

et Ceely (de Aylesbury) ont vu d'excellents effets des applications froides sur le ventre. L'irritation stomacale peut être calmée par les boissons gazeuses contenant quelques gouttes de laudanum ou par quelques grains de sous-carbonate de potasse dissous dans de l'eau de menthe verte.

Delpech partant de cette idée que la fièvre puerpérale est le produit d'un ferment morbide, a essayé les préparations de chrome qui jouissent de la propriété d'arrêter certaines fermentations, ce moyen a fourni à Delpech deux guérisons chez des malades gravement atteintes.

On ne devra pas négliger non plus l'emploi des toniques et de quelques aliments lorsque les malades peuvent les supporter.

Un choix judicieux de ces remèdes pourra donner à la malade quelques chances de guérison, si le médecin est appelé au début; mais, dans beaucoup de cas, il faut l'avouer, nous échouons. Il est cependant de notre devoir de tenter avec persévérance tous les moyens que nous avons sous la main et de ne pas nous laisser arrêter dans nos efforts par nos prévisions.

CHAPITRE II

MÉTRITE PUERPÉRALE

On a souvent décrit l'inflammation qui atteint le tissu propre de l'utérus. Elle est mentionnée par Astruc, Vigarous et Primerose. Pouteau l'a observée dans l'épidémie de 1750. Ricker et Boër (1) l'ont décrite sous le nom de *Putrescirung* ou *Putrescenz der Gebärmutter*. Des observations ont été rapportées par Smith, Danyau (2) et Tonnelé (3). Dans certaines épidémies (4), on la rencontre assez fréquemment seule, ou compliquant d'autres affections locales. Ainsi, Tonnelé, sur 222 cas de fièvre puerpérale terminés par la mort, a trouvé 79 fois de la métrite, 29 fois un ramollissement superficiel, 20 fois un ramollissement profond des tissus. Dugès a rencontré 3 fois sur 4 l'utérus atteint, et R. Lee rapporte que dans 45 autopsies il a trouvé 40 fois un ramollissement de la tunique musculaire de l'utérus. Cette lésion peut quelquefois être la seule, ou elle est la principale.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes varieront surtout suivant la violence de l'attaque. Dans la forme bénigne, quand la lésion ne va pas jusqu'à désorganiser

(1) Boër, *Naturalische Geburtshülfe*, t. I, p. 202.

(2) Danyau, *Essai sur la métrite gangréneuse*, thèse, 1829.

(3) Tonnelé, *Répertoire général d'anatomie*, vol. V, p. 1.

(4) S. Témoin, *La Maternité en 1859*, thèse, 1859.

le tissu utérin, la maladie débute vers le troisième ou quatrième jour par des frissons, suivis de grande chaleur, de soif, de céphalalgie. Le pouls s'élève de 100 à 110 pulsations, la langue est sèche et couverte d'un enduit, la physionomie exprime la douleur, mais non pas l'anxiété qui accompagne la péritonite; les traits ne sont pas, comme dans cette dernière affection, tirés, pincés, grippés. La malade se plaint de malaise, de douleur dans la région utérine, et par le palper nous trouvons l'utérus augmenté de volume, dur et douloureux. L'abdomen, au début, est souple, indolore; à mesure que la maladie fait des progrès, l'abdomen se tympanise, et quelquefois l'inflammation se propage à tout le péritoine.

Les lochies ne présentent pas toujours les mêmes caractères. Souvent elles sont diminuées ou même supprimées. D'autres fois elles deviennent fétides, d'autres fois elles n'ont subi aucune modification ni dans leur qualité ni dans leur quantité. La sécrétion lactée est généralement arrêtée. Il est un autre symptôme qui est plus marqué dans la métrite que dans toute autre affection: la dysurie, qui cause de grands malaises et qui peut aller jusqu'à la rétention complète, qui se produit surtout, suivant Dewees, dans les cas où il a été nécessaire d'employer les instruments pendant l'accouchement.

La forme la plus grave de la métrite, d'après Lee et Tonnelé, est annoncée par des frissons suivis d'une chaleur intense et de mal de tête. Il y a quelquefois du délire ou même d'autres signes de troubles cérébraux. La face est pâle et anxieuse. La peau, qui tout d'abord est chaude et sèche, devient froide et prend une légère teinte cyanique ou ictérique. La respiration est accélérée, le pouls est faible et fréquent, il existe une prostration très grande. La langue bientôt se sèche et les dents deviennent fuligineuses. En même temps on observe plus ou moins de nausées et des vomissements avec de la diarrhée. Le malade se plaint de douleurs à l'hypogastre, où l'on sent l'utérus augmenté de volume et très douloureux à la pression. Les lochies sont diminuées ou tout à fait supprimées, souvent même elles deviennent fétides et âcres.

