

graisseuse du foie (p. 97), rein puerpéral (p. 94), elle gêne le fonctionnement des organes éliminateurs.

Au milieu de ce surmenage de l'organisme sous l'influence de la grossesse, si les organes éliminateurs suffisent à leur tâche, pas d'éclampsie; si, au contraire, il y a insuffisance partielle ou générale, l'éclampsie se montre.

L'éclampsie n'est donc autre chose que la grève d'un ou plusieurs organes éliminateurs, que la banqueroute de l'élimination organique, amenant l'auto-intoxication de la femme.

La grossesse pourra sans cause adjuvante suffire à la production de l'éclampsie; mais si une maladie quelconque des organes éliminateurs vient à son aide, l'éclampsie éclatera avec d'autant plus de facilité; c'est à ce titre que les complications rénales, hépatiques, pulmonaires, intestinales ou cutanées de la grossesse peuvent être considérées comme des causes de l'éclampsie.

Depuis 1885, à la suite de DELORE, divers auteurs tels que DOLERIS, CHAMBRENT, E. BLANC, SCARLINI, FAVRE, GERDES, COMBEMALE, BUÉ, HERRGOTT, ont essayé de démontrer que l'éclampsie était une maladie d'origine microbienne; mais si la plupart de ces auteurs sont d'accord sur la présence dans l'urine de microbes qui, cultivés et inoculés, reproduisent chez l'animal des accidents analogues à ceux de l'éclampsie chez la femme (toutefois l'ensemencement du sang dont le sérum est toxique en pareil cas resterait stérile), ces auteurs se divisent alors qu'il s'agit de décrire le microbe et d'en donner les caractères précis.

D'autre part, la présence du microbe n'est pas constante, ce qui a amené un de ces auteurs, HERRGOTT, à admettre que l'éclampsie était tantôt une auto-intoxication, revenant par ce cas à la théorie urinaire, tantôt une hétéro-intoxication, c'est-à-dire une maladie produite par la pénétration des microbes.

Aussi, tout en reconnaissant la valeur de ces travaux, est-on obligé d'admettre que la théorie microbienne n'est pas encore prouvée, et qu'elle demande de nouvelles études, car rien de précis ne se dégage de ce qui a été fait jusqu'à présent.

En tout cas, il est un fait incontestable qui suffirait ici à discréditer jusqu'à nouvel ordre la théorie microbienne, c'est qu'elle n'a amené aucun progrès, aucun changement dans la thérapeutique de l'éclampsie; or une théorie n'a d'utilité réelle et incontestable que lorsqu'elle améliore le traitement.

Attendons donc, si la théorie microbienne de l'éclampsie doit être admise, ce qui théoriquement est loin d'être exact, qu'elle nous donne des preuves de son efficacité thérapeutique.

Jusqu'à cette nouvelle ère, si elle vient, restons fidèles à la théorie du trouble éliminatoire, la seule qui nous fournisse les bases d'une bonne thérapeutique.

Revenant à la théorie éliminatoire généralisée, je résume ce qui a été dit,

en plaçant en regard de l'organe incriminé le trouble qui en résulte, et le symptôme qui peut mettre sur la voie de ce trouble.

Reins..... Urinémie..... — Albuminurie. — Anurie.

Foie..... Hépatémie¹.. — Ictère. — Acholie.

Intestin... Intestinémie. — Constipation.

Poumons. Pneumémie.. — Dyspnée.

Peau..... Cutémie..... — Sécheresse cutanée

Parmi les différents symptômes, indiquant le trouble fonctionnel de l'organe éliminateur, la *sécheresse cutanée* et la *constipation*, qui dans le cas actuel est une sorte de sécheresse intestinale, sont de faible importance à cause de leur fréquence et banalité. — La *dyspnée* est un bon symptôme prémonitoire de l'éclampsie. — L'*ictère* ne survient guère que pendant l'éclampsie même, et il est loin d'être rare, surtout dans les cas sérieux. — L'*acholie* n'est qu'incomplète et difficilement appréciable. — L'*anurie* devient parfois complète pendant l'éclampsie même, mais comme symptôme prémonitoire on n'observe qu'une diminution d'urine. — L'*albuminurie* est le symptôme prémonitoire le plus important, et celui sur lequel les auteurs ont le plus insisté jusqu'à présent, à cause de la facilité et de la netteté avec lesquelles on peut le constater; il mérite en effet le haut rang qu'on lui a donné dans l'histoire de l'éclampsie, à la condition toutefois qu'on n'en fasse pas la cause de l'éclampsie, mais bien le signe révélateur et accusateur du trouble fonctionnel rénal.

