

LA CLINIQUE.

11^E ANNÉE

JUIN 1896

NO. 11

Travaux Originaux.

DE LA CONDUITE À TENIR PENDANT LA PÉRIODE DE
DÉLIVRANCE
DANS L'ACCOUCHEMENT À TERME.
PAR LE DOCTEUR G. E. LARIN

AVANT PROPOS.

Dans le précis d'obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage, on li
au chapitre consacré à la délivrance : " Il est une période fertile en inci-
dents et en accidents, qui demandent de la part de l'accoucheur du sang-froid
et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se
succèdent alors et des complications qui peuvent survenir."

Cette assertion ne peut être niée. Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré dans sa clientèle civile des faits qui prouvent la fréquence et la gravité même de ces incidents et de ces accidents de la délivrance.

Je n'ai pu moi-même échapper à la loi commune. Presque au début de l'exercice de ma profession, le hasard, pour m'éprouver rudement, je suppose, me mit en face d'une hémorrhagie presque foudroyante.

Le travail pénible de sept heures durant auquel je dus m'astreindre, la somme d'énergie que je dus déployer, le nombre des difficultés vaincues, la gravité énorme de la responsabilité qui m'incombait et les symptômes de neurasthénie que je présentai pendant un certain temps, me firent bien comprendre toute la vérité et toute l'importance de la proposition de Ribemont. Dessaignes et Lepage plus haut citée.

Aussi, dès qu'il s'est agi de présenter un travail sur une partie de l'obstétrique, je me suis tout naturellement senti porté à étudier de nouveau le second acte de l'accouchement. C'est celui qui des deux est sans contredit le plus important, et celui dont l'étude est malheureusement le plus négligée. Je suis bien persuadé " qu'une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent alors et des complications qui peuvent survenir," indiquera toujours à l'accoucheur le traitement le plus efficace. Les résultats déplorables que la maladresse ou l'ignorance malheureuse et coupable pourrait entraîner, deviendraient ainsi de plus en plus rares.

L'observation personnelle de l'accident redoutable auquel je faisais tantôt allusion, et que l'on trouvera dans ce travail dans toute son exacte et triste réalité, démontre bien qu'au moment même le plus inattendu il peut nous arriver un accident grave, très-grave, quelquefois fatal même.

Et c'est pour cette raison surtout que, tout en m'appuyant un peu sur mon expérience, encore bien faible, il est vrai, j'ai résolu de résumer sur ce sujet les notes prises aux diverses leçons et cliniques de mes différents professeurs, mais de M. Pinard en particulier, dont je me flatte d'avoir été pendant un semestre le bénévole stagiaire. Je lui offre ici, ainsi que l'usage le permet, l'expression de ma profonde gratitude. Je suis heureux d'exprimer ce même sentiment à l'égard de tous mes autres professeurs, tant de Paris que de Montréal.

HISTORIQUE.

De tout temps cette question a embarrassé le praticien. Depuis Hippocrate jusqu'à Ruysch (1750) les médecins n'avaient qu'un but, celui d'extraire le plus rapidement possible le placenta. A cette fin, ils employaient divers procédés : la pression sur le ventre, les efforts de toux, de vomissements, etc.

Ambroise Paré, Guillemont et Mauriceau poursuivaient le même but et se hâtaient de débarrasser au plus tôt la femme de l'arrière faix : ils considéraient que le mort tue le vif. Ruysch, après une dissection de plusieurs femmes récemment accouchées, y signale au niveau des trompes l'existence d'un muscle auquel il attribue la propriété de décoller et d'expulser le placenta sans l'auxiliaire de la main dans l'utérus. Pendant cinquante ans cette donnée eut un certain retentissement. Mais c'est à partir de Guizot que le soin de l'expulsion du placenta est confiée à la nature. Et, à la même époque, Levret démontre, de la façon la plus nette, que la conduite à tenir ne peut être unifiée et qu'elle est sujette à des variations multiples.

Depuis, les choses ont peu changé : A l'étranger, deux camps se sont formés ; les uns sont temporisateurs, les autres, immédiats. En France, le professeur Dubois, parlant de la conduite à tenir pendant la délivrance, disait : " Quand vous aurez attendu un certain temps, 10, 15 minutes, alors vous ferez des tractions sur le cordon." De son côté, le professeur Pajot s'élevait dans son enseignement contre cette question dite d'horlogerie, ne reconnaissant pas à la nature la faculté de se soumettre à ces distinctions arbitraires, et il disait : " Vous ne ferez vos tractions que lorsque le placenta sera décollé." Et le professeur Tarnier ajoutait : " décollé et tombé sur le segment inférieur de l'utérus. "

Telle est en peu de mots la conduite tenue jusqu'en ces derniers temps.

DELIVRANCE.

MILLE (1000) OBSERVATIONS.

Voici un tableau composé de mille observations recueillies à la Maternité Beaudelocque, dans le service de M. Pinard, et publiées dans Ribemont-Dessaignes et Lepage. Ce tableau, comme on le voit, comprend trois catégories.

Dans la première, délivrance spontanée, la nature fit tout.

Dans la deuxième, délivrance naturelle, l'art n'est intervenu que dans des conditions particulières.

Enfin, dans la troisième, délivrance artificielle, on est intervenu dans les trois périodes de la délivrance : décollement, engagement et extraction.

TABLEAU

I. DELIVRANCE SPONTANEE.		II. DELIVRANCE NATURELLE.		III. DELIVRANCE ARTIFICIELLE.	
Le placenta a été expulsé spontanément.		La délivrance a été faite.		On est intervenu.	
17 fois après l'accouchement		27 fois 20 min. après l'accouchement		3 fois immédiatement après l'accou.	
42 "	5 min. après l'accouchement	34 "	25 "	3 "	15 min. après l'accouchement
42 "	10 "	115 "	30 "	2 "	20 "
28 "	15 "	157 "	35 "	3 "	30 "
19 "	20 "	184 "	40 "	2 "	50 "
38 "	30 "	90 "	50 "	3 "	1 h "
24 "	40 "	118 "	1 h. "	1 "	2 h "
1 "	1 h. $\frac{1}{2}$ "	33 "	1 h. $\frac{1}{2}$ "		
3 "	2 h. $\frac{1}{2}$ "	9 "	2 h "		
1 "	3 h. "	3 "	2 h. $\frac{1}{2}$ "		
		1 "	3 h. "		
		3 "	3 h. $\frac{1}{2}$ "		
		2 "	4 h "		
		2 "	5 h "		
		1 "	6 h "		

Avant d'entrer dans le vif du sujet, voyons d'abord quels sont les phénomènes cliniques qui se passent au niveau du placenta et de la membrane interne de l'utérus, et nous examinerons ensuite ceux qui se manifestent dans l'organisme.

PHÉNOMÈNES LOCAUX.

Le premier phénomène à observer après l'expulsion du fœtus, concerne la situation, la forme et le volume de l'utérus. Pour le constater, il faut reporter la main sur la paroi abdominale à la recherche de l'organe gestateur. Le plus souvent, il est situé à droite, un peu au-dessous de l'ombilic, et il a la forme globuleuse.

Il y a quinze à vingt ans, en France, l'on disait : " Dès que le fœtus est expulsé, il faut reporter la main sur la paroi abdominale, pour se rendre compte s'il y a ou non un autre fœtus." Aujourd'hui, grâce au palper abdominal, l'on fait son diagnostic avant l'accouchement, et, celui-ci terminé, nous ne recherchons l'utérus que pour constater son état et la position qu'il occupe dans l'abdomen. Un moyen capital de s'assurer de l'état de l'utérus, c'est le caractère du pouls à la radiale ; s'il est lent et normal, on peut être tranquille, mais s'il est fréquent, sans élévation de température, on peut être sur ses gardes, car on aura presque sûrement maille à partir avec une hémorrhage.

En résumé, si l'utérus est situé au-dessous de l'ombilic et si le pouls est lent, on peut être tranquille. Il est cependant des cas où l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic, sans qu'il y ait imminence de danger pour la parturiente, et c'est souvent alors dû à une distension de la vessie par rétention d'urine. Le cathétérisme doit alors être pratiqué sans plus de retard.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX.

On sait à quelles douleurs poignantes les femmes sont en proie pendant la période d'expulsion du fœtus. Il se produit toujours alors dans le canal génital des fissures ou des déchirures plus ou moins profondes, et les femmes éprouvent à la fois des sensations de compressions, de brûlures et de cuisson. Cependant il succède bientôt un bien-être qu'elles savent bien définir. Mais ce bien-être ne dure qu'un court moment, et assez souvent les femmes sont prises d'un violent frisson comme dans la période clonique de l'éclampsie. Il n'est cependant pas de mauvaise nature, étant d'ordre réflexe : il est à la pé-

riode d'expulsion ce que sont les vomissements à la période de dilatation. Qu'elle ait un frisson ou non, qu'elle soit primipare ou multipare, la femme est bientôt arrachée de ce bien-être, elle éprouve des contractions qu'elle accuse par des plaintes et la désespérance reparait. Ces contractions sont plus douloureuses chez la multipare que chez la primipare. On les appelle tranchées et dans certains cas elles sont si intenses qu'elles nécessitent, post partum, une médication spéciale. Ces douleurs coïncident avec l'expulsion du placenta avec ou sans hémorrhagie. Le nombre et l'intensité de ces douleurs varient avec chaque utérus. Les utérus ne sont pas tous impressionnables au même degré, c'est comme le caractère d'un chacun. Ces douleurs donnent la sensation de constriction abdominale et lombaire à laquelle s'ajoute celle de pesanteur. Alors les femmes crient que "ça pousse, et qu'elles vont accoucher de nouveau." Que s'est-il donc passé? Le placenta s'est décollé et s'est laissé choir sur le segment inférieur de l'utérus, le périnée s'est distendu, puis le placenta a été expulsé. Cette synergie des contractions utérines et des efforts de la femme peuvent être la cause de déchirure et de rétention des membranes.

En résumé, la femme est passée par trois phases distinctes : I. Bien-être presque indéfinissable. II. Frisson. III. Trouble et agitation pénible provoqués par des contractions. Cette dernière phase correspond à la distension du périnée, à l'ouverture de la vulve, puis à l'expulsion du placenta.

CHAPITRE I.

Quelle conduite tenir? D'une manière générale il faut explorer la paroi abdominale toutes les cinq minutes, et se rendre compte du mouvement ascensionnel (1 à 2 pouces) que subit le fond de l'utérus; surveiller le caractère du pouls. Il ne faudrait pas s'étonner s'il était intermittent, car il aurait une signification tout aussi heureuse que celle du ralentissement. Ce n'est que lorsque la femme commence à pousser, (troisième période) que l'on est autorisé à faire l'exploration interne.

Et c'est surtout à ce moment de l'acte obstétrical que les précautions antiseptiques doivent redoubler, attendu que toutes les bouches absorbantes depuis l'orifice vulvaire jusques au fond de l'utérus, sont béantes et prêtes à engoulir les germes septiques. Donc, avant toute intervention interne, lavage des mains dans un liquide antiseptique, puis le cordon légèrement tendu servira de guide pour le toucher. Et selon que le placenta se présentera par un de ces trois modes : face fœtale, face utérine ou bord, l'intervention variera. Quelquefois l'on rencontrera immédiatement le placenta se présentant par son bord; dans ce cas, il se sera échappé du sang — hémorrhagie

physiologique — et au doigt on aura d'un côté la sensation de la face foetale et des membranes, de l'autre côté sensation de la face utérine et des cotylédons. Quelquefois cependant les membranes masquent toutes les sensations de surface rugueuse. Dans ce cas on peut dire que le placenta est décollé. Cette constatation faite, Pinard conseille fortement d'intervenir et de ne pas laisser à la nature le soin d'expulser le placenta, car il peut rester alors dans la cavité utérine quelques lambeaux de membranes qui peuvent être le point de départ d'une infection. Dubois, qui était un observateur sagace et un clinicien de premier ordre, Cazeaux, Depaul et ses élèves firent des expériences dans lesquelles ils constatèrent que le placenta décollé et tombé sur le segment inférieur peut y rester longtemps. Il reste à se demander si le placenta peut y séjourner 24 à 48 heures sans devenir " un corps étranger." Je me souviens avoir entendu dire à M. Pinard qu'il avait observé un placenta tombé sur le segment inférieur de l'utérus depuis trente-six heures donner lieu à un commencement de putréfaction. Sans insister autrement sur la putréfaction, qui est cependant un fait capital, il arrive souvent que, lorsque le placenta se présente par sa face foetale, et que les membranes sont un peu adhérentes, le sang, en s'écoulant en arrière d'elles, emplit la poche formée par ces membranes et détermine une hémorrhagie secondaire. La conduite de nos prédécesseurs était donc rationnelle en ne laissant point à la nature le soin d'expulser le placenta. Ajoutons à toutes ces raisons qui doivent nous engager à faire la délivrance naturelle, une autre raison d'ordre moral, c'est que la femme n'est pas tranquille tant que tout n'est pas fini. De plus, si on la laissait dans cet état, les sources d'infection seraient toujours à craindre. Voilà donc plus de raisons qu'il n'en faut pour être partisan de l'intervention.

Mais, à quel moment intervenir, et comment ?

On ne doit pas intervenir tant que le placenta n'est pas décollé. Voilà ce que Pajot a enseigné pendant vingt ans dans le grand amphithéâtre de la faculté de médecine. Ceci est parfait au point de vue didactique; c'est loin d'être précis et suffisant au point de vue clinique.

Dans un de ses livres on lit :

" L'on peut commencer des tractions sur le cordon, quand le placenta est sur le segment inférieur. "

Mais il y a des circonstances dans lesquelles le placenta est là, et qu'il y a encore des adhérences. Il sera donc plus précis de dire : " Il faut intervenir quand le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus, engagé dans le vagin et que l'insertion du cordon sur le placenta est trouvée. " Si toutes ces circonstances ne sont pas réunies, il vaut mieux attendre et ne pas intervenir.

Peut-on dans tous les cas arriver sur l'insertion du placenta ? Non. Dans quel cas ? Toujours accessible quand, dans la présentation de la face foetale

ou de son bord, il ne l'est pas dans la présentation utérine, et l'on comprend facilement que dans ce cas l'insertion du cordon est en arrière.

L'insertion du cordon étant trouvée, avec présentation de la face foetale ou du bord du placenta, quel mode suivre? Quel procédé d'intervention employer?

Deux méthodes sont en présence : A. La méthode de traction ; B. La méthode d'expression.

La première consiste simplement à faire des tractions sur le cordon. Elle est plus que séculaire, La seconde n'a existé d'abord qu'à l'état rudimentaire, Elle fit grand bruit en Allemagne et en Angleterre de 1853 à 1861 et ne fut vulgarisée en France qu'en 1880 sous le nom de méthode de Créde. Fauchier, à Lyon, et Chantreuil, à Paris, en furent de chauds partisans. Cependant elle reçut un mauvais accueil par les maîtres de Paris.

Créde, en 1852, donna l'exposé de sa méthode, modifiée depuis. Elle consistait à saisir avec la main, une demi heure après l'expulsion du foetus, le fond de l'utérus pour aider aux contractions utérines et à l'expulsion du placenta. Ses élèves dépassèrent le but et conseillèrent de faire l'expression immédiatement après l'accouchement. Créde eut le tort de suivre ses élèves en disant : "Employez la méthode dès que les contractions se montrent, sinon faites les renaître." L'idée fut adoptée, cependant elle donna lieu à plusieurs accidents : rétention de membranes, inversion utérine, hémorrhagie, etc.

Bientôt en Allemagne plusieurs accoucheurs s'élevèrent contre cette méthode. A Paris Pinard la considéra comme une méthode antiphysiologique et est demeuré plutôt partisan de la traction sur le cordon, mais pratiquée dans les conditions plus haut indiquées : Placenta décollé ; tombé sur le segment inférieur de l'utérus, engagé dans le vagin et l'insertion du cordon auparavant constatée sans adhérence des membranes.

Le Professeur Pajot disait : " Je tends et j'attends ", mais dans quelle direction tirer ? Pajot disait : " Tirez dans l'axe du canal génital". Mais la question n'est pas là, il en est une qui prime toutes les autres. Où est le cordon ? Si le placenta se présente, par sa face foetale, le cordon sera au centre, alors les tractions devront être faites de haut en bas, le siège étant toujours élevé sur des draps repliés. Si le cordon est en arrière, comme dans la présentation utérine, les tractions seront faites de bas en haut. Si le placenta se présente par son bord, il y aura bien des chances pour que les membranes soient courtes d'un côté, et tirillées en un seul point ; dans ces cas il faut que les tractions soient légères, tandis que dans la présentation foetale, tout en étant uniformes et régulières, elles peuvent être exercées avec un peu moins de ménagement. Le siège de la femme étant élevé, on saisit le cordon aussi près de la vulve que possible, d'une main, avec de la ouate antiseptique. Depaul recommandait d'appliquer l'autre main sur la paroi abdo-

minale, pour voir s'il n'y aurait pas un commencement d'inversion utérine, ce qui dans notre cas n'est plus possible, puisque le placenta est décollé. Cependant avec une main sur l'utérus, on en presse le fond d'avant en arrière, et de bas en haut, pour réduire l'anteversion qui existe toujours ; d'autre part cette main renseigne aussi sur l'état de l'utérus. S'il se durcit, et prend cette consistance ligueuse, si caractéristique de la contraction, on suspend alors la traction pour éviter la déchirure des membranes, et si à ce moment là, la femme veut pousser, il faut l'en empêcher. Quand le placenta suspendu est retenu par les membranes, on a donné le conseil de le saisir avec les mains et de lui faire trois mouvements de rotation en l'extrayant. Cette méthode est mauvaise si le placenta se présente par sa face fœtale, car le sang accumulant en arrière des membranes peu adhérentes qui se décolleront, formera en certains points des poches remplies de sang. Si au contraire les membranes viennent d'elles même, la méthode n'offre aucun désavantage.

Mais que faire si l'expulsion du placenta s'est faite avec membranes coupées et bords déchiquetés ? Attendre, et ne jamais aller à la recherche des membranes avec la main dans l'utérus. Le placenta ne se présente pas toujours par sa face fœtale ou par son bord, souvent c'est par la face utérine, et alors, au toucher on sent un corps mou, difficile à reconnaître, on arrive sur les cotylédons, et comme la découverte de l'insertion du cordon est presque impossible, on ne fait pas de traction ni de tension, à moins — chose rare, — de l'avoir trouvée, car si l'on tirait, on retournerait le placenta et l'on déchirerait les membranes. Il faudra donc dans ce cas, recourir à la méthode d'expression.



CONDITIONS DANS LESQUELLES ON DOIT EMPLOYER LA MÉTHODE DITE D'EXPRESSION.

On peut rencontrer des difficultés pour reconnaître le point d'insertion du cordon, même quand le placenta est engagé, et se présente par sa face fœtale ou par son bord. Le cordon étant tendu, le doigt éprouvera quelquefois une sensation étrange, bizarre, mal définie, on trouvera un cordon s'insérant sur les membranes, "insertion velamenteuse du cordon," les vaisseaux sont dissociés, et comme l'union fait la force, il s'ensuit que le cordon est moins résistant que dans l'insertion franche du cordon sur le placenta, et que si alors on fait des tractions, on risque beaucoup de le rompre. On doit donc dans ce cas, ainsi que dans celui de la présentation utérine, recourir à la méthode d'expression, mais pratiquée d'une manière bien autre que celle recommandée par Crédé: appliquée la main à travers la paroi abdominale sur l'organe gestateur et le presser dans l'intervalle des contractions, car si l'on pratiquait des pressions pendant les contractions, l'utérus expulserait tout, et l'on aurait déchirure et rétention d'une partie des membranes. Cette manœuvre doit durer 10, 15 minutes, et même davantage. Il ne faut pas se hâter. Cette lenteur paraîtra peut-être désespérante à l'entourage et à la parturiente, mais patientez pour le salut de la femme et votre tranquillité.

Il n'y a qu'une chose qui puisse nous presser, c'est l'hémorrhagie — l'hémorrhagie pathologique, pas la physiologique. — L'hémorrhagie dans ce cas a deux manières de se manifester. Ou elle est presque foudroyante, le sang coule avec une rapidité telle, que les deux cuisses écartées en sont couvertes jusqu'aux genoux. Un rien peut quelquefois la provoquer, un accident, une émotion un peu vive, telle que la suivante: une femme ayant perdu son premier enfant est très heureuse d'en avoir un autre. Dans ce cas, quelquefois, l'utérus peu rétracté est resé haut et a alors une forme allongée, le pouls n'est pas encore rapide, il est plutôt lent. il y a inertie de l'organe, le placenta ne s'est pas décollé. On dirait que l'organe gestateur "s'est évanoui dans le ventre," tant il est flasque, il s'écoule alors un peu de sang. puis au bout de cinq minutes, un quart d'heure, le pouls s'accélère, la femme pâlit, elle entend des bourdonnements dans les oreilles, elle a des syncopes, si ça continue, coma, et puis tout est fini. En présence d'un drame aussi émouvant, il faut se hâter de recourir aux injections intra-utérines, irrigations avec eau bouil-

lie et extrêmement chaude, 48° cent., faites entre les membranes utérines et le placenta décollé et malaxant bien l'utérus, on fait décoller le placenta, et après son expulsion on continue les injections utérines ; si l'hémorrhagie ne cesse pas, on a alors affaire à une hémorrhagie foudroyante, l'utérus pisse le sang gros comme le poignet, la femme dit qu'elle ne voit plus clair et sent qu'elle s'en va, alors on applique la main sur l'abdomen et on comprime l'aorte abdominale au-dessus du fond de l'utérus. Ce moyen qui réussit admirablement et qui consiste à aplatir l'aorte contre la colonne vertébrale, donnera le temps de préparer l'eau chaude et de vous faire laver la main libre pour employer le moyen radical : la délivrance artificielle faite dans des conditions particulières en procédant de la périphérie au centre.

OBSERVATION PERSONNELLE

OBSERVATION D'UNE HEMORRHAGIE PRESQUE FOU- DROYANTE SURVENUE ENVIRON QUATRE MINU- TES APRES LA DELIVRANCE.

Au mois de novembre 1892, je suis demandé auprès d'une femme bien constituée, jouissant d'une bonne santé et dont les antécédents offraient à noter une forte hémorrhagie survenue après la délivrance à son deuxième accouchement.

Pas de syphilis, pas de glycosurie et pas d'albuminurie.

Elle en était alors à son quatrième accouchement. Le travail fut de courte durée, l'expulsion du fœtus normale, et quelques instants après, la délivrance se fit spontanément.

Remise dans son lit, l'utérus dessinait sous la main le globe utérin, le poulx battait 68, toutes choses que je considérais comme une garantie de sécurité, je passai dans une pièce voisine pour procéder à l'examen du placenta, quand la garde vint m'avertir que ma malade perdait beaucoup. J'accours aussitôt, j'enlève les couvertures et je vois une masse de sang énorme débordant les cuisses et s'étendant jusqu'aux genoux. Selon le précepte de Pinard, je recourus aux injections intra-utérines d'eau chaude à que j'inter-

romps de temps en temps pour faire selon l'état de la malade, tantôt une piqure d'éther ou d'ergotinine, tantôt pour administrer du café ou du cognac.

Sous l'influence de ce traitement l'écoulement se modère, mais dès que les injections intra-utérines sont suspendues, il reparait en abondance ; l'accouchée presque inconsciente désespère de sa situation et s'affaiblit de plus en plus. Je continue donc les injections. Pendant tout ce temps, le mari étendu en travers de la chambre ne bouge plus, la garde — qui n'était pas la vieille garde, — effrayée par la vue du sang et par la crainte sans doute d'assister à une mort certaine, s'était enfuie. Je fus sans aide aucun, forcé de remplir les fonctions du médecin et de garde. Quelle suée !

L'eau chaude incontestablement apaisa l'hémorrhagie et la contrôla jusqu'à un certain point, mais il fallut en continuer l'emploi pendant sept heures durant et lutter presque sans espoir ; quand je pus lui faire, avec l'aide d'un confrère amené par le mari sorti enfin de son apparente léthargie, un simulacre de tamponnement qui fit cependant cesser le sang de couler.

Ma malade très faible et presque exsangue, fit dans les jours suivants un peu d'infectior, car pendant ce traitement d'urgence, les lois de l'antisepsie ne purent être respectées. Deux mois après cet accident et au prix de soins incessants, elle était rétablie.

Cette observation renferme bien son enseignement, mais je ne la reproduis pas pour en tirer une conclusion d'ordre clinique à proposer comme exemple ; au contraire, c'est pour en faire la critique. Car en face de la persistance de l'hémorrhagie, j'aurais dû abandonner les injections d'eau chaude, introduire la main dans l'utérus, le vider de ses caillots, et le comprimer de dedans en dehors, ainsi que, du reste, le conseillent dans leur enseignement messieurs les professeurs Tarnier et Lamarche, ou bien, l'écoulement continuant, faire la compression de l'aorte abdominale, ainsi que le veut Pinard.

Mais ce qui m'a surtout frappé dans cette hémorrhagie, c'est d'abord la spontanéité avec laquelle elle s'est produite quand rien ne pouvait la faire prévoir, car l'accouchement, comme je l'ai dit, n'avait pas été long, ni trop laborieux ; le pouls battait 68 et le placenta soigneusement examiné prouva que l'expulsion s'était faite en totalité. En second lieu, c'est la lenteur d'action des injections d'eau chaude.

CHAPITRE II

EXAMEN DU PLACENTA

La délivrance faite artificiellement, ou naturellement, par tractions ou expression, il reste le placenta à examiner. Cet examen ne doit pas être fait seulement pour constater si la délivrance est complète et bien faite, mais aussi dans le but des indications à tirer dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

D'une manière générale, par l'inspection des membranes maternelles, on ne peut pas toujours dire si la délivrance est complète. Souvent il en reste des débris dans l'utérus qui sont éliminés avec les lochies dans les jours qui suivent. Si l'examen des membranes n'est pas positif, il n'en est pas de même du placenta. Il faut s'assurer si sa forme est normale, si elle n'est pas irrégulière, voir s'il n'y a pas de cotylédons supplémentaires, chercher sur les membranes s'il n'y a pas de trace de rupture de vaisseaux, peser le placenta, constater s'il est volumineux par rapport au poids de l'enfant. Quoique ce ne soit pas un critérium, si le placenta est volumineux par rapport à l'enfant, il y a bien des chances pour que celui-ci soit syphilitique. De là, indication très-utile au point de vue de la famille et de la société en général. Si, par exemple, avec un fœtus de sept livres on a un placenta d'une livre et quart, environ, comme la chose est arrivée sous mes yeux à Beaudelocque, il est presque certain que l'enfant est syphilitique, et Pinard, d'après ce seul signe

porta le diagnostic de syphilis de l'enfant, diagnostic qui fut confirmé par les aveux du père.