Cette forme est différente de la première, comme on le voit; outre l'affection locale, il existe une altération profonde de l'économie, due à une intoxication de la malade par l'introduction dans la circulation de principes septiques absorbés par les veines ou les lymphatiques et provenant d'une fermentation de l'écoulement lochial. Nous avons affaire alors à une infection puerpérale.

§ II. — Terminaisons.

La métrite peut se terminer :

1° *Par la résolution*, comme dans le type que nous avons décrit tout d'abord, et où l'on voit les symptômes s'amender peu à peu.

2° *Par la suppuration.* Il peut se former un abcès qui s'ouvrira dans la cavité utérine ou dans le péritoine. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas où l'affection s'est terminée de cette façon, et dont l'observation a été publiée par le docteur Beatty.

3° *Par ramollissement.* Cette terminaison a été observée 49 fois par Tonnelé et 10 fois par R. Lee. « Parmi les 222 cas observés par Tonnelé à la Maternité de Paris en 1829, fut constaté 49 fois un ramollissement du tissu musculaire utérin. Tonnelé fait remarquer que le ramollissement, après s'être montré dans la première moitié de l'année 1822, et surtout vers le mois de janvier, disparut dans les mois de juillet et d'août, pendant lesquels on observa presque constamment de la phlébite. Le ramollissement se montra de nouveau en septembre et octobre et disparut encore une fois pendant les deux derniers mois, qui n'eurent qu'une mortalité très restreinte (1). »

4° *Par la gangrène.* — Cette terminaison a été décrite par Boër, par Ricker (2). Elle a été mentionnée aussi par Siebold, Busch, Boivin et Dugès, Danyau (3), etc. Béhier (4) a décrit avec beaucoup de soins cette terminaison par gangrène, et il signale en même temps la complication de pourriture d'hôpital qui, dans certains cas, vient encore ajouter à la complication de la maladie en même temps qu'aux difficultés du diagnostic.

« Cette gangrène peut naître, parce que la plaie utérine peut se gangrener, comme toutes les plaies, sous l'influence d'un état épidémique, ou sous l'influence du mauvais état général de l'accouchée. Mais le plus souvent c'est, en quelque sorte, une gangrène traumatique, une gangrène de cause mécanique; elle est due à une compression, que cette compression ait été faite par le fœtus pendant un travail prolongé, ou qu'elle ait été produite par des manœuvres chirurgicales, version, application du forceps, etc.

« Cette gangrène peut exister seule, indépendamment de toute autre altération; alors les malades rendent dans les lochies des lambeaux détachés des parties génitales, du vagin, des grandes ou des petites lèvres. Dans ce cas, comme la gangrène est seule (et elle existe seule surtout quand elle tient à une compression), les phénomènes dynamiques que nous avons décrits plus haut se montrent bien, mais ils existent à un moindre degré; il n'y a pas, dans ce cas, d'infection générale, il n'y a qu'une maladie toute locale, aussi la guérison est possible, assez fréquente même. Mais cette altération ne reste pas toujours seule, et alors, quand à cette gangrène locale vient s'ajouter l'élément péritonéal, le danger devient imminent, c'est une grave complication

(1) Lee, *On the more important diseases of women*, p. 38.

(2) Ricker, *Siebold's Journal*, vol. II, p. 62.

(3) Danyau, *Essai sur la métrite gangréneuse*. Thèse, 1829.

(4) Béhier, *Conférences de clinique médicale faites à la Pitié*, 1861, 1862. Paris, 1864.

ajoutée à une altération grave; rien de plus simple qu'une terminaison funeste en semblable occurrence. Quant au mécanisme de la guérison dans ces gangrènes traumatiques, il ne diffère en rien de ce que l'on observe dans tous les cas de ce genre. Vous vous rappelez ce fait que je vous ai cité (Obs. XX), dans lequel nous avons trouvé une ligne d'inflammation éliminatrice chez une femme qui, atteinte d'autres lésions graves, avait été affectée d'une semblable gangrène. Chez elle, la séparation était commencée; un premier pas vers la guérison était fait, et elle se serait certainement complétée, si la vie de la malade s'était prolongée. N'est-ce pas à des cas de ce genre qu'il faut rapporter ces utérus si étrangement déformés au niveau du col, que l'on rencontre chez des femmes dont l'accouchement a été laborieux?

