

M'Clintock dit qu'il est toujours d'avis de faire des ouvertures tardives et qu'il s'est toujours bien trouvé d'en agir ainsi. On admet généralement aujourd'hui qu'il est préférable de laisser l'ouverture des abcès se faire spontanément. Cette pratique a l'avantage d'éviter de couper les canaux galactophores, et de produire ainsi des fistules lactées. Toutefois la douleur est intense et si l'abcès profondément situé a de la tendance à laisser le pus fuser vers la partie profonde de la glande, il peut être nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Lorsque l'abcès une fois ouvert présente des anfractuosités, qui ne permettent pas un écoulement facile du pus, il peut être nécessaire de recourir au drainage.

Si l'abcès est petit, on pourra permettre à l'enfant de teter le sein malade. S'il est volumineux, on fera mieux de vider artificiellement le sein et de nourrir l'enfant à l'autre sein. Dans quelques cas il faudra éloigner l'enfant complètement, l'action de teter pouvant seule déterminer la formation d'abcès dans l'autre sein. Lorsque toute inflammation aura cessé, et que l'abcès continuera néanmoins à suppurer, on hâtera la guérison en comprimant le sein au moyen de bandelettes agglutinatives, comme le conseillent Philips, M'Clintock et Hardy (1).

Quand il se formera des clapiers il faudra les ouvrir. On évitera avec soin que la malade ne s'affaiblisse, on lui donnera du quinquina, du vin et une alimentation reconstituante.

SECTION V

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DU SYSTÈME VASCULAIRE

CHAPITRE PREMIER

TÉTANOS.

Quoique le tétanos soit une affection des plus graves, on l'a considéré comme tellement rare dans l'état puerpéral, que la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes l'ont à peine signalé. Simpson en a réuni un nombre d'observations suffisant pour démontrer qu'on doit en tenir grand compte. Je ferai pour la description qui va suivre de larges emprunts à son excellent mémoire (2).

(1) Hardy, *Pract. observations*, p. 16.

(2) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, février 1854, p. 97 et *Clinique obstétricale et gynécologique*, traduit par G. Chantreuil. Paris, 1874, p. 529.

§ I. — Fréquence.

On croyait autrefois que le tétanos était plus commun chez la femme que chez l'homme, mais les statistiques modernes n'ont pas confirmé cette manière de voir. Sur 128 cas de tétanos traumatique recueillis par Curling, il y avait 112 hommes et 17 femmes; et sur 221 cas recueillis par Laurie de Glasgow, il y avait 185 hommes et 36 femmes. — Sur 1069 cas mortels publiés dans les rapports du « Registrar general », il y avait 829 hommes et 240 femmes, de sorte que le nombre des hommes était quatre fois plus considérable que celui des femmes.

§ II. — Causes.

Le tétanos, bien que rarement, peut se déclarer à la suite d'accidents survenant à l'utérus non fécondé. Simpson cite un cas dans lequel, après avoir enlevé un polype cellulaire au moyen d'une légère traction, le tétanos se déclara dans la soirée du neuvième jour, et causa la mort en cinquante-cinq heures environ. Le tétanos peut aussi survenir après l'avortement, et il n'est pas spécial à la première grossesse, ou à aucune époque déterminée de la grossesse. Dans les sept cas recueillis par Simpson, dans le cas rapporté par Tyler (1) et dans le cas de Dossabhoy (2), plusieurs des malades avaient plusieurs enfants, et l'époque à laquelle l'avortement avait eu lieu variait chez toutes. L'espace de temps qui s'écoulait entre la fausse couche et l'invasion du tétanos était aussi variable. Chez l'une il éclata quelques jours après; chez une autre, le sixième jour; chez une troisième, le septième jour; chez une quatrième, le huitième jour; chez une cinquième, le treizième jour, et enfin chez une sixième, quinze jours après. Dans le cas rapporté par Moore (3), le tétanos survint le huitième jour; dans le cas décrit par Dossabhoy, le sixième jour, et dans le cas rapporté par Annan, le treizième jour (4). Toutes les malades moururent: l'une en soixante heures, l'autre en soixante-dix; trois le troisième jour; une le quatrième, et une le septième. La malade de Annan, le onzième jour; celle de Moore, le treizième; celle de Dossabhoy guérit.

Dans la plupart des cas, la fausse couche n'avait rien de particulier; dans quelques-uns l'œuf ne fut pas immédiatement expulsé, et dans quelques autres l'hémorrhagie était si forte qu'il fallut recourir au tamponnement. Dans le cas rapporté par Tyler, le placenta qui se présentait d'abord avait été arraché. Il est peut-être difficile de préciser jusqu'à quel point l'irritation résultant de la présence prolongée de

(1) Tyler, *Dublin Journal*, new séries, vol. III, p. 560.

