

## § V. — Pathogénie.

Nous sommes maintenant en état d'étudier la pathogénie de cette affection, qui a donné lieu à tant de disputes et à tant d'opinions diverses. Les notions les plus anciennes sur ce sujet ne sont que de simples spéculations : par exemple, Mauriceau considère la maladie comme étant due au reflux, sur les extrémités inférieures, de certaines matières qui auraient dû être évacuées avec les lochies (1). Puzos (2) et Levret (3) l'attribuent à un dépôt de lait dans la partie affectée ; cette opinion est généralement adoptée dans ce pays, comme l'indique l'un des noms vulgairement donnés à cette maladie (jambe laiteuse) ; quelques praticiens ont l'habitude de mettre continuellement l'enfant au sein pour prévenir la métastase lorsqu'elle est menaçante, ou pour la dissiper lorsqu'elle est survenue.

En 1714, White (de Manchester) (4) suggéra et adopta l'opinion que la maladie provenait de l'obstruction, ou de tout autre état morbide des vaisseaux lymphatiques, et des glandes de la partie malade. Trye, en 1792 (5), attribue ce gonflement à la rupture des vaisseaux lymphatiques au moment où ils croisent le bord du bassin, sous le ligament de Poupert. Bientôt après cette publication, Ferriar maintenait qu'il y a un état inflammatoire général des lymphatiques dans cette maladie. Hull (1800) (6) considérait comme cause prochaine de la maladie une affection inflammatoire, produisant subitement une grande effusion de sérum et de lymphes coagulés dans le tissu cellulaire du membre malade. Il supposait que tous les tissus, muscles, tissus cellulaires, vaisseaux lymphatiques, nerfs, glandes, vaisseaux sanguins, étaient atteints.

Jusqu'à-là les opinions étaient fondées sur un mélange de théorie et d'observation, sans aucune tentative de les appuyer sur des recherches pathologiques. La première lueur jetée sur ce sujet par l'examen cadavérique est due à Davis, professeur d'accouchement à University College de Londres. En 1817, il examina l'état des veines chez une malade qui était morte de cette maladie, et y découvrit une grande inflammation ; l'autopsie est ainsi décrite :

« 6 mars 1817 : le membre inférieur gauche présentait un gonflement œdémateux uniforme, sans décoloration, et s'étendant de la hanche au pied.

A l'examen, cet état fut reconnu comme provenant de l'effusion œdé-

(1) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses*, t. I, p. 446.

(2) Puzos, *Traité des accouchements*, p. 350.

(3) Levret, *L'Art des accouchements*, p. 932.

(4) White, *An Inquiry into the Nature and Causes of that swelling in one or both of the lower Extremities which sometimes happens to Lying-in women*. Warrington, 1784.

(5) Ch.-B. Trye, *An Essay on the swelling of the lower Extremities incident to the Lying-in women*.

(6) Hull, *An Essay on Phlegmatia dolens including an Account of the Symptoms, Causes and cure of Peritonitis puerperalis and conjunctiva*. Manchester, 1800.

mateuse dans le tissu cellulaire. Les glandes inguinales étaient un peu gonflées, comme elles le sont généralement dans un membre atteint d'hydropisie, mais très-faiblement colorées et exemptes de tout signe d'inflammation. La veine fémorale depuis le jarret jusqu'en haut, la *veine iliaque externe et la veine iliaque commune* jusqu'à sa jonction avec le tronc correspondant du côté droit, étaient fortement distendues et obstruées par quelque chose paraissant, de l'extérieur, être un caillot de sang. Les parois de la portion fémorale de la veine étaient légèrement épaissies et étaient d'un rouge foncé. Elle était remplie par un caillot dur et si fermement adhérent au tube qu'on ne pouvait l'en tirer.

Comme la couleur rouge de la veine pouvait provenir de la présence du caillot rouge en contact immédiat avec les parois, on n'en peut pas déduire la preuve de l'état inflammatoire.

Le tronc de la veine était distendu comme celui de la veine fémorale, mais la veine saphène, et ses branches étaient vides et saines. La substance remplissant les portions des veines iliaques externes et iliaque commune, ressemblait au caillot stratifié d'un sac anévrysmal ; toutefois avec un léger mélange de parcelles rouges. Le vaisseau était complètement obstrué par cette matière, qui était en contact plus intime avec ses parois qu'elle ne l'était dans la veine fémorale, elle y adhérait, en effet, aussi fermement que le caillot dans un sac anévrysmal ancien ; il y avait au centre une cavité contenant à peu près une cuillerée d'un liquide épais, ayant la consistance de pus, d'un brun clair et d'apparence pultacée.

