

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 (2), « 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 (3), s'accompagne presque toujours de péritonite et de phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal. « D'une autre part, ajoute Cruveilhier, 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 abcès multiples dans les viscères et lymphangite purulente, on peut être à peu près certain qu'il y a complication de phlébite purulente. »

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 (4) croit que si M. 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

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

(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, 1864, p. 527.

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

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

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 (1). »

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.

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

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 septime dans le torrent circulatoire.

§ VII. — Marche. — Durée. — Terminaisons.

La durée de la maladie est très-variable. Quelques cas se sont termi-

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales suites de couches*, 1870, p. 809.

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

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 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 sub-aiguë, 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 nom-

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

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

bre 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 passagère de la matière septique; mais, à cette époque, la matière septique n'a pas acquis des propriétés toxiques suffisantes pour déterminer des accidents graves, et l'inoculation ne se reproduit pas. L'élévation de la température et le nombre de pulsations ne sont jamais très-considérables, ce qui permet de porter un pronostic favorable.

§ IX. — Pronostic.

Le pronostic est très-grave, la mort survient dans le plus grand nombre des cas. Le pronostic est d'autant plus sérieux que les accidents débutent moins longtemps après l'accouchement. Lorsque les frissons se répètent souvent, lorsque le nombre de pulsations atteint 140, et que la température est très-élevée, la mort survient dans presque tous les cas; quand au contraire le pouls ne dépasse pas 120, quand l'état général n'est pas très-grave, on peut espérer voir la guérison survenir.

Quand la dyspnée est intense, quand la diarrhée est abondante et fétide, quand les selles sont involontaires, et quand la douleur locale primitivement intense vient à disparaître, on peut considérer la femme comme vouée à une mort certaine.

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

Leake a perdu 13 malades sur 19. W. Hunter, 31 sur 32. Clarke, 21 sur 28. Gordon, 28 sur 77. Campbell, 22 sur 79. Armstrong, 4 sur 44. Lee, 40 sur 100. Collins, 56 sur 88. Fergusson, 68 sur 205.

Dans l'épidémie de Paris (1746), dans celle d'Édimbourg (1673) et dans celle de Vienne (1795), pas une malade ne se rétablit. Hey dit que, pendant quelque temps après qu'on eut observé cette fatale maladie pour la première fois, la mort avait été la règle dans tous les cas qui étaient venus à sa connaissance. Et, bien que, dit-il, « quelques malades guérissent sous l'influence du traitement que son père et lui-même avaient institué, le succès fut bien médiocre jusqu'à ce qu'il eût adopté le traitement qu'il décrit. »

Robert Ferguson dit : « Si nous prenons le résultat des traitements adoptés dans diverses épidémies de fièvre puerpérale par différents médecins, nous trouvons sur une statistique énorme qu'il meurt 1 femme sur 3, quels que soient les moyens employés. Si, ajoute-t-il, dans une épidémie, il guérit 2 malades sur 3, le résultat peut être considéré comme excellent. » Si l'épidémie est aussi violente que quelques-unes de celles observées à Dublin, on peut se considérer comme très-heureux si l'on sauve 1 malade sur 3.

§ X. — Traitement.

Le traitement comprend deux parties distinctes, 1° les moyens préventifs, 2° les moyens curatifs. Les premiers sont d'une importance capitale, car ce sont ces moyens qui, judicieusement appliqués, permettront de restreindre et d'anéantir les épidémies de fièvre puerpérale. Les seconds sont destinés à empêcher le passage dans l'économie du poison septicémique ou à en combattre les effets lorsque l'introduction s'est effectuée.

A. Moyens préventifs. — Il est un fait parfaitement avéré aujourd'hui, c'est que les hôpitaux fournissent une mortalité bien plus considérable que la pratique civile. Dans un relevé qui a été fait par M. Tarnier nous voyons les résultats suivants.

La maternité pour l'année 1856 a donné 2237 accouchements et 132 décès, pendant que le XII^e arrondissement dans lequel se trouve la maternité donne pour la même année 3222 accouchements et 14 décès.

Ces chiffres ont une éloquence qu'on ne peut contester, et ils indiquent que c'est du côté des hôpitaux qu'existe tout le danger à cause de l'accumulation dans l'atmosphère des salles, de germes échappés de l'écoulement lochial putréfié d'une ou de plusieurs femmes atteintes de la maladie. Aussi le meilleur moyen de diminuer la mortalité serait de soustraire, autant que faire se peut, les femmes à l'action du ferment morbide, en évitant de les rassembler dans les maternités ou de les réunir en grand nombre dans une salle unique.