(2) Dossabhoy, *British and for. med.-chir. Review*, juillet 1856, p. 2.

(3) Moore, *Dublin Journal*, novembre 1856, 7, p. 225.

(4) Annan, *Edinburgh monthly Journal*, novembre 1856.

l'œuf, ou du tampon, ou le décollement du placenta, peuvent avoir agi sur la production du tétanos. Le tampon est employé journellement sans donner lieu à ces résultats ; mais dans certains états du système nerveux, il peut ne pas être complètement inoffensif. Les symptômes du tétanos n'avaient rien d'anormal : ils commençaient par un certain degré de roideur dans les mâchoires, qui bientôt devenaient complètement rigides, et le corps était fléchi en arrière par les spasmes tétaniques.

Simpson fait remarquer « qu'en pathologie chirurgicale des recherches ont été instituées dans le but de savoir s'il existe quelque rapport entre l'état de la plaie et l'invasion du tétanos. Mais aucun résultat positif n'est venu couronner ces recherches. Les chirurgiens paraissent s'accorder sur ce point, que souvent le tétanos se produit alors que la plaie extérieure paraît tout à fait saine ; mais, d'un autre côté, ils ont vu, dans un nombre de cas au moins égal, la maladie survenir lorsque la plaie était malsaine, enflammée, gangréneuse. Dans les exemples rapportés par Simpson, le tétanos survenant après un avortement, la plaie utérine a toujours paru parfaitement saine en tant qu'il a été possible de s'en assurer. Dans quelques circonstances pourtant la plaie était en assez mauvaise condition pour donner lieu à un suintement sanguinolent ou même à une hémorrhagie.

Dans aucun des cas de tétanos puerpéral relatés par Simpson (1), il n'a paru exister de traces d'inflammation utérine.

Enfin le tétanos peut se produire après l'accouchement. Simpson en a recueilli 18 observations, auxquelles nous pouvons en ajouter 232, recueillies par Waring et autres. Cette affection n'est pas plus fréquente après un premier accouchement qu'après les accouchements subséquents. Pour le moment où se produit l'attaque, il paraît que les conditions sont les mêmes, dit Simpson, que lorsqu'elle survient après un avortement ou une opération chirurgicale. Dans ces diverses circonstances, il est très rare que l'accès survienne avant la fin du premier septénaire.

D'après des documents statistiques produits par Romberg (2), dans plus de la moitié des faits de tétanos chirurgical relevés par lui-même (112 fois sur 208), l'accès éclata du troisième au dixième jour après la blessure ou après l'opération.

Parmi les observations de Simpson, on trouve qu'une fois il est survenu très vite après l'accouchement, 1 fois le deuxième jour, 1 fois le troisième, 1 fois le quatrième, 4 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième, 1 fois le septième, 2 fois le quatorzième, 1 fois le dix-septième, 1 fois après trois ou quatre semaines, et 1 fois enfin sept semaines après la délivrance.

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, février 1854, p. 105 et *Clinique obstétricale et gynécologique*. Paris, 1874, p. 529.

(2) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, 3^e Auflage. Berlin, 1857.

Dans le fait de Woodhouse (1), l'accès se montra le onzième jour.

Sur les 232 cas de Waring, 7 femmes furent atteintes le premier jour, 32 le deuxième, 29 le troisième, 23 le quatrième, 22 le cinquième, 32 le sixième, 15 le septième, 14 le huitième, 15 le neuvième, 14 le dixième, 2 le onzième, 9 le douzième, 4 le treizième, 1 le quatorzième, 1 le dix-septième, 1 le dix-huitième (2).

Le cas observé par Patterson se produisit quatorze jours après l'accouchement (3). Dans un relevé des décès à Bombay, publié par ordre du gouvernement, on trouve que le tétanos s'est montré 102 fois après l'accouchement : 10 fois il s'est montré le premier jour, 15 fois le deuxième, 7 fois le troisième, 11 fois le quatrième, 9 fois le cinquième, 11 fois le sixième, 11 fois le septième, 7 fois le huitième, 2 fois le neuvième, 4 fois le dixième, 2 fois le onzième, 3 fois le douzième, 3 fois le quinzième, et une fois le seizième jour.