Si l'arrêt isolé dans le fonctionnement d'un des organes éliminateurs était suffisant à produire l'éclampsie, il y aurait autant de variétés étiologiques de cette maladie que d'organes éliminateurs; il existerait ainsi une *éclampsie rénale*, une *hépatique*, une *intestinale*, une *pulmonaire*, une *cutanée*. Mais la peau, le poumon et l'intestin ne jouent pas un rôle éliminateur suffisant pour que leur fonctionnement pathologique, suppléé par les autres organes, aboutisse à cette maladie. — Aussi n'existe-t-il vraisemblablement qu'une *éclampsie hépatique* et une *éclampsie rénale*.

Ces deux éclampsies, ainsi dénommées d'après leur origine pathogénique, peuvent-elles se montrer indépendamment l'une de l'autre, l'*hépatique* avec un fonctionnement rénal intègre, et la *rénale* avec l'intégrité fonctionnelle du foie? C'est possible, mais peu probable. Dans la plupart des cas, il est vraisemblable que ces deux systèmes éliminateurs sont atteints en proportion variable, de telle sorte que, s'il y a prédominance de l'altération du foie

¹ Hépatémie indique l'accumulation dans le sang de tous les éléments produits par le défaut du fonctionnement du foie (suppression des fonctions uropoïétiques, hématopoïétiques et biliaires), ou par son vice de fonctionnement (bile sécrétée et versée dans le sang : cholémie). — Pour l'intestin, j'ai dit également *intestinémie*, et non *stercorémie*, car stercorémie indique la présence dans le sang de matériaux contenus avec les fèces, tandis qu'ici il y a en plus ceux que fournit la sécrétion intestinale supprimée. — De même *pneumémie*, et non *asphyxie* : l'asphyxie est la simple privation d'oxygène, tandis que je vise surtout l'absence d'élimination de l'acaloïde toxique, signalé dans l'exhalation pulmonaire. — Enfin, pour la peau également *cutémie*, au lieu de *sudorémie*, la sueur n'étant que le produit des glandes sudoripares, et n'indiquant qu'une partie de la physiologie cutanée.

on observe surtout les signes de l'ictère grave (éclampsie hépatique); si au contraire prédominance de l'altération rénale, la forme clinique se rapprochera de celle de l'urinémie (éclampsie rénale).

L'éclampsie rénale est probablement celle qui reste apyrétique, et l'hépatique celle où l'albuminurie est nulle; les cas où il y a simultanément fièvre et albuminurie sont mixtes.

En tout cas, cette combinaison en proportions variables des deux éclampsies hépatique et rénale lève les trois objections opposées à la théorie rénale exclusive, à savoir :

1° La présence de la fièvre en certains cas; 2° la possibilité de l'éclampsie, sans l'albuminurie, c'est-à-dire sans altération rénale accentuée; les symptômes d'ictère grave observés quelquefois.

Conclusions : *L'éclampsie puerpérale est constituée par un arrêt de l'élimination organique, et plus particulièrement des éliminations rénales et hépatiques, d'où la possibilité de deux formes cliniques distinctes : rénale et hépatique.*

ÉTIOLOGIE

Parité. — Proportion : quatre primigestes pour une multigeste. La cause de cette plus grande fréquence chez les primigestes est encore mal connue; elle est en rapport avec la plus grande fréquence de l'albuminurie, qu'on observe également chez elle.

Gémellité. — La gémellité, et en général toute distension exagérée de l'utérus prédispose à l'éclampsie, vraisemblablement par la gêne apportée à la circulation.