C'est dans ce but, que l'on a proposé l'isolement des femmes dans des

chambres séparées (1), ou bien de construire de petites maternités où les accouchements ne se feraient qu'en petit nombre ou mieux encore de favoriser autant que possible les accouchements à domicile.

L'assistance publique de Paris, frappée des inconvénients de l'accumulation des nouvelles accouchées dans les salles spéciales, place depuis un certain temps déjà, les femmes qui sont sur le point d'accoucher, chez des sages-femmes instruites et en a retiré des avantages marqués. Mais on conçoit qu'il y ait à cette organisation des difficultés considérables au point de vue du service médical et des dépenses que ce mode de dissémination doit entraîner. Dans l'état actuel, comme il est impossible de ne pas avoir recours aux maternités, on doit se demander quelles sont les conditions les plus favorables pour en diminuer les mauvais effets.

La ventilation des salles qui doit être aussi complète que possible sera obtenue à l'aide de divers appareils spéciaux inventés à cet effet ou à l'aide des ouvertures naturelles.

La ventilation à l'aide d'appareils destinés à propulser dans l'intérieur des salles l'air pris au dehors, ou à aspirer celui qui y est contenu, étant très-coûteuse et ne produisant pas un renouvellement de l'air suffisant, a été condamnée par notre excellent maître le docteur Gallard (2). Il nous reste donc la ventilation à l'aide des ouvertures naturelles; cette ventilation lorsque des fenêtres sont pratiquées sur deux parois opposées des salles est très-efficace et elle a donné à Empis des résultats excellents pendant quatre ans à la pitié. Ce médecin distingué ne se préoccupe guère de l'opinion généralement accréditée au point de vue des dangers qui peuvent résulter de l'impression du froid sur les nouvelles accouchées. Il n'a pas remarqué en effet que les affections thoraciques fussent plus fréquentes dans son service que dans les autres salles. M. Empis, sans s'inquiéter de la saison, fait ouvrir toutes les fenêtres à plusieurs reprises, et en laisse quelques unes toujours ouvertes, même pendant la nuit. Quant à la température elle est maintenue à un degré suffisant à l'aide de poêles en fonte placés au milieu de la salle.

L'encombrement sera évité en construisant des salles spacieuses et contenant un nombre de lits assez limité. Les lits seront éloignés les uns des autres, la propreté des salles sera excessive, les draps et les serviettes qui servent à l'usage des nouvelles accouchées seront souvent renouvelés et les linges souillés par l'écoulement lochial seront promptement éloignés des salles afin d'éviter qu'ils y subissent la fermentation. Les salles ne seront pas toujours occupées, l'expérience a en effet démontré qu'on pouvait de cette façon diminuer considérablement la mortalité. La maternité de Rouen, sous l'habile direction du docteur Hélot, a donné dans l'espace de onze ans, 1, 66 pour 100 de mortalité et

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

(2) Gallard, *Bull. de l'Académie de médecine*, 7 mars 1865.

0, 70 pour 100 dans les sept dernières années. Mais au début en 1856 et 1858 la mortalité avait atteint le chiffre de 3, 44 pour 100 et de 6, 45 pour 100. La diminution si notable de la mortalité des sept dernières années est due à l'extrême propreté, au très-grand espacement, et au très-long repos avec aération des salles. La maternité de Dublin, qui est considérée comme un modèle tant au point de vue de l'aménagement que sous celui de l'organisation intérieure, donne des résultats aussi remarquables que la maternité de Rouen. Bien que le nombre des accouchements y soit très-considérable (plus de 2000 par an), les chiffres moyens de la mortalité décennale suivis pendant cent ans ont varié de 0, 9 à 1, 7 pour 100.

Mais si, malgré ces précautions, quelques cas de fièvre puerpérale viennent à se développer, il faut immédiatement s'efforcer de prévenir la propagation de la maladie. Le premier moyen à employer serait d'éloigner de la salle où se trouvent les nouvelles accouchées, toute femme qui vient d'être atteinte, et de la transporter dans une infirmerie spéciale. De cette façon on peut empêcher les ferments de se répandre dans la salle, et de venir contagionner les autres femmes. Si cependant ce moyen n'a pas suffi et si de nouveaux cas de maladie se développent, il ne reste qu'à suspendre immédiatement les réceptions et à évacuer complètement la salle d'accouchement, qui restera vide pendant un temps suffisant pour permettre l'aération et le renouvellement complet de l'air, puis de nettoyer les murs et les parquets afin qu'il ne reste pas de germes capables de reproduire la maladie quand de nouvelles accouchées seront placées de nouveau dans la maternité.