On rencontre plus d'uniformité dans la durée de la maladie. Dans 1 cas la mort est survenue après quinze heures, 2 fois après le deuxième jour, 2 fois le troisième jour, 1 fois le quatrième jour, 1 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième et 1 fois le septième jour. La malade de M. Woodhouse vécut deux jours et celle de Patterson vécut dix jours. On a noté 5 cas de guérison, c'est-à-dire que, si nous prenons les 26 cas cités, 4 femmes sur 5 ont succombé.

§ III. — Symptômes.

Il n'y a rien de spécial à signaler dans les symptômes du tétanos puerpéral, si ce n'est qu'au début on peut croire à l'existence d'un mal de gorge, et par conséquent le traitement ne sera pas dirigé comme il le convient dans une maladie aussi grave.

L'observation suivante publiée par Storer, de Boston, U. S., donnera une idée exacte de la maladie :

OBSERVATION I. — Madame C..., âgée de 28 ans et mère de deux enfants, accoucha à terme d'un enfant pesant huit livres. Le cordon se rompit près de son insertion placentaire sous l'influence de tractions pour extraire l'arrière-faix. Après quelques tentatives infructueuses pour délivrer la femme, on jugea opportun de ne pas insister plus longtemps. La perte de sang ne fut pas considérable. Pendant les cinq jours qui suivirent, le pouls resta bon. La malade n'eut pas de fièvre et ne ressentit pas de douleurs utérines. Vers le commencement du sixième jour une portion du placenta s'échappa par le vagin ; la malade, après avoir pris une dose d'ergot de seigle, en rendit deux autres fragments décomposés et d'une odeur fétide. Le septième jour, le pouls, pour la première fois, s'éleva au-dessus de 100 ; il était petit, filiforme, et la malade se plaignait de douleurs dans la tête, de roideur dans les ma-

(1) Woodhouse, *Association Journal*, 9 février 1855.

(2) Waring, *Indian Anna's*, et *British and foreign med.-chir. Review*, octobre 1855.

(3) Patterson, *Glasgow med. Journal*, octobre 1856, p. 274.

choires et de difficultés pour avaler. Les symptômes s'aggravèrent rapidement pendant cette journée, et vers le soir c'est à peine si la pointe de la langue pouvait dépasser les arcades dentaires. Les muscles du cou et des mâchoires devinrent plus douloureux ; la respiration était sensible, et à des intervalles irréguliers survinrent des accès tétaniques. Le lendemain, c'est-à-dire le huitième jour après l'accouchement, les muscles de la face étaient si rigides que les mâchoires ne pouvaient être écartées le moins du monde. Le moindre attouchement semblait causer de vives souffrances à la malade et provoquer l'explosion d'attaques spasmodiques qui se reproduisaient toutes les trois ou quatre minutes. La tête était fortement fléchie en arrière et les muscles du cou étaient si fortement contracturés qu'on pouvait, avec la main placée sur la nuque, soulever tout le corps sans que le cou se pliât en aucune façon en avant. Quand les convulsions tétaniques éclataient, les souffrances de la pauvre femme paraissaient excessives. Les paroxysmes augmentèrent jusqu'au milieu de la nuit du huitième jour, et la malade mourut d'épuisement dans l'opisthotonos le plus complet. Pendant tout le temps, on ne constata aucun signe d'inflammation utérine ou péritonéale.

§ IV. — Causes.

Il est difficile d'énumérer avec précision les causes de cette maladie ; mais on a noté que, dans tous les cas, on aurait pu l'attribuer tantôt à l'impression du froid, tantôt à des violences extérieures. Dans une observation, il y eut une hémorrhagie qui exigea l'emploi du tampon ; dans une autre, le placenta fut retenu et se putréfia dans l'utérus. Dans une observation publiée par Finucane, le tétanos survint après une version, et Paul Dubois le vit se produire après une opération césarienne. Dans l'observation de Patterson, le travail avait été naturel, et la convalescence paraissait se passer dans les meilleures conditions. Le tétanos semble plus fréquent dans les pays chauds que dans les climats froids, mais Simpson a montré que dans ces derniers il n'y a pas à tenir compte de l'influence de la saison. Waring a publié un relevé des cas de tétanos survenus dans l'état puerpéral à Bombay. On peut y voir que, pendant une période de trois années finissant en décembre 1863, il ne mourut pas moins de 232 femmes de cette affection ; le nombre paraît encore augmenter. La mortalité était plus considérable pendant la saison humide.