Souvent il existe des foyers hémorragiques dans le placenta des albuminuriques, qui, pendant leur grossesse, ont peu ou presque pas présenté de symptômes d'albuminurie. La découverte de ces foyers hémorragiques est souvent dans les maternités, depuis que l'on examine avec soin les placentas, le premier indice révélateur de la lésion rénale, et je me souviens avoir entendu dire à Pinard qu'il avait un jour diagnostiqué chez la femme d'un confrère l'albuminurie, par l'examen du placenta.

Du reste, ces faits sont devenus d'une constatation presque quotidienne dans toute maternité bien tenue, et, pour ma part, je me souviens avoir vu un grand nombre de placentas albuminuriques et syphilitiques, à la maternité Beaudelocque et à la maternité de la rue d'Assas.

L'examen du placenta est donc nécessaire au point de vue du volume, du poids, de la constitution, de la consistance et de l'altération de ses cotylédons.

CHAPITRE III

OBSTACLES A L'ENGAGEMENT DU PLACENTA

Il est des cas où le placenta ne s'engage pas. Quelles sont donc les causes qui l'empêchent? Dans une première catégorie de cas, le décollement (premier temps) existe, cependant il ne tombent pas sur le segment inférieur. Au palper, l'utérus a sa forme régulière, seulement sa situation est anormale, le fond est trop élevé. Il n'existe pas de phénomènes généraux, d'hémorragie. On fait le toucher et l'on n'arrive pas sur le placenta. Et pourquoi? Quelquefois c'est dû à une cause mécanique, telle que la réplétion de la vessie qui en empêche l'engagement normal (tumeur physiologique.)

Dans la deuxième catégorie, la cause peut être due à une tumeur fibreuse, implantée sur le segment inférieur de l'utérus ou même à la partie supérieure de l'organe gestateur, et qui peut, après l'expulsion du fœtus, tomber, s'invaginer et oblitérer le conduit. Alors il faut introduire la main dans l'utérus, libérer le conduit, extraire le placenta avec les doigts, puis il pourrait y avoir pareillement des tumeurs périphériques : kystes de l'ovaire, etc., etc.; dans ce cas l'intervention est simple.

Troisième catégorie. Il n'existe pas de tumeur, le placenta n'est pas tombé, et la femme est accouchée depuis une ou deux heures; ou bien il y a au niveau des organes génitaux un écoulement sanguin, le linge souillé d'un

peu de sang ou encore la femme ne perd pas du tout. Dans ce cas, le placenta peut être retenu dans la cavité utérine parce qu'il ne s'est produit aucune contraction (inertie), ce qui est la cause la plus fréquente, à la suite de fatigue excessive de l'organe ou de l'organisme. L'utérus a perdu de son ressort, il est comme un chiffon de papier.

Il y a des cas où ni l'organe, ni l'organisme ne sont fatigués et où le placenta ne s'est pas décollé du tout ; dans ce cas, la cause la plus fréquente est l'adhérence anormale des membranes, dont les contractions ne peuvent venir à bout. Ces adhérences sont tantôt partielles tantôt complètes.

Parmi les autres causes, on peut citer la rétraction d'une partie de l'utérus, contractions irrégulières et spasmodiques, enclatement, encadrement enkystement. Cet accident peut se produire, chez certaines femmes ayant une physiologie particulière, quand l'utérus a été excité d'une façon anormale, soit par un agent eucytocique, soit par l'adhérence des membranes.

En face du cas cité plus haut, perte, expulsion depuis une heure, placenta non décollé, que faire ? Les uns attendent, d'autres interviennent. Il est de règle absolue d'intervenir si l'anémie est aiguë ; d'autre part, l'intervention doit être aussi la règle, attendu que l'on ne sait pas quand l'écoulement cessera. Dans ces cas c'est à la délivrance artificielle qu'il faut recourir.

La femme ne perd pas de sang du tout. Que faire ? Attendre ou intervenir ? Aucune cause mécanique n'empêche son expulsion, au palper, l'utérus a une forme irrégulière. Si l'on n'intervient pas, l'enclatement physiologique qui existe déjà deviendra pathologique et l'on sera empêché d'entrer dans la cavité utérine.

Peut-on compter sur la rétraction et la contraction de l'utérus pour décoller le placenta ? Non, car à l'autopsie, c'est avec grande peine que le scalpel parvient à l'en séparer. Aussi la putréfaction peut venir facilement compliquer la situation davantage. En général, dans ce cas, il faut attendre au maximum 2 heures et recourir à la délivrance artificielle.

Placenta adhérent d'une façon partielle et anormale. — La main introduite a rarement à lutter contre un canal rétréci, elle suit le cordon, et se dirige jusqu'à l'endroit adhérent et explore bien la paroi utérine, et alors avec les doigts doublés des membranes, on s'efforce de décoller le placenta, pendant qu'avec l'autre main on fait de légères tractions sur le cordon.

Tout le temps de l'exploration on fait suivre la main d'une canule en verre qui laisse écouler de l'eau chaude. En même temps qu'elle excitera l'utérus elle aura une action antiseptique. Dans les cas heureux cette intervention sera facile et couronnée de succès.

Si l'adhérence est complète et la pénétration de la main dans la cavité utérine encore possible. — On se rend compte de l'insertion du cordon sur le placenta ; puis, combinant le toucher intra-utérin au palper abdominal, on

aura la sensation d'un utérus farci de fibrômes interstitiels. Levret l'avait démontré.

La paroi utérine est massée autour du placenta. Il faut bien se garder de perforer le placenta par son centre, car physiologiquement il commence toujours par se décoller par sa périphérie. En respectant l'insertion du cordon sur le placenta, on délimite sa périphérie avec les doigts doubles des membranes, sur les points où l'adhérence est moins intense, et, procédant de dehors en dedans, on le décolle peu à peu. Pendant tout ce temps, la main à travers la paroi abdominale nous guide. Si la main dans l'utérus se paralyse, on la retire, et l'on fait des injections d'eau chaude intra utérines, car, dans ces cas, l'utérus perd souvent, et les syncopes sont à redouter et à prévenir. Il faut être en même temps d'une antiseptie sévère. Ces cas sont rares heureusement, car c'est la partie la plus délicate et en même temps la plus pénible de l'obstétrique.

Jusqu'à présent on n'a assisté qu'à une série de faits naturels, physiologiques, compliqués par un défaut d'intervention tardive, ou par une intervention en dehors du moment [d'éciton. Mais, si l'enclôture est partielle ou totale, et que l'utérus irrité soit devenu tétanique au point de former une barrière infranchissable à la main, que faire ? Il faudra employer la morphine en injections hypodermiques, et recourir à l'anesthésie prolongée par le chloroforme ; on aura alors des chances de pénétrer dans un canal extrêmement étroit. Si cependant ce moyen ne réussissait pas, il faudrait employer le dilateur de Champetier, qui agirait comme corps étranger. L'utérus reprendrait sa consistance, le ballon serait expulsé et le placenta suivrait.

En dehors de ces cas, si on est appelé auprès d'une femme non délivrée, que le placenta ne soit pas décollé et que le cordon soit rompu par une manœuvre inhabile, que faire ?

Pénétrer dans l'utérus, et faire la délivrance artificielle. S'il y avait tétanisation, on recourrait au moyen ci-dessus indiqué.

Maintenant, si l'extraction n'est pas faite et qu'après des tentatives sur le cordon l'on ait administré 1, 2, 3, 4 drachmes de seigle ergoté, que faire ?

Si le ballon de Champetier nous manque, on emploie le chloroforme et l'on parvient par le cathétérisme digital à introduire un, deux puis trois doigts, puis à passer derrière le placenta et à l'arracher par portion. Cette intervention est souvent laborieuse et peut durer plus de deux heures. Il faut toujours dans ces interventions accompagner ou faire suivre ces manœuvres d'injections d'eau très-chaude.

DE L'HEMORRHAGIE

DANS LES CAS DE PLACENTA PRÆVIA, LORSQUE LE FŒTUS
EST MORT ET MACÉRÉ.

— PAR —

LE DOCTEUR J. A. OUIMET

L'hémorragie est la complication la plus fréquente et la plus grave qui accompagne l'insertion vicieuse du placenta. Elle coûte souvent la vie à l'enfant, et quelquefois à la mère.

L'enfant mort, l'hémorragie s'arrête-t-elle? La mère est-elle à l'abri du danger?

La question est importante; elle a été agitée et résolue autrefois dans l'affirmative.

On pensait avec Moreau que, le fœtus mort, il se produisait dans l'utérus une cessation de circulation utéro-placentaire; un arrêt de l'hémorragie; et l'on en fournissait des exemples. Ces exemples étaient vrais, mais n'étaient pas justement interprétés. Le fœtus était mort, l'hémorragie s'arrêtait, ces deux faits n'étaient pas contestables. Mais, étaient-ils la conséquence l'un de l'autre? On ne le croit plus aujourd'hui. On ne le croit plus, parce qu'on connaît mieux l'anatomie et la physiologie du placenta. On sait l'indépendance des circulations maternelles et fœtales, l'arrêt de la seconde n'entraînant pas l'arrêt de la première.

Puis les cas sont pas rares où l'on voit, dans les insertions vicieuses du placenta, l'hémorrhagie se produire après la mort du fœtus.

Aussi, à l'heure actuelle, le procès de cette ancienne théorie n'est plus à faire. Les faits eux-mêmes sont venus la détruire. Mais ces faits sont épars. Il m'a paru intéressant d'en rassembler quelques-uns et de les opposer aux observations sur lesquelles reposait la théorie de Moreau qui dit : " Le fœtus mort, l'hémorrhagie cesse dans les cas de placenta prævia. Je tâcherai donc de faire :

I. Une étude rapide des diverses théories, expliquant le mécanisme de l'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, et surtout la théorie de l'hémorrhagie inévitable.

II. L'expose de la théorie de Moreau.

III. L'énumération des causes qui peuvent arrêter l'hémorrhagie, ou la prévenir en cas de placenta prævia, sans faire intervenir la mort du fœtus.

IV. Les modifications observées dans la circulation utéro-placentaire à la mort du fœtus.

V. Des faits cliniques démontrant que l'hémorrhagie peut se produire dans les cas de placenta malgré la mort du fœtus.

DE L'HÉMORRHAGIE INÉVITABLE.

Lorsque l'hémorrhagie observée dans les cas de placenta prævia ne fut plus considérée comme inévitable, de nouvelles théories s'élevèrent pour expliquer son absence ou son arrêt. Parmi les causes invoquées, la mort du fœtus tient une grande place dans l'opinion des auteurs. Il nous faut donc étudier le mécanisme par lequel se produit l'hémorrhagie. Avant d'étudier les causes qui veulent expliquer l'arrêt de l'hémorrhagie, il est peut-être bon d'étudier les causes invoquées pour sa production. Du reste, ces deux points de la question sont intimement unis et se rattachent tous deux à l'étude de l'anatomie et de la physiologie placentaire.

Pendant longtemps, il y a peu d'années encore, le placenta était considéré comme le lieu de réunion, d'abouchement, des vaisseaux maternels et fœtaux.

Une solution de continuité quelconque du système vasculaire devait entraîner une hémorrhagie, une saignée commune à la mère et au fœtus. Aujourd'hui cette opinion n'est plus admise par personne. Ruysch avait déjà remarqué qu'une injection ne passe pas des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus. Vrisberg avait noté l'absence d'hémorrhagie à la surface du pla-

centa, lorsque l'enfant est expulsé avec l'œuf utérin, lorsque Bonamy fit ses injections et constata qu'elles ne passaient pas des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus. Les expériences faites par l'inoculation des microbes vinrent encore démontrer l'indépendance des deux circulations. Toutefois, faisons remarquer que cette dernière preuve n'est pas absolue, puisque la transmission intra-placentaire des affections microbiennes est aujourd'hui admise sous des conditions spéciales, et non encore complètement élucidées. Mais un fait absolument établi, c'est l'indépendance des deux systèmes vasculaires, et par suite des deux circulations maternelles et fœtales, qui affectent des rapports de contiguïté et non pas des rapports de continuité. Or, le siège de ces rapports de contiguïté se trouve dans le placenta. Si, sous l'influence d'un décollement du placenta, les vaisseaux fœtaux sont déchirés, ils peuvent saigner, mais l'hémorrhagie est surtout fournie par la mère, et, si le fœtus succombe, c'est plutôt par asphyxie que par hémorrhagie et anémie.

Voici ce que dit de Folle à ce sujet : " Ces décollements partiels et " répétés d'une portion plus ou moins grande du placenta, ont pour résultat " de diminuer graduellement pour l'enfant la nutrition qui se fait par l'inter- " médiaire de cet organe. De plus, si vous aviez présent à l'esprit l'anatomie " du placenta, vous repousseriez avec raison l'opinion qui tend à admettre " que le fœtus meurt habituellement par hémorrhagie, car cela ne peut avoir " lieu qu. quand il y a des déchirures et par suite des lésions des vaisseaux " ombilicaux ou de leurs ramifications. Mais en réalité la masse placentaire " reste intacte le plus souvent, alors surtout qu'aucune manœuvre n'a été " tée, et l'on peut s'assurer après son expulsion qu'aucune partie n'ait été " lésée.

" Car, en poussant une injection aussi pénétrante que possible par les " vaisseaux ombilicaux, il ne s'échappe à l'extérieur aucune trace du liquide " injecté, ce qui prouve que le sang fœtal n'aurait pu lui-même s'épancher.

" La vérité est que le fœtus meurt par asphyxie, quand la majeure partie " du délivre est décollée lors de la première hémorrhagie, graduellement, " quand peu à peu, sous l'influence des décollements successifs, il ne reste " plus à l'enfant qu'une portion insuffisante du placenta qui fonctionne, et " qui ne peut plus permettre un échange suffisant entre la mère et lui pour " entretenir la vie. "

Portal le premier remarqua l'insertion vicieuse du placenta sur les parties inférieures de la matrice. Levret nota qu' cette insertion s'accompagnait fatalement d'hémorrhagie ; il déclara que dans ces cas l'hémorrhagie était inévitable. Le col de la matrice s'ouvrant, le placenta inséré à son niveau, celui-ci devait être déchiré et devait nécessairement saigner.

Depuis Levret, d'autres théories ont pris naissance sur le mécanisme de l'hémorrhagie.

On a dit que le placenta se trouvant inséré sur les parties inférieures de la matrice, il ne pouvait suivre le segment inférieur dans le développement que celui-ci subit dans les derniers mois de la grossesse, chez les primipares est particulier. Le placenta alors tirailé se décolle et l'hémorrhagie se produit.

Barnes émit une théorie pour ainsi dire inverse. En effet, selon cet auteur, c'est le placenta qui subit une augmentation de volume, augmentation dans laquelle le segment inférieur ne suit pas le placenta. Alors celui-ci se déchire, d'où hémorrhagie.

Quel que soit le mécanisme du décollement, c'est à lui qu'est due l'hémorrhagie.

Mais, d'où vient le sang ? Sort-il des vaisseaux utérins ou placentaires ? Ceci se rattache directement à notre sujet.

Il n'est pas douteux qu'à l'époque où l'on croyait à la continuité des systèmes vasculaires maternel et fœtal, on ne dut penser à la part prise par le fœtus à l'hémorrhagie qui causait généralement sa mort, croyait-on. Mais on n'a jamais songé à mettre sur le compte du fœtus ces hémorrhagies abondantes pouvant atteindre en quantité plusieurs litres. Il fallait évidemment qu'une telle quantité fût fournie par la mère, par les vaisseaux utérins.

Et à ce sujet il existe deux théories : les vaisseaux de la matrice peuvent saigner, soit au ras de la surface interne de la matrice, soit dans leur trajet intra-placentaire. Cette dernière, reprise par Simpson et soutenue, avant lui par Rawlins, Hamilton, Radford, à savoir que dans la plupart des exemples l'hémorrhagie vient de la surface placentaire. Robert Lee répond à cette théorie en disant : " Comment donc se produit cette hémorrhagie furieuse, lorsque le placenta est dans le vase sous le lit ? " Guillemeau dit : " Le moyen le plus sûr et le plus convenable de secourir une femme lorsque le placenta se présente à l'orifice, est de la délivrer soudainement. C'est là ce qu'il y a de plus nécessaire, parce qu'il se produit ordinairement un flux de sang régulier dû à ce que les orifices des veines, situées dans les parois de l'utérus, sont béants ; et l'utérus, se contractant pour expulser l'enfant, fait jaillir le sang contenu dans ces vaisseaux, où il est attiré par la chaleur et la douleur." Pour Simpson lui-même, bien que l'hémorrhagie soit placentaire, elle est maternelle ; la mère fournit le sang de l'hémorrhagie, et ce sang vient de l'utérus si l'on se rappelle les arguments fournis plus haut par Depaul.

Quoi qu'il en soit, Levret et Rigby avaient soutenu que l'hémorrhagie était inévitable. Ce fut bientôt l'opinion générale et les mots " hémorrhagie inévitable " furent répétés pendant un demi siècle par les plus illustres, pour n'en citer que deux : Baudelocque et Gardien. Selon l'expression de ce dernier auteur, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, " l'hémorrhagie est inévitable pendant le travail."

Baudelocque et Luzos ont reconnu que le meilleur traitement dans les cas d'hémorrhagie par placenta prævia était la rupture des membranes, et actuellement Monsieur le professeur Pinard préconise cette méthode comme étant la meilleure pour arrêter ces sortes d'hémorrhagies.

LA THÉORIE DE MOREAU.

Dès que le fœtus, disait Moreau, a succombé dans la matrice, il survient, dans la circulation de cet organe, des changements nécessités par la cessation de la circulation fœtale. Ordinairement, la circulation utéro-placentaire cesse d'avoir lieu. Le sang arrêté dans les vaisseaux s'y coagule ; ceux-ci se resserrent, s'oblitérent même ; il n'arrive plus à la matrice que le sang nécessaire à sa nutrition ; le stimulus qui en appelait une plus grande quantité n'existe plus. Les choses se passent ainsi dès que le fœtus est mort, quel que soit le point d'adhérence du placenta, et c'est pour cela que la dilatation de l'orifice peut se faire sans hémorrhagie, quoique les vaisseaux qui unissent ses bords au placenta soient déchirés.

Cazeaux, dans un traité d'accouchements, expose de nouveau la théorie de Moreau, mais ne l'accepte que d'une façon restrictive ; son opinion lui paraît admissible, au moins pour quelques cas. Si nous étudions sa valeur en elle-même, nous voyons que la théorie de Moreau repose sur des hypothèses qui méritent une certaine créance, étant données les idées que l'on possédait alors, sur la circulation maternelle et fœtale.

On peut opposer à la théorie de Moreau deux ordres de faits, à savoir :
I. Les cas de placenta prævia, où l'hémorrhagie continue malgré la mort du fœtus.

II. Les cas de placenta prævia, où l'hémorrhagie cesse alors que le fœtus continue à vivre.

Une des causes qui, en dehors de la mort du fœtus, peuvent expliquer l'absence ou l'arrêt de l'hémorrhagie, est la rupture des membranes. Depaul dit que " la rupture des membranes suspend dans quelques cas et diminue presque toujours l'intensité de l'attaque. "

Monsieur le professeur Pinard dit : " Dans tous les cas de placenta prævia où j'ai observé la rupture prématurée des membranes, je n'ai jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie. Dans tous les cas où l'hémorrhagie s'était montrée la première, j'ai toujours vu la rupture prématurée, spontanée ou artificielle, faire cesser l'hémorrhagie, excepté lorsque

le fœtus se présentait par le tronc ; et encore dans plusieurs cas de présentation du tronc, ai-je vu la rupture des membranes faire cesser l'hémorrhagie, ainsi que le démontrent plusieurs observations. Il est donc des circonstances fréquentes qui, en dehors de la mort du fœtus, peuvent empêcher ou arrêter l'hémorrhagie."

DE L'INFLUENCE DE LA MORT DU FŒTUS SUR LA CIRCULATION UTÉRO-
FLACENTAIRE.

Depaul déclare la théorie de Moreau inadmissible pour un certain nombre de cas : " Car, dit-il, j'ai observé plusieurs exemples d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, quoique l'enfant fût manifestement mort déjà depuis longtemps." On ne peut nier la possibilité de certains phénomènes régressifs dans la circulation utérine après la mort du fœtus. On sait en effet que celle-ci s'accompagne de certains phénomènes sympathiques analogues à ceux qui suivent l'accouchement : montée laiteuse, cessation d'une albuminerie antérieure, disparition de varice, (Budín) puis, du côté de l'œuf, diminution du liquide amniotique, changement de consistance et de volume de l'utérus.

Il est des exemples, comme celui de Thompson, où, le fœtus mommifié, une hémorrhagie se produisit. Il est évident que l'hémorrhagie, dans les cas de placenta prævia, peut, d'une part, céder à d'autres causes que la mort du fœtus, et, d'autre part se produire malgré la mort du fœtus.

OBSERVATION I, (*personnelle.*)

Le 29 avril 1894, C....., multipare à terme, sommet, position inconnue terminaison spontanée, enfant mort macéré, insertion partielle.

TRAITEMENT. — Application du ballon Champetier, de Rybes, rupture des membranes. Première hémorrhagie le 24 mars, durée deux jours. Deuxième hémorrhagie, trois semaines après, ne dure qu'une heure. Troisième hémorrhagie, le 27 avril dans la nuit, précédée de quelques douleurs utérines. D'abord sérieux, l'écoulement est assez léger dans la journée du 27, mais l'hémorrhagie devient plus abondante dans la nuit du 27 au 28. L'auscultation ne révéla aucun bruit fœtal ; par le palper abdominal on arrive à sentir

de petites extrémités fœtales, à droite et en haut, puis au niveau de l'épigastre. Contre cette hémorrhagie abondante je fis une injection intra-utérine très-chaude, puis application du ballon Champetier de Ribes, enlevé le 29, à 9 heures du matin, rupture des membranes, cessement d'hémorrhagie. Accouchement spontané à 3 heures du soir, le 29.

Mère bien portante le 3 mai.

Voici donc un accouchement le 29 avril d'un enfant mort et macéré. Dernières hémorrhagies le 27 et le 28 avril ; le 29, l'hémorrhagie s'arrête à la rupture des membranes.

OBSERVATION 2, (*personnelle*)

Le 2 mai 1895, M..... P..... multipare, à terme, sommet, position inconnue, terminaison spontanée, enfant mort macéré, insertion partielle.

TRAITEMENT. — Rupture des membranes.

Première hémorrhagie, faible, le 5 avril ; deuxième hémorrhagie, plus forte, le 12 ; troisième hémorrhagie, le 26, abondante ; temponnements le 27, enlèvement du tampon le 29 ; l'auscultation m'apprit que l'enfant était mort ; quatrième hémorrhagie, le 1er mai, enlèvement du tampon, rupture des membranes, extraction du placenta engagé dans l'orifice, accouchement spontané.

L'enfant naît le 2 mai ; il est mort et macéré ; or, la dernière hémorrhagie a eu lieu ce même jour.

La mère guérit.

OBSERVATION 3, (*personnelle*.)

Au mois de novembre 1895 je suis appelé auprès d'une parturiente avec un orifice admettant deux doigts et une poche déjà rompue, forte hémorrhagie, présentation de l'épaule.

Placenta saillant dans le vagin. L'auscultation m'apprit que l'enfant était mort. Je pratique alors la version et attire un pied, ce qui arrête l'hémorrhagie, puis l'utérus expulse spontanément un fœtus mort et macéré, sans hémorrhagie nouvelle. La mère guérit. Dans cette observation, l'enfant était mort au moment où il y a eu hémorrhagie, puisqu'il est né macéré. Ici la

rupture des membranes n'a pas arrêté l'hémorrhagie, comme cela arrive d'habitude ; mais il ne faut pas oublier qu'on a affaire ici à une présentation de l'épaulé, et que la rupture des membranes n'a amené l'engagement d'aucun pôle foetal qui pût faire office de tampon interne.

Dans les faits que je viens de présenter, je n'ai pas pu préciser la date de la mort du fœtus ; mais de toutes ces observations que j'ai réunies, il n'est pas douteux que les hémorrhagies se sont produites après la mort du fœtus. L'état de macération du fœtus signalé dans ces cas, indique que la mort remontait à des époques très variables qu'il nous est impossible de déterminer. Mais ces époques sont incontestablement antérieures au moment des dernières hémorrhagies, se produisant pendant le travail et la délivrance. L'observation clinique démontre combien est fréquente la mort du fœtus dans les cas de placenta prævia, et aussi combien est fréquente l'hémorrhagie. Or, si celle-là empêchait celle-ci, la fréquence de l'hémorrhagie serait en raison inverse de la fréquence de la mort du fœtus.

CONCLUSION

Dans les cas de placenta prævia, l'hémorrhagie peut se produire, bien que le fœtus soit mort et macéré ; et le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie, qui souvent est mortelle, est la rupture des membranes.

Valleyfield, 5 Avril 1896.



LA

Septicémie Puerperale

PAR

LE DOCTEUR ELZEAR MONTPETIT

DOCTEUR EN MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, A MONTRÉAL.

A Messieurs les Médecins Professeurs de l'Université Laval de Montréal.

MESSIEURS,

L'état de la femme enceinte, l'accouchement et les suites de la délivrance nous offrent, au point de vue de la pathologie, un vaste champ encore ouvert à l'étude et aux hypothèses scientifiques. La disposition physiologique particulière où se trouve la femme enceinte, disposition dépendant tout autant du système nerveux circulatoire et de l'état moral de la personne que du travail opéré par la fibre musculaire de l'utérus, de la tension que subit tout le système, de l'hémorrhagie, de l'effort nécessaire à la délivrance, et la prédisposition, sorte de diathèse purulente particulière au puerpérisme, fournira le sujet de ces quelques propositions que je sou mets à votre bienveillant examen.

