

traitement approprié, la malade sort graduellement de cet état d'épuisement, à moins que l'ébranlement ne soit extrême, et la mort peut survenir en quelques heures (1).

J'ai vu plusieurs faits de ce genre.

Une fois, le travail fut pénible, mais se termina naturellement; deux autres fois il fallut appliquer le forceps. Dans les trois cas, à l'autopsie, on ne découvrit aucune lésion.

L'appréciation de l'ébranlement nerveux est très-importante, car presque toujours les progrès de la convalescence sont en proportion inverse du degré de cet ébranlement.

§ II. — Traitement.

Dans ces cas, le meilleur remède est l'opium administré soit à larges doses, soit à petites doses répétées : l'opium ne procure pas seulement aux malades du sommeil, le meilleur de tous les fortifiants; il amène un calme profond dans toute l'économie. La respiration devient plus égale, le pouls devient plus lent et l'équilibre se rétablit dans les deux fonctions. Il faut en même temps administrer à petites doses des stimulants tels que vin et eau-de-vie, mais il faut prendre garde de dépasser le but. La dose est variable suivant la difficulté de la réaction, suivant l'état général de la malade. L'ammoniaque et le musc sont les meilleurs stimulants et il faudra les associer à l'opium. Une fois les effets de l'ébranlement nerveux disparus, il faut prescrire un régime très-tonique. Il peut être nécessaire de retarder de quelques jours l'allaitement de l'enfant; il peut même être nécessaire de l'abandonner entièrement dans quelques cas. Tout ce qui a été dit antérieurement sur la nécessité d'un repos complet autour d'une femme en couches, s'applique encore plus aux cas où il y a un ébranlement nerveux puissant.

ARTICLE II

SYSTÈME CIRCULATOIRE

Dans les cas où le système nerveux est profondément ébranlé, on a noté des variations profondes du pouls qui tombe au-dessous du chiffre normal; plus souvent il est au contraire rapide, faible et sans résistance. Dans presque tous les cas d'hémorrhagie après l'accouchement, j'ai trouvé le pouls rapide et en apparence tendu, au lieu d'être affaibli, comme cela arrive après l'accouchement. Aujourd'hui je ne quitte jamais une malade tant qu'une hémorrhagie pourrait avoir lieu et plus d'une fois, certainement, les femmes ont dû leur salut à cette précaution. Dans trois cas qui se présentèrent en peu de temps à la suite les uns des autres, cette rapi-

(1) Voyez Moynier, *Mémoire sur les morts subites*, etc. Paris, 1858.

dité inaccoutumée du pouls était le seul symptôme morbide. L'écoulement n'était pas très-considérable et l'utérus était bien revenu sur lui-même. Dans les trois cas, une hémorrhagie alarmante survint au bout d'une heure et ne put être arrêtée qu'à grand peine.

J'ai remarqué encore la fréquence exagérée du pouls quand les douleurs consécutives étaient intenses, et comme, en pareil cas, l'utérus est très-sensible à la pression, il faut examiner avec attention, pour pouvoir diagnostiquer les simples douleurs d'un début de fièvre puerpérale. Il faut se rappeler aussi qu'au moment où la sécrétion lactée s'établit, il y a de la fièvre et des frissons : l'examen attentif et la succession des symptômes feront disparaître tous les doutes. — Le pouls peut être encore notablement accéléré par suite de la présence d'un caillot volumineux dans l'utérus, ou bien s'il y a de la diarrhée ou quelque trouble de l'estomac. Le diagnostic peut être réservé dans quelques-uns de ces cas, et il faut prescrire le traitement plutôt selon les affections que l'on redoute que selon les symptômes actuels. C'est ainsi qu'on prescrira de petites doses d'opium ou du calomel combiné avec l'opium, suivant les indications. Du reste, toutes nos observations tendent à confirmer l'opinion de John Clarke, qu'une malade ne peut être considérée comme sauvée tant que son pouls est au-dessus de 100.

