

Les lymphatiques utérins qui ont été parfaitement étudiés par M. Lucas-Championnière, naissent de la muqueuse et du tissu musculaire, et forment deux groupes distincts, le premier est constitué par les lymphatiques qui émergent du corps de l'organe, le second par ceux qui proviennent du col. Ces deux ordres de vaisseaux se dirigent vers les parties latérales du corps et du col utérin, dans l'épaisseur des ligaments larges et de là se rendent soit aux ganglions iliaques et lombaires, soit aux ganglions hypogastriques et sacrés. Ces vaisseaux se réunissent pour former de gros troncs placés sur les parties latérales de l'utérus et sont placés immédiatement au-dessous du péritoine.

Les vaisseaux du col sont surtout nombreux à l'union du corps avec le col, ils émergent du col vers les parties latérales et rencontrent immédiatement de petits ganglions qui ne sont pas constants, puis ils se portent dans le tissu cellulaire latéral, et les plus volumineux gagnent la face postérieure sous-péritonéale du ligament large, les vaisseaux du col forment un plexus plus ou moins volumineux au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral.

Les vaisseaux du corps ont une disposition moins régulière, ils sont surtout nombreux au niveau de l'insertion placentaire et se déplacent en même temps que cette insertion. Les vaisseaux du corps se dirigent vers la surface externe et de là vers les angles de l'utérus. Ils sont dans ce trajet sous-péritonéaux ou séparés du péritoine par une mince couche de tissu musculaire. Arrivés aux angles, ils deviennent pour la plupart superficiels et vont se perdre dans le ligament large, en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, mais surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe. Outre ce plan de lymphatiques superficiels, il en existe un profond, qu'on ne voit bien qu'en coupant perpendiculairement l'angle utérin (Lucas-Championnière).

Lorsque les lymphatiques superficiels du corps de l'utérus contiennent du pus, il est facile de les distinguer à travers le péritoine. Ils sont alors jaunâtres et présentent des bosselures, ils rayonnent du centre vers les bords de l'utérus.

Lorsque ces vaisseaux sont intacts, il faut chercher les lymphatiques profonds des angles et ceux du col. Pour découvrir les premiers il suffit, dit Lucas-Championnière, « de saisir l'angle de l'utérus, et un peu en dehors de l'insertion de la trompe, de couper couche par couche et verticalement les tissus, » et l'on voit alors de grands vaisseaux laissant sourdre un pus épais et crémeux.

Pour examiner les lymphatiques du col, Lucas Championnière recommande de faire une coupe suivant l'axe du col, pour voir sourdre le pus d'orifices vasculaires à l'union du col et du corps.

On devra encore examiner les parties latérales du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal, où il n'est pas rare de trouver un plexus lymphatique suppuré ou des ganglions enflammés et même suppurés.

Lorsque les lymphatiques purulents sont situés dans l'épaisseur du tissu cellulaire, on voit ordinairement ce tissu injecté, infiltré et même souvent présentant des traces de suppuration. Le péritoine qui recouvre les lymphatiques superficiels suppurés est en général enflammé à ce niveau. « La portion de péritoine qui recouvre le lymphatique purulent, dit Lucas Championnière, semble avoir été le siège d'une inflammation particulièrement vive, si bien que sa surface est recouverte d'une fausse membrane plus ou moins épaisse, qu'on ne retrouve pas ailleurs. Cette disposition est si constante et si manifeste, que quand je suis en quête de lymphatiques purulents sur un utérus, je cherche à sa surface, en allant du centre vers les angles, les points où je rencontre des fausses membranes; je gratte celles-ci légèrement avec le tranchant d'un scalpel, et, au-dessous, je rencontre souvent un lymphatique purulent faisant quelque saillie, ou bien une simple trainée jaunâtre qui indique un vaisseau. »

Les vaisseaux lymphatiques doivent être distingués avec soin des veines. Ils se reconnaissent à la minceur de leurs parois, et à leur aspect moniliforme. De plus, si l'on incise le vaisseau dans une certaine étendue, on y rencontre des *valvules*.

Les lymphatiques suppurés peuvent encore simuler un abcès utérin, et Lucas Championnière, qui ne rejette pas absolument la possibilité d'abcès du muscle utérin, pense avec Bernutz et Duplay que les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes.