Dystocie. — Tout accouchement pénible, difficile, est susceptible de devenir la cause occasionnelle de l'éclampsie, ce qui explique l'opinion inadmissible de quelques accoucheurs, qui voulaient faire de cette maladie de simples convulsions réflexes à point de départ utérin. — Conséquence thérapeutique : chez toute femme prédisposée à l'éclampsie, hâter autant que possible la terminaison de l'accouchement.

Hérédité. — L'hérédité semble jouer un certain rôle dans la production de l'éclampsie. Cas d'ELLIOT : une femme meurt d'éclampsie après avoir eu quatre filles. Trois de ces filles succombèrent à la même affection. La quatrième fut également éclamptique, mais guérit.

Obstacle au cours de l'urine. — La compression des uretères ou de l'urètre (rétention d'urine) par l'utérus gravide peut, en entravant le fonctionnement du rein, être la cause de l'éclampsie.

Epilepsie. — BLOT a démontré que l'éclampsie est plus fréquente chez les épileptiques.

Travail. — L'accouchement, par l'entrave qu'il amène dans le fonctionnement des organes éliminateurs, peut être la cause occasionnelle de convulsions puerpérales. L'influence réciproque de l'éclampsie sur le travail est également intéressante, car souvent elle détermine ou active l'accouchement. *Se méfier de la rapidité du travail chez certaines éclamptiques.*

Maladies diverses. — Toute maladie d'un organe éliminateur (rein, foie, intestin, poumon, peau) est capable d'amener ou de favoriser l'apparition de l'éclampsie.

Contagion. — La contagion de l'éclampsie en elle-même ne saurait être admise. Mais la maladie d'un des organes éliminateurs (néphrite infectieuse, pneumonie infectieuse) peut par contagion amener indirectement l'éclosion des convulsions puerpérales.

Récidives. — Les récidives sont relativement assez rares. L'éclampsie à une grossesse ne prédispose pas à cette maladie aux subséquentes, à moins de persistance de l'affection causale. RAMSBOTHAM a cependant vu l'éclampsie se reproduire dans quatorze accouchements chez la même femme.

Fréquence. — L'albuminurie existe environ chez $\frac{1}{10}$ des femmes enceintes et l'éclampsie chez $\frac{1}{25}$ des albuminuriques de la grossesse, ce qui donne pour la proportion des éclamptiques par rapport aux femmes enceintes $\frac{1}{250}$. Sur 1.000 puerpérales on observera donc en moyenne trois éclamptiques.

L'éclampsie se produit le plus souvent au début du travail, sans qu'il soit facile de dire, dans la plupart des cas, si les convulsions ont précédé le travail, ou le travail les convulsions. C'est pendant le postpartum qu'on l'observe le moins souvent.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic devra être fait pendant les accès et dans leur intervalle.

1° *Pendant l'accès.*

Laissant de côté l'épilepsie saturnine, affection très rare, que pourraient faire supposer les autres symptômes de l'intoxication plombique et notamment le liséré saturnin, le diagnostic se pose surtout avec l'épilepsie et la grande hystérie.

Le schéma 306 met en parallèle les accès de ces deux maladies avec ceux de l'éclampsie. L'examen de l'attaque même nous laisse voir une grande analogie dans la deuxième et la troisième périodes (tonisme et clonisme), mais des différences importantes dans les première et quatrième (invasion et coma). En effet, tandis que dans l'éclampsie l'invasion se fait par des convulsions faciales, elle a lieu dans l'épilepsie par une chute brusque, massive, et dans l'hystérie par une chute plus lente, moins nette. Le coma analogue pour l'éclampsie et l'épilepsie est remplacé dans l'hystérie par des attitudes passionnelles ou du délire.

Comme renseignements complémentaires nous aurons l'albuminurie qui n'existe que dans l'éclampsie, — l'élévation de la température, qui suit d'habitude une ascension progressive dans l'éclampsie (il existe cependant des éclampsies apyrétiques) et qui est absente dans l'hystérie et l'épilepsie, ou du moins il n'y a qu'une légère ascension après l'accès; — les antécédents nuls au point de vue des accès dans l'éclampsie, indiquent au contraire pour les deux autres maladies des attaques antérieures.