La septicémie grave ou infection purulente s'accuse par un grand frisson, une température très élevée, des lochies noires et fétides, par un pouls rapide et très faible, par des sueurs profuses et fétides, par de la céphalalgie, et par une diminution considérable des urines qui contiennent généralement un excès d'albumine, mais à quoi attribuer cette maladie qui n'est que la conséquence d'un fait physiologique ; c'est ce que je crois devoir expliquer comme suit :

L'utérus a expulsé le produit de la conception, mais il y a eu absorption de produits septiques, il y a eu empoisonnement. Quel est cet empoisonnement, et par quoi est-il causé ?

De tout temps, les anciens, avec leurs théories de *miasmes* aériens, appuyées chez les modernes (Sirother, 1718), de *métropéritonite* par absorption d'un poison végétal (Capuron, 1810), voire même par des auteurs accrédités du commencement de notre siècle (voir théorie de l'érysipèle puerpéral, 1837, Eiseman), nous prouvent qu'ils reconnaissaient que cette maladie, dont la virulence effraie encore aujourd'hui le traitement antiseptique, devait avoir pour cause un poison, un germe particulier d'intoxication. Plusieurs épidémies fréquemment citées nous permettent d'affirmer, je crois, que pour se propager, l'infection a besoin d'un moyen de transport. La septicémie étant désormais classée parmi les maladies contagieuses, il lui faudrait la contagion pour véhicule tandis que l'endémie n'est plus admise parmi ses causes.

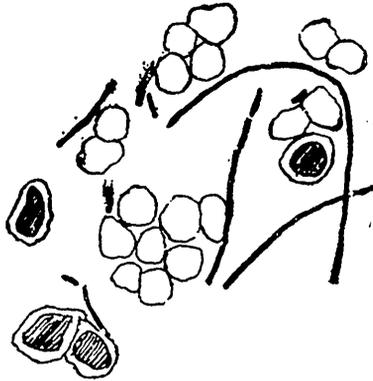
Lors de l'épidémie de Vienne (1811), de l'épidémie de Paris (1797), les sages-femmes qui ne peuvent encore appliquer les antiseptiques portent à des faubourgs entiers les germes de la maladie, pendant que les médecins qui recouraient aux précautions antiseptiques ne rencontraient dans leur clientèle qu'un très petit nombre de cas.

Les autorités contemporaines, avec Messieurs Cazeaux, Dubois, Depaul, Tarnier, admettent comme moyen de transport de la fièvre puerpérale, non pas l'air atmosphérique, mais un contact immédiat. Incriminer le médecin, les pansements, la garde-malade, semble être l'idée nouvelle, bien acceptable d'ailleurs, quand, dans un hôpital, une maternité, plusieurs cas de septicémie sous traitement n'amèneront jamais l'infection chez les nouvelles accouchées, l'antisepsie, l'asepsie, la plus rigoureuse attention aux soins de propreté existant toujours dans nos institutions modernes.

Etant reconnu que les cas de septicémie se propagent avant tout par la contagion, il nous reste à connaître et à étudier les germes de la maladie. De 1840 à 1880, nous assistons à des joutes célèbres qui ont pour théâtre l'académie de Paris. Les uns attribuaient l'infection à un poison végétal ou à un empoisonnement chirurgical ou à un érysipèle puerpéral, mais toutes ces théories non démontrées, succombent en 1880, devant la thèse de M. Doléris, élève de M. Pasteur. M. Doléris, le microscope en mains, tranchait enfin cette question depuis si longtemps discutée. Ces grands maîtres nous décrivent, en effet, les germes de l'infection comme appartenant principalement à quatre espèces plus ou moins virulentes suivant les prédispositions de la malade. Cependant certains cas terribles, presque foudroyants, ne montraient à ces savants que des germes atténués, ce qui nous donnerait lieu de supposer en plus que les prédispositions spéciales de l'organisme pourraient amener souvent un degré, une échelle moindre de symptômes et de faits.

Les microbes de la fièvre puerpérale se présentent surtout sous deux formes principales :

I. Sous forme d'un bâtonnet a'longé, animé de mouvements rapides c'est la bactérie septique puerpérale de Pasteur ; elle ne se trouve que dans la septicémie à marche rapide ;



BACTERIE SEPTIQUE PUERPERALE.

II. Le micrococcus en chapelet, qui caractérise la forme ordinaire-supurative de la septicémie de la nouvelle accouchée.



MICROCOCOUS EN CHAPELET

Il est deux autres microcoques, l'un en points doubles, le diplococcus, l'autre en points simples, le minococcus, qui sont loin d'offrir le même danger.

Le premier se rencontre dans la période des lochies purulentes, sans que, pour ce'a, il y ait des accidents septiques ; le second, le plus inoffensif, se rencontre dans toutes les lochies et à toutes les époques, et cela sans préjudice de la bactérie commune (*bacterium termo*) et d'un autre vibrion aérobie qui se rencontre souvent à l'entrée du vagin et de la vulve.



DIPLOCOCCUS ET MONOCOCCUS

Ces deux premiers germes septiques, pour évoluer et accroître leur virulence, nécessitent un milieu alcalin et étant anaérobie, l'absence d'air, d'oxygène. Or, le vagin étant plutôt une cavité virtuelle que réelle, les germes y évoluent en toute sécurité et y atteignent leur développement complet de virulence. L'absence de l'air, les lochies des premiers jours étant toujours alcalines, telles sont les deux causes qui luttent avec le microbe septique contre l'économie et la puissance individuelle des malades.

Tous ces germes pyogènes, d'après Messieurs Macé et Doloris, peuvent évoluer simplement dans des foyers circonscrits et ne produire qu'une action locale, ou bien, du point primitif d'introduction, ils se répandent dans la circulation par les veines ou les lymphatiques laissant de côté la maladie localisée ; nous ne nous occuperons ici que de la grande maladie, la septicémie grave, par absorption des principes bactériens ou micrococci.

Le principe initial de la maladie étant déterminé — le micrococcus — la contagion acceptée, quelles pourraient être les voies d'entrée? Nous affirmons, sans hésiter, que la maladie ne saurait exister sans que ces germes ou micrococci soient introduits dans le vagin ou la vulve et mis en contact avec la plaie puerpérale, soit que les germes existent avant l'accouchement, soit qu'ils soient apportés après la délivrance.

Divers examens faits avec tous les soins possibles, et sous la surveillance d'hommes compétents nous font voir (thèse de M. Doloris, 1880) que les

bacilles furent toujours retrouvés chez les femmes souffrant de fièvres puerpérales, aussi, que les micrococci peuvent exister et existent souvent dans le vagin des femmes enceintes, voire même chez des nullipares et des jeunes filles. M. Trousseau cite, à l'appui de cette théorie, plusieurs cas de septicémie chez des gardes-malades de la Maternité, à la suite de leurs menstruations. On conçoit que la desquamation muqueuse de l'utérus, au moment des règles, permette, comme la plaie puerpérale, l'absorption septique, de même qu'une vaginite, avec desquamation épithéliale puisse nous donner, par inoculation du virus, une vaginite septique. Il s'en suit donc qu'un manque de soins de propreté, qu'un contact impur, contact de garnis, contact de bandlettes à pansements, les bains contaminés, sont suffisants pour implanter chez la femme ces bactéries qu'on prétendait jadis ne pouvoir appartenir qu'à la décomposition des matières organiques, que l'utérus est forcé de rejeter après l'accouchement. On faisait de la septicémie puerpérale une absorption de principes gangrenés, et déjà plusieurs auteurs admettaient, pour cause de l'infection, le vibrion, et même les germes de la décomposition intestinale, les *ptomaines* et les *leucomaines*.

Plusieurs auteurs classiques, Depaul, Auvard, Pinard, semblent autoriser l'affirmation que, de même que le microbe Kloeb's Laefleur engendre la diphthérie, que le microbe d'Eberth donne naissance à la fièvre typhoïde, ainsi la fièvre puerpérale ne doit son origine qu'aux micrococci implantés en contact avec la plaie placentaire. Que le pus d'une blennorrhagie uréthrale ou oculaire ; que le pus irritant d'un cancer, qu'un érysypèle puissent présenter les symptômes reconnus à la septicémie, je ne le crois pas. Dans le premier cas, nous ne pourrions avoir tout au plus qu'une salpyngite blennorragique, avec élévation de la température, écoulement d'un pus désorganisé. La maladie envahirait aussi l'urèthre, la vessie ; les symptômes généraux pourraient être très graves, mais il y aurait plutôt une maladie locale, déterminant, il est vrai, des symptômes généraux d'une gravité marquante. Mais nous n'aurons jamais les abcès aux articulations, les embolies pulmonaires, les collections purulentes au cerveau, des méningites, des diarrhées, des lochies fétides particulières à la septicémie. Et puis l'observation au microscope nous révélerait immédiatement la présence du gonococcus. Nous aurions l'inflammation généralisée, mais, quant à l'absorption de germes par le torrent circulatoire, elle ne se rencontre jamais.

Dans le second cas, nous serions portés à diagnostiquer une vaginite causée par l'irritation provenant d'un pus cancéreux ; nous pourrions même trouver une métrite partielle ou généralisée, mais les symptômes généraux, le faciès de la malade, les antécédents, le toucher vaginal, nous mettraient bientôt sur la voie.

Enfin, l'érysypèle, une lymphangite, avec cette poussée particulière, cette élévation subite de la température, ses symptômes généraux si marqués, ne ressemblent assurément pas à la septicémie. Dans la pourriture d'hôpital, la maladie prend plutôt naissance à la vulve ; l'apparence de la plaie vulvaire ou vaginale offre une différence marquée : le bourrelet, les lymphatiques, sont presque toujours pris ; un écoulement, plutôt sanieux que purulent, se produit ; enfin, comme pour la blenorrhagie, il y a absence de symptômes d'absorption épiphénomènes de la fièvre puerpérale, peu d'endocardite, un pouls vibrant, mais qui n'est pas celui de la péricnité.

Ceci nous amènerait donc à reconnaître aux deux maladies — l'érysypèle et la septicémie — une apparence quasi la même, quoique provenant de causes différentes, puisque leurs symptômes et leur marche sont si différents. L'érysypèle est une maladie locale primitivement, une maladie par infection de voisinage, une maladie à symptômes généralisés ; la septicémie est une maladie par absorption dans le courant circulatoire, une maladie par infection du sang, une maladie à symptômes généraux.

Maintenant se présente à notre observation un des points les plus discutés de la médecine contemporaine : l'absorption des micrococci, des bacilles, est-elle particulière aux veines *essentialistes* ou aux lymphatiques ? Par lequel des deux systèmes la maladie se jette-t-elle dans le torrent circulatoire ? La septicémie puerpérale n'a-t-elle qu'un genre ? Peut-elle être décrite avec marche et symptômes réguliers, comme d'autres grandes fièvres, la typhoïde, la scarlatine, l'érysipèle ? Est-ce la phlébite, la lymphangite ? Faudrait-il entrer sur le terrain encore brûlant des ardentes discussions soulevées dans l'Académie de Paris (1889), par les maîtres de la Faculté, les Dépaül, les Dubois, les Trousseau, les Guérin, les Velpeau et tant d'autres ?

Permettez-moi, Messieurs, de développer cette thèse, en admettant les deux grandes formes de la maladie, en discutant les possibilités d'absorption, faisant la part des deux, et vous soumettant des considérations générales en rapport avec le système, la diathèse purulente, la constitution des malades et la virulence plus ou moins marquée des germes incriminés.



La Phlébite

On ne peut nier qu'il existe chez certains individus une prédisposition particulière à la purulence; une simple ecchymose, la moindre irritation superficielle sera chez nombre de personnes parfaitement suffisante pour créer un abcès, un infractus purulent.

Chez d'autres, une solution de continuité, un ulcère profond même du périoste, aura immédiatement une tendance à réparation, et cela sans amener de sécrétion purulente. Il n'y a ici qu'une sécrétion plastique qui aglutine les lèvres de la plaie, les rapproche et amène, par première intention, un enduit cicatriciel.

Il existe manifestement, dans ces deux cas, une diathèse, une tendance particulière. Les premiers doivent être rangés parmi les scrofuleux, les lymphatiques, les goutteux, attestant un sang déjà dégénéré par un vice constitutionnel, pendant que les autres tombent dans la catégorie des sanguins, des nerveux, généralement d'une constitution saine.

Nous croyons que, dans le premier cas, un sang déjà dégénéré par un vice constitutionnel ne peut, comme chez l'homme sain, amener la sécrétion plastique nécessaire à la cicatrisation, à la réorganisation des tissus. Qu'il y ait altération globulaire ou vasculaire, ou bien que l'hémoglobine altérée, par une maladie organique du cœur, ou par mauvais fonctionnement du poumon, ne puisse porter aux solutions de continuité la quantité d'oxygène nécessaire à la réparation des tissus, il n'en reste pas moins acquis que ce fait existe; or, la femme enceinte serait, à cause de la perturbation physiologique existant du moment qu'elle a conçu, en puissance d'une diathèse, d'une

prédisposition particulière, à la non-cicatrisation des tissus, aux abcès, aux localisations purulentes.

En effet, les phénomènes qui se passent à ce moment chez la femme sont suffisants pour déterminer cet état nouveau. Citons : la suppression des menstrues, l'hypertrophie cardiaque et hépatique, la fibrine, qui, chez la femme enceinte, augmente si considérablement, en même temps que la diminution des globules rouges est si marquée ; puis, les symptômes existant du côté des systèmes pulmonaires et digestif, les vomissements, les appétits bizarres, la salivation si souvent exagérée, la gêne respiratoire, avec les craquements secs des lobes supérieurs du poumon, enfin même les altérations cutanées et des muqueuses, la ligne blanche, le mamelon, l'apparence ardoisée du vagin, l'anémie des muqueuses buccales... Tous ces changements apportés par ce nouvel état chez la femme enceinte, nous laissent voir que l'économie subit à cette époque une impression profonde, que tous les systèmes sont altérés dans leurs fonctions ordinaires et physiologiques. Et cet état pathologique nécessaire amène souvent chez nombre de femmes des faits contre ordinaire. Qui n'a vu, à ce moment, une femme de constitution robuste et saine d'habitude, devenir tout-à-coup d'apparence lymphatique, voire même scrofuleuse ? Cette femme, en état puerpéral, fait du pus avec la plus grande facilité ; cette nouvelle accouchée aura des inflammations ganglionnaires avec tendance à la purulence ; cette femme enceinte se verra envahie de furoncles, d'anthrax ; la moindre irritation des gencives, d'une muqueuse, amènera une collection purulente ; même la pulpe dentaire subira chez celle-ci une altération inflammatoire, puis purulente. Tous ces phénomènes se rencontrent dans un nombre considérable de cas. Admettons que l'état moral, les conditions physiques et météorologiques y prédisposent. Les filles mères sont plus souvent emportées par la fièvre puerpérale, les femmes vivant en de mauvaises conditions hygiéniques, ont plus à souffrir de la septicémie, mais il n'en est pas moins juste d'accepter le dire de Messieurs Lorrain et Tessier, qui prétendent que la femme enceinte devient, par le fait des phénomènes nécessaires à son nouvel état, à cause de l'état moral, à cause de cette nouvelle circulation existante, à cause de l'altération des fonctions physiologiques, en puissance d'une diathèse étrangère à sa constitution normale, que ces Messieurs appelaient diathèse putride ou purulente. Cette particularité, au cours de la gestation étant admise, il est juste de croire que cette diathèse augmente considérablement avec la puerpéralité, qu'après l'expulsion du fœtus, du placenta, l'économie retrouve son état primitif, mais reste encore sous l'impression laissée, avec le travail nécessaire pour la cicatrisation de la plaie placentaire, l'accouchée se trouve, pendant les quatre ou cinq premières semaines qui suivent la délivrance, en butte à cet état particulier de purulence. Ce pus reste-t-il de bonne nature ? Le bouchon cruorique de la veine

du sinus s'est-il formé? Il n'y aura que symptômes locaux, une congestion utérine nécessaire à la réparation, mais, le pus devenant septique, les sinus non oblitérés, le bouchon cruorique désorganisé permettent l'absorption, l'enpoisonnement par conséquent de tout le système; c'est la septicémie puerpérale.

Mais, comment le pus peut-il être absorbé par les veines et comment l'absorption se fait-elle? Charles Robin distingue dans les veines, à l'exception des sinus, quatre tuniques qui se retrouvent toujours, bien qu'avec d'importantes modifications.

Allant de dedans en dehors on trouve : I. La tunique interne, ou de Bichat, beaucoup moins épaisse que dans les artères; cette tunique est revêtue, sur sa surface libre, d'un épithélium lamelleux à cellules plates.

II. La tunique à fibres longitudinales, que l'on ne peut séparer de la première que dans les grosses veines. (Ces deux tuniques forment à elles seules le revêtement interne des sinus.) Cette tunique à fibres longitudinales se compose de fibres du tissu cellulaire et élastique, flexueuses, disposées longitudinalement; elle contient de nombreux vaisseaux capillaires et court avec la précédente à former les valvules veineuses.

III. La tunique à fibres circulaires, la plus épaisse, très vasculaire, contient des fibres disposées circulairement, entremêlées, dans une trame de tissus cellulaires et élastiques, sous forme de lamelles ou de fibres.

IV. La tunique adventice ou celluleuse, formée du tissu lamelleux entourant les veines. Cette dernière contient aussi une quantité considérable de capillaires.

Comme conséquence de la vascularité des trois tuniques principales des veines, M. Robin fait remarquer la fréquence relative de la phlébite comparée à l'artérite vraie. Les capillaires sanguins s'arrêtent en effet dans les artères à l'adventice, sans pénétrer dans la couche moyenne. Il suit donc de là, que la septicémie ne peut, comme dans les veines, porter aux couches principales des artères le poison qui créerait la désorganisation des tissus qui sont propres aux artères mêmes.

Les veines, comme on le voit, ne possèdent pas de couche musculaire. L'histologie nous montre, il est vrai, avec la couche élastique, certaines fibres musculaires, mais celles-ci en si petit nombre, (et n'existant que dans les grosses veines) qu'elles ne permettent pas à la veine de pouvoir se retracter, et, comme l'artère capillaire, se fermer d'elle-même. La veine, après section, reste béante; or, les sinus utérins, quand l'utérus s'est débarrassé du placenta, restent ouverts. L'utérus se contracte violemment par ses fibres musculaires en spirales; l'hémorrhagie, à cause de cette contraction, est peu considérable. Que se passe-t-il du côté du sinus de la veine? Les deux lèvres vont-elles se rapprocher? Une sécrétion plastique va-t-elle amener l'accolle-

ment des deux parois? Le vaisseau va-t-il s'oblitérer par première intention, ou bien un bouchon, un caillot cruorique va-t-il se former? Ce caillot, flottant du côté de la plaie placentaire, s'accôle du côté de la circulation, aux cellules et à l'épithélium lamelleux de la veine. Une inflammation de bonne nature, avec une dégénérescence fibreuse du bouchon, amène l'obstruction par seconde intention. Ce travail inflammatoire est surtout remarquable dans les quarante-huit heures qui suivent l'accouchement. La plaie placentaire présente alors une quantité de bourgeons charnus ressemblant aux bourgeons charnus d'une plaie enflammée. Ces bourgeons sont les extrémités libres des caillots cruoriques; cinq ou six jours après l'accouchement, l'on retrouve la dégénérescence fibreuse, et cette cicatrisation veineuse se termine le plus souvent avec la troisième semaine.

Mais il est encore possible que ce caillot ne subisse pas la dégénérescence fibreuse, qu'il soit miné par le pus, qu'il se désagrège, et que le sinus reste béant; il est aussi possible qu'un manque de fibrine, qu'un état particulier du sang leucocyténué, anémie pernicieuse, ne permette pas la coagulation du sang dans la veine, alors nous aurions du côté de la plaie placentaire une grande facilité d'absorption, et nous croyons que ces cas d'absorption rapide, généralisée, avec symptômes violents et le pronostic si grave, sont toujours dus à ce dernier mode, car ici le pus peut être plus facilement absorbé par le torrent circulatoire; l'économie étant déjà profondément altérée dans ses globules rouges, se laisse plus facilement envahir par les germes de la fièvre puerpérale; il n'y pas de lutte, l'économie déjà minée cède, un sang vicié remplace un sang malade et les symptômes graves se précipitent.

Dans le vagin ou dans l'utérus les microcoques se développant facilement, dans un milieu alcalin, et les lochies étant toujours alcalines, le milieu étant favorable, contaminent le pus qui, jusqu'alors étant de bonne nature, n'était que le résultat du travail inflammatoire nécessaire au rétablissement, à la cicatrisation des continuités amenées par l'expulsion du fœtus et du placenta. Le pus est vicié, mais il n'a pas encore gagné l'économie; il n'y a pas infection générale, la maladie cédant à la puissance constitutionnelle ou à un traitement judicieux restera-t-elle locale; ou bien la virulence des germes, l'état particulier des veines permettront-ils l'infection de tout le système circulatoire?

Les micrococus du côté de la plaie placentaire, du côté des déchirures vaginales ou vulvaires, amènent une cessation brusque des phénomènes pathologiques réparateurs, la cicatrisation de la plaie s'arrête, une sécrétion sanieuse et fétide recouvre la plaie et les excoriations vaginales.

Comment les veines ouvertes ou excoriées baignées par le poison septique absorberont-elles les germes de la maladie?

Boerhaave et Van Sweeten préendent que le pus septique ne serait pas

absorbé par l'extrémité libre de la veine déchirée mais par un point voisin; l'inflammation avec la virulence du pus amènerait en dessous de la région où la veine est thrombosée, une desquamation de la membrane fibreuse de la veine, laquelle étant détruite, permettrait aux oscules vasculaires l'absorption du pus empoisonné. Et d'abord ces oscules existent-elles? Du côté de la branche utérine de l'hypogastrique, l'épigastrique et l'ovarienne, nous avons, avec tous les histologistes, notamment monsieur Robin, la vascularité particulière aux trois couches des veines; l'absorption dans le tissu propre des vaisseaux serait donc bien aisée; mais, la maladie n'existant pas encore dans le torrent circulatoire, il nous semble impossible de croire que les capillaires de la veine seraient les premiers à absorber la maladie; d'ailleurs, ces oscules ne pourraient jeter dans le torrent circulatoire l'immense quantité de pus qu'on y retrouve. Puis, la structure propre des tuniques de la veine, tout en permettant l'exosmose ne peuvent permettre l'endosmose, même après desquamation de l'adventice celluleuse. Et ceci, tant à cause de la disposition particulière de ses couches, qui avancent l'une sur l'autre, imbriquées qu'elles sont, et en spirales, (sauf la couche longitudinale) qu'à cause de la tension vasculaire, très difficile à vaincre, surtout quand il y a congestion d'un organe. L'exosmose est possible, mais pour qu'elle le soit, il faut qu'un obstacle à la circulation de retour force la dilatation du vaisseau, sépare les grandes cellules plates et épithéliales qui recouvrent toute la couche interne des veines. Et ce même gonflement, cette même séparation des cellules, s'ils existaient, nuiraient encore à cette théorie de l'absorption par endosmose, car le pus pour être absorbé aurait en plus à lutter contre le courant exosmotique, lequel vient toujours en aide à la circulation, du moment qu'il y a gêne circulatoire en un point, qu'un vaisseau, une veine, sont thrombosés. Van Sweeten, pour appliquer cette théorie de l'absorption, cite le fait, qu'une piqûre anatomique d'un pus septique amène souvent la septicémie, quoiqu'il ne semble pas y avoir d'hémorragie primitive. Nous croyons pouvoir dire: que le scalpel, l'aiguille, qui en pénétrant l'épiderme, le derme, la couche celluleuse, le tissu cellulaire, pour y porter le poison, perforait, déchirait en même temps les capillaires veineux, que le pus septique avec l'inflammation conséquente amène ensuite une bouche d'absorption vasculaire semblable à celle des veines de la plaie placentaire, nous semble être une théorie judicieuse; il y a eu déchirure, il y a absorption.

Il nous semble toutefois plus rationnel d'accepter l'opinion de Hunter; d'après cet auteur, l'absorption serait due à une véritable inflammation de l'extrémité déchirée de la veine, le caillot serait complètement désagrégé, les parois de la veine n'étant pas accolées par dégénérescence fibreuse, il y aurait, le caillot disparu, une facilité considérable pour la succion du poison septique; mais ici, encore, plusieurs ont prétendu, Virchow entr'autres, que par le fait

de l'écoulement sanguin possible, probable même, au cas où le bouchon cruorique viendrait à céder, les germes seraient balayés, rejetés hors de l'utérus, et l'absorption rendue impossible. Objecterons-nous ici qu'à cause de la contraction, la tétanisation du globe utérin, l'hémorragie après cinq ou six heures, à moins d'inertie utérine, est toujours peu marquée, et pourrait difficilement balayer les germes de la septicémie ? Vaudrait-il mieux admettre que les sinus, situés dans la couche muqueuse de l'utérus, n'étant que des dilatations veineuses nécessaires à la circulation fœtale, ne seraient après la délivrance destinés qu'à l'atrophie et à la cicatrisation. Ceci nous paraît d'autant plus admissible que plusieurs autopsies rapportées par les auteurs, notamment Michel Peter, qui dans ses cliniques sur la fièvre puerpérale, cite plusieurs cas de mort, où à l'autopsie, les sinus épaissis par une inflammation de mauvaise nature, étaient remplis de pus, ne contenaient jamais de sang, mais toujours étaient en contact immédiat avec les capillaires veineux du voisinage. Dans tous ces cas, le pus septique, les microbes pathogènes, existaient en grande quantité dans les hypogastriques et les branches de l'ovarienne ; cependant, sauf la thrombose existant en un endroit plus ou moins éloigné du point d'inoculation, les veines, dans leurs substances, dans leurs tissus propres, ne semblaient pas altérées, la muqueuse épithéliale et la couche lamelleuse semblaient être intactes.

Nous croyons donc avec Hunter, que la désagrégation du caillot placentaire, ou l'absence de bouchon cruorique par causes pathologiques, sont les seuls faits qui puissent permettre chez la nouvelle accouchée l'absorption dans le torrent circulatoire, des bacilles des microcoques.

Que la veine, enflammée par voisinage d'un pus septique, permette, après dégénérescence de la trame lamelleuse de la veine, une intoxication à travers les oscules veineux mis à découvert, nous semble chose peu probable.