Péritoine. — Ovaires. — Trompes. — La péritonite se rencontre dans la majorité des cas de fièvre puerpérale. Elle est regardée par MM. Lucas Championnière et D'Espine, comme une conséquence de la lymphangite. Comme preuve de cette assertion, on peut invoquer que la péritonite est toujours plus intense au niveau des points où existent des lymphatiques suppurés.

Les lésions du péritoine présentent des degrés assez variables; quelquefois, mais rarement cependant, la séreuse péritonéale présente de simples arborisations rouges et contient un peu de sérosité louche; plus souvent, le liquide épanché est franchement purulent et contient des flocons purulents nageant dans ce liquide; souvent ces flocons, de consistance crémeuse, sont adhérents dans certains points et même enveloppent complètement l'utérus et les organes contenus dans le petit bassin. C'est dans ce point qu'ils présentent le plus de consistance, ce qui semble indiquer que l'inflammation est plus vive dans le voisinage de la matrice. Les lésions de la péritonite puerpérale ne diffèrent pas sensiblement de celles de la péritonite qui survient en dehors de l'accouchement, et les différences que l'on a pu noter tiennent à ce que l'inflammation, ayant été violente et rapide, les produits de la suppuration sont seulement moins organisés que dans les péritonites simples à marche moins aiguë. L'inflammation est toujours plus ou moins généralisée et s'accompagne le plus ordinairement de l'inflammation du

tissu cellulaire sous-péritonéal qui avoisine l'utérus et qui entre dans la composition des ligaments larges.

Les annexes de l'utérus présentent aussi des lésions qu'il est important de connaître. Les ovaires sont volumineux, rouges, injectés et ordinairement ramollis. Il n'est pas rare d'y découvrir de petits abcès ou même une infiltration purulente de toute la glande.

La trompe est en général volumineuse, injectée, la muqueuse est rouge, boursoufflée, et la cavité de l'organe renferme du pus. Bébier et Lucas-Championnière ont fait remarquer que la lésion était toujours plus marquée du côté du pavillon que du côté de l'utérus, ce qui éloigne l'idée du passage des liquides utérins dans le péritoine.

Les trompes et les ovaires ne présentent pas toujours une altération égale des deux côtés, et il n'est pas rare d'observer une prédominance marquée de l'altération d'un côté ou de l'autre.

Après avoir ainsi étudié plus spécialement les lésions locales qui dépendent de l'inflammation, nous passerons en revue celles qui résultent de l'introduction dans l'organisme de la matière septique. Ces lésions sont de deux ordres : l'altération du sang et les abcès métastatiques.

1° *Altération du sang.* — Dans toutes les autopsies de fièvre puerpérale, le sang est plus ou moins altéré. Moore (1) rapporte qu'il a trouvé un précipité noir dans le sang d'une femme atteinte de la maladie, et M. Churchill qu'on rencontre souvent un dépôt analogue dans le typhus et dans la période ultime de l'érysipèle et de la phlébite infectieuse. Un autre caractère commun au sang dans cette affection et dans d'autres, offrant le caractère malin et typhoïde, c'est l'odeur fétide spéciale que dégagent quelquefois les malades.]

Dans l'épidémie observée à Paris en 1845 et qui présenta les symptômes du typhus, Bidault et Arnoult rapportent que le sang était foncé, demi-coagulé, comme dans le typhus (2). Dans l'épidémie qui éclata à Gratz, la même année, Schoeller (3) dit que le sang était très-fluide et exhalaient une odeur de chauve-souris, sous les autres rapports, il ressemblait au sang des individus empoisonnés par l'acide cyanhydrique. Scanzoni (4) a soutenu que les causes de la fièvre puerpérale viennent d'une altération du sang, consistant dans son mélange avec du pus. Dans un cas de péritonite puerpérale, le soir du second jour, le docteur Simon a trouvé le sang formant un caillot assez ferme et recouvert d'une couche de couenne épaisse d'un pouce et demi.

L'analyse chimique a donné les mêmes résultats que ceux obtenus par Andral et Gavarret. Dans des cas de métrite-péritonites, relatés par Day,

(1) Moore, *Puerperal fever*, p. 183.

(2) Bidault et Arnoult, *Gazette médicale*, août 1845, n° 31, p. 481.

(3) Schoeller, *Med. Jahrbuch der k. k. öst. staats*, octobre 1845.