2° *Dans l'intervalle des accès.*

S'il y a retour à la connaissance, le diagnostic sera le même que tout à

l'heure, avec cette différence toutefois, qu'on jugera l'accès uniquement par les renseignements des assistants.

Si au contraire il y a coma persistant, le diagnostic doit être fait avec :

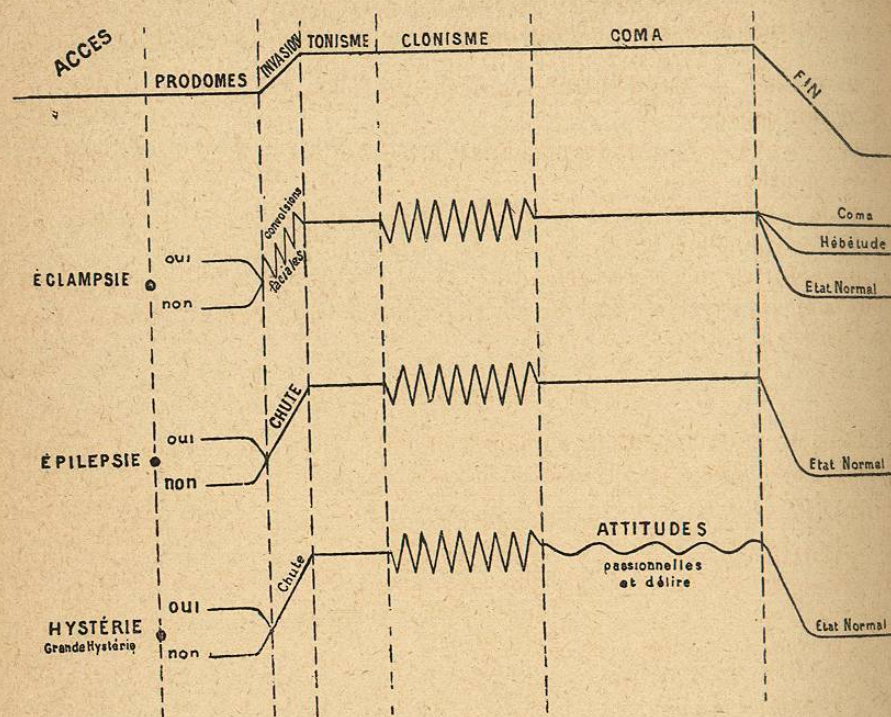


Fig. 303. — Parallèle des accès éclamptiques, épileptiques et hystériques.

L'ivresse : odeur alcoolique, vomissements, absence d'albuminurie, pas d'accès convulsifs ;

L'hémorragie cérébrale : hémiplegie, pas d'albuminurie, abaissement initial de la température, pas d'accès antérieur ;

Le coma épileptique : la température est élevée comme dans l'éclampsie, mais l'urine n'est pas albumineuse (diagnostic difficile) ;

La commotion cérébrale : traumatisme initial, abaissement de la température, pas d'albuminurie.

Inutile de faire le diagnostic avec l'*urinémie* et l'*ictère grave*, l'éclampsie se confondant par sa nature avec ces maladies.

PRONOSTIC

1° Mère. — Le quart environ des éclamptiques succombe, cette appréciation est plutôt inférieure à la réalité. — La gravité du pronostic dépend :

Du *nombre des accès*. — Plus il y a d'accès, plus le pronostic est sombre ;

De la *température*. — L'ascension graduelle conduit à la mort, la descente à la guérison.

De l'intensité de l'œdème et de l'albuminurie ;

De l'époque de la puerpéralité. — La déplétion de l'utérus rend le pronostic plus favorable. L'éclampsie du postpartum est en général plus bénigne que celle de la grossesse ou du travail ;

De complications, dont la gravité même vient s'ajouter à celle de la maladie.

2° Fœtus. — Les deux tiers des enfants succombent. — La gravité du pronostic dépend :

De l'époque de la grossesse ; moins la grossesse est avancée, moins le fœtus a de chance de vivre ;

De la rapidité de l'accouchement et d'une façon générale, du temps qui s'écoule depuis le début de l'éclampsie jusqu'à l'expulsion fœtale ;

De la gravité même de l'éclampsie, et de l'élévation de la température : une température élevée amènera fatalement la mort de l'enfant enfermé dans l'utérus.