L'utérus était revenu à son état normal, et à cette distance de l'accouchement, ses appendices et ses vaisseaux sanguins et le vagin étaient dans un état parfaitement naturel. Il n'y avait ni la plus petite apparence de congestion vasculaire dans l'organe, ni la plus légère distension d'aucun de ses vaisseaux. Toute sa substance était au contraire pâle, et ses vaisseaux contractés et vides.

L'état de la cavité abdominale et des organes y contenus était parfaitement normal. On ne peut mettre en doute que la substance remplissant la partie supérieure du tronc veineux, et aussi le liquide remplissant la cavité du centre des veines, n'y eussent été produits pendant la vie, par l'inflammation. Je crois aussi, à cause de sa consistance et de son adhésion immédiate aux parois des veines, que la coagulation rouge observée dans la veine fémorale résultait d'une affection analogue, s'étendant dans toute la longueur du tube, et que le passage du sang, dans toute la partie soumise à l'examen, avait été complètement arrêté avant la mort (1). » Il pensa, dès lors, que la phlegmatia dolens était due à cette cause, et, en 1823, il publia un article avec des observations et des autopsies (2).

(1) Lettre de W. Lawrence, in Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 1204.

(2) David Davis, *An Essay on the proximate cause of the disease called Phlegmatia dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1823, t. XII, p. 419).

En janvier 1823, Bouillaud publia plusieurs observations et autopsies dans lesquelles les veines crurales étaient obstruées, chez des femmes qui avaient souffert d'œdème des membres inférieurs après leur délivrance; et il établit distinctement qu'il considérait l'obstruction des veines crurales comme la cause, non-seulement de l'œdème des femmes en couches, mais aussi de bien des hydropisies partielles (1). La date de cette publication, bien qu'antérieure à celle de l'essai de Davis, ne porte nulle atteinte au droit qu'a celui-ci d'être considéré comme le premier qui ait découvert et enseigné que la phlegmatia dolens est essentiellement une phlébite crurale. En 1824, Velpeau publia quelques recherches, d'après lesquelles il conclut que, dans quelques cas, non-seulement les veines sont comprises dans l'inflammation, mais que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est au moins aussi souvent une cause de phlegmatia dolens (2).

En 1826, Guthrie suggéra que probablement l'inflammation des veines de la jambe n'était qu'une suite de l'état des veines de l'utérus, et R. Lee (3), en 1829, suivit les veines malades jusque dans l'utérus, et y trouva la lésion aussi manifeste que dans la jambe. L'hypogastrique gauche, la veine iliaque externe, dit-il, était dans la même condition, dans quelques endroits à l'état de corde; la cavité en était complètement oblitérée. Les branches de cette veine, naissant dans l'utérus, et vulgairement appelées plexus utérins, étaient complètement obstruées par une coagulation rouge. Plus récemment, R. Lee a exposé à la Société médico-chirurgicale le résultat de ses observations dans le résumé suivant. Le travail contenait la description de quarante-trois cas de phlegmatia dolens. Les neuf premiers cas étaient accompagnés de la description des autopsies et de préparations anatomiques de la maladie; et l'auteur de tous ces faits ainsi présentés fut amené à tirer les conclusions qu'il avait antérieurement exprimées, c'est-à-dire: « que l'inflammation des veines fémorales et iliaques donnait lieu à tous les phénomènes de la phlegmatia dolens, et que l'inflammation commençait dans les branches utérines des veines hypogastriques, et de là s'étendait au tronc fémoral du côté affecté. La série suivante comprenait l'histoire de vingt cas, qui, selon la pensée de l'auteur, venaient donner de nouvelles preuves à l'appui de ses conclusions, bien qu'à cause de la guérison du plus grand nombre des malades, il ait été impossible de déterminer par la dissection l'état réel des veines

(1) Bouillaud, *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles; considérations sur les hydropisies passives en général* (Archives générales de médecine, 1823, t. II). — *Observations et considérations nouvelles sur l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie* (Archives générales de médecine, 1824, t. V).

(2) Velpeau, *Recherches et observations sur la phlegmatia alba dolens* (Archives générales de médecine, oct. 1824, t. VI, p. 220).