(4) Scanzoni, *Prager Vierteljahrschrift*, 1847.

d'après les analyses de Scherer, Haller, de Robin et Verdeil (1), Becquerel et Rodier (2), le sang offrait une augmentation dans la proportion de fibrine, et une grande diminution dans celle des globules sanguins. Day dit qu'il ne connaît aucune analyse du sang dans la forme maligne de la fièvre puerpérale, si ce n'est celle qui est donnée par Haller, qui constate que le sang est d'une couleur brune très-foncée. Le caillot était foncé, d'une consistance très-molle, et recouverte d'une couenne sur laquelle était une membrane qui présentait sous le microscope une apparence granuleuse ferme, et des corpuscules graisseux. Le sérum était trouble, mais, après un certain temps de repos, il devenait transparent : sa réaction était alcaline et sa pesanteur spécifique était de 1025. La proportion de la fibrine était de 5,16, celles des globules sanguins 77,52. Suivant Becquerel et Rodier, la quantité de la cholestérine et des phosphates était augmentée.

[[Le sang extrait de la veine présente, selon M. Tarnier, une couenne flasque, molle, verdâtre, et se décompose rapidement à l'air libre. M. Depaul décrit l'altération du sang de la façon suivante : « Il offre à peu près constamment une couleur rouge violacé, qui a été comparée à celle de la gelée de groseilles mal cuites. Il semble imprégner plus facilement les tissus et leur communique sa couleur spéciale. Enfin, on note souvent un aspect huileux vraiment remarquable et son peu d'aptitude à la coagulation (3). »

Abcès métastatiques et suppurations diverses. — L'introduction dans la circulation de la matière septique ou du pus provenant de la suppuration des veines utérines, donne lieu à des suppurations dans des points différents de l'organisme. Les lésions que l'on rencontre ainsi sont les abcès métastatiques et aussi des suppurations dans certaines articulations ou du côté de la plèvre. Les abcès métastatiques reconnaissent pour cause la thrombose veineuse et l'embolie. Ces abcès siègent le plus souvent dans le poumon; il n'est cependant pas rare de les rencontrer dans les autres organes ou même du côté des membres. Mais, à côté de ces abcès, dont l'origine embolique est parfaitement évidente, on rencontre parfois des inflammations diffuses soit dans la cavité de la plèvre, soit même dans l'épaisseur des membres, dont le mode de production est assez obscur. Depuis que Recklinghausen a démontré la communication des cavités séreuses avec les lymphatiques, on peut se demander si la matière septique, traversant les vaisseaux lymphatiques, ne peut pas arriver au contact des cavités séreuses et y déterminer une vive inflammation. Quoi qu'il en soit du mode de production des épanchements purulents dans les plèvres ou dans les articulations ou dans l'épaisseur des membres, l'existence de ces suppurations n'en est pas moins constante et mérite d'être connue.

(1) Robin et Verdeil, *Traité de chimie anatomique*. Paris, 1853, t. III, p. 206.

(2) Becquerel et Rodier, *Traité de chimie pathologique*. Paris, 1853.

(3) Depaul, *Communication à l'Académie de médecine*. 2 mars 1858.

La quantité de liquide épanché dans les plèvres est variable, ordinairement elle est peu abondante, et les plèvres présentent quelques plaques purulentes peu considérables. Le liquide épanché est aussi plus ou moins purulent. Assez souvent le péricarde présente des altérations semblables.

Lorsqu'une articulation a été envahie par la suppuration, on rencontre habituellement du pus dans sa cavité et aussi du pus infiltré en dehors de la synoviale. Les articulations qui sont le plus souvent atteintes sont le genou, l'épaule, le coude, le poignet.

Les suppurations diffuses, que l'on rencontre dans l'épaisseur des membres, sont en général mal circonscrites et le pus, au lieu d'être réuni en foyer, est infiltré dans la trame du tissu qui est augmentée de volume et œdémateuse.

§ VI. — Symptômes.

L'étude des symptômes de la fièvre puerpérale devrait comprendre deux parties distinctes; d'un côté les symptômes fournis par les lésions inflammatoires, de l'autre les symptômes dus à la septicémie. L'étude séparée de ces deux ordres de symptômes qui se confondent d'une manière intime dans le cours de la maladie, est à peu près impossible, et nous pensons qu'il est préférable de tracer un tableau de l'ensemble de ces accidents plutôt que de signaler séparément les symptômes que l'on peut attribuer à l'inflammation locale et ceux qui relèvent plus spécialement de la septicémie.

Les accidents inflammatoires qui surviennent à la suite de l'accouchement du côté de l'appareil utérin sont nombreux (phlébite, lymphangite, péritonite) et se terminent d'une façon très-différente. Dans un premier groupe, les accidents inflammatoires, après avoir persisté pendant un certain temps avec une intensité variable, finissent par s'amender, soit que la résolution ou la suppuration avec évacuation du pus se soient produites, et la guérison survient.