La lymphangite

Les lymphatiques peuvent-ils absorber le poison septique ?

Nous avons eu de tout temps la lymphangite superficielle ; un cordon bleuâtre et dur, tendu d'un point d'inoculation aux ganglions engorgés ; ganglions axillaires dans le cancer du sein, ganglions fémoraux dans l'ulcère, plantaire dans la gangrène des extrémités, voire même après une déchirure enflammée, aux extrémités, ganglions inguinaux dans les affections spécifiques du gland de la vulve, ou de la muqueuse uréthrale, voici des types de lymphangite superficielle et profonde, par cause d'absorption d'un poison quelconque. Il existerait aussi la lymphangite sans cause apparente, mais celle-ci, comme l'érysypèle sporadique, sans altération, sans déchirures des téguments, semble rejetée par les auteurs modernes.

La lymphangite profonde, quoique moins connue, à cause de la difficulté du diagnostic, se rencontre souvent ; les amputés présentent souvent une inflammation lymphatique fort marquée ; le cancer profond, le carcinome, l'épithélioma présentent souvent de profondes lymphangites fréquemment retrouvées à l'autopsie. La lymphangite presque toujours compagne du carcinome de l'estomac, de l'épithéliome de l'utérus.

L'entérite chez les enfants, nous montre aussi une inflammation du lymphatique, puis un engorgement des ganglions mésentériques, causés par l'absorption des germes de la fermentation intestinale, les *ptomaines* et les *leucomaines*.

Dans la septicémie, les lymphatiques profonds sont presque toujours pris, mais l'altération semble plutôt exister du côté des séreuses, qui, d'après

Robin, Todd, Bowman, seraient constituées par une trame fondamentale de tissu cellulaire avec des réseaux de fibres élastiques fines; elles contiennent des masses de capillaires sanguins et de nombreux vaisseaux lymphatiques disposés en réseaux (superficiels et profonds). Ces réseaux sont particulièrement riches dans la plèvre costale ou plutôt intercostale, dans la plèvre pulmonaire et diaphragmatique, comme dans le péritoine; ils jouent un rôle important dans les processus d'absorption respectifs de la cavité pleurale et péritonéale. La lymphe, les corpuscules lymphatiques et autres éléments figurés pénètrent rapidement par l'intermédiaire des stomates dans les vaisseaux lymphatiques; cette pénétration est aidée par les mouvements respiratoires des muscles intercostaux et du diaphragme faisant l'office de pompe. Les réseaux lymphatiques du péritoine seraient par le plexus sacré et les ventres lymphatiques en communication intime avec les lymphatiques de l'utérus et de ses annexes.

Rien d'étonnant que le pus septique absorbé par les lymphatiques pelviens porte d'abord la maladie à la séreuse péritonéale; aussi, la péritonite existe-t-elle presque toujours dans la fièvre puerpérale, péritonite due à une lymphangite des lymphatiques de la couche profonde du péritoine.

D'après Messieurs Klein et Variot, les larges troncs lymphatiques, tels que le canal thoracique et les vaisseaux lymphatiques afférents et efférents des glandes lymphatiques, sont des vaisseaux à parois minces semblables par leur structure aux artères. L'endothélium qui les recouvre a les mêmes caractères que dans une artère; il en est de même pour la tunique élastique interne et pour la tunique moyenne avec son tissu musculaire disposé circulairement; seulement, ces tuniques sont beaucoup plus minces que dans une artère du même calibre.

L'adventice est une membrane extrêmement mince de tissu connectif avec quelques fibres élastiques. Les valvules sont des replis semi lunaires de l'endothélium et de la tunique interne.

Les vaisseaux lymphatiques ont pour origine les radicules; elles sont situées dans le tissu connectif des différents organes et y constituent un système intercommuniquant. Le passage du plasma des petites artères et des vaisseaux sanguins dans l'intérieur des radicules lymphatiques situées dans les tissus, de là dans les capillaires lymphatiques, puis dans les vaisseaux lymphatiques, représente le courant naturel de la lymphe irrigant les tissus.

Dans certains organes, les vaisseaux lymphatiques sont en continuité ou en connection avec de larges sinus de formes irrégulières; ces sinus, qui existent surtout du côté du poumon, du foie et de l'utérus sont en communication, çà et là, avec leur surface libre, par l'intermédiaire de stomates ou bouches d'absorption. L'on conçoit le rôle important de ces stomates qui existent presque tous dans la couche sous-muqueuse de l'utérus, et l'on voit

TRAITEMENT.

La fièvre puerpérale, si fréquente jadis, tend de plus en plus à disparaître du cadre nosologique, l'aseptie et l'antiseptie, qui n'est en fin de compte qu'un moyen de certifier à l'aseptie, étant pratiqués par la grande majorité des médecins.

Cette pratique, universellement appliquée maintenant, n'existe pourtant que depuis peu d'années. Les bactéries, les microbes étaient connus depuis des siècles, puisque Hypocrate les soupçonnait déjà, mais la thérapeutique n'avait pas encore donné les moyens de lutter efficacement contre les maladies bactériennes.

En 1870, Messieurs Stadfeldt et Lister font de l'asepsie en obstétrique. Monsieur Lister emploie l'acide carbolique à dix-huit pour cent (18 p. c.). Farnier, en 1881, se sert du bichlorure de mercure à un millième (1/1000). Garrigues, du "Charity Hospital, Blackwells Island," New-York, 1883, est un des premiers à mettre en vigueur le traitement antiseptique rigide, et réduit en cet hôpital la proportion de mort par septicémie de (16 p. c.) seize pour cent à (1 p. c.) un pour cent. La science de l'asepsie parfaite comprend l'hygiène, puis l'emploi judicieux des antiseptiques. Citons : le permanganate de potasse, à (1/1000) un millième ; l'acide borique à (3/100) trois et cinq pour cent ; le bichlorure de mercure, de (1/1000) un millième à (1/10,000) un dix millième, suivant les possibilités d'absorption ; l'acide carbolique, de (1/30) un trentième à (1/60) un soixantième ; le chloral, de (1/200) un deux-centième à (1/300) un trois centième ; la créoline, à deux pour cent ; le lysol, à trois, quatre et cinq pour cent, tels sont les principaux anti-microbiens employés de nos jours.

Cependant, tous ces moyens puissants peuvent encore ne pas suffire pour détruire le streptocoque septique, puisque monsieur le docteur Bryant, célèbre chirurgien anglais, va jusqu'à dire : que d'après des expériences bien démontrées aucun moyen n'avait encore été découvert, par lequel la peau pourrait être parfaitement stérilisée ; que les glandes cutanées contiennent toujours, même après la désinfection la plus parfaite de la surface épidermique, des micro-organismes, qui dans un terrain propice pourraient donner naissance à l'inflammation et à la suppuration.

Cependant il n'est pas douteux que l'antiseptie moderne a fait diminuer considérablement le chiffre d'intoxications avec le puerpérisme.

Nous avons cru devoir placer ici quelques notes empruntées au "New-York Medical Journal." Messieurs les Docteurs Tucker, Nicholl et Steinach, tous trois surintendants de Maternités à New-York, font rapport :

Monsieur le Docteur E. Tucker, du " Sloane Hospital ", New-York :

" Dès leur entrée à la maternité, les femmes enceintes prennent un bain, une douche et un léger lavement. Elles sont par la suite tenues rigoureusement propres.

Au commencement du travail, les organes génitaux externes, les cuisses, puis l'abdomen, sont soigneusement lavés avec une solution de bichlorure de mercure, à un millième ; des serviettes, imbibées de bichlorure, puis tordues, sont ensuite appliquées sur les cuisses, l'abdomen et sous la malade. On donne un léger lavement, puis une injection vaginale de sublimé corrosif à (1/3000) trois millièmes. L'accoucheur se brosse les mains et les ongles avec de la teinture de savon vert, du moins pendant trois minutes ; ses mains étant asséchées, il les plonge dans une solution de lysol ou de bichlorure. Après l'expulsion du placenta, on donne une seconde injection vaginale de sublimé. Celle-ci est donnée chaude, de 114 à 118 degrés FAR. Si le placenta n'est pas expulsé en entier, l'accoucheur recommence sa toilette antiseptique et introduit une main dans l'utérus pour retirer le morceau de placenta ou de membrane. L'on n'emploie de nouvelles injections antiseptiques que dans le cas d'indication absolue. Les pansements sont faits d'une compresse imbibée de bichlorure, puis pressée et recouverte d'une serviette, avec une bande abdominale pour maintenir le tout en place. Ce pansement est changé quatre fois par jour, à moins de garde-ropes, et chaque fois les organes externes sont lavés avec une solution de créoline à (2/100) deux pour cent ; l'interne a soin de voir à ce que la malade urine deux fois par jour ; un léger purgatif salin est donné la deuxième journée, s'il y a constipation.

Avec ces précautions antiseptiques, depuis 1894, sur 4700 accouchements, il n'y eut que trois décès, et encore ces parturientes souffraient de septicisme lors de leur entrée à l'hôpital.

Le Docteur Mc. Nicoll, du " New-York Foundling Hospital," emploie les mêmes moyens antiseptiques, sauf peut-être l'acide carbolique à un quarantième, pour les douches vaginales.

Sur 1912 accouchées, ce Monsieur ne rapporte que deux cas de mort par fièvre puerpérale ; pourtant ce médecin avait à traiter, en même temps que les maladies de la maternité, les enfants souffrant de maladies contagieuses.

Monsieur le Docteur Steinach, du " New-York Maternity Hospital," Blackwells Island, de 1891 à 1895, sur 1321 accouchements, dont trente-cinq versions, onze applications de forceps au détroit supérieur, une opération césarienne et plusieurs applications de forceps au détroit inférieur, n'a pas perdu une malade par la septicémie. Les mêmes précautions antiseptiques sont ici mises en force, mais l'hôpital, par sa construction, permet encore une asepsie plus rigide. La Maternité se divise en pavillons d'attente et

la facilité excessive d'absorption due à ces portes ouvertes pour absorber la lymphe, mais qui absorbent aussi les cellules et les germes en contact avec ces ouvertures. Nous avons donc une péritonite septique causée par une lymphangite ; il y a eu absorption à travers les stomates ou les lymphatiques déchirées ; y aura-t-il empoisonnement généralisé à tout le système circulatoire ? la maladie restera-t-elle localisée au péritoine, aux ganglions mésentériques, ou bien envahira-t-elle toute l'économie ?

Les ganglions, sorte de tamis, s'opposeront-ils à ce que le germe de la fièvre puerpérale gagne le canal thoracique, puis la sous-clavière droite ?

Nous croyons, avec Messieurs Trousseau et Peter, que l'absorption si facile du pus septique par la voie lymphatique n'amène que rarement la maladie généralisée ; le pus, à l'autopsie, se rencontre presque toujours dans les lymphatiques pelviens et du péritoine, mais presque jamais dans le canal thoracique ; la maladie peut se généraliser, mais il faudrait ici une inflammation du ganglion, purulence, désagrégation complète des capillaires sanguins qui existent en si grand nombre dans le filtre lymphatique, puis la scène commencée par une lymphangite se terminerait par absorption due à la phlébite, la veine étant ouverte. Ceci semble acceptable, car, qui n'a vu une adénite suppurée s'ouvrant par elle-même, donner souvent lieu à une hémorragie du fond de la plaie ? Ceci prouverait donc qu'un pus, même de bonne nature, pourrait amener une désagrégation, une perforation des tuniques de la veine ; or, cette bouche d'absorption, si elle existait, serait suffisante pour déterminer l'infiltration de tout le système, comme une ulcération, une excooriation de la peau d'une muqueuse, est suffisante pour, dans les vingt-quatre heures, déterminer la syphilis, de même que la lancette armée de vaccine, par la moindre déchirure d'un capillaire nous donnera une variole mitigée. Etudions un peu le ganglion, cette barrière, ce filtre spongieux des lymphatiques.

La structure du ganglion est particulière, et diffère des lymphatiques proprement dits ; on y remarque une capsule fibreuse, unie à la substance intérieure, et au hile de la glande par du tissu cellulaire ; ces couches de tissu cellulaire ou trabécules pénètrent dans la glande et se subdivisent en compartiments sphériques ou irréguliers. Ces compartiments, contiennent des masses de tissu adénoïde et de cylindres médullaires, sans être cependant complètement remplis. Le cours de la lymphe et des corps septiques ou étrangers à travers une glande est facile à comprendre. Les vaisseaux afférents apportent la lymphe et les autres substances absorbées. La présence du réticulum dans la substance médullaire, ralentit le cours de la lymphe qui passe alors lentement comme à travers un filtre spongieux pour tomber après épuration dans les vaisseaux afférents.

Par suite, un grand nombre d'éléments figurés, granules de pigment, élé-

Cependant, tous ces moyens puissants peuvent encore ne pas suffire pour détruire le streptocoque septique, puisque monsieur le docteur Bryant, célèbre chirurgien anglais, va jusqu'à dire : que d'après des expériences bien démontrées aucun moyen n'avait encore été découvert, par lequel la peau pourrait être parfaitement stérilisée ; que les glandes cutanées contiennent toujours, même après la désinfection la plus parfaite de la surface épidermique, des micro-organismes, qui dans un terrain propice pourraient donner naissance à l'inflammation et à la suppuration.

Cependant il n'est pas douteux que l'antiseptie moderne a fait diminuer considérablement le chiffre d'intoxications avec le puerpérisme.

Nous avons cru devoir placer ici quelques notes empruntées au "New-York Medical Journal." Messieurs les Docteurs Tucker, Nicholl et Steinach, tous trois surintendants de Maternités à New-York, font rapport :

Monsieur le Docteur E. Tucker, du "Sloane Hospital", New-York :

" Dès leur entrée à la maternité, les femmes enceintes prennent un bain, une douche et un léger lavement. Elles sont par la suite tenues rigoureusement propres.

Au commencement du travail, les organes génitaux externes, les cuisses, puis l'abdomen, sont soigneusement lavés avec une solution de bichlorure de mercure, à un millième ; des serviettes, imbibées de bichlorure, puis tordues, sont ensuite appliquées sur les cuisses, l'abdomen et sous la malade. On donne un léger lavement, puis une injection vaginale de sublimé corrosif à (1/3000) trois millièmes. L'accoucheur se brosse les mains et les ongles avec de la teinture de savon vert, au moins pendant trois minutes ; ses mains étant asséchées, il les plonge dans une solution de lysol ou de bichlorure. Après l'expulsion du placenta, on donne une seconde injection vaginale de sublimé. Celle-ci est donnée chaude, de 114 à 118 degrés FAR. Si le placenta n'est pas expulsé en entier, l'accoucheur recommence sa toilette antiseptique et introduit une main dans l'utérus pour retirer le morceau de placenta ou de membrane. L'on n'emploie de nouvelles injections antiseptiques que dans le cas d'indication absolue. Les pansements sont faits d'une compresse imbibée de bichlorure, puis pressée et recouverte d'une serviette, avec une bande abdominale pour maintenir le tout en place. Ce pansement est changé quatre fois par jour, à moins de garde-robes, et chaque fois les organes externes sont lavés avec une solution de créoline à (2/100) deux pour cent ; l'interne a soin de voir à ce que la malade urine deux fois par jour ; un léger purgatif salin est donné la deuxième journée, s'il y a constipation.

Avec ces précautions antiseptiques, depuis 1894, sur 4700 accouchements, il n'y eut que trois décès, et encore ces parturientes souffraient de septicémie lors de leur entrée à l'hôpital.

Le Docteur Mc. Nicoll, du "New-York Founding Hospital," emploie

les mêmes moyens antiseptiques, sauf peut-être l'acide corbolique à un quarantième, pour les douches vaginales.

Sur 1912 accouchées, ce Monsieur ne rapporte que deux cas de mort par fièvres puerpérales ; pourtant ce médecin avait à traiter, en même temps que les malades de la maternité, les enfants souffrant de maladies contagieuses.

Monsieur le Docteur Steinach, du "New-York Maternity Hospital," Blackwells Island, de 1891 à 1895, sur 1321 accouchements, dont trente-cinq versions, onze applications de forceps au détroit supérieur, une opération césarienne et plusieurs applications de forceps au détroit inférieur, n'a pas perdu une malade par la septicémie. Les mêmes précautions antiseptiques sont ici mises en force, mais l'hôpital, par sa construction, permet encore une asepsie plus rigide. La Maternité se divise en pavillons d'attente et l'hôpital proprement dit. Dans l'hôpital il existe trois salles ayant chacune dix lits. Aussitôt qu'une de ces salles est vide, on y fait des fumigations au soufre ; les murs et les planchers sont lavés au sublimé à un millième, les lits sont saturés d'une solution d'acide corbolique au vingtième.

On fait aussi dans ces salles des vaporisations continues. Les instruments sont bouillis dans du soda pendant une demi-heure. L'accoucheur recouvre ses vêtements d'une toile préalablement stérilisée. Au cas de déchirures du périnée ou du col, les sutures sont faites de suite.

Le troisième jour après la délivrance, si la température augmente, on donne une injection intra-utérine de créoline, à deux pour cent. Cette élévation de la température étant toujours considérée comme un commencement d'absorption septique, les Américains comme les Anglais n'admettent plus l'existence de la fièvre de lait.

Monsieur le Docteur Reid, se basant sur les rapports des différentes Maternités de l'état de New-York, donne comme fréquence de la mort par la septicémie puerpérale, un (1) sur (786) sept cent quatre-vingt-six accouchées.

Le traitement prophylactique bien employé, ferait donc de la fièvre puerpérale une maladie très-rare ; mais, au cas où la maladie existerait, quelle conduite à tenir, quel traitement à suivre ?

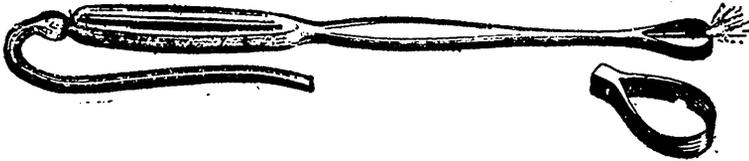
Aussitôt la septicémie déclarée, c'est-à-dire après l'apparition des frissons et de la fièvre, trois grandes indications se présentent : I. Débarrasser la surface génitale des microbes. II. Empêcher la pénétration des microbes dans l'économie. III. Aider la nature dans sa lutte.

La première indication, à moins que la maladie ne soit franchement vulvaire ou vaginale, nécessite le lavage intra-utérin. Ce lavage se fait le plus souvent avec la sonde de Budin ; c'est une sonde à courant de retour. Nous trouvons aujourd'hui plusieurs modèles de ces sondes ; elles permettent

toutes le retour du liquide injecté dans la cavité utérine. Le mode opératoire est des plus simples ; il suffit de glisser la sonde sur l'indicateur droit, la faire pénétrer jusque dans la cavité du corps de l'utérus, puis laisser écouler lentement le liquide antiseptique. Parmi les substances employées pour les lavages, nous croyons que le permanganate de potasse devrait être choisi de préférence aux autres anti-microbiens. Le permanganate n'expose pas aux dangers de l'intoxication comme le fait le mercure, ce dernier médicament ayant déjà déterminé des accidents d'hydrargyrisme même avec une solution à un dix-millième. Le permanganate n'a pas l'action caustique de l'acide carbolique au trentième, il est pourtant au millième aussi bon désodorisant et meilleur antiseptique.

M. Auvard, dans son "Traité pratique d'Accouchements," adresse à l'injection utérine classique trois objections : I. La sonde est souvent difficile à introduire à cause des obstacles créés par l'orifice interne (coude de l'utérus à ce niveau) et par le cercle utérin, parfois même impossible à faire pénétrer. Aussi bien des médecins, même parmi les plus expérimentés, s'arrêtent-ils à l'orifice interne ou au cercle utérin. II. La direction courbe du canal génital, incomplètement corrigée par la sonde, gêne le retour du liquide. III. Le simple contact du liquide ne suffit pas pour nettoyer complètement la surface utérine ; le frottement d'un corps solide est indispensable à cet effet.

Pour remédier à ces divers inconvénients, Monsieur Auvard se sert de la curette irrigatrice. C'est une curette percée dans toute sa longueur d'un canal, qui permet l'arrivée du liquide antiseptique. La malléabilité de l'instrument permet de modifier à volonté sa courbe terminale, l'anneau terminal est mousse d'un côté et tranchant de l'autre. Pour pratiquer le lavage, l'on saisit avec une pince à griffes le bord antérieur du col, et au besoin le bord postérieur, on abaisse l'utérus à quelques millimètres de la vulve, puis on



CURETTE AUVARD.

introduit la curette se guidant sur l'index droit. Suivant le raclage que l'on veut opérer, on frotte sur la surface utérine de haut en bas, soit avec la curette mousse ou tranchante. Avant de retirer l'instrument, on laisse couler deux ou trois litres du liquide antiseptique, qui entraîne au dehors les débris détachés.

Cette méthode rend l'introduction de l'instrument très-facile, les courbures ou flexions de l'utérus étant effacées, pour la même raison, le liquide, pour sortir de l'utérus, ne trouvant plus d'obstacle, s'écoule aisément.

Une autre partie du traitement de la septicémie serait l'application de glace ou de vésicatoires sur l'abdomen. Les vésicatoires entraînant une nouvelle plaie ne nous semblent pas indiqués ; l'absorption serait peut-être possible par ces nouvelles portes d'entrée, et puis la révulsion amènerait-elle vraiment une dérivation inflammatoire utile pour l'amélioration des foyers sceptiques ? La glace, bien appliquée et continuée longtemps, pourrait peut-être, en abaissant la température locale, ralentir la pullulation des microbes, mais, la glace étant souvent septique, la péritonite existant presque toujours, et dans ce cas la douleur causée par le poids du sac à glace amènerait plutôt une fatigue nerveuse contraire au bien de la malade.

Nous croyons qu'il vaut mieux bannir ici la méthode antiphlogistique et se contenter du lavage intra-utérin, de l'aseptie des organes génitaux externes et de l'application sur l'abdomen et les cuisses de serviettes mouillées d'une solution antiseptique chaude.

Quant au traitement général, il faudra employer les moyens qui, en s'adressant à l'organisme entier, peuvent provoquer des crises salutaires, et soutenir les forces de la malade. Ainsi le sulphate de quinine peut s'adresser avec succès à l'intermittence des accès fébriles, mais, pas plus que la teinture d'aconit, il ne peut enrayer la marche de l'infection, tant que le pus continue à être mêlé au sang.

Les efforts du médecin doivent avoir un autre but : étudier les procédés employés par la nature médicatrice dans les cas de guérison spontanée et tâcher de l'imiter, ou, mieux encore, de la seconder dans les efforts qu'elle tente pour éliminer le principe morbide. On peut considérer les sueurs et la diarrhée comme des crises nécessaires au rejet du poison ; on devra les favoriser par les sudorifiques et les purgatifs ; en même temps il est bon d'avoir recours à des boissons stomachiques légèrement excitantes et de placer la malade dans les meilleurs conditions hygiéniques et morales. L'on devra choisir une chambre nue, bien éclairée et parfaitement aérée ; on évitera aussi tout déplacement de meubles, tentures, etc., qui pourrait amener la circulation des poussières contenues dans les tapis.

Mais tous ces moyens judicieusement employés ne nous donnent que de pauvres résultats, le pronostic n'en reste pas moins sombre ; cependant la séro-thérapie vient de doter la médecine d'un nouveau serum, l'antistreptococcus de Gibier. Nous avons essayé de trouver quelques observations relatives à l'emploi de ce nouveau remède dans la fièvre puerpérale ; il nous fait peine de n'en pouvoir citer, l'antistreptococcus n'ayant jusqu'ici été em-

ployé, à peu d'exceptions près, que dans l'érésypèle ou la septicémie chirurgicale.

Messieurs Marmorek, Pozzi, Dieulafoy, Gromakowsky, encouragent fortement la profession à se servir de l'antitoxine à dose de 10 centimètres cubes répétée tous les jours, jusqu'à abaissement de la température, sédation circulatoire et respiratoire. Comme pour la dyphthérie, le traitement, anti septique et général, devra être continué.



TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE

— PAR —

ELPHEGE A. RENE DE COTRET, M.D.

Professeur à l'Hospice de la Maternité Catholique de Montréal,

PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE, À L'UNIVERSITÉ
LAVAL, À MONTRÉAL.

“ Les exemples persuadent bien mieux que
les simples raisonnements.”

MAURICEAU, Tome II, Préface.

Au moment où la plupart des accoucheurs cherchent une solution au grand problème du traitement de l'*Eclampsie Puerpérale*, il ne serait peut-être pas sans intérêt de faire un relevé d'une pratique obstétricale qui, bien que courte, a l'avantage de présenter, en peu d'années, un grand nombre d'exemples variés.

En effet, placé dans une situation exceptionnellement favorable pour l'étude des maladies de la grossesse, nous avons pu, pendant au-delà de six années de service à l'Hospice de la Maternité Catholique de Montréal, suivre pas à pas la femme enceinte, en connaître les misères et les souffrances ; nous avons pu apprécier au jour le jour le bon côté des différents modes de traitement et en découvrir le point faible. Comme nous avons eu surtout à lutter contre cette noire maladie qui fait le cauchemar du médecin, l'*Eclampsie Puerpérale*, nous en ferons, aujourd'hui, le sujet de notre thèse et nous prendrons pour titre : TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPÉRALE.

Nous tracerons la marche que nous avons suivie dans chaque cas ; lais-

sant de côté les théories qu'on s'amuse, pour ainsi dire, à amonceler, nous nous attacherons plutôt à prouver par des faits, et des faits personnels. Nous n'irons pas chercher des statistiques dans les auteurs ou les revues. Ce sera un travail clinique, pratique. Nous montrerons autant que possible nos malades sur leur lit d'angoisse ; et, tout en donnant une idée d'ensemble des traitements de l'éclampsie, nous appuierons tout particulièrement sur la *saignée*, notre traitement favori.

Un mot, avant d'entrer dans le vif de la question, sur l'hygiène de la grossesse. Ce chapitre a une place bien marquée ici, puisque c'est le premier pas dans le traitement prophylactique de l'éclampsie.

