

la gelée de groseilles mal cuites. Il semble imprégner plus facilement les tissus et leur communique sa couleur spéciale. Enfin, on note souvent un aspect huileux vraiment remarquable et son peu d'aptitude à la coagulation (1). »

Abcès métastatiques et suppurations diverses. — L'introduction dans la circulation de la matière septique ou du pus provenant de la suppuration des veines utérines, donne lieu à des suppurations dans des points différents de l'organisme. Les lésions que l'on rencontre ainsi sont les abcès métastatiques et aussi des suppurations dans certaines articulations ou du côté de la plèvre. Les abcès métastatiques reconnaissent pour cause la thrombose veineuse et l'embolie. Ces abcès siègent le plus souvent dans le poumon ; il n'est cependant pas rare de les rencontrer dans les autres organes ou même du côté des membres. Mais, à côté de ces abcès, dont l'origine embolique est parfaitement évidente, on rencontre parfois des inflammations diffuses soit dans la cavité de la plèvre, soit même dans l'épaisseur des membres, dont le mode de production est assez obscur. Depuis que Recklinghausen a démontré la communication des cavités séreuses avec les lymphatiques, on peut se demander si la matière septique, traversant les vaisseaux lymphatiques, ne peut pas arriver au contact des cavités séreuses et y déterminer une vive inflammation. Quoiqu'il en soit du mode de production des épanchements purulents dans les plèvres ou dans les articulations ou dans l'épaisseur des membres, l'existence de ces suppurations n'en est pas moins constante et mérite d'être connue.

La quantité de liquide épanché dans les plèvres est variable, ordinairement elle est peu abondante, et les plèvres présentent quelques plaques purulentes peu considérables. Le liquide épanché est aussi plus ou moins purulent. Assez souvent le péricarde présente des altérations semblables.

Lorsqu'une articulation a été envahie par la suppuration, on rencontre habituellement du pus dans sa cavité et aussi du pus infiltré en dehors de la synoviale. Les articulations qui sont le plus souvent atteintes sont le genou, l'épaule, le coude, le poignet.

Les suppurations diffuses, que l'on rencontre dans l'épaisseur des membres, sont en général mal circonscrites et le pus, au lieu d'être réuni en foyer, est infiltré dans la trame du tissu qui est augmentée de volume et œdémateuse.

§ VI. — Symptômes.

L'étude des symptômes de la fièvre puerpérale devrait comprendre deux parties distinctes : d'un côté, les symptômes fournis par les lésions inflammatoires, de l'autre, les symptômes dus à la septicémie. L'étude

(1) Depaul, *Communication à l'Académie de médecine*, 2 mars 1858.

séparée de ces deux ordres de symptômes qui se confondent d'une manière intime dans le cours de la maladie est à peu près impossible, et nous pensons qu'il est préférable de tracer un tableau de l'ensemble de ces accidents plutôt que de signaler séparément les symptômes que l'on peut attribuer à l'inflammation locale et ceux qui relèvent plus spécialement de la septicémie.

Les accidents inflammatoires qui surviennent à la suite de l'accouchement du côté de l'appareil utérin sont nombreux (phlébite, lymphangite, péritonite) et se terminent d'une façon très différente. Dans un premier groupe, les accidents inflammatoires, après avoir persisté pendant un certain temps avec une intensité variable, finissent par s'amender, soit que la résolution ou la suppuration avec évacuation du pus se soient produites, et la guérison survient.

Dans un second groupe, les accidents inflammatoires sont pour ainsi dire masqués par les phénomènes généraux qui se produisent, et la mort arrive le plus habituellement. C'est même ce peu d'éclat des symptômes locaux en face des symptômes généraux remarquables par leur intensité qui a fait considérer l'état général comme tenant sous sa dépendance l'état local. Ces différences s'expliquent en admettant que dans le premier groupe l'introduction de matières septiques dans l'économie n'a pas lieu, tandis que, dans le second, la pénétration s'est effectuée. C'est à ce second groupe que l'on doit donner le nom de fièvre puerpérale. C'est lui seul qui nous occupera ici.