Dans un second groupe, les accidents inflammatoires sont pour ainsi dire masqués par les phénomènes généraux qui se produisent, et la mort arrive le plus habituellement. C'est même ce peu d'éclat des symptômes locaux en face des symptômes généraux remarquables par leur intensité qui a fait considérer l'état général comme tenant sous sa dépendance l'état local. Ces différences s'expliquent en admettant que dans le premier groupe l'introduction de matières septiques dans l'économie n'a pas lieu, tandis que, dans le second, la pénétration s'est effectuée. C'est à ce second groupe que l'on doit donner le nom de fièvre puerpérale. C'est lui seul qui nous occupera ici.

Prodromes. — La maladie débute rarement sans prodromes, et la raison en est bien simple. La maladie n'étant point une maladie essentielle, il en résulte que nous devons nous attendre à rencontrer quelque lésion inflam-

matoire locale précédant le début des accidents, c'est d'ailleurs ce que l'observation clinique confirme. C'est Béhier (1) qui le premier a parfaitement mis en évidence cette période prodromique de la maladie. Le savant professeur établit tout d'abord que chez les femmes dont la convalescence marche régulièrement, on ne détermine aucune douleur par la palpation au niveau de l'utérus et des annexes, et que ces parties perceptibles sous le doigt donnent la sensation d'un corps mou. Puis il ajoute: « Chez d'autres femmes, au contraire, on trouve tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou moins volumineuse, dure, donnant la sensation d'un corps gonflé, par dessus lequel le doigt, qui explore de haut en bas, saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur variable et d'ordinaire en rapport avec le volume, qui peut être assez considérable pour donner la sensation que produirait le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordinaire plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de la fosse iliaque, et même exister sur un point du trajet de l'annexe explorée, sans que rien de semblable se trouve au niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Ce dernier fait est cependant plus rare. Ce signe se rencontre chez des femmes qui n'accusent aucune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve, et souvent elle l'accuse en disant: *Ah là, vous me faites mal!* Il n'est pas d'ailleurs besoin d'une forte pression pour constater ce signe; on doit même s'interdire toute violence dans cette exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter. »

MM. Tarnier (2) et Hervieux (3) n'attribuent pas la même valeur à ce gonflement douloureux signalé par Béhier.

Début. — Le début de la maladie varie assez notablement. L'invasion peut avoir lieu peu d'heures après la délivrance, ordinairement elle survient dans les trois jours qui suivent l'accouchement, rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour.

Le tableau suivant publié par M. Tarnier indique l'époque de l'invasion des accidents (4).

Immédiatement ou peu après l'accouchement..	21 fois.
Un jour après l'accouchement.....	27 —
Deux jours après.....	20 —
Trois jours après.....	11 —
Quatre jours après.....	4 —

(1) Béhier, *Union médicale*, 1858.

(2) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858, p. 33.

(3) Hervieux, *De la péritonite générale d'emblée ou généralisée* (*Gaz. des hôp.*, 1868).

(4) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, 1858.

Cinq jours après.....	1	—
Six jours après.....	0	—
Sept jours après.....	0	—
Huit jours après.....	3	—
Après le huitième jour.....	0	—

Sur 20 cas publiés par notre ancien collègue d'internat, M. Thierry (1), l'invasion a eu lieu :

Pendant l'accouchement.	2	fois.
Le premier jour.....	9	—
Le deuxième jour.....	4	—
Le troisième jour.....	3	—
Le quatrième jour.....	1	—
Le cinquième jour.....	1	—

M. Thierry nous rapporte que dans un relevé fait par M. Berrier-Fontaine (2), on voit, sur 247 malades, les accidents se montrer :

Du premier au troisième jour...	185	fois.
Du quatrième au dixième.....	60	—
Du onzième au douzième.....	2	—

La gravité de la maladie paraît être en rapport avec l'apparition plus rapide des accidents. Mac-Clintock (1) dans une épidémie observée à Dublin en 1854 et 1855 a vu la mortalité être d'autant plus élevée que l'invasion était plus voisine de l'accouchement.

Sur 9 malades pour le 1 ^{er} jour	8	meurent.
— 12	—	2 ^e — 6 —
— 10	—	3 ^e — 3 —

Le début des accidents est ordinairement marqué par un frisson violent et plus ou moins prolongé.