La femme enceinte mènera une vie régulière, exempte d'excès de toute sorte. Les chagrins, les joies trop bruyantes, la colère, les ennuis, les travaux rudes, les fatigues lui seront préjudiciables. Cependant, elle devra se donner de l'occupation autant que son état le lui permettra, et ne pas rester oisive : l'oisiveté lui engendrerait la tristesse, la mélancolie et un état nerveux capable de jeter la perturbation dans son économie.

Un exercice modéré au grand air permettra à ses poumons de renouveler l'oxygène dont le sang a un besoin si grand à cette époque. La sobriété dans le boire et le manger sera nécessaire. Il faudra éviter les boissons stimulantes et les mets indigestes, tenir les intestins libres et surveiller spécialement les urines.

Pour prévenir les refroidissements dont les conséquences peuvent être terribles, la femme enceinte portera de la flanelle. Ses vêtements devront être assez amples pour permettre aux organes thoraciques et abdominaux d'exercer librement leurs fonctions. Les grands lavages du corps et même les bains seront nécessaires ; ils ouvrent les pores de la peau qui vient ainsi par son bon fonctionnement au secours du rein souvent incapable de remplir sa tâche. On surveillera le sommeil, et l'air de la chambre à coucher devra être tempéré et renouvelé.

Nous avons dit qu'on devait porter une attention minutieuse aux urines ; c'est là le point capital dans l'hygiène de la femme enceinte ; c'est la clef du salut en même temps que le signal du danger. Combien de vies sauvées ! combien de malheurs évités ! si le médecin faisait toujours son devoir et avait pour règle invariable d'examiner les urines chez toute femme enceinte ! Au moins 90 p. c. des cas d'éclampsie disparaîtraient. Malheureusement beaucoup de médecins sont trop négligents et presque toujours ils peuvent dire un *mea culpa* en présence de leurs malades éclamptiques. Analysent-ils les urines, ils ne le font pas assez souvent quand ils ont une fois découvert de

l'albumine L'urine devra être examinée tant au point de vue de la qualité que de la quantité. Cette dernière a son mot à dire dans l'éclampsie.

OBSERVATION I. — Dernièrement, nous étions appelé pour une de nos patientes, Madame A. M., qui était au cinquième mois de sa deuxième grossesse. Madame M. est d'une constitution faible. Fille, elle a eu plusieurs hémoptisies ; mais depuis son mariage sa santé s'est améliorée et elle n'a plus craché de sang. Sa mère est morte de phtisie. Nous avons accouché une de ses sœurs, que la même maladie a emportée pendant ses couches.

Madame M. s'est bien portée jusque vers le quatrième mois et demi ; pas de vomissements, pas de syncope, bon appétit, sommeil excellent. Tout à coup elle ressent une douleur épigastrique assez vive, apparaissent des troubles de la vue, de la céphalalgie ; les reins lui font mal, les urines deviennent rares et l'analyse nous donne cinq grammes d'albumine par litre.

Comme vous voyez, nous étions en présence des symptômes bien francs d'une attaque d'éclampsie imminente.

OBSERVATION II. — Quelques jours plus tard, nous étions mandé auprès de la femme d'un confrère, notre ami et notre parent, le Docteur H. Cette femme en était à sa quatrième grossesse. La première s'était terminée par un accouchement long : on avait appliqué le forceps ; puis une hémorrhagie assez abondante avait compliqué ce travail laborieux. Les deux autres accouchements ont été assez faciles.

Notre malade en est donc au huitième mois et demi de sa quatrième grossesse. Cette personne assez grasse présente en outre un œdème généralisé. La figure bouffie et comme marbrée de taches livides nous laisse à peine voir deux petits yeux d'ordinaire très grands. La langue épaisse est embarrassée et peut difficilement articuler de longues phrases. La nuit, il y a des engourdissements aux bras et aux mains qui prennent la forme de griffes. Il y a alors impossibilité pour la malade de remuer les mains.

La miction est fréquente, mais l'urine rare contient à peu près deux grammes d'albumine au litre.

Nous assistions encore aux symptômes prodromiques de l'éclampsie.

OBSERVATION III. — Autre fait : Madame S. L., une autre de nos patientes, est au sixième mois de sa première grossesse. Tout va bien, aucun mauvais symptôme en apparence. Cependant les urines abondantes nous donnent huit grammes d'albumine au litre.

Il est certain qu'ici nous étions loin de l'éclampsie ; n'arrive-t-il pas souvent de trouver de l'albumine chez la femme enceinte ? Oui ; mais devant cette quantité d'albumine devons nous nous croiser les bras et attendre ?

Chez ces trois femmes, qu'avons-nous donc à faire? Instituer de suite le traitement de l'éclampsie, traitement qui peut se diviser en deux grandes classes, suivant qu'on a à prévenir les convulsions ou à les guérir.

Ainsi donc : 1° Traitement prophylactique ; 2° traitement curatif.

I. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Peut-on toujours prévenir l'éclampsie? En d'autres mots, l'éclampsie ne devrait-elle pas pour toujours disparaître du tableau nosologique des femmes enceintes?

L'éclampsie fait des victimes, tout probablement, depuis que Dieu a dit à la femme : " Tu enfanteras dans la douleur," et il est certain, quoi qu'en disent certains accoucheurs, qu'elle continuera à se choisir une proie de temps à autre. Si l'éclampsie, sans entrer ici dans le détail des causes de cette maladie, dépendait uniquement de l'albuminurie ou de l'intoxication du sang, on pourrait à la rigueur lui faire son procès ; mais l'expérience est là pour nous prouver que cette terrible maladie nous réservera toujours de ses redoutables surprises.

Quoi qu'il en soit dans les observations citées plus haut où l'analyse des urines a révélé la présence de l'albumine surtout en quantité notable ; ou quand, l'albumine manquant, on remarque chez la femme enceinte de l'œdème considérable aux pieds, aux jambes, aux mains, aux parties génitales, à la face ; ou, quand les symptômes précédents faisant défaut, il existe de la céphalalgie frontale, de la douleur épigastrique, des troubles de la vue, du vertige, des urines rares, il faudra de suite soumettre la femme au régime lacté, l'idéal du traitement préventif.

Tarnier formule ainsi :

Premier jour, une pinte de lait, deux repas ;

Second jour, deux pintes de lait, un repas ;

Troisième jour, trois pintes de lait, un repas ;

Quatrième jour et les suivants, quatre pintes de lait, ou du lait ad libitum, sans autre nourriture ni breuvage. Il débute d'emblée par trois ou quatre pintes de lait, quand les prodromes de la maladie sont manifestes.

Jaccoud " conseille (1) expressément de prescrire l'usage méthodique " du lait, chez toutes les femmes enceintes indistinctement, dans le but de " prévenir l'albuminurie. Un litre, dit-il, puis un litre et demi de lait en " vingt-quatre heures, jusqu'à la fin du sixième mois ; deux litres jusqu'au " terme, avec décroissance graduelle pendant les six semaines qui suivent " l'accouchement, voilà ma méthode."

(1) Semaine Médicale, 1893.

Ce conseil de Jaccoud a été salutaire dans la seconde observation que nous citons. Le Docteur H., dès le début de la grossesse de son épouse, lui avait fait boire une pinte ou deux de lait par jour. Il ne voyait pourtant rien d'anormal chez sa femme, qui avait heureusement déjà conduit trois grossesses, L'urine était physiologique ; nul symptôme douteux. Il avait lu la remarque de Jaccoud, et voilà ! il la trouvait bonne ; et puis, le lait, ce n'est pas mauvais ! Tout allait bien, jusque vers le huitième mois. Madame H. partait alors de la demeure de son mari, distante d'une soixantaine de lieues de Montréal, pou. venir " passer sa maladie " dans notre ville.

Pendant le voyage de Madame H., ses reins avaient-ils été touchés par le froid ou la fatigue ? Qu'était-il survenu ? Quelques jours après son arrivée, les urines, moins abondantes, contenaient deux grammes d'albumine au litre. Il se fit en peu de jours une infiltration générale, et l'œdème fut tel que nous l'avons décrit plus haut.

Nous soumettons de suite la malade au régime lacté absolu et à la limonade de crème de tartre pour la raison que nous expliquerons plus loin. Sous ce régime, les symptômes s'amendèrent rapidement et Madame H. put accoucher à terme sans accident.

Supposons que le régime lacté mixte n'eût pas été institué dès le début de la grossesse, que serait-il arrivé ? Il est probable que, grâce au lait, les reins quelque peu frappés depuis le quatrième ou le cinquième mois, ont pu fonctionner assez librement et éliminer les poisons qui, sans ce diurétique puissant, se seraient accumulés dans le sang et auraient pu dès le sixième mois causer des accidents graves.

" Il est bien évident, dit Peter, que la diète lactée n'agit que comme " diurétique ; en faisant pisser davantage, elle désemplit le système vasculaire, et, diminuant ainsi la pression sanguine générale, elle diminue la " pression rénale en particulier. "

Le lait est le spécifique de l'albuminurie, " peut-être, comme l'a indiqué " Bouchard, parce que le lait est un aliment insuffisant. Il diminue la surcharge d'un organisme où l'émonction se fait mal, et les malades bénéficient de la moindre introduction des liquides et de la moindre introduction " des solides, surtout des aliments azotés. " (1)

Mais, peut-on prendre pendant des semaines ou des mois du lait, et rien que du lait ? Vous savez que le dégoût en vient très-vite et puis certains

(1) Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, par le Dr. Ch. Vinay.

sujets ont une répugnance marquée pour cette boisson. Il est préférable de le donner seul ; mais enfin, quand les malades le refusent, il faut user de ruses et savoir le leur donner sous une forme agréable. Dorez la pilule, puisqu'on la considère comme remède. Ajoutez, par exemple, quelques gouttes de cognac, de rhum, d'anisette ou d'eau de laurier cerise, d'une infusion de thé, de café ; mettez-y un peu de caramel ou même du sel. Si le lait était mal supporté, un peu d'eau de chaux, de l'eau de riz ou d'orge, de l'eau de vichy aident à sa digestion.

Un autre point : si la patiente ne peut pas prendre une grande quantité de lait à la fois par suite de sa répugnance, prescrivez-lui en un demi verre toutes les demi heures. Peu d'individus se refuseront à prendre une gorgée de lait. Quelquefois il sera utile de prescrire des gargarismes avec des eaux alcalines, qui nettoient la bouche, enlèvent ce goût sucré et même désagréable du lait, et empêchent les dépôts de caséine et de graisse entre les dents ou sous la langue.

Ainsi, d'après Jaccoud, il serait d'une bonne politique d'ordonner le lait tout le temps de la grossesse ; mais la plupart des accoucheurs ne le prescrivent que lorsqu'il y a des symptômes précurseurs de l'éclampsie ou lorsque l'urine contient de l'albumine en grande quantité. Puis ils discontinuent cette diète quand l'albumine disparaît. Cesser le régime lacté trop tôt c'est à dire quand on ne trouve plus trace d'albumine, c'est exposer la femme à un péril cache qui n'en existe pas moins cependant ; car, comme le font remarquer judicieusement Tarnier et Jaccoud, l'empoisonnement du sang peut subsister quand toute trace d'albumine a disparu. " Si sous cette " influence (le régime lacté exclusif), nous dit Jaccoud, (1) l'albumine dis- " paraît de l'urine, il faut persister avec la même vigueur. Dans l'espèce, en " effet, l'albumine n'est pas le danger, elle est simplement le signal du dan- " ger, lequel réside dans l'auto-intoxication possible du sang par insuffisance " urinaire ; or, le signal peut disparaître sans que le péril soit passé ; il ne " faut pas désarmer."

Tarnier, à la séance du 31 janvier 1893 de l'Académie de Médecine, faisait remarquer à M. Guéniot " que ce ne sont pas seulement les femmes " enceintes albuminuriques qui bénéficient du régime lacté, mais aussi les " femmes qui, sans albuminurie, présentent des symptômes manifestes de " toxémie. Il y a peu de temps, disait-il, (2) j'ai eu l'occasion de voir une " femme qui, sous l'influence du régime lacté, vit disparaître tous les trou-

(1) Semaine médicale, 1893, page 54.

(2) Semaine Médicale, 1893, page 49.

“ bles dont elle se plaignait : vertige, céphalée, troubles de la vue ; elle
 “ n'était pas albuminurique, et, chose curieuse, lorsque les symptômes mor-
 “ bides, précurseurs d'une attaque d'éclampsie, eurent disparu, les urines
 “ contenaient de l'albumine.”

Le régime lacté exclusif est-il suffisant comme traitement préventif ? Tarnier nous dit qu'il n'a jamais vu d'attaque d'éclampsie survenir chez la femme soumise au régime lacté absolu depuis au moins huit jours.

Depuis quelques années que nous suivons ce régime à l'Hospice de la Maternité de Montréal, nous avons vu diminuer considérablement le nombre des éclamptiques ; mais, nous croyons que si la règle de Tarnier est vraie dans la très grande majorité des cas, elle souffre quelques exceptions et nous le prouvons. Nous avons obtenu des résultats plus prompts et plus probants quand nous avons ajouté au lait comme diuritique et laxatif la limonade de crème de tartre.

Nous prouvons par les observations suivantes et les trois premières citées plus haut.

OBSERVATION IV. — Julia, 23 ans, fille, primipare, accouche le 10 Avril 1895, après un travail de huit heures, en O. I. G. A. Dix jours avant, la malade avait accusé de la céphalalgie. Il y avait peu d'œdème aux pieds. L'analyse des urines nous avait donné vingt-deux grammes d'albumine au litre. Nous prescrivions le régime lacté absolu. Les jours suivants, l'albumine diminuait et la céphalée disparaissait.

Aussitôt après l'accouchement, le cathéter ne ramène de la vessie qu'un peu d'urine aussi chargée d'albumine qu'à la première analyse. Trois heures après la délivrance, la malade a un premier accès d'éclampsie. Rappelons que la patiente a une sœur qui a eu de l'éclampsie.

Cette fille-mère, soumise pendant dix jours au régime lacté absolu, et ayant eu un accouchement facile et court, pourquoi a-t-elle des convulsions ? Le rein trop malade n'a pu éliminer à temps et en assez grande quantité les poisons du sang. Il aurait fallu un traitement actif, énergique, et venir, par une autre voie, au secours de cet organe impuissant.

OBSERVATION V. — Paula, fille, 33 ans, primipare, accouche le 27 Février 1895, après un travail de 10 heures. L'enfant était en O. I. G. A.

L'analyse des urines faite un mois avant l'accouchement, nous a donné douze grammes d'albumine au litre. Paula est soumise au régime lacté absolu sous l'influence duquel l'albumine diminue considérablement. Pendant la période d'expulsion, cette femme a deux accès d'éclampsie. Huit heures après la délivrance, l'urine donne à peu près huit grammes d'albumine.

Les convulsions étaient-elles causées par la maladie du rein, l'intoxication du sang ou par irritation nerveuse occasionnée par le passage de la tête dans la filière pelvienne?

OBSERVATION VI. — Ida, fille, 18 ans, primipare, vient nous consulter le 8 Août 1895. Elle se croit enceinte de sept mois. Ses jambes sont œdématisées ; sa figure est bouffie. Elle se plaint de céphalalgie frontale depuis quelques jours. Sa vue est trouble. Le sommeil fait défaut depuis sept à huit jours. L'appétit manque. La miction est fréquente et peu abondante. Les selles sont quotidiennes.

Voici le tableau de l'analyse des urines :

8 Août, 7 grammes d'albumine par litre.

15	"	3	"	"	"
21	"	5½	"	"	"
26	"	2¾	"	"	"
39	"	1¼	"	"	"

Septembre 3, après l'accouchement, trace d'albumine.

" 8 1¾ grammes.

" 14 2½ "

Ida a accouché le 3 Septembre d'un enfant vivant, à terme. Le travail a duré 10 heures et Ida n'a pas eu d'éclampsie. L'albumine persiste en plus ou moins grande quantité, quand elle laisse l'Hospice trois mois après.

Voici le traitement que nous avons employé : régime lacté, auquel nous avons ajouté la limonade de crème de tartre, et tous les deux ou trois jours une bonne dose de sulfate de magnésie et de séné.

Dans cette observation les reins étaient pourtant assez atteints par la maladie, puisque l'albumine persistait encore trois mois après l'accouchement, mais la méthode évacuante avait empêché la pléthore ou la congestion vers les différents organes, et éliminé par l'intestin les matières toxiques.

OBSERVATION VII. — Célestine, 33 ans, fille, primipare, accoucha le 1er Avril 1895. Présentation O. I. D. P. ; travail 3½ heures.

Nous avons vu Célestine un mois avant. Elle avait beaucoup d'œdème aux pieds, aux jambes, aux mains et à la face. L'urine rare contenait quatorze grammes d'albumine au litre. Célestine a été soumise au régime lacté, à la limonade tartrique et aux purgatifs (sel et séné). L'albumine diminuait peu à peu pendant que la quantité d'urine augmentait. Célestine accoucha sans éclampsie et fit de bonnes relevailles, l'albumine disparaissait complètement quelques jours après l'accouchement.

OBSERVATION VIII. — Le 4 Janvier 1895 nous voyons pour la première fois Madame L. D. C'est une femme d'une taille un peu élevée, d'une constitution forte, d'un embonpoint assez prononcé. Elle est enceinte de sept mois. Elle a déjà eu trois enfants à terme après des grossesses et des accouche-

ments assez heureux. Il y a un an et demi elle a accouché prématurément à sept mois et demi d'un enfant mort, après avoir eu une attaque d'éclampsie constituée par plusieurs accès de convulsions. Lors de cette dernière grossesse, elle a eu de l'œdème généralisé, des vertiges, des douleurs épigastriques. Elle ignore s'il y avait de l'albumine dans ses urines, son médecin ne les ayant jamais analysées.

Nous examinons minutieusement cette nouvelle patiente. Elle se plaint des mêmes symptômes de sa dernière grossesse, œdème assez considérable, vertiges, constipation, envie fréquente d'uriner, mais urine rare, maux de tête. La chaleur et l'acide nitrique font prendre en masse l'urine qui contient vingt grammes d'albumine au litre.

Nous soumettons Madame L. D. au régime lacté absolu qu'elle accepte volontiers, parce qu'elle aime beaucoup le lait. Elle en prend trois pintes dès le premier jour, puis elle augmente la quantité jusqu'à quatre pintes. Elle prend tous les matins deux drachmes de bitartrate de potasse qui lui tient les intestins libres. Nous la revoyons trois jours plus tard ; l'œdème a un peu diminué, mais les maux de tête persistent encore ; cependant la douleur épigastrique et les vertiges ont disparu.

Quelques jours plus tard, Madame D. se porte bien. Elle est heureuse de suivre un si bon régime. L'urine ne contient plus que huit grammes d'albumine au litre. Enfin cette dernière disparaît presque complètement, et notre malade a le bonheur d'accoucher à terme sans accident.

OBSERVATION IX. — Madame J. P., qui vient nous consulter le 8 Juin 1895, se dit enceinte de six mois et demi. Elle est secondipare. A sa première grossesse elle a eu plusieurs cas d'éclampsie qui se sont terminés par l'expulsion d'un enfant mort de 7 mois. Mme J. P. se plaint de douleurs lombaires qui s'irradient aux cuisses et aux jambes ; ces dernières sont très enflées. Elle a des nausées et des vomissements fréquents à différentes heures du jour. Son appétit est capricieux, tantôt vorace, tantôt nul. Elle souffre d'étourdissements, de céphalgie, d'insomnie. Ses membres sont souvent engourdis ou le siège de fourmillements douloureux. Elle est sujette aux névralgies. Le matin, au lever, les yeux sont bouffis et les mains sont gonflées.

Nous prescrivons le bitartrate de potasse (2 drachmes) à prendre tous les matins à jeun, et le régime lacté absolu. Dans ce cas, nous avons un peu de difficulté à faire accepter cette diète sévère. La patiente, un peu gourmande et habituée à la bonne chère ne se soumet que par degrés à notre ordonnance. Toujours est-il que huit jours après notre première consultation nous avons le plaisir de constater que les symptômes se sont améliorés.

Les urines qui contenaient 18 grammes d'albumine au litre le 8 Juin, n'en offraient plus que trois grammes le 1er Juillet.

Madame J. P. a continué le régime lacté absolu jusqu'au terme de sa

grossesse. Son accouchement s'est passé heureusement ainsi que les suites de couches.

OBSERVATIONS X. — En Décembre 1895 nous étions appelé pour une dame F. L. qui était au huitième mois de sa deuxième grossesse. Elle souffrait d'insomnie depuis quatre ou cinq nuits, de céphalalgie frontale et surtout d'une douleur atroce à l'épigastre. Elle vomissait depuis quelques jours tout ce qu'elle prenait. La vue était un peu trouble. Pas beaucoup d'œdème aux pieds. La malade nous a dit qu'elle avait eu une "fausse couche" vers le huitième mois de sa première grossesse. Elle avait, deux jours avant cet accouchement prématuré, souffert de convulsions qui avaient failli l'emporter.

A nos questions elle répondit qu'elle ressentait les mêmes symptômes qu'à sa première grossesse et qu'elle craignait la répétition de ces terribles convulsions qui l'avaient laissée pendant plusieurs jours sans mémoire et presque sans parole.

Nous prescrivîmes : Calomel grs x, Jalap grs xxx, et le régime lacté absolu ; et à prendre tous les matins bitartrate de potasse deux drachmes.

Le Calomel et le Jalap produisirent des selles copieuses.

L'analyse des urines nous donna quatorze grammes d'albumine au litre.

Nous répétâmes le Calomel et le Jalap cinq jours après.

Nous eûmes le bonheur de conduire à terme la grossesse de Mme F. L.

Nous rappellerons ici les malades des observations I, II, III, traitées de la même manière.

Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples pour prouver l'efficacité du traitement par le régime lacté aidé du bitartrate de potasse et des purgatifs.

Nous donnons la limonade de crème de tartre dans un double but: comme diurétique et comme laxatif. Comme diurétique doux, elle laverait le rein, enlèverait la congestion de cet organe et en conséquence diminuerait la masse du sérum du sang ; comme laxatif, elle nettoie l'estomac et l'intestin, balaie les microbes et remplace avec avantage les antiseptiques de l'intestin que quelques accoucheurs emploient aujourd'hui. Elle agit sur la muqueuse intestinale en soustrayant par exosmose le sérum du sang, sans diminuer le nombre des globules, soulageant ainsi le rein dans sa tâche ardue.

De plus cette limonade constitue une boisson agréable, rafraîchissante, qui calme facilement la soif causée par le lait. On peut en boire à volonté. Généralement nous prescrivons dans les vingt-quatre heures trois ou quatre pintes de lait et une pinte de limonade ainsi préparée : Faire dissoudre de deux à quatre drachmes de bitartrate de potasse dans une pinte d'eau chaude, ajouter un citron ou deux, sucrer au goût.

Quand nous voulons agir fortement sur l'intestin dans un cas pressant, nous augmentons la quantité de bitartrate de potasse jusqu'à une once. C'est

ce que nous avons faits chez notre malade de l'observation II ; nous en avons obtenu un effet très prompt. Le même jour notre malade urinait beaucoup plus et elle avait quatre ou cinq selles liquides et abondantes. Le lendemain l'œdème était diminué de moitié.

Le Docteur Eggleston qui prescrit à toutes les femmes enceintes deux cuillerées à thé de bitartrate de potasse à prendre tous les matins se vante de n'avoir pas eu un seul cas d'éclampsie pendant cinq ans, — grâce à ce traitement.

Quelquefois il est bon d'associer les toniques au régime lacté absolu. Lusk donne dans ces cas la teinture de fer muriatée à haute dose quatre fois par jour. Cette teinture agirait sur le rein comme diurétique ; sur le sang, en augmentant le nombre des globules rouges ; et sur les vaisseaux sanguins en donnant du ton à leurs parois affaiblies.

Dans un autre ordre d'idées, quelques accoucheurs, Jaccoud en tête, prescrivent en même temps que le lait, les inhalations d'oxygène dans le but de réaliser les trois indications suivantes : élimination des poisons ; destruction des poisons dans le sang ; rétablissement de la perméabilité rénale. " Si l'examen de l'urine, dit Jaccoud (1), ne révèle pas d'autre altération que la présence d'une quantité x d'albumine, je donne trente litres d'oxygène pour vingt quatre heures, c'est le minimum constant ; si l'analyse révèle l'abaissement de la dépuration au-dessous du minimum physiologique, je double, je triple cette dose, au moins temporairement. "

" L'urémie, dit A. Robin (2), ou l'éclampsie n'est que le résultat de l'empoisonnement de l'organisme par des déchets organiques qui sont des produits peu oxydés et en même temps des substances peu solubles et toxiques. "

" Quelles sont, continue-t-il, les conclusions que l'on peut, au point de vue pratique, tirer de ces données pathologiques ? Il faut, je crois, chercher à activer les oxydations par des inhalations d'oxygène, souvent efficaces dans l'urémie, puis chercher à transformer les produits insolubles en produits solubles facilement éliminables. Plusieurs médicaments, l'acide benzoïque, l'acide salicylique et dans un autre ordre d'idées l'acide cinnamique, l'acide phénylacétique etc., répondent dans une certaine mesure à ce desideratum. "

Tarnier ne sait pas jusqu'où va l'efficacité de cette mesure.

(1) " *Semaine médicale* " 1893, page 54.

(2) " *Semaine Médicale* " 1893, page 49.

Si l'on doit cesser le régime lacté avant l'accouchement, quand toute trace d'albumine a disparu ou encore si ce régime est mal supporté, on prescrira les toniques et les amers, fer, quinine, gentiane. Il faudra soumettre les malades à un régime spécial et ne pas les laisser manger ce qu'elles veulent. " Comme les ptomaines toxiques qui proviennent, dit Vinay (1), de l'alimentation sont surtout fournies par les poissons, les mollusques, les crustacés, les viandes avancées, on défendra les viandes en général, et plus particulièrement le gibier, les conserves, les salaisons, le poisson, les mollusques, les coquillages, les fromages avancés. L'alcool sous forme de liqueur ou de vin vieux doit être proscrit en raison de l'action irritante qu'il exerce sur le rein. Les vins blancs de Graves ou de Sauterne sont les meilleurs.

" On insistera sur le régime végétarien, sur le laitage, les œufs, les légumes verts très cuits, les féculents, le fromage frais, les fruits, les compotes. Pour remédier au danger des viandes si riches en matières extractives et en potasse, on peut utiliser les viandes gélatineuses ou les viandes très cuites. On peut permettre la tête de veau, les pieds de porc, le poulet bouilli, le veau, l'agneau, etc., mais on interdira le bouillon.

