SIXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

—

Nous avons eu soin d'indiquer dans les différents chapitres de ce livre les médicaments les plus utiles pour chaque cas particulier; c'est ainsi que nous avons souvent conseillé l'emploi du laudanum. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit, mais nous avons réservé un article particulier au seigle ergoté, que nous avons si souvent recommandé comme propre à ranimer les contractions affaiblies ou suspendues, et surtout comme un moyen héroïque à opposer aux hémorrhagies. On a, il est vrai, vanté plusieurs succédanés de ce médicament, mais aucun d'eux ne peut lui être comparé avec avantage, et ce livre ne gagnerait rien à leur énumération. Notre premier chapitre sera donc consacré à l'histoire naturelle et thérapeutique du seigle ergoté. Dans un deuxième chapitre, nous placerons l'exposé de l'influence que peuvent avoir une médication et un régime débilitants sur le développement du fœtus.

CHAPITRE PREMIER

DU SEIGLE ERGOTÉ

Nous étudierons d'abord la nature et les caractères physiques de l'ergot, puis son action thérapeutique.

1° Histoire naturelle de l'ergot.

Le seigle ergoté, dont on fait maintenant un si grand usage en médecine, a de tout temps été considéré comme une altération du grain; les auteurs seulement ont différé d'opinion sur les causes de cette altération. Les uns l'ont fait dépendre de circonstances atmosphériques ou locales, comme des pluies abondantes, des brouillards, des rosées malfaisantes, ou d'un sol trop maigre ou trop humide; les autres l'ont regardée comme produite par la piqûre de quelques insectes : cette opinion conserve même encore un grand nombre de partisans. Maintenant on considère cette maladie comme un champignon. Paulet l'a rangé parmi les clavaires, et de Candolle parmi les sclérotes, sous le nom de *Sclerotium clavus*, en raison de sa forme. L'opinion du célèbre professeur était généralement adoptée lorsque le docteur Léveillé, dans un mémoire publié en 1826 dans les

Annales de la Société linnéenne de Paris, annonça qu'en effet l'ergot était une altération du grain, mais qu'elle était produite par la présence d'un champignon parasite qu'il nomma *Sphacelia segetum*, voulant rappeler par ce nom, et la couleur du grain malade, et les tristes accidents qui en résultent quand il est mélangé avec le pain. Les observations de mon confrère lui ont prouvé que ce champignon se manifeste principalement en été, après les pluies accompagnées d'orage, et qu'il se développe dans le grain lui-même entre les téguments et le périsperme. Invisible d'abord, il augmente bientôt de volume et rompt les enveloppes du grain : le périsperme, qui était d'un très-petit volume et blanc, se colore en violet, puis s'allonge, grossit, devient dur et cassant, sort d'entre les balles, et pousse devant lui la sphacélie que l'on trouve à son extrémité libre. Elle est jaune, molle, d'une odeur désagréable et d'une saveur mielleuse; formée de plusieurs lobes réunis au centre, sa surface présente de petites ondulations semblables aux circonvolutions du cerveau. Si l'on met un morceau de ce corps dans l'eau sous le microscope, on voit à l'instant même qu'il se liquéfie en partie, et que l'eau tient en suspension un nombre immense de petites graines ou spores, qui sont infiniment petites, ovales et transparentes. Ces faits, dont mon savant ami le docteur Léveillé a bien voulu me rendre témoin, ne me laissent aucun doute sur la nature de la sphacélie : c'est bien véritablement un champignon et une partie parfaitement distincte du *Sclerotium clavus*. Rarement on rencontre la sphacélie sur le seigle ergoté que l'on trouve dans les pharmacies; elle en a été détachée par le frottement des épis les uns contre les autres, ou par le battage des grains. Mais, comme ce champignon est mou et diffluent, il s'étend sur les balles et sur l'ergot, se dessèche ensuite, et forme une couche légère d'un blanc sale ou jaunâtre et fendillée, qui se dissout quand elle est en contact avec de l'eau. Est-ce à cette portion de sphacélie ou à sa propre substance que l'ergot doit ses propriétés? L'expérience n'a pas encore prononcé sur les doutes de M. Léveillé; mais comme, à l'aide de cette théorie, on explique très-bien pourquoi le seigle ergoté est si souvent sans résultats avantageux, nous pensons que le choix de cette substance n'est pas indifférent. On devra donc rejeter les ergots dont la surface est lisse et brillante, ainsi que ceux qui présentent de nombreuses gerçures : les uns ont été dépouillés de la sphacélie par le frottement, et les autres altérés par les pluies et les chaleurs successives. On donnera la préférence à ceux qui portent encore le champignon à leur sommet, et dont la surface est entière, d'une couleur violette, sale, et comme recouverte de poussière.