Prodromes. — La maladie débute rarement sans prodromes, et la raison en est bien simple. La maladie n'étant point une maladie essentielle, il en résulte que nous devons nous attendre à rencontrer quelque lésion inflammatoire locale précédant le début des accidents, c'est d'ailleurs ce que l'observation clinique confirme. C'est Béhier (1) qui le premier a parfaitement mis en évidence cette période prodromique de la maladie. Le savant professeur établit tout d'abord que chez les femmes dont la convalescence marche régulièrement, on ne détermine aucune douleur par la palpation au niveau de l'utérus et des annexes, et que ces parties perceptibles sous le doigt donnent la sensation d'un corps mou. Puis il ajoute : « Chez d'autres femmes, au contraire, on trouve tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou moins volumineuse, dure, donnant la sensation d'un corps gonflé, par dessus lequel le doigt, qui explore de haut en bas, saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur variable et d'ordinaire en rapport avec le volume, qui peut être assez considérable pour donner la sensation que produirait le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordi-

(1) Béhier, *Union médicale*, 1858.

naire plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de la fosse iliaque, et même exister sur un point du trajet de l'annexe explorée, sans que rien de semblable se trouve au niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Ce dernier fait est cependant plus rare. Ce signe se rencontre chez des femmes qui n'accusent aucune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve, et souvent elle l'accuse en disant : *Ah là, vous me faites mal!* Il n'est pas d'ailleurs besoin d'une forte pression pour constater ce signe; on doit même s'interdire toute violence dans cette exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter.»

MM. Tarnier (1) et Hervieux (2) n'attribuent pas la même valeur à ce gonflement douloureux signalé par Béhier.

Début. — Le début de la maladie varie assez notablement. L'invasion peut avoir lieu peu d'heures après la délivrance, ordinairement elle survient dans les trois jours qui suivent l'accouchement, rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour.

Le tableau suivant publié par M. Tarnier indique l'époque de l'invasion des accidents (3).

Immédiatement ou peu après l'accouchement.	27 fois.	Quatre jours après.	4 fois.
Un jour après l'accouchement.	27 —	Cinq jours après.	1 —
Deux jours après.	10 —	Six jours après.	0 —
Trois jours après.	11 —	Sept jours après.	0 —
		Huit jours après.	3 —
		Après le huitième jour.	0 —

Sur 20 cas publiés par notre ancien collègue d'internat, M. Thierry (4), l'invasion a eu lieu :

Pendant l'accouchement.	2 fois.	Le troisième jour.	3 fois.
Le premier jour.	9 —	Le quatrième jour.	1 —
Le deuxième jour.	4 —	Le cinquième jour.	1 —

M. Thierry nous rapporte que dans un relevé fait par M. Berrier-Fontaine (5), on voit, sur 247 malades, les accidents se monter :

Du premier au troisième jour.	185 fois.
Du quatrième au dixième.	60 —
Du onzième au douzième.	2 —

La gravité de la maladie paraît être en rapport avec l'apparition

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858, p. 33.

(2) Hervieux, *De la péritonite générale d'emblée ou généralisée* (*Gaz. des Hôp.*, 1868).

(3) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, 1858.

(4) Thierry, *Des maladies puerpérales observées à l'hôpital Saint-Louis en 1867*, thèse. Paris, 1868.

(5) Berrier-Fontaine, *Typhus puerpéral observé à la Maternité en 1831*, thèse. Paris, 1835.

plus rapide des accidents. Mac-Clintock dans une épidémie observée à Dublin en 1854 et 1855 a vu la mortalité être d'autant plus élevée que l'invasion était plus voisine de l'accouchement.

Sur 9 malades pour le 1^{er} jour 8 meurent.

— 12 —	2 ^e — 6 —
— 10 —	3 ^e — 3 —

Le début des accidents est ordinairement marqué par un frisson violent et plus ou moins prolongé.

Frisson. — Le frisson survient en général très près du début de la maladie, et il est le premier indice du passage de l'agent toxique dans le torrent circulatoire.

Le frisson peut ne durer que quelques minutes, mais le plus souvent il se prolonge pendant 15 minutes à une demi-heure, et même on le voit persister pendant une heure et plus encore.

Le frisson peut être unique ou se répéter à plusieurs reprises. M. Tarnier, qui admet qu'il est rare de le voir se reproduire une seconde fois, attribue une grande importance à cette remarque qui, selon lui, doit différencier la fièvre puerpérale de l'infection purulente et de l'infection putride dans lesquelles on voit le frisson se reproduire à des intervalles de temps variables.