TRAITEMENT

Les moyens thérapeutiques qu'on a employés contre l'éclampsie sont très nombreux, on peut les grouper de la façon suivante¹ :

- | | |
|---------------------------|--|
| 1° Peau : | { Révulsifs.
Diaphorétiques.
Bains.
Injections sous-cutanées ² . |
| 2° Système digestif : | { Purgatifs.
Vomitifs. |
| 3° Système urinaire : | { Diurétiques.
Lait. |
| 4° Système respiratoire : | { Oxygène. |
| 5° Système circulatoire : | { Compression des carotides.
Saignées. |
| 6° Système nerveux : | { Calmants.
Anesthésiques.
Rupture prématurée artificielle des membranes. |
| 7° Système génital : | { Accouchement provoqué.
Accouchement activé.
Accouchement forcé.
Opération césarienne post mortem. |
| 8° Médications variées. | |
| 9° Petits soins. | |

A la fin se trouvent sous le titre de *Médications variées* et de *Petits Soins* deux ordres de moyens qu'il est impossible de faire entrer dans les catégories précédentes.

¹ Anvard. *Traitement de l'éclampsie puerpérale*. Paris, 1888, p. 13.

² Les injections sous-cutanées d'eau salée récemment pratiquées par Porak et Bernheim (Thèse Paris, 1893, Bernheim) semblent avoir donné d'assez bons résultats, mais qui demandent confirmation.

Je n'aborderai pas le détail de ces différents moyens, et les résultats qu'ils ont fourni; les lecteurs que cette étude intéressera pourront consulter la monographie que j'ai publiée sur ce sujet. Je dirai seulement comment on peut employer les meilleurs et les plus efficaces d'entre eux pour :

- Le traitement préventif;
- Le traitement curatif;
- Le traitement consécutif.

A. — TRAITEMENT PRÉVENTIF

L'albuminurie est, on le sait, l'avant-garde habituelle de l'éclampsie; il convient donc d'appliquer le traitement prophylactique toutes les fois qu'on trouve de l'albumine dans l'urine. On comprend combien il est important de surveiller les urines gravidiques à cet égard, et combien un médecin qui négligerait cette précaution serait répréhensible.

Le traitement préventif par excellence consiste dans le *régime lacté exclusif*, qu'on instituera soit d'emblée, soit progressivement. Le lait devra être continué, avec quelques intermittences, si cela est nécessaire, tant qu'il y aura de l'albumine dans l'urine. C'est donc l'albuminurie même qui est le guide du traitement.

Si le régime lacté ne peut être supporté, ou ne peut être continué, force sera de l'abandonner, et la thérapeutique deviendra alors incertaine. On tentera les bains, les diaphorétiques (pilocarpine, étuve), les purgatifs légers (rhubarbe, eaux naturelles purgatives), les inhalations d'oxygène (25 à 30 litres par jour), les diurétiques (teinture de digitale, eau de Vittel ou de Contrexéville¹); l'hydrate de chloral à la dose de 2 à 4 grammes par jour; l'administration doit en être continuée pendant plusieurs semaines²; dans les cas graves, menaçants, où la pléthore est nette, il ne faudrait pas hésiter à faire une saignée de 300 à 500 grammes, ou au besoin une saignée locale, par l'application de ventouses scarifiées ou de sangsues dans la région lombaire.

L'accouchement provoqué sera réservé pour des cas tout à fait exceptionnels; mais quelque rare que doive être cette intervention elle ne peut être complètement bannie du traitement prophylactique de l'éclampsie.

B. — TRAITEMENT CURATIF

L'éclampsie est déclarée, comment la combattre?

Parlons d'abord des *petits soins* à prendre pendant l'accès.

Par petits soins on désigne les différentes précautions destinées à éviter les accidents, qui pourraient résulter de l'accès même.

Les morsures de la langue sont très fréquentes pendant les convulsions

¹ Rivière conseille en outre, d'après M. Bouchard, de donner : charbon à la dose de 50 à 100 grammes par jour, — naphтол 3 par paquets de 25 centigrammes toutes les heures (2 gr. 50 par 24 heures), pour combattre l'intoxication d'origine intestinale.