2° Action thérapeutique.

L'action de ce médicament est aujourd'hui trop bien constatée pour qu'il soit permis de la révoquer en doute. Nous n'avons ici à en parler que sous le rapport obstétrical. Les accoucheurs conseillent l'ergot pendant le travail pour réveiller, accélérer les contractions utérines; après l'accouchement, pour prévenir ou remédier à l'inertie utérine et à l'hémorrhagie qui la complique si souvent.

Cette action est prompte et se reconnaît à des signes certains. Dix à quinze minutes au plus après l'administration de ce médicament, on voit les contractions utérines devenir plus actives, plus fréquentes et plus énergiques si elles étaient lentes et faibles, ou se réveiller si elles étaient suspendues. Or, on ne peut pas dire, avec les auteurs qui proscrivent ce médicament comme inutile, que ce n'est là qu'une simple coïncidence, et que le travail se serait ranimé sans lui. Des milliers de faits dans lesquels son administration a été suivie du même résultat toujours constant ne permettent pas de le considérer comme l'effet du hasard. Du reste, tous ceux qui ont fait usage de ce médicament savent que les contractions qui succèdent à l'emploi de l'ergot ont un caractère particulier qui ne permet pas de les méconnaître. Ces contractions, en effet, sont permanentes aussitôt que l'action du seigle se fait sentir. Le globe utérin reste contracté, dur, les douleurs sont continuelles; elles ont, à la vérité, des exacerbations, des redoublements; il existe, comme dans le travail ordinaire, des moments où la femme ne paraît pas souffrir, d'autres où elle pousse des cris, où elle fait des efforts; mais les moments de calme ne sont qu'apparents : l'utérus est constamment resserré sur le produit de la conception ; la main, appliquée sur le ventre, trouve continuellement cet organe dans un état de dureté remarquable ; il n'y a pas ces alternatives de relâchement et de contraction qui s'observent lorsque le travail de l'enfantement est spontané. Ajoutons enfin que les femmes elles-mêmes reconnaissent une grande différence entre les douleurs que le médicament excite et celles qu'elles éprouvaient auparavant ou dans leurs accouchements antécédents. En général, elles les supportent plus impatiemment; elles se plaignent surtout de n'avoir pas de relâche. Après une heure, une heure et demie, l'action de ce médicament décroît et cesse bientôt de se faire sentir; il faut alors, si besoin est, renouveler le médicament, ou avoir recours aux moyens artificiels de terminer l'accouchement.

La permanence des contractions ergotées les rend très-dangereuses pour l'enfant quand elles se prolongent outre mesure. La rétraction violente des fibres musculaires de l'utérus rend alors difficile, et parfois même impossible, la circulation dans les vaisseaux qui rampent entre leurs diverses couches, et l'on comprend que les fonctions fœto-placentaires en doivent être singulièrement gênées. Aussi est-il prudent de ne l'administrer que lorsqu'on peut prévoir une terminaison assez prompte du travail.