[Il faut signaler une cause importante d'accroissement dans le chiffre des battements artériels, je veux parler de celle qui résulte d'un travail long, pénible. Il n'est pas rare, en effet, de voir chez certaines primipares dont l'accouchement a été laborieux, le pouls monter à 120 et même 140 sans qu'il se soit produit de désordre grave; l'absence de frissons contribuera à nous rassurer sur l'issue de ce trouble circulatoire.]

ARTICLE III

UTÉRUS, VAGIN

I. *Utérus*. — Au lieu de diminuer graduellement de volume, l'utérus augmente vers le cinquième ou sixième jour, et il est moins ferme qu'au paravant. Ce fait, coïncidant avec une grande fréquence dans le pouls, peut faire croire à de la métrite si en même temps la malade ne se trouvait pas mieux que les jours précédents et si les lochies ne diminuaient pas. Cependant, dans la plupart de ces cas, j'ai constaté qu'à la suite de fomentations chaudes sur l'abdomen, la malade rend plus ou moins de caillots et se trouve ainsi notablement soulagée, ce qui indique l'origine des douleurs (1). En pareil cas, les lavements purgatifs favorisent aussi l'expulsion des caillots, ils devront donc être prescrits.

(1) [Les tentatives répétées à la Maternité en 1858 nous ont montré que l'usage de la digitale en infusion légère favorisait l'expulsion des caillots et calmait les contractions douloureuses auxquelles ils donnent lieu. — Wieland, thèse inaugurale, 1858.]

Simpson (1) a publié plusieurs observations intéressantes sur les variétés de volume que peut présenter l'utérus après l'accouchement. Dans plusieurs cas l'utérus est resté volumineux pendant fort longtemps ; il n'y avait aucune tumeur et les caractères étaient ceux qu'aurait pu présenter l'utérus d'une femme enceinte. Dans un cas rapporté par Simpson, la malade, à la suite de son accouchement, était atteinte d'aménorrhée, d'anémie et de diarrhée. Elle finit par succomber, et, à l'autopsie, on trouva que l'utérus était d'un bon tiers plus volumineux qu'à l'état normal. Montgomery (2) a rapporté un exemple semblable.

[Dans une note précédente, nous avons déjà indiqué l'influence prononcée qu'avait toute affection intercurrente sur le retrait de l'utérus, qui semble alors s'arrêter dans ses progrès de régression.]

Il a été déjà dit que dans les cas où les douleurs consécutives sont assez marquées, l'utérus est en général sensible à la pression. La douleur accusée par la malade au moment où l'on appuie sur la région utérine, pourrait même faire croire à une maladie grave. Il faudra cependant remarquer que cette sensibilité devient plus grande à chaque contraction utérine, et qu'à mesure que les contractions diminuent, la sensibilité diminue également.

Des fomentations sur l'abdomen soulageront généralement cette sensibilité ; mais, si les douleurs consécutives sont internes, et si la sensibilité persiste à un haut degré, on administrera du laudanum et ensuite un purgatif.

II. *Vagin*. — Le vagin peut être atteint d'inflammation et être ainsi le point de départ d'une douleur violente ; ce fait fera le sujet d'une notice séparée. Dans les cas où les lochies sont âcres, l'orifice du vagin, les grandes lèvres et les parties extérieures peuvent s'excorier. La malade souffre, en pareil cas, de douleurs vives ou tout au moins de démangeaisons, et il est difficile de dire lequel des deux symptômes est le plus pénible. Une propreté extrême, des bains fréquents, des lotions avec l'acétate de plomb, des injections vaginales d'eau chaude, seront essayées et apporteront, en général, du soulagement. Sinon, la maladie ne cessera qu'avec l'écoulement des lochies.