(3) Lee, *A contribution to the pathology of phlegmatia alba dolens* (Medico-surgical Transactions, 1829, t. XV, p. 132); *On diseases of women*, p. 131.

crurales. Neuf autres cas étaient décrits, démontrant que la phlegmatia dolens pouvait survenir en l'absence de la grossesse ou de l'accouchement, que dans ces cas l'inflammation commençait également dans les branches utérines des veines hypogastriques et que la maladie suivait un cours analogue à celui qu'elle suit lorsqu'elle accompagne l'état puerpéral.

Dans quelques-uns de ces cas, l'inflammation des veines utérines était produite par une maladie cancéreuse de l'orifice et du col de l'utérus; dans d'autres cas, il n'y avait aucune maladie existant antérieurement. Les dernières observations étaient au nombre de cinq. La phlébite crurale avait suivi l'inflammation due à une fracture du tibia et du péroné, et à la pression exercée par des tumeurs encéphaloides sur les viscères thoraciques (1).

Antoine Petit, Gardien et Capuron (2) considèrent la maladie comme le résultat de l'inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques. Burns ajoute un autre tissu comme participant à la maladie, car il dit: « Je considère que les nerfs sont aussi impliqués que les veines, et qu'alors qu'ils y contribuent tous deux, nous verrons, selon les cas, la lésion des uns ou des autres prédominer (3). Je ne sais pas si cette opinion est le résultat de l'examen cadavérique, mais elle a été depuis confirmée par les recherches de Dugès. Dewees s'accorde avec Hull, et le remarquable travail de Bouillaud coïncide si bien avec cette manière de voir, que, dans son opinion, la cause prochaine de la maladie est due à l'inflammation des symphyses, des veines, des lymphatiques et des nerfs.

Tilbury Fox (4) a publié un mémoire remarquable dans lequel il considère la maladie comme dépendant « d'un empêchement au retour du sang et de la lymphe de la partie malade. » Les causes extrinsèques comprennent tous les cas de compression des vaisseaux par des tumeurs, des abcès, etc. Les causes intrinsèques produisent toutes la coagulation du sang. Telles sont les modifications inflammatoires des parois vasculaires produisant la coagulation du sang.

Humphrey, de Cambridge (5), attribue la maladie à une faculté surnaturelle de coagulation de la fibrine du sang, et à la perte de son dissolvant naturel.

Jusqu'ici donc il paraît établi: 1° que dans la phlegmatia dolens il y a inflammation des veines de la cuisse et de la jambe; 2° que les traces de cette inflammation se trouvent à la naissance de ces veines dans l'utérus; 3° qu'au moins, dans un certain nombre de cas, les lymphatiques et les nerfs participent à l'inflammation, bien que probablement pas tout d'abord, non comme cause première.

(1) Lee, *Lancet*, 21 mai 1853, p. 480.

(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*, Paris, 1812, p. 551.

(3) Burns, *Midwifery*, p. 64.

(4) Tilbury Fox, *Trans. of obstetrical Soc. of London*, vol. II, p. 201.

(5) Humphrey, *British medical Journal*, juillet 1859.

Mais il reste encore deux questions très-importantes : 1° l'inflammation prend-elle naissance dans la veine crurale elle-même, ou prend-elle naissance dans l'utérus, pour s'étendre le long de la veine ? 2° L'inflammation de la veine ne peut-elle pas être due à quelque condition spéciale primitive, comme par exemple un état morbide du sang lui-même ?

A l'appui de cette dernière opinion, Mackensie (1) a entrepris une série d'expériences sur les animaux ; il a essayé : 1° l'application de ligatures sur les veines iliaques ; 2° l'irritation chimique et mécanique de leurs parois internes ; 3° il a continué pendant un certain temps la compression sur les veines fémorales au moyen de plaques métalliques. Sans entrer plus avant dans le détail de ces expériences, je donnerai les conclusions que l'auteur en a tirées : 1° que l'inflammation des veines iliaques ou fémorales ne peut être considérée comme l'origine de la phlegmatia dolens ; 2° que l'oblitération étendue des veines qu'on rencontre dans cette maladie n'est pas produite par des causes purement locales, telles que l'inflammation de ces vaisseaux ; 3° que l'irritation de la paroi interne des veines, indépendante de telles altérations, ne donnerait lieu qu'à une oblitération proportionnée à l'irritation qui a donné lieu ; 4° que l'irritation étendue de la paroi interne des veines, produisant l'oblitération et tous les phénomènes de la phlébite, peut être déterminée par la présence dans le sang de matières nuisibles ; 5° qu'on doit rechercher l'origine de la maladie plutôt dans l'altération du sang que dans aucune lésion locale : inflammation ou maladie des veines (2). »

Cette manière de voir a été plus profondément étudiée depuis.