² Voir Arnaud. *Traitement préventif de l'éclampsie puerpérale par le chloral longtemps continué*. Archives de Tocologie, 1892, p. 311.

éclamptiques, elles peuvent entraîner des hémorragies sérieuses et surtout un gonflement de l'organe, susceptible de gêner sérieusement la respiration. On prévient ces morsures en plaçant transversalement un mouchoir ou une compresse entre les dents; la langue est ainsi refoulée en arrière.

On a vu également la mâchoire se luxer; tout en maintenant la langue, on pourra placer les pouces ou une main sous le menton, pour empêcher les trop grands écarts du maxillaire inférieur.

L'œdème des membres inférieurs et surtout de la vulve est parfois assez considérable, pour gêner l'accouchement. Une compression prolongée dans certains cas, dans d'autres quelques mouchetures faites avec une pointe bien aseptique, seront le meilleur traitement à appliquer.

Dans les cas d'éclampsie exceptionnellement graves, on peut voir à la suite d'un accès la respiration être suspendue pendant un certain temps, ou parfois définitivement; la mort en est la conséquence. Il sera bon de tenter alors la respiration artificielle; c'est ainsi que, dans un cas, MILLICAN pense avoir de la sorte sauvé une parturiente.

Il doit être superflu de mentionner la surveillance attentive dont l'éclampsie doit être l'objet et durant les accès et pendant leur intervalle. *Une éclampsie ne doit jamais être laissée seule.*

J'arrive au *traitement curatif* proprement dit.

On peut grouper les moyens à employer en six catégories, trois d'importance capitale, et trois d'importance secondaire. Autrement dit, il y a un grand et un petit trépied thérapeutique.

Le grand trépied se compose de l'*anesthésie*, de la *saignée* et de la *déplétion* utérine.

Parmi ces trois moyens maîtres, il en est un qui doit surtout avoir la sympathie du thérapeute, c'est l'*anesthésie*. D'une façon générale, on peut dire que l'anesthésie doit être appliquée à toute éclampsie, à moins que, par sa bénignité, elle ne nécessite aucun traitement. Elle sera obtenue à l'aide du chloral ou du chloroforme.

On ne devra pas hésiter à donner le chloral à haute dose, 10, 14, 16 grammes en vingt-quatre heures, et autant que possible en lavement.

Hydrate de chloral	quantité voulue.
Lait	150 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1.

Sinon donner par la bouche la potion suivante (RIVIÈRE) :

Potion gommeuse	90 grammes.
Hydrate de chloral	2 à 4 grammes.
Bromure de sodium	2 grammes.

A prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

Le chloroforme sera administré comme complément et à dose suffisante pour maintenir la malade dans le calme.

La *saignée* sera employée dans le cas de pléthore, quand les convulsions sont violentes ou lorsque le coma s'accompagne d'accidents asphyxiques;

suivant les cas, on enlèvera 500, 1,000 grammes, exceptionnellement une plus grande quantité de sang.

Quant à la *déplétion utérine*, il faudra chercher à l'obtenir aussi promptement que possible, mais sans avoir recours à des moyens violents. — Si le travail n'est pas déclaré, on attendra, à moins d'indication spéciale, que les contractions surviennent spontanément : on ne fera qu'exceptionnellement l'accouchement forcé, à moins qu'un danger menaçant ne compromette l'existence de la mère, auquel cas on sera autorisé à y recourir ; toutefois, les moyens doux capables de hâter la dilatation, tels que les sacs en caoutchouc, ou la pénétration douce des doigts et de la main ne seront pas à dédaigner, mais devront être réservés pour des cas relativement graves. Les incisions larges du col à la Dührssen doivent être rejetées. Aussitôt que la dilatation est complète, il n'y a pas à hésiter à terminer l'accouchement soit par le forceps, soit par la version et l'extraction. La délivrance sera également activée dans les limites prescrites par la prudence.

A côté du grand trépied thérapeutique se place le petit trépied, qui se compose des *purgatifs, diurétiques et sudorifiques*.