Ce médicament ne doit être donné, pendant le travail, que lorsque le bassin est bien conformé, que l'enfant se présente par son extrémité céphalique ou pelvienne, et par conséquent que cette position de l'enfant est bien connue; qu'aucun obstacle sérieux n'existe à l'orifice utérin, au vagin et aux parties génitales externes, c'est-à-dire que le col de l'utérus est suffisamment dilaté ou au moins assez souple, assez mou, entr'ouvert pour être suffisamment dilatable; que les membranes sont rompues. On doit, autant que possible, éviter de l'administrer : 1° aux femmes primipares, et, si l'on croyait devoir y recourir, soutenir avec le plus grand soin le périnée qui, pour peu que l'accouchement fût rapide, serait exposé chez elles à une rupture considérable ; 2° aux femmes très-

irritables qui ont déjà été affectées de convulsions, soit pendant la grossesse, soit pendant leurs accouchements antécédents; car le seigle ergoté cause souvent un état d'agacement nerveux qui va quelquefois jusqu'à la fureur; 3° aux femmes pléthoriques chez lesquelles il existe un état de congestion vers la tête, caractérisé par la coloration et la turgescence du visage, l'injection des yeux, la céphalalgie, etc. ; en un mot, dans les cas où la saignée est nécessaire; 4° enfin, aux femmes dont la matrice, douée d'une vive sensibilité, est habituellement le siége de douleurs et d'un état d'irritation, ou qui, dans une couche précédente, auraient été affectées d'une inflammation de l'utérus.

Le seigle ergoté a encore été employé avec succès : 1° dans les hémorrhagies abondantes qui succèdent à l'avortement, et qui sont causées par la rétention et le décollement tardif du placenta ; dans les hémorrhagies qui surviennent après l'expulsion du fœtus, avant, pendant ou après la délivrance. Nous avons eu l'occasion, à l'article *Hémorrhagie*, d'insister sur son emploi dans cette circonstance.

Le seigle ergoté, qui jouit à un si haut degré de la propriété de ranimer les contractions affaiblies, ou de les réveiller, même quand elles ont été suspendues, peut-il développer des contractions qui n'ont pas encore existé? Si nous en jugions par quelques expériences qui ont été faites devant nous, dans ce but, à la Clinique, en 1837, par M. le professeur Dubois, nous répondrions à cette question par la négative [1]. Mais ces expériences n'ont pas été assez nombreuses pour que nous puissions décider définitivement la question. Du reste, si dans quelques cas le seigle ergoté a paru posséder la propriété abortive, dans beaucoup d'autres il a été inefficace. On n'a pas remarqué que l'avortement fût plus fréquent dans les pays où le pain des habitants contient une certaine quantité d'ergot; mais l'habitude pourrait ici expliquer son manque d'action.

Le seigle ergoté s'emploie sous diverses formes : la poudre, l'infusion, la décoction, l'extrait aqueux, l'extrait alcoolique, la teinture éthérée ou le sirop peuvent être à peu près indifféremment employés. En France, on ne l'emploie guère qu'en poudre, en infusion ou en décoction : habituellement on administre deux ou trois doses de poudre de 50 à 60 centigrammes chacune, que l'on délaye, au moment de les faire prendre à la malade, dans 60 grammes d'eau pure ou sucrée, d'eau rougie, ou d'une infusion légèrement aromatique; ces doses sont données à dix minutes d'intervalle. Si après la seconde dose la contraction se réveillait, ce qui arrive le plus souvent, on ne donnerait pas la troisième. Quelques accoucheurs l'administrent dans une petite dose de vin blanc, d'esprit de cannelle et autres excitants. Un acccoucheur veut que, pour empêcher le médicament d'être vomi, on l'associe à une certaine quantité d'opium. Il vaut

[1] Telle était aussi à cette époque l'opinion que professait l'honorable professeur dont nous parlons. Depuis lors, de nouvelles expérimentations ont modifié son opinion. Car nous l'avons entendu, au mois de mars 1850, dire à l'Académie de médecine que le seigle ergoté pouvait, dans certains cas, provoquer le développement de douleurs régulières, et ranger ce médicament parmi les moyens propres à provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette opinion ne nous paraît pas basée sur un assez grand nombre de faits pour pouvoir être admise définitivement dans la science.

mieux, chez les femmes qui vomissent pendant le travail ou qui paraissent disposées au vomissement, l'administrer, comme le conseille M. Dubois, en lavement. On pourrait alors en augmenter un peu la dose.