Le personnel de l'hôpital prendra aussi de grandes précautions afin d'éviter le transport de la maladie. Les mains des infirmiers ou des autres personnes en rapport avec les femmes seront d'une propreté excessive, et il ne sera pas nuisible de les passer dans un liquide désinfectant, tel que l'eau phéniquée ou l'eau chlorurée. Les vêtements des personnes en contact avec des femmes malades seront changés avant de se transporter auprès d'une femme sur le point d'accoucher ou qui est déjà accouchée.

Parmi les moyens préventifs auxquels il faut attacher la plus grande importance, nous citerons les injections vaginales avec un liquide désinfectant ou même les injections *intra-utérines* dès que l'on remarque la moindre fétidité de l'écoulement lochial. Les injections intra-utérines tant décrites par certains auteurs méritent cependant de prendre une juste place parmi les moyens susceptibles d'empêcher le développement des accidents septicémiques. Ces injections que nous avons déjà préconisées et que M. Hervieux a pratiquées avec succès des centaines de fois, seront faites avec de l'eau phéniquée ou bien avec de l'eau chlorurée au 50° au 40° et même au 30° et au 20° suivant les cas.

Lorsqu'il n'existe encore qu'un peu de douleur localisée sur les parties latérales de l'utérus accompagnée de la sensation d'un cordon dur que

Béhier a décrit sous le nom de *corde*, on se trouve bien de l'emploi de la glace suivant la méthode adoptée par cet auteur (1). On applique sur le point douloureux une serviette mouillée, pliée en huit, qui supporte une vessie de caoutchouc vulcanisé remplie aux deux tiers de glace en morceaux. La serviette est destinée à protéger la peau contre l'action trop immédiate du froid si la vessie était appliquée directement sur elle, malgré cette précaution il sera bon de surveiller les téguments et de cesser l'usage de la vessie de glace, si la peau prend une teinte blanchâtre. De cette façon, on évitera une gangrène superficielle.

L'application du froid sera longtemps prolongée afin d'empêcher la réaction qui se produit quand elle n'a pas été suffisamment prolongée. S'il était impossible de se procurer de la glace, on pourrait se servir d'eau froide à courant continu en adaptant une vessie sur l'appareil qui a été indiqué précédemment (fig. 64, p. 269), pour les irrigations vaginales. Cette application de la glace ne doit pas être négligée toutes les fois qu'il y a menace d'inflammation; elle a réussi, entre les mains de Béhier, à empêcher le développement d'accidents consécutifs graves.

B. *Moyens curatifs*. — Les moyens curatifs qui ont été essayés lorsque l'infection septicémique du sujet s'est effectuée, sont nombreux, et la plupart n'ont donné que des résultats négatifs. Les *émissions sanguines*, qui ont paru réussir dans quelques épidémies, ne doivent être employées qu'avec une extrême réserve. La saignée générale principalement doit être formellement rejetée. On se trouvera bien cependant, lorsque la malade se présente avec les traces d'une inflammation locale vive sans phénomènes généraux très-marqués, d'appliquer sur le ventre un certain nombre de de sangsues (20 à 30). L'émission sanguine qui en résulte soulage habituellement les malades et n'a pas l'inconvénient d'amener la prostration des forces comme le font les saignées générales.]]

Après la saignée, le meilleur et le plus efficace des médicaments est le *mercure*, seul ou associé à l'opium. Sans vouloir expliquer le *modus operandi* de cet agent, constatons le fait de son action incontestable sur l'inflammation des séreuses. Ce médicament peut être donné à haute dose (10 grains toutes les trois ou quatre heures), ou à petites doses plus fréquemment répétées (2 grains par heure). On en continuera l'usage jusqu'à ce qu'il ait produit une action marquée sur la maladie, ou jusqu'à ce que la muqueuse buccale soit affectée, à moins qu'il n'agisse comme purgatif. La bouche sera bien plus vite affectée, et avec des doses beaucoup moindres, si à chaque dose partielle on ajoute une très-petite quantité de tartre stibié (par exemple 1/18° de grain); mais ce moyen sera inefficace à atteindre le but qu'on se propose s'il survient des nausées ou des vomissements. Je dois ce moyen à A. Smith. Aussitôt qu'un effet marqué se sera produit, les doses seront diminuées et les intervalles prolongés. Afin