M. Depaul partage la même opinion. Mais nous pensons qu'ils ont attaché une trop grande importance au frisson unique pour distinguer la fièvre puerpérale de l'infection putride ou purulente. Le frisson unique survient en général dans les cas graves, qui se terminent rapidement par la mort. Le frisson unique indique l'introduction dans l'économie d'une forte dose de matière toxique. Les frissons multiples se rencontrent en général dans les cas où la maladie marche plus lentement, et chaque fois qu'une nouvelle quantité de septine pénètre dans le torrent circulatoire. Dans le cas de frisson unique la malade a absorbé une dose de poison suffisante pour déterminer rapidement la mort, tandis que, dans les cas de frissons multiples, la terminaison fatale ne survient que par l'introduction successive et répétée de l'agent morbifique.

La malade éprouve pendant ce temps un malaise considérable, les dents claquent, la face est altérée, exprime l'anxiété; quelquefois le claquement des dents fait défaut, et il existe un simple refroidissement avec horripilations. Il existe en même temps une soif vive et une accélération considérable du pouls qui peut battre 120 à 160 fois par minute.

Douleur. — La douleur abdominale se montre dès le début des accidents, elle est plus constante que le frisson. Cette douleur précède le frisson ou tout au moins l'accompagne. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur le début de l'apparition de la douleur. M. Tarnier admet

qu'elle naît le plus souvent après lui ; Béhier, au contraire, pense que la douleur précède presque toujours le frisson.

On conçoit que la douleur qui est le premier signe de l'inflammation se montre en effet avant le frisson. Mais elle peut cependant ne pas précéder le frisson, car nous avons admis que l'inflammation des lymphatiques et des veines peut être, comme le frisson, le résultat de l'introduction dans leur cavité de la septine élaborée à la surface de la cavité utérine.

La douleur d'abord limitée vers l'hypogastre s'irradie bientôt dans tout le ventre, lorsque l'inflammation se généralise et s'étend à toute la séreuse péritonéale ; mais il n'est pas rare de voir cette douleur rester limitée à la région hypogastrique.

La douleur présente une intensité très variable, chez quelques femmes elle est faible et ne se révèle que par la pression ; chez d'autres, elle est spontanée, et arrache des plaintes à la malade qui ne peut même supporter le poids de ses couvertures.

Sa durée est très variable, d'abord très aiguë, elle décroît, en général, au bout de 24 à 48 heures, et disparaît même presque complètement peu de temps avant la mort. Cette disparition rapide de la douleur est regardée comme un signe de mauvais augure, elle indique suivant Béhier « non pas l'amendement des lésions abdominales, mais une dépression telle de l'économie que le système nerveux n'a plus la vitalité nécessaire pour répondre aux excitations par la perception de la douleur (1). »

Dans quelques cas, la douleur est à peine marquée, et le ventre ballonné, tendu, n'est sensible que si l'on pratique une pression assez énergique.

Pouls. Température. — En même temps que le frisson, il survient une accélération du pouls et une élévation considérable de la température. Le pouls bat de 120 à 160 fois par minute. Il est petit, mou, facilement dépressible, et devient irrégulier et filiforme dans la période ultime de la maladie.

La température de la malade s'élève d'une façon très notable, la peau présente une chaleur âcre, brûlante ; après les frissons, il n'est pas rare d'y rencontrer une certaine moiteur.

Tube digestif. — La soif est habituellement vive, l'appétit n'existe plus, la langue ordinairement blanche, collante, au début, devient ensuite un peu rouge vers la pointe et sur les bords, puis elle se sèche et se recouvre ainsi que les dents de mucosités épaisses et de fuliginosités.

Dans un certain nombre de cas, il existe des vomissements. Ils manqueraient, suivant M. Tarnier, dans un tiers des cas. Les matières rendues sont verdâtres, porracées. Les vomissements d'abord très péni-

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 541, 1864.

bles, deviennent ensuite plus faciles et sont assez souvent accompagnés d'un hoquet très fatigant.