Malgré le talent reconnu de l'auteur, nous devons dire que de pareilles expériences nous paraissent peu propres à élucider les effets de la maladie, et, d'autre part, comme dans cette maladie il existe le plus souvent les deux conditions réunies, c'est-à-dire l'inflammation des veines et une cause possible de viciation du sang, il nous sera impossible de déterminer exactement la part de chacune de ces causes. Après un examen minutieux, mais sans vouloir m'exprimer d'une façon dogmatique, voici les conclusions auxquelles mon expérience m'a conduit : 1° dans la phlegmatia dolens des femmes en couches, le phénomène morbide le plus frappant est l'inflammation et l'oblitération des veines ; 2° dans la plupart des cas, cet état inflammatoire s'étend aux veines de l'utérus, où, suivant toute probabilité le mal a pris sa source ; 3° toutefois des considérations de diverses natures nous ont conduit à conclure que la maladie des veines crurales n'est pas une propagation rétrograde de l'inflammation des veines utérines, mais bien que le phénomène primitif est une altération du sang, que les effets produits sur la jambe ont commencé isolément, de telle façon que la phlébite utérine et crurale, quoique anatomiquement continue, est pourtant pathologiquement distincte ; 4° qu'une altération du

(1) Mackensie, *Medico-surgical Society*, 1853.

(2) Mackensie, *Lancet*, 9 mars 1853, p. 276.

sang, qu'elle soit primitive ou secondaire, peut être dans la plupart des cas, sinon dans tous, considérée comme un élément de la maladie, plus important qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Ces conclusions comprennent tous les cas de phlegmatia dolens dans l'état puerpéral ou en dehors de ces conditions, même dans les cas qu'on observe chez l'homme. Je crois donc qu'elles peuvent fournir une explication (si tant est qu'on en puisse donner une) de la plupart des phénomènes vitaux de la maladie. Elles sont toutes appuyées sur des autopsies. En même temps on ne peut pas nier qu'il y ait encore un large champ ouvert aux recherches sur l'état du sang dans les parties malades. Ni la chimie, ni le microscope, n'ont encore dit leur dernier mot.

#### § VI. — Causes.

Les causes occasionnelles paraissent être généralement le froid ou quelque trouble utérin antérieur. Dans presque tous les cas que j'ai observés, les accouchées avaient quitté leur lit trop tôt après l'accouchement.

#### § VII. — Pronostic.

Nous ne pouvons pas dire que la maladie soit exempte de tout danger, surtout quand elle est intense ; cependant la proportion des morts est si petite que le plus souvent, même dans des cas sérieux, notre pronostic peut être favorable. Le danger, je le crois, peut être calculé d'après l'état de l'utérus. J'ai aussi vérifié la remarque de Stokes, qui prétend que la gravité des symptômes généraux est souvent en raison inverse du gonflement de la jambe.

[[Cependant le pronostic présente toujours une certaine gravité, car il n'est pas impossible de voir survenir la mort subite, quand quelque caillot vient à se détacher sous l'influence des mouvements de la malade et est entraîné dans la circulation.]]

#### § VIII. — Diagnostic.

Les signes caractéristiques de la maladie sont : l'époque de son invasion après l'accouchement ; les symptômes utérins antérieurs ; la douleur le long de la cuisse et de la jambe ; le gonflement, mais surtout l'état de la veine fémorale, qui est douloureuse, dure, ressemblant à une corde. Quand la plupart de ces symptômes existent, il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de la maladie.

#### § IX. — Traitement.

L'état de la patiente après l'accouchement devra, de toute nécessité, faire varier l'activité du traitement.

En thèse générale, on n'aura pas besoin de recourir à la saignée; cependant, si la patiente est pléthorique, si elle est à peu près rétablie de son accouchement et si la maladie débute violemment, on pourra conseiller des sangsues en quantité proportionnée à l'intensité du mal, appliquées sur le trajet de la veine fémorale, dans les aines ou au mollet; des cataplasmes favoriseront après leur chute l'écoulement du sang. Si le soulagement n'est pas très-marqué, on pourra en renouveler l'emploi en nombre moindre, une fois ou deux encore.

Comme il existe presque toujours en même temps des troubles intestinaux, on administrera des remèdes appropriés à leur état. S'il n'y a pas de diarrhée, on donnera un laxatif (1) et de préférence un purgatif salin. J'ai eu beaucoup à me louer du tartre stibié donné en même temps que le purgatif pendant la période aiguë. On pourra également avoir recours aux purgatifs salins effervescents. Les opinions varient sur l'effet des vésicatoires. Quelques auteurs les considèrent comme de véritables spécifiques.