Au lieu de quelques douleurs, qui se développent une demi-heure ou une heure après le travail, restent très-modérées et cessent au bout de peu de temps, il peut se faire qu'immédiatement après l'expulsion du placenta, la malade éprouve des douleurs très-longues et très-pénibles. En pareil cas, la sensibilité de l'utérus est très-marquée ; le pouls est également accéléré. Cet accident ne tient pas à la présence de caillots, car je n'en ai pas vu être expulsés. Il semble que ce soit plutôt une contraction spasmodique des fibres utérines. Le meilleur remède est une

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, août 1852, p. 127.

(2) Montgomery, *Dublin Journal*, novembre 1835. — *Ibid.*, vol. XXIII, p. 161.

forte dose d'opium que l'on répétera s'il y a lieu. En même temps on appliquera, sur la vulve et l'abdomen, des flanelles chaudes. Si ces douleurs persistent, malgré tout, on mettra l'enfant au sein. Sans être grave, cet accident fatigue les malades en les privant de sommeil et de repos ; il devra donc être combattu aussi vite que possible.

ARTICLE IV

LOCHIES

Les variations dans la quantité, la qualité de l'odeur des lochies, causent de grandes frayeurs aux malades, qui croient tout de suite à l'existence d'une maladie grave. Cependant, des différences notables peuvent exister sans qu'il y ait la moindre affection, soit de l'utérus, soit du vagin. L'écoulement peut cesser quelques heures après l'accouchement, surtout dans les cas où l'enfant est mort-né : l'écoulement peut durer le temps habituel, mais être extrêmement peu abondant, et c'est ce qui arrive d'ordinaire quand il y a eu hémorrhagie, soit au moment de l'accouchement, soit après. Sans être plus long que d'habitude, l'écoulement peut être excessivement abondant, et l'inverse peut également se présenter. Dans ces cas, il peut être nécessaire de prescrire à la malade un régime plus fortifiant : de donner des toniques, tels que l'écorce de chêne, des préparations de fer, etc. . . .

Dans quelques cas, les lochies, après avoir diminué comme quantité, reparaissent très-abondantes, sanglantes, mais sans qu'il y ait cependant de caillots. C'est ce qui arrive, en général, quand la malade se lève trop tôt ou quand elle marche trop. Le repos suffit pour faire disparaître cet accident. Quelquefois les lochies sont arrêtées par suite de la présence d'un caillot à l'orifice utérin. Il faut que ce caillot soit expulsé pour que l'écoulement puisse se reproduire.

Au lieu de l'écoulement habituel qui, de rouge, devient jaune ou verdâtre, l'écoulement peut persister en rouge, ou, après avoir cessé de l'être, peut reparaître ainsi. Dans ces cas, le médecin doit se tenir en garde contre les chances d'une hémorrhagie secondaire. La malade sera maintenue dans la position horizontale et vêtue très-légalement.

Les lochies, après avoir subi leurs transformations habituelles, peuvent se changer en leucorrhée utérine, laquelle affection deviendra permanente. Les meilleurs moyens à employer sont : des dérivatifs sur le sacrum, et, comme médicaments internes, du copahu, du fer ou de l'ergot de seigle. La couleur anormale des lochies pourrait encore donner lieu à des inquiétudes. Au lieu de passer du rouge au rose, puis au jaune, elles peuvent prendre une teinte brune, devenir en même temps très-âcres, très-fétides, et persister beaucoup plus longtemps que d'habitude. Cet accident tient à ce qu'une petite portion du placenta ou des membranes

ou même un simple caillot, est resté dans l'utérus ou dans le vagin et s'y est putréfié. En pareil cas, il faudra faire, deux ou trois fois par jour, des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou avec une solution très-faible de chlorure de chaux ou de permanganate de potasse.

[[On ne doit pas non plus hésiter dans ces cas à employer les injections intra-utérines à l'aide de la sonde à double courant d'Avrard ou même une sonde en gomme assez petite pour permettre le reflux facile du liquide à travers le col au pourtour de la sonde. Ces injections, qui sont rejetées par certains auteurs comme très-dangereuses, sont préconisées par M. Hervieux (1), qui les a employées un nombre considérable de fois et qui n'a jamais observé d'accident à leur suite.

