parfois il y a une salivation exagérée, des appétits bizarres, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. De plus, le foie augmente de volume, ses acini se chargent de graisse, la glande thyroïde peut acquérir un développement considérable, et le cœur lui-même subit une hypertrophie très-notable. Le sang est modifié dans la proportion de ses éléments, la fibrine augmente, les globules rouges diminuent ; on constate un bruit de souffle doux dans les vaisseaux du cou et à la base du cœur. Il existe alors une variété de chlorose qui pour la première fois a été très-bien décrite par Cazeaux (1). Enfin, dans certaines circonstances, il y a albuminurie.

Telles sont les modifications principales qui, chez la femme grosse, s'observent dans les fonctions et dans les organes. Cet ensemble de modifications est déjà l'*état puerpéral*, état physiologique, mais qui peut conduire à la maladie ; et il se traduit souvent par un état pathologique spécial, la *purulence*.

C'est avec raison que MM. Lorain (2) et Tarnier (3) ont insisté, dans ces derniers temps, sur la solidarité morbide qui existe entre la mère et l'enfant nouveau-né, et surtout entre la mère et le fœtus. L'enfant, qu'il soit appendu au placenta ou à la mamelle, vit du sang de sa mère. On comprend alors qu'il partage les conditions morbides prédisposantes qui agissent sur la mère, et qu'il reçoive à un moment donné, en temps d'épidémie par exemple, et de la même façon, la même influence morbide. Cette solidarité morbide, l'enfant la perd à mesure qu'il s'éloigne de l'époque de la naissance. Dans la matrice, le fœtus ne vit que par la mère ; dans l'air ambiant, au contraire, l'enfant peut réagir *proprio motu* contre les conditions mauvaises qu'il a reçues de sa mère.

(1) Cazeaux, *De la chlorose des femmes enceintes* (Bull. de l'Académie de médecine. Paris, 19 février 1850, t. XV, p. 448).

(2) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Paris, 1855, in-4.

(3) Tarnier, *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*. Paris, 1858.