Il faudra toujours conseiller aux malades, qui ne suivent pas le régime lacté, de boire abondamment des eaux minérales alcalines possédant des propriétés diurétiques ; Vichy, etc. On leur donnera des purgatifs, (jalap et calomel) surtout les salins, bitartrate de potasse, sulfate de magnésie.

Quelques auteurs recommandent les diurétiques, tels que la digitale, l'infusion de triticum repens, l'uva ursi, la scille, ou les diurétiques minéraux. Quelques-uns donnent les purgatifs drastiques : l'éléatérium, l'huile de croton. D'autres emploient les antiseptiques de l'intestin, le charbon, l'iodoforme, la naphthaline, le naphtol, le bismuth, associés aux différentes méthodes de traitement. Bouchard donne la préférence au naphtol B à dose de 1 à 2 grammes par jour.

OBSERVATION XI. — Le 15 novembre 1894, nous sommes consultés par Madame M. N. qui est primipare et au cinquième mois de sa grossesse.

Le mari nous dit que son épouse, d'un caractère gai et enjoué, aimant toujours à badiner, n'est plus la même depuis une quinzaine de jours. Elle est morose, toujours inquiète et souffre de maux de tête très violents. Son appétit est diminué et elle est constipée.

Examcn. — Madame N. est d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin ; ses yeux paraissent un peu abattus ; elle est rêveuse et semble fatiguée.

L'urine se coagule en masse par la chaleur, et nous trouvons 10 grammes d'albumine au litre.

(1) Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches par le Dr Ch. Vinay.

Nous prescrivons le régime lacté absolu que notre patiente refuse de suivre par dégoût pour le lait qu'elle ne peut voir. Sur son refus formel nous ne voyons rien de mieux que de lui ordonner le régime végétarien. Nous lui conseillons d'user beaucoup de lait dans la confection de ses aliments. En outre nous lui recommandons de boire de l'eau de Vichy.

Ce régime aidé d'un pargatif (sulfate de magnésie) répété tous les quatre matins nous a donné un bon résultat.

OBSERVATION XII. — En octobre 1895, nous voyons Madame O. G. une de nos bonnes patientes. Elle est primipare et sa grossesse est de six mois.

Nous avons connu Madame G. avant son mariage. Elle a toujours été pâle, anémique. La tuberculose est héréditaire dans sa famille ; mais Mme G. ne tousse pas, et il n'y a rien du côté de ses poumons. Le cœur, à part un léger bruit de souffle anémique, n'a rien d'anormal.

Notre patiente a de l'œdème aux pieds, ses mains sont souvent enflées ; sa face est bouffie comme celle des chlorotiques. En outre de ces divers symptômes, propres à la chlorose, nous trouvons des urines fortement albumineuses (16 grammes au litre.)

Vu l'état précaire de cette santé, nous prescrivons le régime lacté mixte ; autant de lait que la patiente en peut boire, en outre trois bons repas consistant en viande bien cuite, patates et purée de pois (brosemeal). Nous ordonnons la teinture de fer muriatée à dose de 15 gouttes trois fois par jour après chaque repas, et entre les repas un ou deux cachets antiseptiques ainsi composés : Naphtol B purement pulvérisé 15 grammes, salicylate de Bismuth 7 gr. 50 centigr., divisés en 30 cachets ; le soir au coucher le cascara aromatique de Stern à dose d'une ou deux cuillerées à thé.

Trois semaines plus tard nous avons la satisfaction de voir notre patiente beaucoup mieux. Sa santé s'améliorait, les œdèmes disparaissaient et l'albumine diminuait de moitié. Les symptômes s'amendèrent ainsi jusqu'à son accouchement qui arriva vers le huitième mois et demi de la grossesse. Il n'y eut point d'éclampsie.

Nous arrivons enfin à un remède qu'on a beaucoup vanté depuis quelque temps : le *Chloral*.

D'après le Dr Blanc, le chloral posséderait une action étiologique ou pathogénique ; d'après Rivière, Auvaré, Arnaud, il n'aurait qu'une action symptomatique, et n'agirait pas sur l'intoxication elle-même. Le Dr Blanc

a prouvé que le chloral agit sur le rein et augmente la quantité des urines émises.

Magail emploie le chloral comme traitement préventif conjointement avec le régime lacté ou quand ce dernier ne peut être suivi soit par dégoût, intolérance ou faute de temps. Il donne le chloral aussi longtemps que les prodromes de l'éclampsie persistent. Il n'y aurait pas d'accoutumance au remède ou elle serait très tardive. Le chloral aurait aussi l'avantage de permettre au régime lacté d'exercer son action salutaire, comme dit Ribemont Dessaignes.

La dose ordinaire est de trois à quatre grammes par jour. On peut aller au-delà de cette dose, et même jusqu'à dix grammes suivant les symptômes. Il faut diluer le médicament pour ne pas fatiguer l'estomac et causer des vomissements.

Vinay conseille dans les cas où l'albuminurie est abondante, qu'il existe de la céphalalgie, de l'irritabilité, de l'insomnie, du vertige, des troubles de la vue, etc., de chloraliser les patientes. Il donne quatre à six grammes de chloral par la bouche au début des douleurs.

Nous avons eu l'occasion d'essayer le chloral chez trois de nos malades, mais nous ne saurions dire si le mieux qui s'est fait sentir après ce traitement est dû uniquement au médicament, parce que nous l'avons employé conjointement avec d'autres méthodes de traitement.

OBSERVATION XIII. — Julie, fille secondipare, âgée de 21 ans, entre à l'Hospice vers le 20 mai 1895, elle se dit au début du neuvième mois de sa grossesse. Elle a été bien portante jusqu'au huitième mois ; elle n'a pas eu de vomissements si ce n'est depuis une quinzaine de jours. Elle souffre beaucoup de douleurs dans le creux épigastrique, douleurs qui se font sentir aussi entre les deux épaules. Elle ne dort pas, surtout depuis huit jours, et elle éprouve, par moments des maux de tête tellement violents qu'elle ne sait pas où se mettre ; elle croit que la tête va lui ouvrir.

Nous ne constatons pas d'œdème chez Julie. La miction fréquente ne donne pas beaucoup d'urine ; mais celle-ci est fortement albumineuse (12 grammes d'albumine au litre). Nous prescrivons trois pintes de lait chaque jour, en plus le chloral (grs xv) associé au bromure de potasse (grs xxx), à prendre matin et soir.

Sous ce traitement, la céphalalgie disparaît et le sommeil revient bon, et réparateur, les urines augmentent en quantité, en même temps que l'albumine diminue.

Julie accouche le 27 mai après un travail de dix-huit heures. Les suites de couches et la température ne s'élève pas d'un dixième de degré.

OBSERVATION XIV. — Zozime, femme âgée de 27 ans, entre à la Maternité le 10 octobre 1895. Elle est enceinte pour la quatrième fois et doit ac-

coucher vers le 10 novembre. Ses grossesses antérieures ont été très pénibles ; elle a souffert constamment de vomissements ; ses accouchements ont été très laborieux, deux fois on a été obligé de lui appliquer le forceps. Son dernier accouchement a été très long, mais l'enfant est venu par les seuls efforts de la nature.

Quand elle entre à la Maternité, elle se plaint d'enflure aux pieds et aux mains, d'étourdissements fréquents, de maux de tête intolérables, d'insomnie continuelle et elle ne va à la garde-robe que tous les quatre ou cinq jours.

Les urines contiennent quinze grammes d'albumine au litre.

Nous soumettons cette malade au régime lacté absolu et nous donnons le bitartrate de potasse (deux drachmes) tous les matins et le chloral (grs xv) associé au bromure de potasse (trente grains) tous les soirs au coucher. Comme le sommeil ne se produit pas avec ces deux derniers médicaments et que la céphalalgie continue aussi violente, nous donnons tous les soirs une seconde dose de chloral et de bromure à une heure d'intervalle de la première.

Nous obtenons ainsi une amélioration assez marquée, mais nous sommes obligés de continuer ce traitement jusqu'à l'accouchement, qui se fait le 11 novembre à 8½ heures du matin. Il n'y a rien d'anormal dans les suites de couches.

OBSERVATION XV. — Notre troisième observation touchant le chloral se rapporte à Ancilia, fille, primipare, 18 ans. Inutile d'entrer ici dans des détails de symptômes dont le plus important et presque l'unique est une céphalalgie frontale revenant par exacerbation matin et soir. L'urine présente à l'analyse 8 grammes d'albumine. Comme Ancilia ne veut prendre de lait, qu'elle ne veut pas se soumettre à aucun régime, qu'il lui faut manger et boire comme les autres, qu'elle n'a confiance qu'aux remèdes, nous lui prescrivons le chloral (grs xv) et le bromure (30 grains) à prendre matin et soir. Elle accouche heureusement un mois et demie après son entrée à l'Hospice.

Ménager a employé une fois le lactate de Strontium à la seconde grossesse d'une femme qui avait eu douze accès d'éclampsie à sa première grossesse. Il dit s'en être bien trouvé.

Pour prévenir l'attaque d'éclampsie imminente, quelques médecins ont employé la *Pilocarpine* en injection hypodermique à dose de 1/6 grain à 1/2 gr. Elle produit une diaphorèse excessive, mais elle n'est pas sans danger. Nous nous souvenons de l'avoir employée une fois dans un cas de *malaria*

et nous en avons eu tant de mauvais résultats que nous nous sommes promis de n'y plus retourner. Il vaut mieux la remplacer par les bains chauds, les bains de vapeur suivis de l'enveloppement dans un grand nombre de couvertes. La sudation produite par les bouteilles d'eau chaude est d'un grand secours.

Les bains chauds sont en honneur chez les Allemands comme traitement prophylactique. Voici ce qu'on fait à Vienne quand les urines contiennent une quantité notable d'albumine. Nous traduisons du *New-York Journal*, 1891, page 446 :

“ La patiente est placée dans un bain rempli d'eau à une température un peu au-dessus de 99 ° F. Le bain est recouvert d'un drap pesant et on ne découvre tout juste que la tête de la patiente, sur laquelle on place un essuie-main trempé dans l'eau froide. La température de l'eau est graduellement élevée jusqu'à 110° ou 112°. On y laisse la malade trente minutes pendant lesquelles on lui fait boire beaucoup d'eau. Quand on la retire du bain on l'enveloppe dans d'épaisses couvertures, et on la laisse transpirer abondamment pendant deux ou trois heures. Suivant la gravité du cas on peut répéter indéfiniment. Le soulagement obtenu par ce seul moyen de traitement est vraiment étonnant. Quelquefois le bain chaud agit comme excitant des contractions utérines et provoque le travail. ”

Si les différentes méthodes de traitement que nous venons de décrire n'amenaient pas une amélioration des symptômes et qu'une attaque d'éclampsie fût imminente, il faudrait recourir à la saignée générale ou locale. “ Lorsque, nous dit Jaccoud, par suite de refroidissement, les reins sont touchés de par la prédisposition locale issue de la stase et que l'on craint de voir survenir avec une terrifiante rapidité les accidents formidables de l'obstruction rénale, il ne faut plus penser au lait, ni à l'oxigène, ni même aux drastiques ; la saignée répétée au besoin est le seul moyen suffisamment rapide pour rétablir la perméabilité de l'organe.”

Renault et Robin conseillent de pratiquer la saignée au niveau du triangle de J. L. Petit dans le but de décongestionner le rein et d'en diminuer l'œdème.

OBSERVATION XVI. — Le 7 Juin nous étions appelé auprès de Madame L. M. à laquelle nous donnions nos soins depuis deux mois. Mme M. d'une forte charpente était grasse et d'un tempéramment sanguin. Elle était enceinte de 8 mois. Deux mois auparavant nous avons analysé ses urines qui contenaient 18 grammes d'albumine au litre. Sous le régime lacté l'albumine disparut presque complètement pendant un mois et demi, puis elle augmenta quelque peu.

Le 5 Juin, Madame M. faisait un voyage d'excursion en bateau. La température était un peu froide, l'atmosphère crue, humide. Vers l'après-midi, une pluie fine vint enlever le plaisir aux excursionnistes. Au retour Mme M. se sentit prise de frisson, et d'un malaise au rein. Elle crut cependant qu'il n'y avait pas matière à mander un médecin. Le lendemain soir le malaise augmentait ; et une violente céphalgie apparaissait, l'urine devenue plus rare prenait une teinte noirâtre. Comme la céphalée s'aggravait durant la nuit on nous appela vers deux heures le matin du 7 Juin.

Le pouls de la malade plein, fort, battait 100 pulsations à la minute. La face bouffie était congestionnée. Il y avait de la gêne du côté de la respiration et un malaise bien prononcé aux reins ; presque plus d'urine et encore celle-ci était-elle noire.

Il était évident que les reins, déjà incapables depuis quelque temps de remplir librement leur fonction, venaient d'être frappés par le froid, et nous avions affaire à une forte congestion qui aurait certainement amené l'éclampsie si le traitement n'avait pas été très énergique. Nous pratiquâmes au bras une saignée de quinze onces, et nous appliquâmes des ventouses scarifiées sur la région lombaire. Nous donnâmes une dose de bitartrate de potasse. Sous l'influence de la saignée le pouls devint plus mou, plus rapide ; la face se décongestionna, la respiration devint plus libre. La malade couchée fut entourée de bouteilles d'eau chaude qui amenèrent une sudation abondante. Les symptômes s'amendèrent promptement. Le séjour dans sa chambre ramena le calme chez notre malade qui accoucha heureusement à terme d'un enfant vivant.

Quand à la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré comme traitement préventif nous en dirons un mot parce que tous ceux qui ont traité de l'éclampsie en ont parlé. Les opinions sont partagées sur ce sujet : les uns pratiquent l'avortement dès qu'il y a albuminurie considérable quel que soit le temps de la grossesse ; d'autres, quand apparaissent certains symptômes du côté du système nerveux, de la vue, ou du rein ; d'autres attendent que l'enfant soit viable, ou que les prodromes de l'éclampsie soient manifestes ; d'autres enfin s'abstiennent complètement.

Pourquoi recourir à ce moyen extrême et dangereux ? Parce qu'on aura trouvé de l'albumine au troisième ou au quatrième mois, devra-t-on exposer la femme et lui faire courir tous les dangers d'un avortement ? Est ce qu'il n'est pas prouvé que le régime lacté et ses adjuvants nous offrent un remède efficace, spécifique contre cette albuminurie de la grossesse ? Combien de femmes enceintes albuminuriques terminent heureusement leur grossesse sans se soumettre à aucun régime et sans même se douter du précipice au bord

duquel elles marchent ? Pensez-vous que toutes ces mères des basses classes, ces mères bien souvent obligées de gagner la vie de leurs enfants et d'une nombreuse famille, travailler autant si non plus que leur mari ; ces mères bien souvent incapables de se chauffer vu l'énorme œdème de leurs pieds et de leurs jambes ; pensez vous que toutes ces femmes vont souvent chez le médecin lui porter une fiole d'urine pour la lui faire examiner et lui demander de les soumettre à un régime sévère et dispendieux ? Combien de ces femmes dont nous avons examiné l'urine par pure curiosité ! Nous étions étonnés de trouver autant d'albumine sans que jamais aucun accident fâcheux n'eût alarmé ou effrayé la gestante. Cependant ces femmes accouchent sans même appeler le médecin, — la voisine est très habile. Elles élèvent de nombreuses familles. Quelles misère dans leur taudis ! Quel air impur on y respire !

Posons-nous ces différentes questions et que chacun y réponde consciencieusement :

Quel est le pourcentage des albuminuriques par rapport aux femmes enceintes ? Quel est le pourcentage des éclamptiques par rapport aux albuminuriques ? Quel est le pourcentage de mortalité des éclamptiques ? Et quel est le pourcentage de la mortalité des éclamptiques par rapport aux albuminuriques ? Quel est le pourcentage de la mortalité après les avortements provoqués ou après les accouchements forcés ? Et quel est la proportion entre la mortalité des éclamptiques et la mortalité des avortés ?

Quand il y a beaucoup d'albumine est-on sûr qu'il y aura éclampsie ? Est-on sûr qu'il restera une maladie du rein après la grossesse ? Sur quoi base-t-on ses opinions ?

Faudra-t-il tuer tous les enfants dans le sein des albuminuriques pour sauver une seule de ces femmes qui pourrait mourir à la suite d'éclampsie ? Faudra-t-il arracher tous tous ces fruits avant leur maturité dans l'espoir qu'on épargnera à une seule femme une maladie de Bright chronique ? Faudra-t-il tuer tant d'innocents et d'être faibles pour prévenir l'éclampsie ou une maladie chronique des reins sous prétexte que l'enfant doit mourir s'il y a éclampsie et que la mère est en même temps condamnée ?

Avec nos différents traitements préventifs et curatifs ce n'est qu'exceptionnellement que la mère trouve la mort dans les convulsions, — et l'enfant très souvent survit à l'éclampsie. Autre raison ne provoque-t-on pas l'attaque d'éclampsie en provoquant l'avortement ? alors double danger pour la femme : celui de l'opération qui abrège subitement sa grossesse et celui de l'éclampsie qui la menace par le fait de l'opération.

Et qui nous dit que si les reins sont malades, si l'on trouve de l'albumine quand on aura provoqué l'avortement on n'aura pas encore de l'éclampsie ? Les nombreuses observations que nous citons dans notre thèse ne nous disent-elles pas que l'éclampsie aussi souvent après l'accouchement ?

Pour un *peut-être* des plus problématiques, pourquoi se rendre coupable

d'un fœticide et exposer la femme à mourir d'un avortement provoqué toujours très dangereux en lui-même? Pour la tirer d'un péril imaginaire, faut-il la jeter dans un danger plus certain! Si elle marche au bord d'un précipice soutenons-la, veillons sur elle, mais ne l'y jetons pas sous prétexte qu'elle peut y tomber.

Le médecin n'a pas le droit de vie ou de mort sur son semblable. Il doit autant, sinon plus, protection au faible qu'au fort. Et, de plus, depuis quand est-il permis de faire le mal pour arriver au bien. Les naufragés, battus par la tempête dans une frêle embarcation, ont-ils le droit de mort sur l'un d'entre eux, celui-ci de leur servir de nourriture et prolonger leur vie jusqu'au retour d'un navire qui les sauvera des horreurs de la mer? Evidemment non. Cependant, s'ils n'en tuent pas un, ils mourront tous; peu importe; qu'ils meurent! il ne leur appartient pas d'enlever la vie.

Le médecin n'a pas plus de droit sur la vie du fœtus.

Et la mère se trouve dans le même cas que les naufragés.

Autres raisons: la femme en se mariant accepta tacitement toutes les joies et les misères de la vie commune. Elle sait les douleurs qui l'attendent elle n'ignore pas que sa vie sera souvent exposée; elle connaît la loi inexorable de Dieu: "Tu enfanteras dans la douleur." Et l'expérience du monde lui a déjà appris qu'avant l'enfantement douloureux, elle pourra éprouver de grandes angoisses. L'expérience de sa mère, d'une sœur, d'une amie lui a prouvé que la grossesse est souvent accompagnée de terribles épreuves; que la mort en est quelquefois le triste apanage. Elle sait tout cela; et par les liens du mariage, elle contracte de sérieuses obligations, entre autres celle d'aimer, de protéger les êtres qui naîtront de cette union; elle doit les protéger dût-il lui en coûter la vie.

Les médecins d'une autre religion que la nôtre nous disent: "Vous, catholiques, vous ne voulez pas provoquer l'avortement parce que cette opération tue l'enfant qui mourra ainsi sans baptême."

Voici ce qu'un ami personnel nous disait un jour: "Quand je trouve, chez une femme enceinte, beaucoup d'albumine, je lui propose de suite de mettre fin à sa grossesse. Si cette femme est catholique, je ménage ses scrupules en lui faisant comprendre que je baptise l'enfant dans son sein."

Nous répondions à cet ami par les paroles de notre professeur, M. le docteur Dagenais, qui, dans un travail très élaboré, combattait victorieusement la craniotomie sur l'enfant vivant. "Lorsque, nous disait notre distingué professeur (1), Ramsbotham dit que l'église reconnaît la validité du baptême administré au moyen d'injections dans l'utérus, il commet une inexactitude bien pardonnable, il est vrai, pour un protestant: la validité du bap-

(1) *L'Union Médicale du Canada*, 1881, page 12.

tême est admise alors comme probable et non comme certaine ; et c'est pour-quoi les théologiens conseillent toujours de rebaptiser l'enfant sous condition après sa naissance. D'ailleurs, il n'est pas plus permis de tuer un être baptisé que celui qui ne l'est pas... ; donner volontairement la mort à un innocent est toujours un crime."

Quoi qu'il en soit, cette question est du ressort de la conscience autant que de la science et pour le médecin catholique la voie est toute tracée ; il n'a plus à balancer entre telle ou telle opinion. La Sacré-Congrégation du Saint-Office vient de lui définir d'une manière nette son devoir.

Nous puisons dans les " *Analecta Juris Pontificii* " de novembre 1895.

" Est-il interdit de tuer l'enfant pour sauver la mère.

" Le Saint-Office répond négativement à cette demande : Est-il permis de sauver la mère en tuant l'enfant qu'elle a dans son sein, bien que l'opération n'ait pas pour but direct de tuer l'enfant mais de l'extraire du sein de sa mère ?

" Très Saint-Père,

" Etienne-Marie-Alphonse Sonnois, archevêque de Cambrai, humblement prosterné aux pieds de Votre Sainteté lui expose le cas suivant :

" Titius, médecin, appelé auprès d'une femme enceinte gravement malade, s'aperçoit que la seule cause de cette maladie mortelle reside dans le fait seul de la grossesse, c'est-à-dire dans la présence du fœtus au sein de la mère. Pour sauver la mère d'une mort certaine et imminente il ne lui reste donc qu'un seul moyen : l'avortement ou l'extraction du fœtus. D'habitude il prenait ce moyen, en employant des procédés qui d'eux-mêmes ne tendaient pas directement à tuer le fœtus dans le sein maternel, mais seulement à le faire mettre au jour vivant bien que dans un état non viable, car il était tout à fait prématuré.

" Cependant, après avoir lu ce que le Saint-Siège a écrit le 19 Août 1888 à l'Archevêque de Cambrai, — savoir : " on ne peut pas en sûreté enseigner qu'une opération quelconque qui tend directement à la mort du fœtus, soit permise, lors même qu'elle est nécessaire pour sauver la mère. " — Titius a senti naître un doute dans son esprit au sujet de la " licéité " des opérations chirurgicales par lesquelles souvent jusqu'ici il procurait l'avortement pour sauver la femme enceinte gravement malade.

" Pour calmer sa conscience alarmée, Titius demande s'il peut répéter les mêmes opérations dans des circonstances analogues.

Mercredi, 24 Juillet 1895

" Dans une réunion générale de la Sacré Congrégation Romaine de l'Inquisition Universelle, les Eminentissimes Cardinaux, inquisiteurs généraux pour la foi et les mœurs ont répondu, après avoir pris les suffrages de leurs

consulteurs, " Négativement " conformément aux décrets du 28 Mai 1884 et 19 Août 1888.

" Le jour suivant, jeudi 25 Juillet, dans une audience accordée à l'assesseur, le Souverain Pontife a approuvé cette réponse donnée. "

2. TRAITEMENT CURATIF

Le traitement curatif de l'attaque d'éclampsie peut se diviser en traitement médical et traitement obstétrical.

TRAITEMENT CURATIF

Avant d'entrer dans le détail de ce chapitre donnons quelques explications sur les soins à prodiguer à la femme pendant ou après l'attaque. On devra mettre la femme éclamptique dans une position horizontale. On verra à ce que ses vêtements soient détachés ; on lui donnera de l'air ; et on videra sa vessie au moyen du cathéter. Il faut maintenir la femme mais ne pas trop lui faire violence. On évitera les examens inutiles ou répétés ce qui peut être une cause de nouveaux accès ; toutefois, si la dilatation du col commence avec le début de l'attaque, il faut en suivre la marche, car souvent l'accouchement progresse dans ces cas avec une rapidité étonnante. Il faut porter une attention particulière à la langue et la maintenir en dedans de l'arcade dentaire de préférence au moyen d'une serviette qu'on retient de chaque côté de la bouche. Si après la convulsion la langue tombait en arrière, arrêtez la respiration, on devra la ramener en avant.

" Kaltenbach (1) insiste sur l'importance de nettoyer le pharynx au moyen d'une éponge montée, pour prévenir l'entrée dans les poumons des sécrétions mêlées d'écume sanguinolente provenant de la bouche et du pharynx. Plusieurs patientes, dit-il, après avoir échappé aux conséquences immédiates des convulsions, meurent de pneumonie de déglutition, comme il l'appelle. (Schluckpneumonien).

Le traitement curatif comprend la saignée, les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, les opiacés, et ce qu'on peut appeler la méthode anesthésique par le chloral et le chloroforme.

Inutile de faire l'historique ou le panégyrique de la saignée, car pour quelques centaines de mères que nous irions faire tressaillir de joie dans

(1) " American Text-Book of Obstetric. "

leurs tombes nous verrions s'élever contre nous une pléiade d'hommes nouveaux qui nous lanceraient à la tête comme un anathème leurs théories nouvelles. Cependant nous expliquerons pourquoi nous avons employé ce moyen de traitement de préférence à d'autres, et par nos observations vous verrez comment il nous a réussi.

Nous le disons donc, la saignée était autrefois le grand cheval de bataille de toute médication est malheureusement oubliée et reléguée comme une chose usée, vieillie, qui a fini son temps, tout juste comme le coursier fatigué, qu'on envoie paître aux champs où on l'oublie. Nous l'avons dit, les hommes d'aujourd'hui sont des hommes nouveaux et voilà, on veut du nouveau ; on cherche, on trouve, on construit et quand on met la dernière tuile à l'édifice nouveau on s'aperçoit qu'il pêche par la base ; puis le voisin démolit pour reconstruire sur les ruines et toujours c'est du nouveau qu'on veut. La science, il est vrai, progresse à pas de géant ; mais pour cela faut-il rejeter ce que nos ancêtres en médecine ont cru utile pour la vie de leurs malades, ce que l'expérience a consacré comme une chose bonne, et ce que la plupart des médecins d'aujourd'hui croient encore — mais *in petto* — être également salutaire ; il ne faut pas la rejeter sous prétexte que la chose est employée depuis si longtemps qu'on pourrait bien s'en reposer et changer un peu, quitte à y revenir plus tard quand on sera blasé d'inventer et d'essayer.