Frisson. — Le frisson survient en général très-près du début de la maladie, et il est le premier indice du passage de l'agent toxique dans le torrent circulatoire.

Le frisson peut ne durer que quelques minutes, mais le plus souvent il se prolonge pendant 15 minutes à une demi-heure, et même on le voit persister pendant une heure et plus encore.

Le frisson peut être unique ou se répéter à plusieurs reprises, M. Tarnier, qui admet qu'il est rare de le voir se reproduire une seconde fois, attribue une grande importance à cette remarque qui selon lui doit différencier la fièvre puerpérale de l'infection purulente et de l'infection putride

(1) Thierry, *Des maladies puerpérales observées à l'hôpital St-Louis en 1867*, thèse. Paris, 1868.

(2) Berrier-Fontaine, *Typhus puerpéral observé à la Maternité en 1831*, thèse. Paris, 1835.

dans lesquelles on voit le frisson se reproduire à des intervalles de temps variables.

M. Depaul partage la même opinion. Mais nous pensons qu'ils ont attaché une trop grande importance au frisson unique pour distinguer la fièvre puerpérale de l'infection putride ou purulente. Le frisson unique survient en général dans les cas graves, qui se terminent rapidement par la mort. Le frisson unique indique l'introduction dans l'économie d'une forte dose de matière toxique. Les frissons multiples se rencontrent en général dans les cas où la maladie marche plus lentement, et chaque fois qu'une nouvelle quantité de septine pénètre dans le torrent circulatoire. Dans le cas de frisson unique la malade a absorbé une dose de poison suffisante pour déterminer rapidement la mort, tandis que, dans les cas de frissons multiples, la terminaison fatale ne survient que par l'introduction successive et répétée de l'agent morbifique.

La malade éprouve pendant ce temps un malaise considérable, les dents claquent, la face est altérée, exprime l'anxiété; quelquefois le claquement des dents fait défaut, et il existe un simple refroidissement avec horripilations. Il existe en même temps une soif vive et une accélération considérable du pouls qui peut battre 120 à 160 fois par minute.

Douleur. — La douleur abdominale se montre dès le début des accidents, elle est plus constante que le frisson. Cette douleur précède le frisson ou tout au moins l'accompagne. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur le début de l'apparition de la douleur. M. Tarnier admet qu'elle naît le plus souvent après lui; M. Béhier, au contraire, pense que la douleur précède presque toujours le frisson.

On conçoit que la douleur qui est le premier signe de l'inflammation se montre en effet avant le frisson. Mais elle peut cependant ne pas précéder le frisson, car nous avons admis que l'inflammation des lymphatiques et des veines peut être, comme le frisson, le résultat de l'introduction dans leur cavité de la septine élaborée à la surface de la cavité utérine.

La douleur d'abord limitée vers l'hypogastre s'irradie bientôt dans tout le ventre, lorsque l'inflammation se généralise et s'étend à toute la séreuse péritonéale; mais il n'est pas rare de voir cette douleur rester limitée à la région hypogastrique.

La douleur présente une intensité très-variable, chez quelques femmes elle est faible et ne se révèle que par la pression; chez d'autres, elle est spontanée, et arrache des plaintes à la malade qui ne peut même supporter le poids de ses couvertures.

Sa durée est très-variable, d'abord très-aiguë, elle décroît, en général, au bout de 24 à 48 heures, et disparaît même presque complètement peu de temps avant la mort. Cette disparition rapide de la douleur est regardée comme un signe de mauvais augure, elle indique suivant Béhier

« non pas l'amendement des lésions abdominales, mais une dépression telle de l'économie que le système nerveux n'a plus la vitalité nécessaire pour répondre aux excitations par la perception de la douleur (1). »

Dans quelques cas, la douleur est à peine marquée, et le ventre ballonné tendu, n'est sensible que si l'on pratique une pression assez énergique.

Pouls. Température. — En même temps que le frisson, il survient une accélération du pouls et une élévation considérable de la température. Le pouls bat de 120 à 160 fois par minute. Il est petit, mou, facilement dépressible, et devient irrégulier et filiforme dans la période ultime de la maladie.

La température de la malade s'élève d'une façon très-notable, la peau présente une chaleur âcre, brûlante; après les frissons, il n'est pas rare d'y rencontrer une certaine moiteur.