Sankey (2) en parle dans les termes suivants. « Ce que je considère comme un véritable spécifique, c'est un vésicatoire appliqué sur le mollet aussitôt que la maladie est constatée. J'applique le premier sur le mollet; car c'est là que la douleur est tout d'abord la plus vive, et je crains moins qu'il ne se guérisse pas que si je l'appliquais plus bas. Si le besoin s'en fait sentir, je répète le vésicatoire tous les deux ou trois jours, et j'applique les suivants au-dessus et au-dessous du premier, suivant le siège de la douleur. D'autres, comme Dewees, le rejettent comme nuisible. Suivant moi, ils sont souvent utiles, quoique je croie, dans bien des cas, les fomentations térébenthinées tout aussi avantageuses.

Dans les cas plus aigus, plus graves, et surtout s'il y a des preuves d'irritation ou d'inflammation de l'utérus, il sera bon de donner de petites doses de calomel et d'opium jusqu'à ce que les symptômes sérieux aient cédé ou jusqu'à ce qu'on ait placé toute l'économie sous l'influence du mercure. Dans les cas plus légers, on conseillera un purgatif mercuriel dont il sera très-rarement utile de continuer l'usage régulier. Quand la douleur est vive, quand la malade est irritable, agitée, privée de sommeil, on se trouvera bien des opiacés, et concurremment Denman recommande les diaphorétiques et les diurétiques (3).

Lorsque ces moyens ont fait justice de la période aiguë, que les symptômes généraux se sont amendés, il faudra modifier le traitement; on fera sur le membre malade une légère compression au moyen d'une bande de flanelle, on fera des fomentations térébenthinées ou légèrement excitantes. Denman dit à ce sujet: « Alors à ce moment, *mais pas avant*, on fera sur la jambe une très-légère compression au moyen d'une bande de flanelle,

(1) Dewees, *Diseases of females*, p. 492.

(2) Sankey, *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. X, p. 402.

(3) Denman, *Introduction to midwifery*, p. 509.

qu'on serrera lentement et graduellement chaque jour. On fera des onctions avec le liniment volatil ou avec un liniment ainsi composé :

℞ Liniment de savon..... 3 parties.  
Teinture de cantharides..... 1 partie.

auquel on ajoutera quelquefois une légère quantité d'onguent mercuriel. On a préconisé aussi à cette période l'application successive de petits vésicatoires, et cela avec grand avantage. On a essayé de l'électricité, mais je ne me considère pas comme un bon juge de ce moyen thérapeutique. Beaucoup de malades se sont évidemment bien trouvées de l'usage longtemps continué de bains de mer chauds, et on doit les encourager à prendre avec grande modération un peu d'exercice. On pourra donner aussi, avec grande utilité, des toniques, la décoction d'écorce de quinquina associée à de l'acide sulfurique dilué. A tous ces moyens, on joindra une alimentation convenable, graduellement augmentée; bouillons, vin, bière, etc. Si, à un moment donné de la maladie, les lochies prenaient de l'odeur, on emploierait deux ou trois fois par jour des injections d'eau, ou d'eau et de lait tiède.

[Dans le traitement il ne faudra pas négliger de donner au membre une attitude favorable. On le placera dans l'élévation, en ayant soin de veiller que le membre, dans toute son étendue, porte également sur le plan incliné]. [[On recommandera à la malade de ne pas faire de mouvements trop considérables et surtout d'éviter de se lever, dans la crainte de favoriser le détachement d'un caillot qui pourrait déterminer une embolie de l'artère pulmonaire rapidement mortelle.]]

## CHAPITRE IV

## FOLIE PUERPÉRALE

La femme peut être atteinte de folie puerpérale pendant la grossesse ou pendant le travail, ou après l'accouchement. La folie, dans les deux derniers états, occupera notre attention dans ce chapitre. Le délire temporaire qui survient pendant le travail a été décrit par Montgomery. Elle apparaît surtout à deux périodes du travail; d'abord au passage de la tête au travers du col utérin et ensuite au moment où elle franchit l'orifice. Il semble qu'on doive en attribuer l'explosion aux souffrances extrêmes de cette période, agissant sur un tempérament irritable et nerveux. L'accès est temporaire et ne dure généralement que quelques minutes et se calme aussitôt. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que le malade a presque toujours conscience de ces divagations. Montgomery fait les remarques suivantes: « Cet accès vient subitement, pendant un travail même naturel,