Une autre raison pour laquelle on n'a plus voulu tout à coup de la saignée, c'est qu'on en avait abusé : elle était de toutes sauces. Pour cet engouement doit elle être condamnée à l'oubli, à ne plus exercer le bien qu'elle procure quand elle est employée avec discernement. Autant autrefois on a péché par excès, autant aujourd'hui on pêche par défaut.

Nous avons entendu parler de cas où on a certainement causé la mort de femmes éciamptiques en ne pratiquant pas ce moyen de traitement si rationnel. Archibald Donald, (et avec lui combien d'autres) " proteste contre l'abandon complet de cette méthode, qui, dit-il, quand elle est employée judicieusement peut sauver la patiente d'une mort imminente. Et " voici l'opinion (1) d'un homme considérable, de Stoltz au docteur Charpentier : " Je vous dirai que la saignée, qui dans ces derniers temps, a été presque entièrement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'immenses services."

En ouvrant nos auteurs classiques modernes on trouve bien peu de choses sur la saignée : trois ou quatre lignes triste souvenir d'un traitement qui eut tant de vogue. Sans doute, que ce n'est pas le sort qui attend tout traitement à la mode. Cependant, dans ces trois lignes nous croyons voir un retour, quoique timide vers le traitement d'autrefois. On dirait qu'on regrette

(1) Michel Peter, — Leçons de Clinique Médicale.

le passé ; on y jette à la dérobée un regard d'envie ; on voudrait y revenir, mais on craint de passer pour arriéré.

Par contre, ouvrons les journaux ou revues de médecine, nous y rencontrons très-souvent des statistiques de médecins qui traitent généralement l'éclampsie par la saignée et cela avec succès.

Entendons-nous bien, pour vanter la saignée nous ne décrions pas les autres traitements auxquels nous avons quelquefois eu recours. Nous ne voulons pas dire qu'on devra toujours et sans exception faire de la phlébotomie. Loin de nous cette pensée. Nous ne sommes pas aussi enthousiaste et aussi exclusif que le Docteur John Herbert Clairborne (1) qui considère la saignée comme notre planche de salut et la lancette comme notre espoir et notre soutien. C'était, dit-il, le traitement d'il y a trois décades quand je suis arrivé sur le théâtre de la pratique. Je l'ai suivi alors et, malgré toutes les vicissitudes de la théorie et les changements de la pratique, je n'ai jamais changé d'opinion et ne me suis écarté de cette voie."

La conclusion que Charpentier tirait, en 1872, à la fin d'un article sur l'éclampsie nous a toujours servi de règle de conduite : " En présence, dit-il, d'une maladie aussi sérieuse que l'éclampsie, c'est le devoir du médecin de ne pas s'arrêter à un seul mode de traitement, mais il doit avoir un choix de diverses méthodes, sans être partisan d'une seule à l'exclusion de toutes les autres."

Nous nous servons volontiers de l'expression du docteur Maygrier qui nous écrivait ces jours-ci : " je n'ai pas de traitement unique."

La saignée a été pratiquée au pied, au cœux poplité, sur le dos de la main et anciennement à la jugulaire. Il vaut mieux généralement aller au pli du coude s'attaquer à la veine médiane cépholique qu'on ouvre largement.

Il est évident que la saignée sera indiquée chaque fois qu'il y aura congestion cérébrale, forte tension vasculaire ; quand la face sera livide ; le pouls plein, bondissant, qu'il y aura de fortes pulsations aux carotides ; quand le coma persistera d'un accès à l'autre, de même quand l'attaque étant passée la femme sera plongée dans un coma persistant.

Presque tous les médecins qui croient encore à la saignée, sont unanimes à la conseiller quand la femme a une constitution forte, robuste. Mais

(1) In Southern Surgical and Gynecological Transactions, Vol. II, 1889.

où l'accord cesse c'est quand l'apparence de la femme n'indique pas une pléthore manifeste. Dans ce cas on la rejette carrément. Pourquoi? C'est ce que nous cherchons. Nous l'avons vu employer avec autant de succès par notre distingué professeur d'obstétrique, monsieur le docteur A. Dagenais, et dans la suite nous l'avons si souvent pratiquée avec les mêmes avantages chez des femmes pâles, anémiques, faibles, que nous sommes à nous demander où sont les conséquences funestes de ce traitement? Quand nous faisons pâles, anémiques, faibles nous mettons une variante dans ces termes et nous disons qu'il y a anémiques et anémiques, faibles et faibles; et puis la quantité de sang à tirer ne sera pas la même chez la pléthorique et l'anémique. Nous contenterons de dix onces ou même de six onces chez celle-ci, tandis qu'il qu'il nous faudra chez celle-là trente, quarante ou cinquante onces. Il y a très peu de femmes éclamptiques qui ne puissent être saignées.

Pourquoi la Saignée? Allons chez ses adversaires en chercher la première raison très importante. Ils lui reconnaissent le pouvoir d'atténuer la violence de l'attaque, d'éloigner les accès d'une façon notable, et par là de donner aux autres médicaments le temps de produire leur effet. Pourquoi alors ne pas utiliser cette action sédative et donner à notre éclamptique tout le bénéfice d'une médication aussi prompte.

Chez la femme enceinte, pendant qu'il y a diminution des éléments réparateurs du sang, il y a augmentation de la masse totale du liquide, ou comme dit Peter, "la femme enceinte peut être à la fois anémique qualitativement et pléthorique quantitativement." Cette hydremie ou pléthore séreuse modifie le courant circulatoire au point d'amener des congestions locales, surtout congestions rénales, causes prédisposantes de l'albuminurie puerpérale qui, à son tour, produit l'urémie, et celle-ci l'éclampsie, comme le croient Fordyce Barker et Peter. Alors, notre devoir n'est-il pas de frapper le mal à sa racine en diminuant cette congestion et en permettant par là au rein désemploi de reprendre sa fonction normale? La lancette est donc indiquée pour obtenir ce but et voici comment Peter explique cette action. Une saignée légère a une action générale sur le sympathique névro-vasculaire, action qui produit la contracture des petits vaisseaux, et par suite diminution de la masse liquide circulant dans ces mêmes vaisseaux. "Ainsi, dit le même auteur (1), par la saignée, — modérée, — un premier fait, physique, spoliation légère; un deuxième fait, dynamique, contracture vasculaire; un troisième fait, éventuel, arrêt de l'attaque d'éclampsie.

S'il y a d'abord anémie du bulbe au début de l'attaque de l'éclampsie, cette anémie disparaît bientôt pour faire place à de la congestion comme

(1) Michel Peter, Leçons de Clinique Médicale.

l'indique le coma et la stupeur qui suivent chaque accès ; congestion d'autant plus forte et coma d'autant plus persistant que les accès sont plus longs et plus rapprochés. "L'accès, dit Fordyce Barker, peut occasionner une telle distension des vaisseaux de la tête qu'il en résulte souvent une congestion cérébrale fatale, ou un épanchement séreux ou sanguin."

Or, si la saignée produit la contracture des petits vaisseaux, n'est il pas rationnel d'y avoir recours pour prévenir les dangers du côté du bulbe ou du cerveau.

Cette action qu'a la saignée sur les vaisseaux du cerveau elle l'a également sur ceux du rein. "La saignée, conclue Peter, est donc rationnelle à ce double titre qu'elle décongestionne en tant que produisant une spoliation et une contracture vasculaire, et qu'elle combat l'éclampsie dans sa cause prochaine, l'état anatomique du bulbe, ainsi que dans sa cause première l'état anatomique du rein.

Spiegelberg dit que la phlébotomie conduit au desideratum suivant : abaissement de la tension artérielle, réduction au minimum de l'irritation des centres vaso moteurs et convulsifs et restauration de la fonction normale du rein

La saignée prévient l'asphyxie qui est causée par l'œdème pulmonaire dans le coma prolongé.

Une autre raison qui plaide fortement en faveur des émissions sanguines, c'est qu'elles favorisent incidemment l'absorption et rend la patiente plus susceptible à l'influence des autres remèdes. "Quand la masse liquide, dit Bartholow, circulant dans les vaisseaux, est diminuée par la saignée, la soif se fait sentir et l'absorption est plus rapide." Cela tomberait parfaitement dans le jeu des médecins qui recommandent de donner de grandes quantités de liquide à la femme éclamptique. L'absorption ne s'en fera que mieux si, avant d'administrer leur boisson abondante, ils saignent leurs malades. Cette dernière manière d'agir semble se faire plusieurs partisans parmi les maîtres de l'art obstétrical. "Quand une femme, disait, Tarnier à l'Académie de Médecine, est prise d'éclampsie, je fais pratiquer une saignée pour diminuer la masse du sang et j'introduis du lait dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne, de façon à remplacer la quantité du liquide sanguin, ainsi soustraite, par une absorption forcée et à diminuer dans une certaine mesure sa toxicité."

(1) Vinay.

(2) The science and art of midwifery. — Tusk. — 1895.

(3) *Materia Medica and Therapeutics*. — Bartholow.

(4) *Semaine Médicale*, 1893.

(5) *Bull. et Mem. de la Soc. Obst. et Gynécol. de Paris*. — Juin 1893.

Le détecteur Maygrier rapporte un cas d'éclampsie grave avec anurie, traité avec succès par la saignée et le gavage avec du lait.

D'autres accoucheurs ont pratiqué la saignée et fait des injections de solution d'eau salée.

Enfin, un dernier avantage de la saignée, c'est de soustraire au sang une certaine quantité des toxines. Bouchard dit qu'on enlève à une urémique 50 centigrammes de matières extractives par chaque 32 grammes de sang retirés de la veine.

On a accusé la saignée de produire quelquefois une anémie et une chlorose d'où les malades sortent difficilement. Sur un grand nombre d'individus que nous avons saignés ou vu saigner, nous n'avons pas encore remarqué ce fait. Nous aurions plutôt observé le contraire et, plus d'une fois, nous attiré l'attention de nos garde malades sur la rapidité avec laquelle ces individus reprennent leur état premier ; et, sans aller aussi loin que ces médecins (1) qui prétendent guérir la chloro-anémie par la saignée, nous dirons cependant que nous avons vu quelquefois comme de véritables résurrections suivre de quinze jours ou un mois ce traitement.

Les femmes albuminuriques de même que celles épuisées par des pertes, sont, prétend-on, prédisposées aux accidents puerpéraux, ce qui devrait nous faire rejeter la saignée après la délivrance. Nous croyons qu'avec la méthode antiseptique il est assez difficile d'avancer de telles opinions. Nous avons eu deux cas de fièvres puerpérales après éclampsie et nous croyons que l'éclampsie est loin d'en être la cause même éloignée. Une de ces femmes n'a pas été saignée ; l'autre l'a été ; dans l'historique de nos observations nous appuierons sur ce point.

La saignée, même quand elle est indiquée, guérira-t-elle tous les cas d'éclampsie? Non mais elle apportera au moins toujours du soulagement. Elle ne guérit pas quand la maladie du rein qui a causé l'éclampsie est trop ancienne, quand il y a lésion brigtique du rein, néphrite parenchymateuse sérumurique (Peter.) La saignée ne guérit pas quand il y a trop forte congestion vers certains organes ou quand il y a hémorrhagie trop considérable dans ces organes : cerveau, foie, poumons.

Jusqu'à quel point faut-il saigner? Il y a à considérer l'état de santé antérieur, la constitution de la malade, la force, le nombre des convulsions et

(1) Semaine médicale, 1893, annexes page 11.

le fonctionnement des différents organes au moment ou après les accès. Nous ne sommes pas en faveur des saignées très abondantes. Nous préférons les saignées modérées, répétées au besoin.

On saiguera ou avant ou pendant ou après les accès d'éclampsie.

OBSERVATION XVII. — En mars 1890, pendant la nuit, nous étions appelés pour un cas d'éclampsie. Madame O. C., qui était en convulsions, était âgée de 22 ans, primipare et enceinte de six mois. C'était une femme courte mais d'une constitution forte, pléthorique et favorisée d'un embonpoint assez marqué dont elle a hérité d'un père très gras et diabétique.

La malade ne présentait pas d'œdème appréciable. Le jour précédent, elle s'était plainte d'une violente céphalalgie frontale, douleur qu'elle ressentait depuis quelque temps tous les jours à certaines heures. Son médecin n'avait pas examiné ses urines ; il se contentait de lui administrer de l'antipyrine qui paraissait la soulager beaucoup. La veille, elle en avait pris une dose le matin et une autre le soir.

Quand nous arrivâmes auprès de la patiente, cette dernière était dans une des plus fortes attaques que nous ayons vues. Nous pratiquâmes immédiatement une saignée de quatorze onces ; il se fit une détente générale. La malade se calma, mais resta inconsciente pendant trois longues heures. Quand elle fut revenue complètement, elle n'eut pas la mémoire de ce qui s'était passé quelques jours avant son attaque. Elle n'eut plus d'autre accès et accoucha quinze jours plus tard d'un enfant macéré qui a dû mourir pendant les convulsions de la mère qui ne le sentit plus remuer après l'éclampsie. Serait-ce un signe que l'éclampsie n'arrive plus après la mort du fœtus, comme quelques-uns le pensent ?

Cette jeune femme, nous avons eu occasion de la suivre pendant deux autres grossesses. A chacune d'elles, les urines devenaient fortement albumineuses jusqu'à vingt ou vingt-deux grammes d'albumine par litre. Les partisans de l'interruption de la grossesse auraient sans doute pratiqué l'avortement ou l'accouchement prématuré chez cette malade en voyant autant d'albumine. Nous ne l'avons pas fait ; nous nous contentions de la soumettre au régime lacté absolu qu'elle suivait plus ou moins régulièrement suivant son bon plaisir ; car, disons-le en passant, nous avons affaire à un Roger Bontemps qui ne se souciait pas plus de nous et de nos prescriptions que des avis et conseils de son mari qui est médecin. A force de remontrances et de surveillance nous la soumettions pendant sept à huit jours au régime lacté, puis elle se mettait à manger de tout et à boire ce qu'elle voulait. Cependant, elle n'a pas eu d'éclampsie pendant ses deux dernières grossesses, et l'albumine a disparu très peu de temps après chaque accouche.

ment. Cette femme qui jouit d'une santé florissante est une preuve qu'il ne faut pas recourir trop vite aux manœuvres obstétricales pour prévenir l'éclampsie, et une preuve que la saignée peut quelquefois arrêter complètement et subitement les accès.

OBSERVATION XVIII. — Julia, que nous avons citée plus haut dans l'observation IV, a un premier accès d'éclampsie léger qui se manifeste treize heures après la délivrance. La malade étant accouchée le 10 avril à 8 heures du matin, le premier accès s'est déclaré à 9 heures du soir. On administra le chloral (grs xv) et le bromure de potasse (grs xxx) par la bouche toutes les heures. A une heure du matin, le 11, se manifesta un second accès; à trois heures et demie, troisième accès.

A six heures, nous voyons la malade; elle est dans son sixième accès. Le chloral et le bromure administrés toutes les heures restent sans effet. La face est congestionnée, le pouls plein, fort, ne bat que 70 pulsations à la minute. Nous pratiquons une saignée de trente onces. Aussitôt après, la malade a une convulsion d'une violence inouïe mais très courte. Nous administrons le chloroforme, et la malade reprenant connaissance quelques minutes après on lui fait avaler grs xv de chloral et grs xxx de bromure.

A 9 heures, nouvel accès très fort; 9½ heures, autre accès, nouvelle saignée de 10 onces. Peu après, nouvelle dose de chloral et de bromure. Enfin, la malade s'endort et tout rentre dans l'ordre.

Dans ce cas, n'aurions-nous pas évité tant d'accès, si nous avions pratiqué de suite une bonne saignée de quarante et même de cinquante onces? La patiente sans être pléthorique était d'une bonne constitution. Sa figure, plutôt maigre, était assez colorée avant l'accouchement.

OBSERVATION XIX. — Modeste, fille 22 ans, secondipare, a eu une première grossesse heureuse, terminée par un accouchement également facile.

Elle accouche pour la deuxième fois le 19 octobre 1890, à 5 heures du matin. Le travail ne dure que deux heures. L'enfant est en première position.

A 3 heures p.m., Modeste est prise d'une violente attaque d'éclampsie. Bien qu'elle ne soit pas d'un tempérament sanguin nous pratiquons une saignée de vingt onces. Une heure plus tard, il y a un nouvel accès beaucoup moins violent et c'est le dernier.

La malade se rétablit très vite et n'offre plus bientôt les traces de la pâleur causée par la saignée.

OBSERVATION XX. — 22 Janvier 1891. Calixte, fille, 17 ans, primipare, est en travail d'accouchement. L'enfant se présente en O. I. G. A. La dilatation marche bien depuis neuf heures quand survient brusquement l'éclampsie. Nous anesthésions la parturiente, terminons la dilatation artificiellement avec les doigts, et appliquons le forceps. Une heure après la

délivrance nouvel accès. Nous pratiquons une saignée de trente onces, et tout rentre dans l'ordre.

Nous ferons remarquer que nous saignons aussi bien après l'accouchement qu'avant, bien qu'une certaine quantité de sang s'échappe de l'utérus après la délivrance. Même lorsqu'il y a hémorrhagie utérine légère nous n'essayons pas d'enrayer celle-ci, s'il y a éclampsie ; nous la surveillons ; et deux ou trois fois nous avons pratiqué, en plus, la phlébotomie au bras sans que nos malades aient souffert longtemps de cette double perte de sang.

OBSERVATION XXI. — Gabrielle, fille, 19 ans, secundipare, entre en travail le 12 Avril 1891. A l'examen vaginal on sent la tête du fœtus très-volumineuse. Les os du crâne sont très éloignés les uns des autres ; ils fuient assez facilement sous le doigt, On diagnostique un cas très prononcé d'hydrocéphalie. Nous essayons d'appliquer le forceps qui glisse deux fois. Comme nous étions trois médecins présents, un de nous voulut pratiquer la perforation du cuir chevelu ; les deux autres s'y opposèrent et demandèrent la version qui fut tentée. Cette version fut excessivement difficile et longue, les eaux étant rompues depuis au moins une heure et la tête déjà engagée au détroit supérieur. L'accouchement avait duré quatre heures, dont une pour la version. Le forceps fut appliqué sur la tête arrivant dernière.

Vingt-quatre heures après, la malade eut une attaque excessivement forte d'éclampsie. Nous fîmes une saignée de vingt onces. La convulsion cessa et ce fut tout.

La malade semblait prendre du mieux quand tout à-coup, le lendemain du quatrième jour de couches, elle fut prise d'une septicémie à marche rapide, foudroyante. En effet, le soir, elle mourait, avec tous les symptômes d'un empoisonnement du sang.

Doit-on, ici, accuser l'éclampsie et son traitement comme cause première de la mort. Nous serions tenté de blâmer la version qu'on fit quand le temps en était passé. Par cette version n'a-t-on pas irrité le vagin et surtout l'utérus, et la muqueuse de cet organe plus ou moins déchirée se serait enflammée et aurait absorbé les matières septiques ? Le rein étant déjà malade et incapable d'éliminer les toxines existant dans le sang, comme l'a prouvé l'éclampsie, il fallait beaucoup moins de ces poisons pour amener rapidement un résultat fatal.

OBSERVATION XXII. — Le 26 Avril 1891, nous voyons Ermélinde, fille âgée de 27 ans, primipare. Sa figure est bouffie, ses mains œdématisées, ainsi que ses pieds et ses jambes. Elle ne va à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours. Il existe un peu de céphalalgie. La digestion n'est pas bonne. L'analyse des urines assez abondantes donne à peu près deux grammes d'albumine au litre. Nous prescrivons un bon purgatif qui produit le lendemain sept ou huit selles liquides.

Le 28 la femme est en travail. L'enfant se présente en O. I. D. P. ; la dilatation se fait bien et l'accouchement ne dure que huit heures. Deux heures après la délivrance survient de la céphalalgie frontale et l'accouchée est prise presque au même moment d'une attaque d'éclampsie. Nous donnons 30 grains de chloral et soixante grains de bromure de potasse en lavement, qui est rejeté immédiatement. Un nouveau lavement a le même sort. La malade se tranquillisant, nous administrons le chloral et le bromure aux mêmes doses, par la bouche et nous les répétons toutes les heures. Les convulsions se renouvellent à peu près toutes les trente minutes, augmentant en violence. Quatre heures après la première convulsion nous en avons déjà vu sept autres. A la huitième la malade tomba dans un coma qui nous effraie.

Une saignée de trente onces change cet état. Peu à peu la face de la patiente pâlit et la respiration devient plus nette et plus tranquille. Des bouteilles d'eau chaude auprès des pieds et des jambes produisent une transpiration abondante, et un lavement de chloral et de bromure amène enfin un sommeil calme et réparateur.

Quelques jours plus tard, l'œdème disparaissait complètement ainsi que l'albumine des urines, et notre malade se rétablissait sensiblement.

OBSERVATION XXIII. — Le 6 Juillet 1891, nous sommes appelés auprès d'Androna, fille, 27 ans, primipare, qui était accouchée depuis trois heures et demie, après un travail de huit heures, en seconde position du sommet.

Androna était en éclampsie. Quelques heures avant la fin de l'accouchement nous avons vu la malade. Elle ne s'était plainte d'aucun symptôme qui nous aurait porté à redouter l'éclampsie : pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue, pas de vertige, pas de douleur épigastrique. Il y avait cependant un léger œdème aux pieds, mais quelle femme enceinte n'a pas les pieds plus ou moins enflés ? L'analyse des urines n'a pas été faite.

Nous ordonnâmes un lavement purgatif qui opéra assez vite. Puis on donna le chloral (quinze grains) et le bromure de potassium (trente grains), en lavements, répétés toutes les heures. Les lavements chloralés furent retenus. On plaça des bouteilles d'eau chaude aux pieds. Les convulsions n'en continuèrent pas moins à se renouveler. Dans l'espace de deux heures et demie, il y eut huit accès très violents et d'assez longue durée. Nous fîmes alors une phlébotomie et enlevâmes vingt-cinq onces d'un sang noir qui bavait au lieu de jaillir. Le chloral et le bromure furent continués.

Après la saignée, la malade se calma pendant une heure et quarante-cinq minutes, puis les convulsions reparurent, mais moins fortes et plus éloignées. Trois heures après la première saignée nous ouvrimus de nouveau

la veine et nous tirâmes quinze onces de sang. Cette dernière saignée produisit un effet immédiat et calma l'agitation. Ces deux saignées, assez copieuses chez une malade qui n'était pas du tout pléthorique, pourraient faire croire que nous avons causé une chloro-anémie profonde. Il n'en fut rien. Notre malade recouvra très vite sa santé antérieure.

OBSERVATION XXIV. — Le 15 Juillet 1891, nous étions consulté par une jeune femme qui était au septième mois de sa première grossesse. Elle avait souffert continuellement, depuis la fin du premier mois, de nausées et de vomissements apparaissant quelquefois avant les repas, quelquefois après. Elle avait de la difficulté à uriner; et l'urine était souvent trouble. La constipation était opiniâtre. L'appétit était excellent.

L'analyse des urines révéla dix grammes d'albumine au litre. Notre ordonnance fut régime lacté absolu. Quelques jours plus tard nous étions mandé, en toute hâte, auprès de notre malade. Elle venait d'avoir une attaque d'éclampsie.

Nous oublions de dire que cette jeune femme, au teint un peu pâle, était d'une taille moyenne, ténue.

Lorsque nous la vîmes en convulsions nous hésitâmes un peu sur le traitement à suivre. Se pouls était petit et battait 110 pulsations à la minute. Les accès se renouvelèrent deux fois en notre présence. La congestion à la face augmentant à chaque accès qui était suivi de coma, nous nous décidâmes à faire une saignée de quinze onces et d'attendre. L'attaque d'éclampsie cessa après la saignée et le coma se changea en une période d'agitation pendant laquelle la malade se débattait comme une personne en délire. Cette excitation dura une vingtaine de minutes.

Nous continuâmes le régime lacté absolu auquel fut ajoutée la teinture de fer, à haute dose, qui fut bien supportée par la jeune femme que nous accouchions deux mois après d'un enfant vivant.

OBSERVATION XXV. — Thècle, fille, 23 ans, primipare, accoucha le 27 Octobre 1891. L'enfant est en O. I. G. A. Le travail dure 6 heures. Trois heures après l'accouchement, arrive un accès d'éclampsie qui se renouvelle trois heures plus tard, mais beaucoup plus fort, malgré le chloral et le bromure donnés en lavement. Au second accès, nous faisons une saignée de trente onces. Le calme se rétablit de suite. Nous soumettons notre malade au régime lacté pendant quelques jours. Vers la huitième journée, nous donnons le citrate de fer et strychnine (deux grains trois fois par jour). L'appétit renaît et les couleurs reviennent assez vite aux joues.

OBSERVATION XXVI. — Le 12 Octobre 1891, nous voyons Madame A. G., 26 ans. Elle se dit enceinte de 7 mois. Elle est d'une taille moyenne; a toujours joui d'une bonne santé. Sa digestion laisse un peu à désirer; il y a constipation; et le urine trois ou quatre fois par jour en assez grande

quantité. L'urine contient trois grammes d'albumine au litre ; il n'y a pas d'œdème. Nous prescrivons un laxatif salin à prendre tous les matins.

Le même soir, Madame A. G. prend un repas copieux et elle sort dans la soirée. Au retour, elle a une grande frayeur. Aussitôt après elle se sent mal à l'estomac, elle étouffe ; elle éprouve une violente céphalgie frontale quand elle arrive chez elle encore toute tremblante. Elle se met au lit et, quelques minutes après, elle se tord dans des convulsions. Elle en est à son troisième accès quand nous arrivons. Nous administrons le chloroforme pour calmer l'accès et nous faisons une saignée de vingt onces, après laquelle il y a encore deux accès légers. Quinze jours après, Madame A. G. accouchait d'un enfant mort et macéré.