« Cette gangrène, au lieu de se limiter, de rester toute locale, peut, dans certaines circonstances, se compliquer de pourriture d'hôpital; l'élément pseudo-membraneux vient se greffer sur le traumatisme; dans ce cas, l'écoulement vaginal se compose, pour une grande part, d'une sanie d'une odeur particulière (Obs. XI à XVII).

« Cette pourriture peut exister seule et indépendamment de toute autre complication; on voit, sur la vulve, dans le vagin, dans l'utérus, des plaques mamelonnées grises verdâtres.

« Y a-t-il des symptômes particuliers qui correspondent à cette altération? Il est assez difficile de les isoler de ceux que l'on observe dans les cas d'infection purulente. On peut dire que sans pouvoir préciser quels signes la caractériseraient en dehors de l'écoulement sanieux et des plaques diphthéritiques qui peuvent siéger à la vulve, il est probable que cette altération aggrave les symptômes ataxo-dynamiques, sans toutefois les différencier de ceux de même forme qui naissent sous toute autre influence. Toutefois, la pourriture d'hôpital est plus grave que la gangrène, et même que la péritonite. C'est une affection à marche très rapide; ce qui se passe pour les plaies externes qui en sont atteintes nous le dit nettement.

« Quand donc vous verrez des symptômes ataxo-dynamiques survenir tardivement et marcher promptement, en même temps qu'il s'écoule par le vagin un liquide sanieux et fétide, il est probable qu'il s'agit d'une pourriture d'hôpital; j'ai dit à dessein tardivement; en effet, la gangrène par contusion, qui pourrait se présenter avec la même allure symptomatique, se manifeste peu de temps après l'accouchement. Le diagnostic entre la pourriture d'hôpital et la gangrène traumatique est donc un diagnostic de présomption. Cette pourriture diphthérique peut, au reste, s'étendre assez loin, elle peut modifier et convertir en sanie noirâtre le liquide contenu dans les sinus utérins, dans les veines du plexus pampiniforme (Obs. XVII); enfin, je vous ai rapporté une observation (Obs. XIV) dans laquelle le liquide péritonéal

lui-même avait l'odeur fétide et la coloration noirâtre de la sanie que l'on rencontre en pareil cas. »

§ III. — Anatomie pathologique.

Souvent la tunique séreuse de l'utérus montre les traces d'une inflammation vive: elle peut être très injectée et recouverte d'une couche de fausses membranes, ou enfin elle peut être ramollie. Le volume de l'utérus est notamment augmenté, le tissu en est flasque et mou. On rencontre souvent dans les parois de petites collections purulentes. Boivin et Dugès (1) disaient que « le pus est souvent trouvé dans le tissu même de l'organe, plutôt vers la surface externe que vers l'interne. Le pus se réunit en foyers de 1 à 5 pouces de diamètre, quelquefois il se présente sous forme d'un dépôt multiloculaire avec une apparence visqueuse et verdâtre. D'autres fois il est infiltré entre les fibres musculaires, auxquelles il donne une coloration jaunâtre qu'on aperçoit à travers la couche péritonéale. Dans ce dernier cas, il se forme quelquefois des tumeurs dures, faisant saillie sur le fond de l'utérus. D'autres fois celles-ci sont aplaties, étalées, molles, s'étendant plus vers les parties latérales, et se continuant avec des infiltrations purulentes qui se sont formées entre les lames des ligaments larges jusque dans le tissu cellulaire pelvien. »

La substance de l'utérus peut être par places réduite à une sorte de pulpe d'un rouge sombre jaunâtre ou grisâtre, et exhalant une odeur fétide. Ce ramollissement débute généralement par la membrane interne et s'étend plus ou moins profondément au tissu même de l'utérus. Suivant Ferguson, « le point d'insertion du placenta serait le plus souvent le siège de toutes les lésions utérines, soit qu'il s'agisse d'abcès, de ramollissement ou de phlébite; le point après celui-là le plus souvent affecté serait le col utérin. » Des fausses membranes sont rencontrées sur la muqueuse, mélangées à du sang et au liquide lochial.