En infusion, l'ergot se prépare en faisant infuser pendant dix minutes 3 grammes de poudre d'ergot dans un verre d'eau. Quand on emploie l'ergot simplement concassé, on peut en faire infuser 4 à 6 grammes.

Nous ne rappelerons pas ce que nous avons dit en commençant sur les caractères physiques qui doivent servir à distinguer le bon et le véritable ergot. Nous ajouterons seulement qu'il faut, en général, recommander aux pharmaciens que l'ergot qu'il emploient soit fraîchement pulvérisé ; et comme, malgré cette observation, ils ne prennent pas tous cette précaution, l'accoucheur ferait bien d'avoir toujours sur lui quelques grains d'ergot pour s'en servir au besoin.

CHAPITRE II

DE L'INFLUENCE DE LA SAIGNÉE ET D'UN RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Le fœtus devant nécessairement, pendant la vie intra-utérine, emprunter à sa mère les matériaux de nutrition, il était assez naturel de penser que l'amaigrissement de la mère, résultant d'une nourriture incomplète et d'évacuations souvent répétées à l'aide des saignées ou des purgatifs, aurait pour résultat de nuire au développement de l'enfant. L'expérience pourtant n'a pas toujours confirmé ces prévisions, car on a vu assez souvent des femmes épuisées par la maladie ou la diète forcée la plus sévère avoir des enfants très-gros et très-forts, et d'autres qui, pendant leur grossesse, avaient acquis de la force et de l'embonpoint, et dont la masse s'était accrue de 15 kilogrammes, donner le jour à des enfants d'un volume très-ordinaire (Baudelocque).

Cette observation de Baudelocque, dont on a, du reste, souvent l'occasion de constater la justesse, a éloigné l'idée d'utiliser les purgatifs, la saignée et le régime dans les cas de rétrécissement du bassin ; et, à l'exception de M. Moreau, personne en France n'avait eu la pensée d'avoir recours à ce moyen, lorsque M. Depaul, tout récemment, publia deux observations très-intéressantes, et qui tendent à prouver l'efficacité de cette méthode. Quelques autres avaient déjà signalé des résultats heureux. Ainsi Dewees, qui a vu, dit-il, des enfants très-robustes naître de mères dans un état de consomption, et qui, dès lors, n'est pas à priori bien disposé en faveur de cette méthode, cite pourtant une lettre, à lui adressée par le docteur Holcombe, dans laquelle ce dernier rapporte cinq observations. Quatre parmi ces cinq femmes n'avaient jamais pu avoir d'enfants vivants, une sur ces quatre en avait déjà perdu onze. Ces cinq femmes furent

soumises de très-bonne heure à l'usage quotidien des purgatifs, et accouchèrent toutes d'enfants vivants. Le docteur Ritter raconte l'histoire d'une femme qui, ayant un bassin rétréci, fut délivrée trois fois avec peine d'enfants morts. A partir du quatrième mois elle fut, dans sa quatrième et cinquième grossesse, soumise à des saignées répétées, à l'usage d'une eau minérale légèrement purgative, et à une diète sévère ne consistant qu'en une petite quantité de légumes, de lait, de pain et de fruits sans viande, ni œufs ni légumes secs. Les enfants, beaucoup plus petits qu'à l'ordinaire, furent extraits avec assez de facilité, mais vinrent morts. L'un se présenta par les pieds, succomba pendant que la tête était retenue par le rétrécissement, et fut expulsé spontanément. L'autre offrit le bras, et nécessita la version pelvienne. Le forceps fut nécessaire pour l'extraction de la tête.

Ces faits sont certainement encourageants, mais ne me paraissent pas assez nombreux pour se prononcer sur la valeur de cette méthode.

En admettant, pour un instant, qu'un régime sévère, aidé par les saignées et les purgatifs répétés, aura toujours sur le développement de l'enfant l'influence qu'il paraît avoir eue dans les observations précitées, devrait-on préférer ce moyen à l'accouchement prématuré ?