Tube digestif. — La soif est habituellement vive, l'appétit n'existe plus, la langue ordinairement blanche, collante, au début, devient ensuite un peu rouge vers la pointe et sur les bords, puis elle se sèche et se recouvre ainsi que les dents de mucosités épaisses et de fuliginosités.

Dans un certain nombre de cas, il existe des vomissements. Ils manqueraient, suivant M. Tarnier, dans un tiers des cas. Les matières rendues sont verdâtres, porracées. Les vomissements d'abord très-pénibles, deviennent ensuite plus faciles et sont assez souvent accompagnés d'un hoquet très-fatigant.

La diarrhée plus fréquente que les vomissements, coïncide souvent avec eux ou se produit du deuxième au cinquième jour de la maladie. Quelquefois cependant elle se produit dès le début des accidents. La diarrhée se répète assez fréquemment, et les selles sont très-souvent involontaires. D'autres fois, mais plus rarement cependant il existe de la constipation qui résiste à l'emploi des purgatifs, ou qui souvent est remplacée par de la diarrhée lorsque l'on a provoqué quelque garde-robe.

Ordinairement il survient de la tympanite due à la distension des intestins sous l'influence de l'inertie du système nerveux intestinal. « Il n'y a dans ces cas, dit Béhier, aucune douleur abdominale, même à la pression; mais je me hâte de dire qu'il n'y a aucun fond à faire, aucun pronostic favorable à porter sur cette absence de douleur, parce que ce signe manque, même alors qu'existe une complication péritonéale, qui devrait le déterminer (1). »

Voies respiratoires. — La respiration est ordinairement facile mais courte, d'autres fois la malade est essoufflée, et considérablement gênée. Il n'est pas rare alors de compter de 30 à 40, et jusqu'à 60 respirations par minute, même sans qu'il existe aucune complication du côté de l'appareil pulmonaire.

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 541, 1864.

(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 539, 1864.

Cette accélération des mouvements respiratoires rend la parole entrecoupée.

Cette accélération des mouvements respiratoires ne peut être expliquée que par l'altération du sang qui est devenu impropre à l'hématose, car le refoulement du diaphragme ne suffit pas pour expliquer la dyspnée, et l'auscultation de la poitrine ne révèle aucune altération locale.

Innervation. — L'intelligence reste ordinairement intacte jusqu'à la fin de la maladie, elle est cependant un peu diminuée, et les malades se faisant illusion sur leur état succombent sans avoir la conscience de la gravité de leur maladie.

Quelquefois cependant il se produit un délire loquace, sans manifestations violentes, qui survient principalement pendant la nuit. Pendant le jour, la malade est calme, bien que, de temps à autre, elle prononce quelques paroles incohérentes.

La céphalalgie est rare. Les malades subissent une dépression rapide, elles sont indifférentes à tout ce qui les entoure. La face est considérablement altérée. Elle prend ainsi que toute la peau une teinte pâle, jaunâtre, la peau prend l'aspect de la cire. La face ne prend pas l'aspect grippé de la péritonite; elle a beaucoup plutôt, fait remarquer Béhier, l'apparence d'hébétude observée dans la fièvre typhoïde.

Après un certain temps et quelques heures seulement avant la mort, il survient du coma, et la malade meurt dans un état d'asphyxie très-manifeste.

Lochies. — La plupart des auteurs anciens ont regardé la suppression des lochies comme étant la cause des accidents; aujourd'hui, au contraire, on s'accorde à regarder cette suppression comme un effet de la maladie. Les auteurs anciens avaient sans doute eu tort d'attacher une grande importance à cette suppression des lochies comme cause de la maladie, mais le fait même de la suppression des lochies n'en conserve pas moins une assez grande valeur, au point de vue clinique, en ce que cette suppression coïncide avec l'altération, de l'écoulement lochial, altération qui est rendue évidente par une odeur fétide et gangréneuse.

En même temps que l'on constate cette fétidité et cette diminution de l'écoulement lochial, il n'est pas rare de voir des lambeaux gangrénés être expulsés par la vulve, ou des plaques gangréneuses ou diphthéritiques se produire sur les points de la vulve qui ont été contus ou déchirés.

Sécrétion lactée. — La sécrétion lactée, qui survient ordinairement dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, et même assez souvent pendant la grossesse, s'établit difficilement ou même ne se produit pas du tout chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale; si la maladie survient alors que la sécrétion lactée s'est déjà produite, les seins s'affaissent et le lait devenu plus aqueux cesse d'être sécrété.

Après avoir ainsi étudié les divers troubles qui surviennent dans la