Voici d'ailleurs le mode opératoire employé par M. Hervieux.

« La malade étant couchée dans son lit, la tête basse, le siège soulevé par un coussin, un bassin placé entre les cuisses, on s'assure par le toucher de la position de l'utérus et de la direction du col, puis sur le doigt indicateur de l'une des deux mains placé au-dessous du museau de tanche, on fait avec l'autre main glisser la sonde à double courant d'Avrard (fig. 249) jusqu'à l'orifice externe du col, puis on la fait pénétrer doucement à cet orifice d'abord dans l'isthme cervical, puis dans la cavité du corps. Le cathéter une fois en place, on introduit la canule d'une seringue chargée du liquide de l'injection dans l'orifice externe de l'une des branches de la sonde. Tout étant ainsi préparé, on pousse le piston avec lenteur et modération.

« Au lieu et place d'une seringue on peut substituer un irrigateur, en ayant soin de modérer la force d'impulsion du liquide à l'aide de la clef qui sert à ouvrir ou fermer l'appareil.

« Le liquide, lancé par l'un des yeux de la sonde sur la paroi interne de l'utérus, revient en partie par le col, puis par l'orifice vulvaire, en partie par l'un des yeux de l'instrument et de là par l'orifice externe de la branche libre.

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couches*. 1870, p. 273.



Fig. 249. — Sonde d'AVRARD.

« Il faut avoir soin d'imprimer à la sonde des mouvements de rotation, puis de va-et-vient, pour favoriser le contact de tous les points de la surface interne de la matrice par le liquide injecté. Si le liquide ne revient pas instantanément, soit par la branche libre de la sonde, soit par la vulve, il faut s'arrêter pour éviter la distension possible de la cavité de la matrice par le liquide, retirer de la sonde, la déboucher, puis la remettre en place une fois le liquide écoulé.

« Lorsqu'on se sert d'une seringue il faut la vider préalablement de tout l'air qu'elle contient.

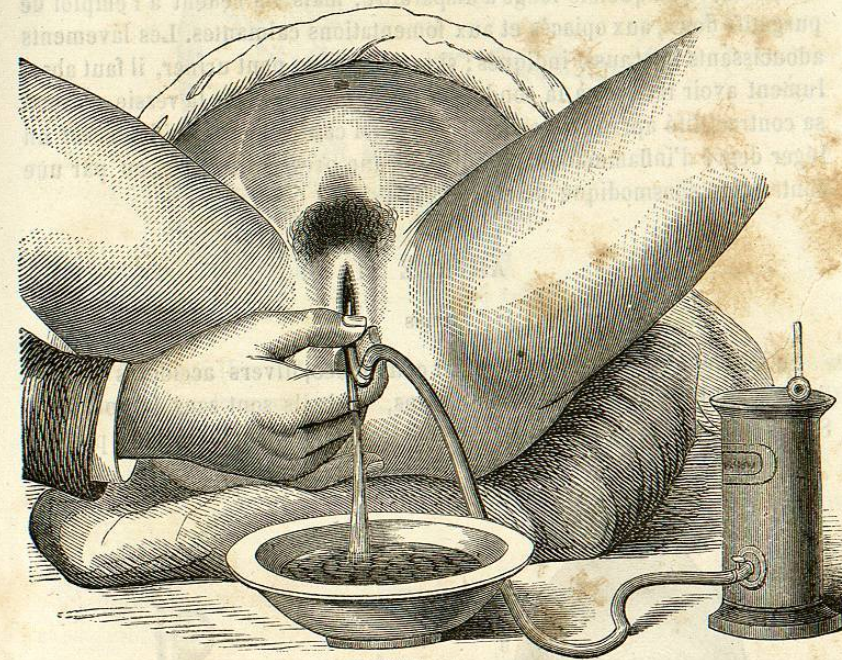


Fig. 250. — Position de la femme pendant l'injection intra-utérine.