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

d'empêcher les effets irritants sur le tube intestinal, on a coutume d'associer au médicament la poudre de Dower ou l'opium. Peut-être faut-il dire aussi que l'association de l'opium n'a pas seulement pour effet de diminuer les troubles intestinaux, mais que ce médicament exerce en outre une influence favorable sur le processus inflammatoire lui-même. Dans ces derniers temps, j'ai été plusieurs fois mis dans un embarras extrême par la diarrhée provoquée par le mercure; j'éprouvais une certaine crainte à l'employer; je me déterminais alors à l'employer à des doses beaucoup plus petites encore (1/4 de grain toutes les deux heures), ou même, comme le recommande Law, 1/12^e de grain toutes les heures. Je me suis très-bien trouvé de cette modification: le calomel, à cette dose, affecte l'économie tout aussi rapidement, sans irritation intestinale. Quand le calomel agit sur les entrailles, on peut l'abandonner et s'en tenir à l'opium, et je m'en suis quelquefois trouvé tout aussi bien. Il y a quelques années, je vis un cas de péritonite puerpérale, en consultation avec un confrère, et nous donnâmes l'opium à très-haute dose (4 grain par heure) avec le plus grand succès. Stokes fut le premier qui signala les bienfaits de l'opium dans les mauvais cas de péritonite, lorsque la saignée était inacceptable. Plus d'une fois j'ai constaté l'exactitude de ses observations. Les frictions mercurielles sont aussi un bon moyen d'impressionner l'économie tout entière, et, à ce propos, je recommande hautement le liniment mercuriel ou *Linimentum hydrargyri* (1) dont voici la composition:

Onguent mercuriel.....	30 grammes.
Faites fondre à une douce chaleur dans :	
Huile camphrée.....	30 grammes.
Ajoutez graduellement, en agitant :	
Solution d'ammoniaque.....	30 grammes.]

Mais, je puis dire du mercure comme de la saignée que, malgré les succès qu'on en a obtenus, il est des cas où il a été inefficace et même nuisible.

Le tartre stibié a été recommandé par Hulme et employé ensuite par d'autres médecins avec un certain succès. L'état de l'estomac, cependant, en contre-indiquera l'usage dans beaucoup de cas.

Les purgatifs ont été préconisés par Hulme, Denman, Gordon, Hey, Armstrong, Chaussier, Stoll, et fortement repoussés par Baglivi, John Clarke, Cederskiol, Thomas, Campbell. « Mon expérience personnelle, dit Ferguson, à l'endroit des purgatifs, m'a appris que toutes les fois qu'ils provoquent des tranchées, il y a grand danger à voir survenir une péritonite. Ceci me paraît être la règle, à ce point que j'y associe généralement quelque narcotique, poudre de Dower, jusquiamé ou du houblon. » S'il existe de la constipation, on administrera avec avantage un

(1) *British pharmacopeia*. London, 1864, p. 265.

lavement avec de la térébenthine et de l'huile de ricin. La diarrhée spontanée n'est pas toujours un signe favorable: il faudra souvent la combattre par les astringents et les opiacés.

Les vomitifs ont été employés avant 1782 par les médecins anglais, et en 1782 il ont été préconisés à Paris par Doulcet, qui s'en servit presque exclusivement, et en obtint des résultats remarquables. D'autres médecins en ont fait usage avec succès, mais ils ont si souvent échoué qu'on y a presque renoncé, surtout dans ce pays, peut-être aussi parce que nous n'avons pas su en reconnaître les indications. Tonnellé dit que Desormeaux les mit en usage avec beaucoup d'avantage en 1828, mais que l'année suivante il n'eut pas à s'en louer. En septembre 1829, les vomitifs réussirent; mais, en octobre et novembre, la même année ils échouèrent de nouveau. Il faut ajouter, cependant, qu'ils ne parurent pas aggraver les symptômes. Ferguson dit alors que la véritable question est de savoir quels sont les cas où ce médicament est applicable. L'indication a déjà été formulée par Doulcet: c'est surtout lorsque la maladie paraît avoir porté toute son intensité sur le foie, et qu'elle a débuté par des nausées et des vomissements spontanés (1). »