Cette dernière opération, presque toujours innocente pour la mère, est assez souvent fatale à l'enfant : sur 225 cas relatés par M. Lacour, 73 enfants moururent. D'après M. Stoltz, on ne sauve que la moitié des enfants, et, si j'en juge par les faits qui me sont propres et ceux dont j'ai été témoin, la mortalité des enfants est plus considérable.

Malheureusement nous n'avons pas encore un assez grand nombre de cas dans lesquels le régime ait été employé pour établir une comparaison. Toutefois, sur les dix cas que nous avons rappelés, nous avons seulement deux enfants morts, et encore le mode de présentation a-t-il été pour quelque chose dans ces deux insuccès. Cette méthode paraît donc offrir aux enfants des chances plus favorables.

Il est bien à craindre qu'il n'en soit pas de même pour les mères. Il est bien difficile, en effet, de supposer qu'une femme enceinte, qui, assez souvent, a un appétit beaucoup plus grand qu'avant sa grossesse, sera, pendant cinq ou six mois, impunément privée des trois quarts de son alimentation habituelle, soumise quelquefois, en outre, à des saignées répétées et à des purgations plus ou moins fréquentes. Ne doit-on pas craindre que l'affaiblissement, l'altération des solides et des liquides qui résultent d'un semblable régime, prolongé si longtemps, ne la prédisposent singulièrement aux accidents post-puerpéraux, et même ne puissent avoir sur sa santé future une influence fâcheuse ? Je sais bien que, dans les faits cités, rien de semblable n'a été signalé ; mais ils sont encore bien peu nombreux, et sont dès lors, pour l'avenir, une garantie insuffisante.

Dans la préférence à accorder à une méthode, il faut tenir compte aussi des souffrances qu'elle impose à la malade. Celles que détermine l'accouchement prématuré sont à peu près nulles et de courte durée. Il n'en est pas de même du régime prolongé, de l'aveu même de ses partisans. On comprendra facilement, dit M. Depaul, en parlant de sa première malade, tout ce qu'elle eut à

souffrir, surtout dans les premiers temps. Pendant les *deux premiers mois*, dit-il de la seconde, elle eut beaucoup à souffrir de douleurs épigastriques et d'un sentiment de faim extrême; elle sentit ses forces s'affaiblir, et elle devint incapable de faire une course un peu longue ou de se livrer à un exercice violent.

Toutes ces angoisses seraient facilement supportées, et, comme le fait remarquer M. Depaul, la femme puiserait, dans cet ardent désir de maternité qui la domine, la force de tout braver, si l'on pouvait lui garantir le résultat... Mais, quand la plupart des auteurs ont considéré cette méthode comme très-peu sûre, quand une foule de faits bien observés, mais dans d'autres conditions, il est vrai, tendent à faire douter de son efficacité, quand, à côté d'elle surtout, se trouve une opération qui ne compromet en rien la vie et la santé de la mère, et sauvegarde une fois sur deux à peu près la vie des enfants, j'avoue que, s'il s'agissait de ma femme ou de ma sœur, je préférerais cette dernière.

Quels sont d'ailleurs les cas de rétrécissement qui se prêtent à l'emploi de cette méthode? Je ne doute pas, dit M. Depaul, qu'elle n'ait un plein succès lorsque le bassin aura perdu depuis quelques millimètres jusqu'à près de 3 centimètres; je n'oserais l'affirmer, si le diamètre antéro-postérieur n'avait que 7 à 8 centimètres.

C'est donc aux bassins qui ont au moins de 8 à 9 centimètres que M. Depaul limite les cas favorables à l'emploi du régime. Mais, placée sur le terrain, la question change de face, et les résultats de la méthode ne peuvent plus être comparés à ceux de l'accouchement prématuré; car cette dernière opération se pratique dans les rétrécissements beaucoup plus prononcés. Tous les accoucheurs sont unanimes pour considérer l'accouchement spontané ou l'extraction d'un enfant comme possibles, lorsque le diamètre sacro-pubien a au moins 9 centimètres; nous avons même vu qu'au-dessous de cette limite l'expulsion d'un enfant vivant est souvent possible; l'accouchement prématuré artificiel serait donc préférable.