Tonnellé rapporte que la maladie, à Paris, présente deux formes distinctes: 1° le ramollissement de l'utérus, à proprement parler; 2° la dégénérescence putrescente de l'organe. Dans la première forme, le ramollissement n'atteignait que la membrane interne de l'utérus, et il se présentait sous forme d'îlots séparés, d'une coloration rouge ou brunâtre, qui occupaient tous les points de cette surface. Les limites n'en étaient pas déterminées. Dans la seconde variété, le ramollissement paraissait s'enfoncer plus profondément dans le tissu, les doigts ne pouvaient saisir le viscère sans passer au travers de la substance. Le ramollissement superficiel était presque toujours accompagné de péritonite, de métrite ou de phlébite utérine. Le ramollissement profond

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833.

était quelquefois aussi compliqué d'autres lésions; mais, alors même qu'il existait seul, il imprimait à la maladie un caractère franchement typhoïde (1). »

Boivin et Dugès, et Duplay ont constaté des lésions en mainte occasion, et ce dernier a décrit avec soin la mortification circonscrite qu'il a rencontrée à la surface interne de l'utérus.

La cause de ce ramollissement spécial a beaucoup été discutée: quelques-uns l'attribuent à une influence spécifique sur ces parties; d'autres, à une altération du sang; quelques-uns, à l'inflammation. Dans quelques cas, cette lésion paraît pouvoir se lier à un processus inflammatoire; dans d'autres, il est impossible d'en trouver la moindre trace.

§ IV. — Diagnostic.

Quand il existe une complication de péritonite, le diagnostic est très difficile; mais si l'utérus est seul frappé, on peut plus aisément distinguer cette maladie:

1° *Des tranchées utérines, etc.* — Elle en diffère profondément par sa continuité et par la gravité très grande des phénomènes généraux.

2° *De la péritonite puerpérale.* — Le caractère distinctif le plus marqué entre la métrite et la péritonite est dans l'acuité de la douleur, qui, dans la péritonite, est générale, superficielle et insupportable, à ce point que le plus léger attouchement ne peut être toléré, tandis que dans la métrite l'abdomen pourra être pressé dans toute son étendue, excepté au niveau de l'utérus, qu'on peut sentir nettement augmenté de volume et dur. La seule exception à cette règle se rencontre dans les cas rares où il existe de la péritonite sans grande sensibilité du ventre. Le pouls, dans la métrite, est plus faible, et la patiente tombe dans la prostration plus vite que dans la péritonite. Les lochies sont plus souvent fétides, et les symptômes présentent bien plus le caractère typhoïde lorsqu'il s'agit de la forme grave de la métrite.

§ V. — Pronostic.

Dans la forme bénigne, beaucoup de malades se rétablissent, l'utérus reste dur et sensible pendant quelque temps; mais la sensibilité diminue graduellement, le pouls tombe, la langue se nettoie, les fonctions intestinales se rétablissent et l'appétit revient. La continuation ou la réapparition des lochies avec leurs qualités normales et leur odeur naturelle sont un excellent signe, qui acquiert encore plus de valeur si en même temps la sécrétion lactée s'est continuée.

Dans la forme grave, le pronostic est très défavorable. Tout cas bien

(1) Lee, *On diseases of women*, p. 38.

caractérisé se termine presque fatalement par la mort, et la malade succombe au milieu des symptômes de la fièvre puerpérale.

§ VI. — Traitement.

Les émissions sanguines réussissent bien dans la forme bénigne de la métrite ; mais dans la forme qui s'accompagne de l'introduction de matières septicémiques dans la circulation, et qui n'est autre qu'une fièvre puerpérale ayant eu pour point de départ une inflammation de l'utérus, elles échouent presque complètement.

On trouvera bien d'appliquer des sangsues au niveau de l'utérus. On recouvrira ensuite la région de cataplasmes ou de fomentations émollientes.

Le calomel associé à l'opium est d'une incontestable utilité quand ces médicaments agissent doucement. Mais souvent le calomel provoque la diarrhée. Dans ce cas, il faudra en diminuer la dose ou le supprimer tout à fait. On fera alors des onctions mercurielles sur le ventre et l'on administrera l'opium à l'intérieur.