En 1814, Brennan (de Dublin) a proposé l'usage interne de la térébenthine, qu'il regarda même comme un spécifique, parce qu'en effet, dans certains cas, elle s'était montrée très-efficace. Il l'administrait à la dose d'une cuillerée à café à la fois dans un peu d'eau sucrée. Douglas (2), J. A. Johnson, Dewes, Payne (3), Kinner, Blundell (4) et Waller, en ont obtenu des résultats variables. Copeman (de Norwich) (5) a fortement préconisé ce remède. Il l'administre par la bouche et l'associe avec l'huile de ricin par le rectum, en même temps qu'il l'emploie en fomentations. Jos, Clarke et d'autres médecins ont expérimenté cet agent sans succès. Clarke fait observer que de nombreux essais ont été faits avec l'essence de térébenthine rectifiée à la dose de 6 à 8 drachmes (de 24 à 32 grammes), quelquefois mélangée avec de l'eau, d'autres fois avec l'huile de ricin. Les premières doses étaient généralement agréables à la malade et paraissaient diminuer la douleur. Un peu plus tard le médicament provoquait des nausées, et quelques malades déclaraient qu'elles préféreraient mourir que de continuer. Dans plus de vingt expériences, pas une seule malade ne se rétablit (6). Il n'est pas douteux que la térébenthine ne soit utile quand il existe de la tympanite; mais je ne l'ai jamais vue exercer aucune influence sur la maladie elle-même.

A une période avancée de la maladie, les vésicatoires sont utiles; ils

(1) Ferguson, *On puerperal fever*, p. 204.

(2) Douglas, *Dublin Hosp. Reports*, vol. III.

(3) Payne, *Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. XXII, p. 53.

(4) Blundell, *Lectures on midwifery*.

(5) Copeman, *Illustrations of puerperal fever*.

(6) Clarke, *Letter to D. Armstrong*.

peuvent être appliqués sur une partie ou sur la totalité de l'abdomen. On les pansera avec l'onguent mercuriel.

Recolin (1), Dance et Tonnelé ont recommandé des injections d'eau chaude dans le vagin et dans l'utérus, trois ou quatre fois par jour. Lee et Campbell ont adopté cette pratique, qui leur a souvent réussi. J'ai fréquemment fait des injections vaginales avec de l'eau chaude, mais je n'ai jamais porté les injections jusque dans l'utérus.

[[Les injections intra-utérines, que nous avons déjà préconisées dans le traitement préventif de la maladie, doivent être employées lorsque la maladie est confirmée; c'est peut-être un des meilleurs moyens d'empêcher l'introduction dans la circulation de l'agent septicémique, de se continuer.

Le sulfate de quinine qui a été préconisé par Beau, comme un des meilleurs moyens de combattre la fièvre puerpérale, est loin de donner les résultats favorables que cet auteur avait annoncés. Delpech qui avait essayé à la maternité ce médicament n'en avait recueilli aucun avantage, non plus que M. Tarnier qui vit la mort survenir chez quatorze malades auxquelles il avait administré le sulfate de quinine et chez lesquelles l'action toxique du médicament s'était fait sentir.

Selon Beau, l'administration du sulfate de quinine doit être précédée de l'emploi d'un évacuant. Le sulfate de quinine est administré en solution à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes, en 24 heures, et la dose du médicament sera augmentée ou diminuée suivant les effets obtenus, mais toujours la dose devra être suffisante pour déterminer des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, du délire; car, suivant Beau, le médicament n'est efficace qu'à la condition que la malade présente des phénomènes toxiques. L'ivresse quinique sera entretenue pendant plusieurs jours, et la potion sera prise en trois fois dans les 24 heures, condition importante, car le fractionnement du médicament en diminuerait considérablement l'activité.]]

Des moyens divers ont encore été employés.

Desormeaux et Collins se sont bien trouvés des bains de siège; mais la difficulté qu'il y a à mouvoir la patiente et la douleur que provoquent les mouvements sont un obstacle insurmontable à leur usage répété. Lœffler 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 chrôme qui jouissent de la propriété d'arrêter certaines fermentations, ce moyen qui mérite d'être expérimenté de nouveau a fourni à Delpech deux guérisons chez des malades gravement atteintes.

(1) Recolin, *Mémoire sur l'utilité des injections d'eau chaude dans la matrice, quand il reste des portions de l'arrière-faix après les couches* (Mém. de l'Acad. de chir. Paris, 1757, t. III, p. 202).

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 10 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 le tissu utérin, j'ai vu la maladie débiter 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,

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

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

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

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