Ces trois moyens, dont l'importance est secondaire, par rapport aux précédents, pourront rendre quelques services, et les négliger serait une faute.

Parmi les *purgatifs*, le choix ne manque pas, mais on a plus volontiers recours à l'eau-de-vie allemande employée à la dose de 20 grammes environ¹.

La digitale est le meilleur *diurétique* à employer, sous forme de teinture par exemple, à la dose de 15 à 20 gouttes. On pourra dans le même but faire ingérer, si l'état de la malade le permet, du lait, de l'eau simple ou de l'eau minérale diurétique (Contrexéville, Vittel).

Comme *sudorifiques*, on tentera les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, à la dose d'un demi ou de 1 centigramme (?). On placera dans le même but la malade dans une pièce bien chauffée, où elle sera comme dans une sorte d'étuve.

Tels sont les moyens qu'on opposera à l'éclampsie ; on voit qu'à côté des trois indications secondaires, constituées par des sudorifiques, diurétiques et purgatifs, il en est trois principales, la déplétion utérine, la saignée et les anesthésiques, et que, parmi ces trois principales, la saignée et la déplétion utérine ne seront employées que dans certaines circonstances, et avec discernement, tandis que l'anesthésie devra être opposée à tous les cas un peu sérieux, car elle est la reine du traitement de l'éclampsie.

C. — TRAITEMENT CONSÉCUTIF

Le traitement consécutif se résume en une double indication :

D'une part, agir contre les différentes complications, qui ont pu succéder à l'éclampsie (morsures de la langue, congestion pulmonaire, etc.) ;

¹ Dans les cas où l'élimination hépatique semble surtout entravée, il y a lieu de se demander si les purgatifs *cholagogues*, podophyle, rhubarbe, aloès, ne seraient pas particulièrement indiqués et favorables.

D'autre part, empêcher le retour de la maladie, et, pour cela, combattre l'albuminurie ; nous avons vu au traitement préventif les moyens dont le thérapeute dispose à cet effet.

III

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

FIÈVRE PUERPÉRALE

SOMMAIRE

Historique. — Pathogénie. — Étiologie ;

Anatomie pathologique et symptomatologie :

1° Forme générale sans lésions. *Septicémie aiguë, non suppurée* ;

2° Forme générale avec lésions. *Septicémie aiguë, suppurée* ;

3° Forme péritonéale. *Péritonite*.

4° Forme périutérine. *Pelvi-péritonite, Phlegmon des ligaments larges* ;

5° Forme utérine. *Métrite* ;

6° Forme vulvo-vaginale. *Vulvo-vaginite* ;

7° Forme mammaire. *Mammite* ;

8° Formes spéciales. *Cystite et néphrite. Phlébite des membres inférieurs. Paralysies. Éruptions puerpérales*.

Diagnostic :

a. *Septicémie localisée* ;

b. *Septicémie généralisée* ;

Pronostic ;

Traitement. — ANTISEPSIE :

1° Armes antimicrobiennes. — 2° Locaux. — 3° Literie. Linge.

— 4° Accoucheur. Sage-femme. Garde. — 5° Instruments. —

6° Femme. — 7° Enfants.

HISTORIQUE, PATHOGÉNIE, ÉTIOLOGIE

1° *Antiquité*. HIPPOCRATE. — La fièvre puerpérale est le résultat d'un accouchement incomplet ; elle est causée par la rétention de débris ovulaires. Simple relation admise entre cette rétention et les accidents qui en résultent sans explication pathogénique.

2° 1700. PUZOS. — Le lait s'épanche en différents points de l'économie, d'où les accidents de la fièvre puerpérale. Théorie du *lait répandu*, ou de la *métastase laiteuse*.

3° 1718. STROTHER. — Cet auteur crée et fait accepter le terme de *fièvre puerpérale* ; il croit à l'influence de *miasmes aériens*, dont la nature reste d'ailleurs indéfinie.

4° 1810. CAPURON. — La fièvre puerpérale a pour cause unique une maladie localisée, métrite, métrio-péritonite. L'affection locale est la source des troubles généraux.