« Le liquide dont nous nous servons pour ces injections n'est autre chose que de l'eau chlorurée au 50°, au 40° et même au 30° et au 20°, suivant les cas.

« La quantité de liquide injecté a varié de 200 à 900 grammes dans une seule séance. En général, nous continuons l'injection jusqu'à ce que le liquide qui coule d'abord très-salez et chargé de détritiques sanguins, purulents, pseudo-membraneux, etc., revienne clair et limpide. Si l'application du spéculum était jugée nécessaire pour faciliter l'introduction de la sonde, il faudrait placer la malade en travers sur son lit dans la position requise pour cette application.

« La figure 250 représente la sonde en place, soutenue par la main

de l'opérateur, le tube de l'irrigateur adapté à l'une des branches de la sonde et le liquide s'écoulant par l'autre.»]

ARTICLE V

VESSIE ET URÈTHRE

Après les accouchements difficiles, le col de la vessie et l'urèthre sont excessivement sensibles : il peut même y avoir ce qu'on appelle de la *strangurie*, accident qui s'accompagne d'une fièvre intense. Ces phénomènes sont quelquefois longs à disparaître, mais ils cèdent à l'emploi de purgatifs doux, aux opiacés et aux fomentations calmantes. Les lavements adoucissants sont aussi indiqués ; si la malade ne peut uriner, il faut absolument avoir recours à la sonde. Du reste, en moyenne, la vessie reprend sa contractilité après sept ou huit jours. La cause de ces accidents est un léger degré d'inflammation produit par une pression intense ou par une contraction spasmodique du sphincter vésical.

ARTICLE VI

SEINS

Au moment où la sécrétion du lait commence, divers accidents se produisent fréquemment du côté des seins, mais ils sont sans importance. Si le développement vasculaire est excessif, on pourra le modérer par des

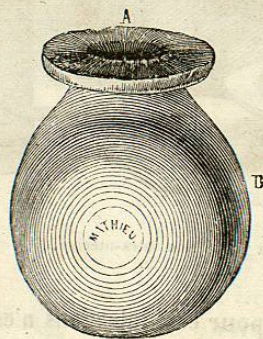


Fig. 251. — Tire-mamelon de caoutchouc de Mathieu (*).



Fig. 252. — Tire-lait atmosphérique de LEPLANQUAIS.

moyens antiphlogistiques tels que : tartre émétique, purgations, fomentations, etc., et par l'application fréquente de l'enfant au sein.

Si, ce qui arrive rarement, la sécrétion du lait manque complètement, on donnera une nourrice à l'enfant, mais la mère n'éprouvera aucun accident.

(*) A, entonnoir à appliquer sur le bout de sein ; B, poire destinée à faire l'aspiration.

Si les bouts de seins manquent ou sont mal formés, il faut essayer de les faire avec des tétérelles, le tire-mamelon de Mathieu (fig. 251), le tire-lait atmosphérique de Leplanquais (fig. 252), ou la tétérelle Thiers



Fig. 253. — Tétérelle Thiers.

(fig. 253), et si l'on échoue, il faut, pour éviter les mauvais effets d'une sécrétion lactée devenue inutile, prescrire des purgatifs salins, de l'émétique, des fomentations, etc.

SECTION II

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRHAGIES PUERPÉRALES

[[Nous avons étudié dans la première partie de cet ouvrage, les métrorrhagies qui surviennent en dehors de la grossesse et de la parturition ; nous devons maintenant passer en revue les écoulements sanguins qui surviennent non-seulement après la délivrance, mais aussi dans le cours de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.

Nous ne ferons point ici l'étude complète de ces hémorrhagies qui sont

décrites avec soin dans les traités d'accouchements; nous nous contenterons de les passer rapidement en revue.

On doit diviser ces métrorrhagies en deux classes principales : 1° celles qui surviennent dans le cours de la grossesse ou au moment de la délivrance ; 2° celles qui surviennent après la délivrance.