Le froid, les violences extérieures, les opérations et peut-être aussi la présence de matériaux en putréfaction dans l'utérus paraissent en somme être les causes déterminantes les plus usuelles du tétanos. Quant au caractère pathologique de la maladie, Simpson l'attribue à la lésion de la surface interne de l'utérus, qu'il compare, comme on le sait, aux plaies résultant d'une grande opération et pouvant par suite donner lieu comme celles-ci au tétanos. La raison qui fait que l'accouchement ne donne pas plus souvent lieu à cette terrible affection, est peut-être dans ce fait que l'utérus est presque complètement

suppléé par les nerfs du grand sympathique. La maladie une fois développée consiste surtout dans l'excitation du système spinal réflexe ou de quelque portion de ce système. Quelles conditions en obstétrique et en chirurgie pourraient, isolées ou réunies, produire le tétanos traumatique ? Simpson émet cette opinion que peut-être quelque altération du sang, quelque irritation centrale ou quelque irritation morbide de la moelle, ou bien quelque irritation propagée le long des branches nerveuses, depuis le siège de la blessure jusqu'au système nerveux central, pourrait expliquer la production du mal et en constituer l'élément essentiel. Peut-être les recherches nombreuses dont le tétanos est l'objet pourront-elles un jour jeter quelque lumière sur cette obscure affection.

Dans deux cas de tétanos survenus après l'avortement, et rapportés par A. Wiltshire (1), la malade présentait une grande dépression morale. Aussi ce médecin prétend que le tétanos n'est pas seulement dû à des modifications périphériques, mais surtout à un trouble cérébro-spinal.

§ V. — Traitement.

Pour le traitement de cette maladie, nous renverrons les lecteurs aux œuvres de nos maîtres en chirurgie. Les remèdes locaux paraissent devoir être mis hors de cause, et, quant aux moyens généraux, les plus recommandés sont les suivants, de l'avis de Simpson : 1° on maintiendra le plus grand calme autour de la malade à qui on évitera toute cause d'irritation physique ou mentale ; 2° on évitera toute tentative douloureuse et toujours inutile pour écartier les mâchoires et forcer la malade à avaler. On soutiendra les forces et l'on apaisera la soif par des lavements et par des topiques humides appliqués sur la peau ; 3° s'il existe quelque raison de penser que des matières irritantes accumulées dans les intestins puissent agir en augmentant le malaise, il faudra les vider au moyen de quelques lavements appropriés ; 4° on cherchera à détendre les spasmes toniques et à diminuer l'excitabilité réflexe du système nerveux par des sédatifs, des antispasmodiques, avec l'espoir d'enrayer cette excitabilité réflexe ou au moins d'éloigner les dangers menaçants de la maladie, et lui permettre ainsi de passer de cet état d'acuité à une forme pour ainsi dire subaiguë, et donnant par conséquent plus de prise au traitement et plus de place à l'espoir.

Parmi les cas qui ont guéri, l'un a été traité par de larges saignées, par le musc et la valériane, un autre par les vésicatoires et les grands bains, un troisième par la saignée et les bains chauds, un quatrième

(1) A. Wiltshire, *On tetanus after abortion* (*Transactions of the obstetrical Society of London*, 1872, et *Revue des sciences médicales*, t. 1, n° 1, 1873, p. 206).

par des lavements de térébenthine, un cinquième enfin par des immersions froides.

Les calmants qui ont été le plus employés sont l'opium administré par la bouche et l'infusion de tabac par le rectum. A ces moyens on peut ajouter la belladone, la stramoine, la ciguë, la jusquiame, le musc, le camphre, le haschich, l'acide cyanhydrique, la valériane, etc. Tous ces médicaments ont été tour à tour préconisés. Il est cependant impossible de juger en dernier ressort parmi tous ces médicaments. Le chloroforme, « dit Simpson », administré à dose suffisante, agit comme un sédatif direct sur le système nerveux et sur la contractilité exagérée du système musculaire. En raison de cette influence, il constitue un des moyens les plus sûrs et les plus maniables de calmer les attaques convulsives ordinaires, et, suivant les observations publiées, l'usage du chloroforme a été nombre de fois couronné de succès dans le tétanos traumatique (1). Ce moyen a cependant failli à calmer les formes les plus aiguës de la maladie. Peut-être les insuccès sont-ils dus à ce que les malades n'ont pas été suffisamment ni assez longtemps soumis à l'action du chloroforme. Si on l'emploie dans le tétanos, il faudra en continuer l'action pendant un grand nombre d'heures, quelquefois même pendant plusieurs jours; le moyen n'offre aucun danger si l'action en est surveillée avec soin (2).