Chez une multipare, si, effrayé par le souvenir des accouchements antérieurs, vous craignez que l'enfant n'offre, comme ses aînés, une tête trop volumineuse, et si vous voulez absolument intervenir, n'allez pas imposer à une pauvre mère le martyre de votre long régime. Quand le bassin aura 9, 10 ou 11 centimètres, vous pourrez reculer de beaucoup l'époque à laquelle on pratique l'accouchement prématuré : au lieu de provoquer des douleurs à sept mois ou sept mois et demi de grossesse, vous pourrez attendre huit mois ou même huit mois et une ou deux semaines, L'opération donnera bien probablement alors un enfant vivant : car il est d'autant plus apte à vivre de la vie indépendante, qu'il a prolongé davantage sa vie intra-utérine. Le chiffre de la mortalité des enfants, si justement reproché à l'accouchement provoqué, diminue beaucoup à mesure qu'on se rapproche du terme de la gestation. Par cette opération, vous épargnerez à la mère les longues souffrances du régime, et probablement vous offrirez à l'enfant la même sécurité.

Au-dessous de 7 à 8 centimètres, rien ne démontre les avantages du régime

sur l'accouchement prématuré. Cette dernière opération donnerait-elle des résultats plus avantageux si, longtemps avant de la pratiquer, on soumettait la mère à une diète sévère ? Il suffit de se rappeler que la faiblesse excessive des enfants nés avant terme est la cause la plus ordinaire de leur mort, pour éloigner une méthode dont le résultat est de les affaiblir encore davantage.

Dans l'état actuel de la science, je pense donc que de nouveaux faits sont nécessaires pour admettre le régime diététique et les saignées. Toutefois, pour mettre le praticien en mesure de juger par lui-même cette question, je crois devoir donner en résumé les préceptes posés par M. Depaul pour la direction du régime.

1° Plus l'obstacle est considérable, plus il sera nécessaire de diminuer la quantité des aliments et de multiplier les saignées. Ainsi, quand le bassin a perdu de *deux ou trois centimètres*, la méthode doit être appliquée dans *toute sa rigueur*. (La première malade de M. Depaul avait une nourriture réglée ainsi qu'il suit : les potages en faisaient la base; des légumes une fois par jour, de la viande une fois par semaine et en très-petite quantité : une demi-livre de pain dans les vingt-quatre heures, en y comprenant celui des potages. — Une première saignée à trois mois, une seconde à six, une troisième à huit, puis une dernière à huit et demie. Chaque saignée était de 400 grammes.) 2° C'est vers trois ou quatre mois qu'il faut commencer. 3° Il peut être bon de diminuer progressivement la quantité des aliments. 4° Il faut s'abstenir, du moins en grande partie, des viandes noires et fortement réparatrices. 5° Quant à la saignée, on se guidera sur la constitution et sur l'état de la circulation; elle sera d'autant plus utile qu'elle sera pratiquée dans les derniers mois.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que, si l'obstacle était moins considérable, il conviendrait d'agir avec moins de rigueur, de commencer plus tard le traitement, et d'augmenter la quantité des aliments en proportion du but qu'on a besoin d'atteindre.

M. Delfraysse (de Cahors) a conseillé dans le même but l'administration de l'iode pendant les deux derniers mois de la grossesse. Indépendamment d'expériences faites sur les animaux, et dont les résultats paraissent favorables à sa proposition, il cite l'exemple de deux femmes. L'une d'elles, dont le bassin offrait un peu moins de 8 centimètres, était déjà accouchée trois fois et très-péniblement d'enfants morts. Dans les deux grossesses subséquentes et durant les deux derniers mois, elle prit chaque matin six et plus tard huit gouttes de la solution suivante :

Iode pur.....	1 gramme.
Iodure de potassium.....	2 —
Eau distillée.....	30 —

Elle accoucha spontanément d'enfants vivants, mais pesant l'un 728 grammes, l'autre 736 grammes de moins que leurs aînés.

C'est à l'expérience à prononcer sur cette nouvelle méthode, qui ne paraît avoir aucun inconvénient pour les mères.