La diarrhée, plus fréquente que les vomissements, coïncide souvent avec eux ou se produit du deuxième au cinquième jour de la maladie. Quelquefois cependant elle se produit dès le début des accidents. La diarrhée se répète assez fréquemment, et les selles sont très souvent involontaires. D'autres fois, mais plus rarement cependant il existe de la constipation qui résiste à l'emploi des purgatifs, ou qui souvent est remplacée par de la diarrhée lorsque l'on a provoqué quelques garde-robes.

Ordinairement il survient de la tympanite due à la distension des intestins sous l'influence de l'inertie du système nerveux intestinal. « Il n'y a dans ces cas, dit Béhier, aucune douleur abdominale, même à la pression ; mais je me hâte de dire qu'il n'y a aucun fond à faire, aucun pronostic favorable à porter sur cette absence de douleur, parce que ce signe manque, même alors qu'existe une complication péritonéale, qui devrait le déterminer. »

Voies respiratoires. — La respiration est ordinairement facile mais courte, d'autres fois la malade est essoufflée, et considérablement gênée. Il n'est pas rare alors de compter de 30 à 40 et jusqu'à 60 respirations par minute, même sans qu'il existe aucune complication du côté de l'appareil pulmonaire.

Cette accélération des mouvements respiratoires rend la parole entrecoupée.

Cette accélération des mouvements respiratoires ne peut être expliquée que par l'altération du sang qui est devenu impropre à l'hématose, car le refoulement du diaphragme ne suffit pas pour expliquer la dyspnée, et l'auscultation de la poitrine ne révèle aucune altération locale.

Innervation. — L'intelligence reste ordinairement intacte jusqu'à la fin de la maladie, elle est cependant un peu diminuée, et les malades se faisant illusion sur leur état succombent sans avoir la conscience de la gravité de leur maladie.

Quelquefois cependant il se produit un délire loquace, sans manifestations violentes, qui survient principalement pendant la nuit. Pendant le jour, la malade est calme, bien que, de temps à autre, elle prononce quelques paroles incohérentes.

La céphalalgie est rare. Les malades subissent une dépression rapide, elles sont indifférentes à tout ce qui les entoure. La face est considérablement altérée. Elle prend ainsi que toute la peau une teinte pâle, jaunâtre, la peau prend l'aspect de la cire. La face ne prend pas l'aspect grippé de la péritonite ; elle a beaucoup plutôt, fait remarquer Béhier, l'apparence d'hébétude observée dans la fièvre typhoïde.

Après un certain temps et quelques heures seulement avant la mort, il survient du coma, et la malade meurt dans un état d'asphyxie très manifeste.

Lochies. — La plupart des auteurs anciens ont regardé la suppression des lochies comme étant la cause des accidents ; aujourd'hui, au contraire, on s'accorde à regarder cette suppression comme un effet de la maladie. Les auteurs anciens avaient sans doute eu tort d'attacher une grande importance à cette suppression des lochies comme cause de la maladie, mais le fait même de la suppression des lochies n'en conserve pas moins une assez grande valeur, au point de vue clinique, en ce que cette suppression coïncide avec l'altération de l'écoulement lochial, altération qui est rendue évidente par une odeur fétide et gangréneuse.

En même temps que l'on constate cette fétidité et cette diminution de l'écoulement lochial, il n'est pas rare de voir des lambeaux gangrenés être expulsés par la vulve, ou des plaques gangreneuses ou diphthéritiques se produire sur les points de la vulve qui ont été contus ou déchirés.

Sécrétion lactée. — La sécrétion lactée, qui survient ordinairement dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, et même assez souvent pendant la grossesse, s'établit difficilement ou même ne se produit pas du tout chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale ; si la maladie survient alors que la sécrétion lactée s'est déjà produite, les seins s'affaissent et le lait, devenu plus aqueux, cesse d'être sécrété.

Après avoir ainsi étudié les divers troubles qui surviennent dans la fièvre puerpérale, quelle que soit la lésion qui en soit le point de départ, nous devons chercher à reconnaître quels sont les symptômes fournis plus spécialement par chacune des diverses lésions que nous avons passées en revue.

1° *Phlébite utérine.* — La multiplicité des frissons caractérise plus spécialement la phlébite, mais le frisson est cependant quelquefois unique. Suivant M. Hervieux (1), « frissons multiples, erratiques, irréguliers, sans périodicité appréciable, de durée et d'intensité inégales, plutôt petits en général que véhéments, tels sont les caractères habituels du frisson de la phlébite utérine ».