On devra aussi employer l'hydrate de chloral et le bromure de potassium à doses assez considérables, qui jouissent à un haut degré de la propriété de diminuer ou même d'anéantir le pouvoir excitomoteur de l'axe cérébro-spinal.

CHAPITRE II

CONVULSIONS PUERPÉRALES. — ÉCLAMPSIE.

On désigne sous le nom de *convulsions puerpérales* ou *éclampsie*, des accès convulsifs du corps entier et des extrémités. Cette complication est très effrayante et très dangereuse, et peut se produire soit pendant la grossesse, soit immédiatement avant ou aussitôt après la délivrance.

§ I. — Statistique.

I. *Fréquence*. — La science n'est pas absolument fixée sur la fré-

(1) Voyez, par exemple, Ranking's *Abstract*, vol. IX, p. 239 (trois cas suivis de succès); *Brit. and for. med. Rev.*, 1851, p. 464 (2 cas heureux, etc., etc.).

(2) Velpeau, *Des convulsions chez les femmes pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement*. Paris, 1834, p. 232. — Aubinais (de Nantes), *Rev. méd. chir.*, vol. V, p. 149. — Colles, *Dublin Journal*, n. 30, p. 288. — Christison, *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. VIII, p. 415. — M. Dukenson, *Lond. med. Repos.*, vol. I, p. 192. — M. Finucane, *Lancet*, 2 juin 1838. — Dubois, *Lancet*, 29 février 1840. — Moulder, *Nachricht.*, *Diss. des articulis extirp.*, 1810. — Merriman, *Synopsis*, p. 339. — Simonds *cyclop. of Pract. med.*, art. TETANUS. — Currie, *Mem. of med. Soc. of London*, vol. III.

quence de l'éclampsie puerpérale. Les statistiques fournies par les divers auteurs présentent un désaccord assez grand. Tandis que suivant Cazeaux, il existait un cas d'éclampsie sur 200 accouchements, les auteurs anglais prétendent que cette complication ne se rencontre qu'une fois sur 400 accouchements. La statistique fournie par Churchill ne donne même qu'un cas d'éclampsie sur 618 accouchements. En prenant la moyenne de ces différentes statistiques, on peut admettre que l'éclampsie est plus rare que ne l'avait cru Cazeaux et qu'elle se rencontre environ une fois sur 500 accouchements.

II. *Mortalité*. — Sur la quantité la mortalité est considérable, quoique peut-être à un moindre degré qu'autrefois. Parr (1) dit qu'il en meurt 7 sur 10. Hunter avance que la grande majorité succombe.

Sur 328 cas rapportés par les auteurs anglais, 70 mères succombèrent, c'est-à-dire 1 sur 4/1.

Le professeur Pajot a observé 12 fois une terminaison fatale sur 26 éclampsiques soignées sous ses yeux à la clinique d'accouchements. Les statistiques fournies par les accoucheurs français fournissent une mortalité de 42,85 pour 100 ou à peu près un total de 1 sur 2,33.

Cette affection s'attaque à tous les tempéraments, mais elle paraît plus fréquente, suivant Collins (2), chez les femmes jeunes, fortes, pléthoriques à leur premier accouchement, surtout si elles sont courtes, épaisses et de brève encolure. Ramsbotham pense que les femmes qui ont beaucoup d'enfants y sont tout aussi exposées, si non plus. Cette assertion n'est cependant pas confirmée par la statistique, car sur 36 observations publiées par Merriman, 28 appartiennent à des primipares. Parmi les faits de Ramsbotham, plus des 2/3 appartiennent à des primipares. Sur 30 cas, Collins en a observé 29 chez des femmes à leur premier accouchement. 49 fois sur 63 Johnson et Sinclair ont vu ces convulsions survenir chez des primipares.

§ II. — Causes.

Les causes assignées aux convulsions puerpérales sont très diverses et très nombreuses. Locock énumère les suivantes : « Les causes immédiates des convulsions puerpérales, dit-il, sont souvent très obscures. Elles paraissent quelquefois dépendre d'un état congestif du cerveau; d'autres fois, l'encéphale paraît être influencé par une irritation éloignée, siégeant soit dans l'utérus, soit dans l'appareil digestif. Et enfin les convulsions paraissent souvent provoquées par une irritation spéciale du système nerveux. On a remarqué qu'elles étaient plus fréquentes chez les femmes qui dès leur enfance ont été sujettes aux convulsions, surtout lorsque celles-ci avaient présenté des caractères

(1) Parr, *Medical Dictionary*.

(2) Collins, *Pract. Treatise on Midwifery*.