Quand la période aiguë de la maladie est passée, on aura recours avec avantage aux vésicatoires volants ; le ventre sera recouvert d'une carde d'ouate. Les entrailles seront tenues libres, mais par les moyens les plus doux ; car les purgatifs un peu actifs paraissent, au contraire, augmenter le mal.

Dans la forme grave on peut employer avec avantage les alcooliques. On immobilisera l'intestin en donnant des doses fractionnées d'opium.

CHAPITRE III

PHLEGMATIA DOLENS. — PHLÉBITE CRURALE

§ I. — Définition, historique, causes.

Cette maladie, sous divers noms : « *Anasarque séreuse, phlegmasie lactée, œdème lacté, jambe laiteuse, jambe blanche, jambe enflée, etc., etc.* », est depuis longtemps connue, bien qu'il y ait eu et qu'il y ait encore des opinions très diverses sur sa nature. Elle a été décrite par Roderick de Castro en 1603, et depuis par Moriceau, Puzos, Levret, Petit, Leake, White, Hull (1), Tyre, etc. Elle consiste en un gonflement incolore d'une ou des deux jambes (simultanément ou l'une après l'autre), peu de temps après la délivrance, avec douleur, sensibilité et fièvre, durant un certain temps, et suivant un cours bien déterminé. La jambe gauche est de beaucoup plus souvent atteinte que la jambe droite, sans qu'on puisse se rendre compte de la cause.

(1) Hull, *An Essay on Phlegmatia dolens*. Manchester, 1800.

Cette maladie peut arriver à la suite de la première couche, mais elle est beaucoup plus fréquente chez les multipares. Les femmes délicates ou d'une constitution lymphatique, et surtout celles qui souffrent d'une irritation quelconque de l'utérus après la délivrance, sont plus aptes, dit-on, à être atteintes de cette maladie. Elle suit assez souvent l'extraction du placenta, comme dans le cas de Chatts (1). Les femmes qui en ont souffert une fois sont très aptes à en avoir une légère atteinte après un accouchement suivant, sans qu'il y ait retour des causes qui l'avaient occasionnée une première fois. Nous avons vu des malades chez lesquelles ces faits se sont reproduits plusieurs fois, mais chaque fois de plus en plus faiblement.

Elle peut éclater très rapidement après la délivrance, et le moment de l'invasion fait varier notre opinion sur le cas, selon qu'elle commence avant ou après le sixième jour. Sur vingt-deux cas observés par R. Lee (2), sept furent pris entre le quatrième et le douzième jour, et quatorze après la seconde semaine. Levret cite un cas où la maladie apparut au sevrage de l'enfant ; et Blundell dit « que dans de rares circonstances elle apparaît même plusieurs mois après la délivrance (3) ».

Mais ce n'est pas nécessairement et exclusivement une maladie « *post partum*, » et, comme ceci est un point important, nous pouvons être excusés de nous étendre en détail sur ce sujet. L'auteur le plus ancien qui mentionne cette maladie comme suivant l'accouchement est, croyons-nous, Puzos, qui cite deux femmes enceintes, l'une de quatre mois et l'autre de sept, chez qui elle se produisit. Meigs dit qu'il a rencontré un grand nombre d'exemples de phlegmatia dolens pendant la grossesse.

Denmann, Burns, Dewees, Mac-Clintock, en mentionnent des cas survenant après l'avortement, spécialement lorsqu'une partie de l'œuf est restée. Willan (4) et R. Lee, M. Lawrence (5), Copland et Dewes ont rapporté des cas survenus chez les malades souffrant d'ulcérations malignes au col de l'utérus. Blundell a rencontré la maladie accompagnant des excroissances fongueuses malignes du même organe. Copland rapporte un cas coïncidant avec une métrite chez une dame qui n'avait pas été enceinte depuis plusieurs années. Les attaques de cette maladie ont aussi suivi des suppressions menstruelles par le froid, comme dans les cas rapportés par Tomasini (de Bologne). R. Lee et Mac-Clin-

(1) Chatts, *Medical Gazette*, 14 septembre 1830.

(2) Lee, *A Contribution to the pathology of phlegmatia dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*, London, 1829, t. XV, p. 132).

(3) Blundell, *Principles and practice of obstetrics*, p. 785.

(4) Willan, *Reports of the Diseases of London*, p. 325.

(5) Lawrence, *Case of phlegmatia dolens, caused by inflammation of the vein of the lower extremity, excited by malignant ulceration of the cervix uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*, t. XVI, p. 58).