Quant à la douleur, elle occupe la région hypogastrique et est surtout évidente vers les angles de l'utérus, et révélée principalement par la palpation qui perçoit, suivant la remarque très judicieuse de M. Béhier, « une corde qui se dirige de la corne de l'utérus vers la partie antérieure des fosses iliaques ».

La douleur n'est point en général spontanée et n'est pas très aiguë.

La phlébite utérine s'observe assez souvent indépendamment de la péritonite. La lymphangite purulente, au contraire, dit Cruveilhier (2), s'accompagne presque toujours de péritonite et de phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal. « D'une autre part, ajoute Cruveilhier,

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870, p. 660.

(2) Cruveilhier, *De la fièvre puerpérale. Communications à l'Académie*, 1858, p. 138.

les abcès multiples du foie, des poumons, qui s'observent dans la phlébite utérine suppurée comme dans toutes les autres phlébites purulentes, sont étrangers à la purulence des vaisseaux lymphatiques, de telle sorte que lorsqu'on rencontre en même temps des abcès multiples dans les viscères et la lymphangite purulente, on peut être à peu près certain qu'il y a complication de phlébite purulente.

2° *Lymphangite.* — La lymphangite est plus souvent encore que la phlébite le point de départ des accidents septicémiques. Cette manière de voir, qui est acceptée par Cazeaux, est rejetée par Béhier, qui pense que c'est la proportion inverse qui est vraie. M. Lucas-Championnière (1) croit que si Béhier a rencontré si souvent la phlébite, c'est que probablement il a pris des lymphatiques pour des veines.

La lymphangite qui joue un rôle important dans le développement des accidents est difficile à distinguer de la phlébite. A ce sujet, nous citerons l'opinion de M. Hervieux qui admet très nettement les difficultés de ce diagnostic. « Les symptômes locaux et généraux de l'angioloécite puerpérale, dit cet auteur, étant exactement les mêmes que ceux de la phlébite, du moins en ce qui concerne les vaisseaux de l'utérus et du bassin, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de différencier sur le vivant ces deux affections. Se produisant dans les mêmes conditions, sous les mêmes influences, affectant les mêmes formes, les mêmes allures, et étant susceptibles des mêmes complications et des mêmes terminaisons, elles ont le même degré de gravité et réclament les mêmes moyens de traitement. »

3° *Péritonite.* — La péritonite est surtout caractérisée par des douleurs vives, souvent intolérables, qui s'étendent à tout l'abdomen ; quand la maladie est généralisée, elle s'accompagne aussi plus souvent de vomissements et de diarrhée. De plus, il survient ordinairement de la tympanite. Mais il ne faut pas oublier que la distension des intestins par des gaz peut encore s'observer en dehors de l'inflammation péritonéale. La tympanite est due alors à la paralysie de l'intestin, sous l'influence de la dépression générale de l'organisme.

Mais ce qui permet de distinguer la tympanite qui survient sous l'influence de la paralysie de l'intestin, de la tympanite liée à la péritonite, c'est que dans le second cas, une douleur vive siégeant dans tout l'abdomen a précédé le développement de cette tympanite.

Quant aux vomissements, ils ne sont pas non plus constants, et il n'est pas rare de rencontrer des femmes où ce symptôme manque complètement.

4° *Métrite.* — La métrite qui survient aussi quelquefois à la suite de l'accouchement et qui présente une marche et une gravité très diffé-

(1) Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse. Paris, 1870, p. 57.

rentes de l'inflammation survenant dans l'état de vacuité de l'organisme, ne doit pas nous arrêter bien longtemps, car elle se termine habituellement par la guérison, à moins qu'elle ne soit compliquée de l'inflammation des veines ou des lymphatiques. La métrite donne lieu à une sensibilité considérable de l'organe que l'on constate par le toucher vaginal, en pressant sur le col et le corps de l'organe et par la palpation hypogastrique. En même temps la matrice conserve un volume exagéré, par suite de l'arrêt de l'évolution rétrograde.

5° *Ovarite*. — *Inflammation de la trompe*. — Nous ne ferons que mentionner l'inflammation de ces organes, qui ne peut être distinguée facilement à cause des inflammations concomitantes : phlébite, lymphangite, péritonite.