Dans la première classe nous distinguerons : A. celles qui surviennent dans les cinq premiers mois de la grossesse ; B. celles qui se produisent dans les trois derniers mois et au moment de l'accouchement.

La seconde classe comprendra : A. les hémorrhagies qui surviennent aussitôt après la délivrance ; B. celles qui accompagnent les suites de couches et que l'on rencontre en général quelques jours après la délivrance.

ARTICLE PREMIER.

MÉTRORRHAGIES QUI SURVIENNENT DANS LE COURS DE LA GROSSESSE ET AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE.

A. *Métrorrhagies des cinq premiers mois de la grossesse.* — Les métrorrhagies des premiers mois sont plus rares que celles de la fin de la grossesse.

§ I. Causes.

Les métrorrhagies qui se produisent dans les premiers mois de la grossesse comme celles de la fin, sont dues à un décollement du placenta ou des membranes de l'œuf qui se produit sous l'influence de certaines émotions morales vives ou de violences telles que chutes ou le plus souvent, suivant M. Joulin, « par suite du travail de destruction qui s'empare des parois des veinules et des capillaires et qui les transforme en lacs sanguins » (1).

La plupart des auteurs divisent les causes qui président à la production de ces hémorrhagies en causes prédisposantes et déterminantes.

Parmi les premières causes on range habituellement les conditions physiologiques nouvelles dues à la grossesse, certaines modifications générales que la gestation imprime à l'organisme, telles que la pléthore, la chloro-anémie, les troubles de la circulation et de la nutrition, les chagrins, le chaud, le froid, etc.

Les causes déterminantes sont les commotions morales vives, telles que chagrins, colère, les fatigues physiques, les chutes, les coups, les voyages en voiture, l'équitation, on cite encore certaines maladies fébriles, telles que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le choléra asiatique, la ca-

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, 1867, p. 901.

chexie paludéenne, les inflammations aiguës viscérales, méningite, pneumonie, pleurésie, endocardite, la dysenterie, l'ictère grave, la néphrite albumineuse, l'érysipèle (1).

§ II. — Symptômes.

Quelquefois l'hémorrhagie est précédée de *prodromies*, telles que pesanteur hypogastrique et lombaire, mais le plus souvent l'hémorrhagie survient tout à coup avec une abondance plus ou moins grande. Ordinairement l'écoulement sanguin n'est pas très-abondant au début, et il cesse pour se reproduire après un temps variable. Les *symptômes généraux* sont en général peu marqués à moins que l'hémorrhagie ait été abondante, et l'expulsion du produit de la conception est presque inévitable dans ce dernier cas.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est en général assez difficile, car on peut croire à un simple retour des règles après un arrêt momentané de la menstruation ou bien au début d'une maladie de la matrice.

§ IV. — Pronostic.

Quant au pronostic il est toujours sérieux, car on doit craindre un avortement, mais il n'est pas grave au point de vue de la mère, l'écoulement sanguin n'étant point, en général, assez abondant pour porter atteinte à sa santé.

§ V. — Traitement.

Le traitement consiste alors à maintenir la femme au repos dans le décubitus horizontal, le bassin légèrement élevé, la tête basse.

On donnera quelques boissons froides, de la limonade sulfurique.

Des compresses imbibées d'eau froide pourront être appliquées sur le ventre, mais il ne faudra pas négliger de les laisser à demeure pendant un temps assez prolongé dans la crainte de la réaction qui suit l'usage trop peu prolongé de l'eau froide.

On pourra faire des injections astringentes avec de l'eau et de l'alun qui paraissent parfois utiles, mais on devra avant tout avoir recours à des lavements avec une très-petite quantité de liquide et contenant huit à dix gouttes de laudanum. Ces lavements devront être renouvelés plusieurs fois dans la journée. On ne devra pas craindre d'administrer quarante à cinquante gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures; Cazeaux a

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 317.