Quant aux phlegmons des ligaments larges ou de la fosse iliaque, à la pelvi-péritonite, il n'y a pas lieu d'étudier ces maladies à propos de la fièvre puerpérale. Ces maladies sont des inflammations franches qui ne s'accompagnent point ordinairement des symptômes dus à l'introduction de la septicémie dans le torrent circulatoire.

§ VII. — Marche. — Durée. — Terminaison.

La durée de la maladie est très variable. Quelques cas se sont terminés fatalement le premier, le second ou le troisième jour après le début ; d'autres, du cinquième au dixième jour.

Denman fixe la terminaison de la maladie au onzième jour, en moyenne ; Foster, du quatrième au sixième ; Leake, du dixième au onzième ; Hulme, du septième au huitième ; Hamilton, du cinquième au sixième ; Gordon, au huitième jour. Skey fixe la durée à une semaine, et Bang à six jours environ ; Campbell établit que le plus grand nombre de ses malades sont mortes le cinquième jour (1) ; Collins (2) donne le résultat suivant de son expérience : sur 56 décès à l'hôpital, la mort est survenue aux époques suivantes, à dater du moment de l'invasion :

2 fois dans les 24 heures.	4 fois le cinquième.
1 — après 27 heures.	5 — le sixième.
1 — après 36 heures.	3 — le septième.
9 — le second jour.	2 — le huitième.
15 — le troisième.	1 — le onzième.
13 — le quatrième.	

La marche de la maladie est assez différente, suivant le développement plus ou moins rapide des accidents. Dans une première forme de la maladie, qu'on pourrait appeler aiguë et qui est la plus commune, la mort survient généralement du deuxième au cinquième jour, quelquefois même plus rapidement ; c'est alors que l'on observe

(1) Campbell, *Puerperal fever*, p. 50

(2) Collins, *Pract. Treatise on midwifery*, p. 384.

des symptômes généraux marqués qui masquent les symptômes locaux. C'est dans ces cas très rapides que l'on a noté l'absence de symptômes locaux, suffisants pour expliquer la terminaison fatale.

Dans une seconde forme, que l'on peut désigner sous le nom de subaiguë, les symptômes locaux sont assez marqués au début, et les phénomènes généraux se montrent moins violents dès les premiers jours de la maladie. Ces phénomènes généraux peuvent même s'amender et les symptômes locaux disparaître ; la guérison survient le plus souvent alors.

La disparition des accidents s'explique si l'on admet que la matière septique, qui au début a été l'origine des accidents, cesse de pénétrer dans la circulation, la première dose du poison introduite dans l'économie n'ayant pas été suffisante pour amener un dénouement fatal.

Dans une troisième forme, que l'on doit désigner sous le nom de forme lente ou chronique, les accidents généraux se produisent plus lentement, la malade s'affaiblit graduellement, et la mort survient après un temps plus ou moins long. Cette forme s'explique par l'introduction dans l'économie de petites doses du poison septicémique, mais se répétant un nombre de fois plus ou moins considérable. C'est la forme décrite par les auteurs sous le nom d'infection putride.

§ VIII. — Diagnostic.

Le diagnostic consiste à distinguer les inflammations des parties qui entrent dans la composition de l'appareil utérin, et qui sont exemptes de la complication septicémique de celles qui en sont accompagnées. On conçoit tout de suite l'importance de cette distinction, au point de vue du pronostic de la maladie. Dans le premier cas, en effet, la guérison survient presque toujours, tandis que, dans le second, la terminaison est presque toujours fatale.

Le frisson est d'une très grande importance, au point de vue de ce diagnostic, car il indique presque certainement l'introduction du poison septicémique au sein de l'organisme. Cependant ce frisson n'a pas toujours une signification aussi grave ; après l'accouchement, en effet, on voit très souvent survenir un frisson que M. Tarnier (1) appelle *frisson physiologique*, et qui serait dû à l'ébranlement nerveux subi par la malade, et aussi au refroidissement qu'elle a subi quand elle a été découverte pendant un certain temps. « Il suffit alors, dit M. Tarnier, de réchauffer les nouvelles accouchées pour lever tous les doutes, le bien-être qu'elles éprouvent bientôt écarte toute idée de maladie. »

Au moment où la fièvre de lait se manifeste, il survient aussi assez souvent un léger frisson, probablement dû à une inoculation passa-

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858.