OBSERVATION XXVII. — Le 5 novembre 1891, Ella fille, 23 ans, primipare, enceinte de huit mois, reçoit une lettre qui lui annonce la mort d'un parent chéri. Son chagrin est immense : rien ne peut la consoler ; elle se désole pendant tout le jour et ne prend aucune nourriture. Le même soir, elle se plaint d'un *gros mal* de tête. On lui donne quinze grains de chloral et trente grains de bromure de potasse dans le but de soulager sa céphalgie et de lui procurer un peu de sommeil. Vers minuit, sa céphalée a augmenté d'intensité, elle se plaint en même temps de douleur au bas-ventre.

A minuit et demi apparaît une première attaque d'éclampsie qui se renouvelle trois fois dans une heure. Nous administrons le chloroforme pendant les accès.

A l'examen vaginal, nous trouvons le col assez effacé et dilaté de la grandeur d'une pièce de cinquante centins. Nous anesthésions complètement la parturiente et nous achevons la dilatation avec les doigts. Nous appliquons le forceps sur la tête en O. I. G. A.

Tout va bien pendant deux heures après l'accouchement ; puis, il y a reprise de l'éclampsie qui est plus forte. Comme le chloral et le bromure, en lavement, donnés deux fois ne procurent aucun repos, nous pratiquons une saignée de 30 onces au troisième accès après l'accouchement ; et nous donnons de nouveau le chloral. Les convulsions cessent pour reprendre, quatre heures après, aussi fortes et aussi longues ; nouvelle saignée de quinze onces qui amène enfin la cessation de l'attaque.

L'examen des urines n'a pas été fait avant l'accouchement ; mais, l'urine, extraite de la vessie après la délivrance, nous donne un peu d'albumine.

La convalescence a été un peu longue dans ce cas, ce que nous attribuons autant à l'état nerveux de la femme et à son chagrin qu'au fait de la saignée répétée. Nous disons à l'état nerveux et nous le prouvons. La femme en couches est plus susceptible que toute autre ; la moindre émotion agit plus sur elle que le plus grand chagrin ou la plus grande contrariété chez une autre, à tout autre époque de la vie ; en voici un exemple frappant dans le fait suivant.

Nous avons vu, un jour, à l'Hospice, une fille qui accoucha heureusement. Les parties génitales n'ont pas été déchirées: les lèvres, le vagin, le col de l'utérus et l'utérus lui-même, étaient dans un état physiologique. Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons. La température fut normale pendant quatre jours; le pouls très bon; les lochies de bonne couleur et sans odeur. Tout, en un mot, allait à merveille quand, le cinquième jour, la température s'élève à 104° F. et se maintient entre 103° et 105° pendant six jours. Le pouls devient mauvais et le facies inquiétant. Un examen minutieux de tout le corps ne fait rien découvrir. Nous essayons les antithermiques à doses élevées, les antiseptiques dans le vagin, l'irrigation de l'utérus; rien n'y fait.

Un moment, nous nous avisons de demander à la garde-malade si la patiente n'a pas de chagrin ou d'inquiétude, et c'est une patiente voisine qui se charge de répondre que notre malade, ayant appris, le quatrième jour, qu'elle était obligée, après ses relevailles, de faire un certain temps de service, s'était dit qu'elle s'en irait sans faire son service; qu'elle ferait si bien la malade qu'on l'enverrait bientôt. C'était là pour nous un trait de lumière, ou comme disait souvent notre regretté et sympathique professeur, feu M. le Docteur Laramée, c'était l'anguille qui sortait de sous roche. Nous cessons les remèdes et essayons d'agir sur le moral de notre malade, lui promettant son congé si elle guérissait de suite. Le lendemain matin la température avait baissé et le soir elle était normale.

Ainsi vous voyez le moral agir beaucoup chez la femme. Notre accouchée, désappointée de ne pouvoir partir à son gré, veut d'abord faire la malade; mais le chagrin la gagne et à la fin elle est réellement malade.

Hé bien! si cette malade eut eu des attaques d'éclampsie, si elle avait été saignée, on aurait accusé la saignée du mal quand la cause en est tout à fait étrangère. Chez notre éclamptique de l'observation XXVII nous observons de l'anémie, et une convalescence longue; est-ce dû à la saignée? un peu; mais beaucoup plus à son état de chagrin et d'inquiétude. Notre éclamptique songe tout le jour, souvent elle refuse la nourriture et nous la surprenons très souvent en larmes.

Nous avons cité un exemple entre cent et cet exemple un peu long n'est pas hors de propos ici parce que nous savons que les adversaires de la saignée donnent entre autres raisons contre la saignée, l'anémie qui suivrait cette opération.

La femme en couches est plus impressionnable que la sensitive. Donnons-en encore un exemple plus frappant. Dans nos salles communes de l'Hospice, nous avons deux filles-mères d'égale santé à peu près. Elles sont accouchées toutes deux en même temps. Une a eu plusieurs accès d'éclampsie

au cours desquels nous l'avons saignée ; l'autre a eu un accouchement facile et sans accident. Sept jours plus tard les deux malades étaient assises près de leur lit, toutes deux un peu pâles ; mais il n'y avait pas assez de différence dans leur teint pour faire reconnaître celle qui avait eu de l'éclampsie et subi la phlébotomie.

A huit heures et demie du matin la température est prise chez les deux convalescentes. Température normale, pouls normal chez toutes deux. Les étudiants passent dans nos salles à neuf heures quinze minutes, c'est-à-dire quarante-cinq minutes après que la température a été prise. On met de nouveau le thermomètre dans la bouche de chacune des malades ; l'une, l'éclamptique accuse une température toujours normale ; l'autre, une température de 102° F. Chez celle-ci, le pouls est devenu très rapide, la face a pâli. Cette malade éternue inspire vraiment la pitié, tandis que l'autre n'a pas l'air de souffrir de la présence de soixante étudiants. Pourtant, l'éclamptique, supposée affaiblie par son albuminurie et sa saignée, devrait être beaucoup plus éternue. Mais non, il n'en est rien pour elle, quand l'autre est obligée de reprendre le lit pour quelques jours avec une température assez élevée.

OBSERVATION XXVIII. — Virginie, fille, 19 ans, primipare, enceinte de huit mois et demie entre à l'Hospice le 1er février 1892. Elle est d'une bonne taille et d'un embonpoint assez marqué auquel vient s'ajouter l'œdème généralisé. Sa figure bouffie est forte en couleur et comme marbrée de taches bleuâtres. Ses mains et ses bras sont souvent le siège d'engourdissements et de fourmillements ; la marche est très difficile vu l'œdème des parties génitales. L'analyse des urines ne donne cependant que trois grammes d'albumine au litre. L'appétit est bien conservé. Il y a constipation.

Le lendemain de son entrée, Virginie est prise d'une forte et longue attaque d'éclampsie, pendant laquelle elle est effrayante à voir tant sa figure est congestionnée. Nous pratiquons, mais difficilement, vu l'embonpoint de la malade, une saignée de trente-cinq onces. Quatre heures plus tard, nous défaisons le bandage qui oblitère la veine, pour laisser de nouveau couler le sang jusqu'à vingt onces, car les accès s'étaient répétés jusqu'à neuf fois, toujours suivis d'un état comateux. Nous administrons le chlor. forme pendant les accès, et donnons le chloral (grains xv) et le bromure (grains xxx) en lavement toutes les heures. Après la seconde saignée, la malade se calme et le coma se dissipe peu à peu ; cependant, Virginie reste dans un état de stupeur voisin du coma pendant quelques heures. Elle accouche le lendemain d'un enfant mort.

Cette observation nous rappelle un cas que monsieur le docteur Marsil nous cite dans une lettre personnelle. Il avait affaire à une femme éclamptique pesant au delà de trois cents livres. Il fut obligé de lui disséquer le pli

du coude pour la saigner. Soit dit en passant que l'Honorable docteur Marsil est en faveur des saignées faites largâ manu.

OBSERVATION XXIX. — Le 16 février 1894, nous sommes appelés en consultation par un confrère auprès d'une Dame B., eueinte de cinq mois. Cette jeune femme de vingt-trois ans a une assez bonne apparence. Elle n'est pas maigre. Les pieds sont un peu œdématisés. Elle a souffert de céphalalgie depuis quelques jours.

Quand nous arrivons, elle est dans son deuxième accès d'éclampsie. Le pouls, pendant la convulsion, bat 120 pulsations à la minute ; il est petit.

Notre confrère et nous décidions de pratiquer une saignée. Nous enlevons vingt-cinq onces de sang. Le jet est fort et le sang noir. Sous l'effet de la saignée le pouls devient moins rapide et on le sent mieux ; les muscles se détendent, la congestion à la figure disparaît et notre malade n'a plus d'accès. Elle recouvre peu à peu connaissance et quelques jours plus tard, elle est debout et vaque à ses occupations. Elle accouche quinze jours après son attaque d'éclampsie. L'enfant est mort et macéré. Madame B. mourut trois ou quatre jours après son accouchement d'une métrite péritonite. Remarquons que la malade avait quitté la ville peu de temps avant d'accoucher. Elle était retournée dans sa paroisse se mettre sous les soins de son ancien médecin qui malheureusement avait plusieurs cas de fièvres puerpérales dans sa pratique. L'antisepsie a-t-elle été rigoureusement faite ou faut-il accuser l'éclampsie et son traitement ? Nous croyons que, trop souvent, le médecin qui connaît parfaitement les règles de la propreté chirurgicale ou obstétricale, ne les explique pas à ses aux personnes chargées du soin des malades. Ces personnes donnent les injections vaginales sans même se laver les mains ; et bien souvent la seringue qui sert aux injections est exposée à toutes les poussières dans un endroit malpropre. C'est ainsi que l'instrument qui devait procurer le bien-être et la santé donne la mort.

OBSERVATION XXX. — Vendredi, le 2 mars 1894, nous voyons Sèvre, fille, 27 ans, primipare. Elle a un œdème généralisé et considérable. L'urine contient douze grammes d'albumine au litre. Elle ressent les premières douleurs de l'enfantement. Samedi, à cinq heures du matin, les douleurs sont très fortes ; le col se dilate lentement. Le travail marche avec la même lenteur jusqu'au mardi, le 6 mars. A 10 heures a. m., ce jour, nous anesthésions la parturiente et appliquons le forceps. L'extraction est excrêmement difficile et dure une heure au moins.

Quelques instants après son réveil de l'anesthésie, la malade est prise d'une violente attaque d'éclampsie. Malgré la durée excessive du travail et l'épuisement un peu marqué, nous faisons une saignée de dix onces. Pendant la saignée la malade revient à elle et les accès ne se renouvellent plus.

Comme notre patiente avait un peu d'étroitesse du bassin, le forceps a déchiré le vagin depuis le col jusqu'au périnée. Après examen de cette déchirure, nous préférons faire de l'antisepsie, nous étant impossible de faire convenablement des points de suture vu la mortification des parties. Nous soumettons la malade au régime lacté absolu.

La température se maintient à 100.° F. pendant les sept premiers jours, le pouls de 100 à 108. Le huitième jour la température revient à la normale et le pouls à 80. La patiente continue à prendre du mieux et sort de la Maternité un mois après complètement rétablie.

OBSERVATION XXXII. Théodore, fille, 21 ans. primipare, est d'une constitution moyenne. Elle accouche le 2 Avril 1895, après sept heures de travail, avec une première position. Avant la délivrance arrive une attaque d'éclampsie. Nous administrons le chloroforme pour calmer l'accès. La délivrance se fait, suivie d'un peu d'hémorragie. Deux heures après la délivrance, il y a une nouvelle convulsion d'une violence extrême. Quoique la malade ait perdu, à la délivrance, plus de sang qu'elle n'aurait dû, nous la saignons, et enlevons encore vingt huit onces de sang. Les convulsions ne se répètent plus. La malade, soumise à un régime tonique, répare vite ses pertes.

OBSERVATION XXXIII. — 2 Janvier 1896. — Théophile, fille, 17 ans, est primipare ; taille 5 pieds 4 pouces ; le teint est pâle. Elle est en travail depuis douze heures. Le sommet en O. I. G. A. est arrivé à la vulve. Les contractions sont assez fortes, mais le périnée résistant s'oppose à l'expulsion depuis une heure. Le pouls est à 100, et mou.

À cinq heures moins vingt minutes p. m., il y a un premier accès d'éclampsie assez léger. À cinq heures nouvel accès. Le pouls est à 120, très faible. Nous chloroformisons la parturiente, appliquons le forceps et extrayons un enfant dont le cœur bat très faiblement, et qui meurt bientôt.

Le cathéter introduit dans la vessie ne ramène qu'une once et demie d'urine contenant trois grammes d'albumine au litre.

Nous faisons boire à la malade dix onces de lait.

À 6 heures p. m. 3ième accès ; à 6.20 heures 4ième accès. Ces deux derniers sont forts et longs. Le pouls est 120, petit, faible.

Nous pratiquons la saignée en ouvrant largement la médiane cephalique, d'où s'échappe faciement un sang noir (trente onces). Les convulsions cessent. Nous introduisons le cathéter dans la vessie et en tirons six onces d'urine. La malade boit encore dix onces de lait ; quinze minutes après, même quantité de lait.

Après la saignée le pouls est difficile à compter, irrégulier, petit, très faible, marquant entre 170 à 130 pulsations à la minute. Quinze minutes plus

tard, on compte plus facilement 160 pulsations ; le pouls s'est un peu relevé.

Nous ordonnons dix onces de lait toute les 2 heures. La malade est tranquille jusqu'à une heure et demie le lendemain matin, heure où elle a un léger accès qui se renouvelle aussi léger à deux heures vingt. On ne fait aucune médication contre ces derniers accès.

A dix heures le 3 Janvier on administre une bonne dose de sel et séné ; à 4 heures p. m., comme il n'y a pas eu encore de selles on répète le sel et le séné qui produisent enfin un bon effet.

Le 5 Janvier, urine $\frac{1}{8}$ de gramme d'albumine au litre.

„ 11 „ „ 1 gramme „ „ „

„ 16 „ „ 0 „ „ „ „

La patiente, aussitôt après l'accouchement, est soumise au régime lacté absolu. Vers la dixième journée, elle est en pleine convalescence et commence à se lever et à aller ça et là dans les salles. Nous ajoutons la teinture de fer au régime lacté. Un mois plus tard, Théophile, complètement rétablie, et même beaucoup mieux que lors de son entrée, laissait l'Hospice.

OBSERVATION XXXIV. — Donatille, fille, 16 ans, primipare, accoucha le 3 juillet à 10 $\frac{1}{2}$ heures p. m. Le travail a duré huit heures ; l'enfant était en O. I. D. P.

A trois heures le lendemain matin Donatille est prise d'éclampsie. De trois à neuf heures elle a six accès qui vont en augmentant d'énergie malgré le chloral et le bromure de potassium, donnés en lavement. Le chloroforme est administré au moment des accès. A neuf heures nous pratiquâmes une saignée de vingt-quatre onces. Nouvelles convulsions à 10 heures, 3 heures et 3 $\frac{1}{2}$ heures ; nouvelle saignée de vingt-quatre onces à 3 $\frac{1}{2}$ heures. La malade a une dernière convulsion à 4 heures. Mais celle-ci est beaucoup moins forte.

La malade se remet peu à peu. Quand elle laisse l'Hospice, un mois après, elle est en assez bonne santé.

Comme on ne veut plus de la saignée aujourd'hui, on cherche à la remplacer par des agents qui auraient à peu près les mêmes effets. Dans cette ordre d'idée deux médicaments ont paru pendant quelque temps se partager les faveurs des médecins américains : nous voulons parler du *Veratrum Viride* et de la *Pilocarpine*. L'un d'eux présentant comme action principale une abondante diaphorèse ; l'autre jouissant des propriétés de la saignée, san-

en offrir, dit-on les inconvénients. Le Veratrum serait plus sûr, plus prompt dans son action et pour ainsi dire plus malléable dans son emploi, tandis que son antagoniste, la Pilocarpine, est plus dangereux, et présente plus de contre-indications. Dans cette lutte, le Veratrum s'est enfin gagné plus de partisans, et il semble jeter une ombre d'oubli sur la Pilocarpine qui n'est plus que rarement employée.

L'action du Veratrum Viride se porte surtout sur le cœur dont elle ralentit notablement le nombre des pulsations, le pouls descendant jusqu'à 50, 40 et même 26 pulsations à la minute.

“ La valeur du Veratrum, dit Chs. Jewett, (1) dans l'éclampsie paraît dépendre de son effet sur le système vaso-moteur. Selon Percy, cité par Peuguet (N. Y. M. R., 1872, p. 121), le veratrum est porté par le sang dans les vasa-vasorum, et par ceux-ci paralyse les nerfs vaso-moteurs les vaisseaux sanguins perdant ainsi leur pouvoir contractile. Il diminue ainsi le spasme des vaso-moteurs des vaisseaux cérébraux et l'anémie cérébrale consécutive à l'influence de laquelle les convulsions paraissent être dues. Le Veratrum est aussi un déprimant de la moelle épinière, quoique probablement, comme le croit Peuguet, cet effet soit secondaire à son action sur le sympathique au moyen des nerfs vaso-moteurs.

Voici ce que dit le docteur Thad A. Reamy, de Cincinnati : “ Rien de plus frappant que cette promptitude avec laquelle les convulsions cessent aussitôt que l'effet déprimant du Veratrum se fait sentir sur le cœur. . .

“ Le pouvoir du Veratrum de contrôler les convulsions peut être compris, quand on se rappelle que cet agent est un des déprimants les plus puissants du système artériel et de la moelle épinière. Le professeur H. C. Wood, après examen approfondi, nous dit que le Veratrum diminue les pulsations et par son action directe sur le muscle cardiaque et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs.

“ Si le pouvoir de cet agent était limité à l'arrêt des convulsions, il serait d'une grande valeur. Mais il s'étend au delà. Il produit une transpiration abondante, quoique son action ici ne soit pas directe, mais due à la dépression artérielle profonde (Wood). Un effet encore plus important, c'est la diurèse prononcée qui suit le relâchement musculaire. Je ne sais pas ce qui produit cette diurèse. Très probablement, comme le croit le prof. McCorklen, cet effet est obtenu par le médicament qui combat le spasme vaso-moteur des vaisseaux du rein. Quoiqu'il en soit, on ne peut trop apprécier ce ré-

(1) N. on treatment of puerperal Eclampsia, by Chs. Jewett, A. M., M. D.

sultat ; car quelles que soient les opinions sur l'étiologie de l'éclampsie puerpérale, peu de médecins mettront en doute que la toxémie ne joue un rôle important et que les reins sont les principaux organes éliminateurs."

Il va s'en dire que la malade sous l'influence de fortes doses de veratrum devra conserver une position horizontale, car la station debout changerait complètement les caractères du pouls. A dose massive, il peut y avoir des symptômes de collapsus : le pouls devient très faible, à peine perceptible ; il y a des vomissements, des sueurs froides : on remarque du vertige, obscurcissement de la vue, dilatation de la pupille, faiblesse musculaire extrême, respiration superficielle et lente, quelquefois somnolence, coma et insensibilité avec respiration stertoreuse. Nonobstant ces symptômes alarmants, Bartholow dit qu'on remarque rarement des résultats fatals. " Une once de teinture a été prise, dit-il sans causer la mort."

Chez les éclamptiques, il est préférable de donner le médicament en injections hypodermiques, parce qu'on est plus certain de son absorption et l'effet en est aussi plus rapide. L'extrait fluide de Squibb est meilleur et a plus de force que celui de Norwood. L'extrait de Squibb est employé à dose de dix à vingt minimes. D'après Jewett, deux doses (de 10 minimes) espacées de trente minutes suffiront dans la majorité des cas ; mais il préfère mettre la patiente d'emblée sous l'influence du Veratrum. On se guide sur le pouls pour l'administration du remède. Jewett prétend qu'on aura jamais de convulsions tant qu'on maintiendra les pulsations cardiaques en dessous de soixante à la minute.

" L'injection hypodermique de veratrum, dit le docteur Jewett, demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Si l'on n'a pas atteint ce résultat dans cet intervalle de temps, on répètera l'injection à la même dose ou à dose plus petite, suivant la nécessité. Pour maintenir l'effet obtenu on n'a qu'à continuer le médicament à dose de cinq minimes à intervalle plus éloigné. Dans un cas désespéré, le professeur E. S. Bunker, M.D., a donné jusqu'à quatre cents minimes d'extrait fluide de veratrum viride de Squibb, en injections hypodermiques pendant les six premières heures du traitement et la patiente a guéri."

Le docteur Mann, de Buffalo, conseille le Veratrum Viride quand le pouls est plein, bondissant et la tension artérielle comparativement élevée. " Il n'est pas utile, dit-il, quand on a à traiter une femme faible, malade, mal nourrie, avec un pouls rapide et petit, sans tension artérielle élevée."

Comme conclusion, on emploie le Veratrum Viride, parce qu'il es' prompt dans ses effets ; parce qu'il abaisse la tension artérielle et ralentit le pouls ; parce qu'il fait transpirer abondamment et uriner beaucoup et parce que, dit-on, il est sans danger.

Voici les conclusions du docteur Jewett :

" 1.—Le Veratrum est un moyen inoffensif et extrêmement puissant ;

" 2.—C'est un agent éminemment maniable, le pouls étant un guide prompt et précis pour le dosage ;

" 3.—Il est prompt dans son action et facile dans son administration.

" Conclusion.—On doit noter que le Veratrum n'est pas indiqué comme moyen unique du traitement des convulsions.

" Le chloroforme, en inhalation, comme méthode la plus prompte du traitement de l'attaque d'éclampsie, sera administré jusqu'à ce que la circulation soit complètement sous l'influence du veratrum."

Après des doses fortes ou répétées, si l'on observait du collapsus ou le moindre symptôme inquiétant de dépression, on n'aurait qu'à cesser le médicament et à donner des stimulants : injections hypodermiques de morphine ou d'opium.

Permettez-nous de rapporter une observation que nous tirons d'un travail fait par le docteur Thad. A. Reamy, par laquelle il prouve que le Veratrum est sans danger même quand il agit puissamment sur le cœur.

" La patiente est âgée de trente ans, enceinte, et sous les soins du prof. W. E. Kiely pour la troisième fois. Ses urines sont albumineuses depuis un an. Le travail de la parturition arrive vers le sixième mois de la grossesse. Pendant trois jours, les urines ont présenté, en volume, à peu près quatre-vingt quinze pour cent d'albumine. Œdème aux pieds, aux jambes et à la face. Céphalalgie.

" Une première convulsion apparaît à 11 heures a.m., le 25 octobre 1894. La délivrance se fait le 26 à 7 heures a.m. La patiente a eu six convulsions. À son arrivée, à 5.45 p.m., octobre le 25, le médecin donna par la bouche 40 grains de bromure de Sodium, 20 grains d'hydrate de chloral, et une demi-heure après, une injection hypodermique d'un sixième de grain de chlorhydrate de pilocarpine. Comme l'enfant était mort, on commença sous l'influence du chloroforme, la dilatation du col à 3 heures p.m., mais le travail ne se termina pas de suite. La parturiente a eu deux accès pendant cette manœuvre. À 4.45, elle reçut hypodermiquement quinze gouttes de Veratrum Viride. À 5.30, autre accès des plus violents ; nouvelle injection de 15 gouttes de Veratrum. On appelle le prof. W. H. Taylor en consultation ; à 6.15, nouvelle injection de 20 gouttes de Veratrum. À 7 heures p.m., le pouls est descendu à 26, il est plein. À 8 heures p.m., pouls 32 et plein. À 10 heures p.m., pouls 40. À 5 heures a.m., le 26, les douleurs sont fortes. On anesthésie la malade et on la délivre rapidement par les forceps. Suites de couches naturelles ; mais elle a encore de l'albumine dans les urines.

“ Le trait remarquable et instructif de ce cas est le rétablissement certain d'un effet aussi marqué du Veratrum ; de même, nonobstant des pulsations de 26 à la minute, le volume du pouls a été bon.”

Nous l'avons dit plus haut, on a employé la Policarpine dans l'éclampsie ; mais il est très difficile de prouver l'efficacité de son emploi puisqu'on l'a toujours associée à d'autres méthodes de traitement : saignée, chloroforme chloral, etc.

On a vanté son action ecbolique ; mais on s'accorde généralement à dire qu'elle n'a une action quelconque sur l'utérus que lorsque le travail est déjà commencé. Dans ce cas elle régulariserait les contractions et les renforcerait. Elle abrègerait les différentes périodes de l'accouchement. Outre ces avantages elle produit une transpiration abondante. Elle diminue la tension sanguine et contrecarre les effets de la congestion des centres nerveux.

La Pilocarpine se donne en injection hypodermique à dose de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{6}$ de grain, répétée au besoin. Le docteur Strizover a donné jusqu'à un tiers de grain, répété jusqu'à trois fois. Le docteur Fourier a fait dans l'espace de trente-six heures cinq injections de un tiers de grain.

Il ne faut pas l'employer chez les personnes qui souffrent des poumons, parce qu'elle peut causer de l'œdème à cet organe. Le docteur Strizover ne voit pas de contre-indication à son emploi répété quand le pouls est filiforme, et l'action du cœur faible.

Quand ses effets se font trop sentir on peut administrer l'atropine, son antidote.

La policarpine se remplace avantageusement par la sudation obtenue par les bains chauds, les bouteilles d'eau chaude, et les bains de vapeurs ainsi donnés : la malade étant couchée dans son lit, on fait au-dessus d'elle avec ses couvertures au moyen de cerceaux ou d'une corde, une espèce de tente dont la tête sort seule. On introduit dans cette tente le bout d'un tuyau qui y conduit la chaleur d'une lampe à alcool ou d'un réchaud quelconque.

Dernièrement le docteur A. de Goubarew a obtenu d'excellents résultats par l'application, sur la région lombaire, de sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude. Avec ce traitement en même temps que la diurèse augmenterait, l'albumine diminuerait et l'état général s'améliorerait rapidement.

Comme adjuvants des différentes méthodes déjà décrites, on emploie avantagement les purgatifs. Si la malade peut avaler une solution concentrée de bitartrate de potasse lui sera utile ; si elle est dans le coma, une goutte d'huile de croton ou $\frac{1}{4}$ de grain d'atérium placés sur la langue produiront un bon effet. Nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit des purgatifs.

Les lavements purgatifs sont utiles quelquefois.

Quant aux révélsifs nous nous en sommes servis au début de notre pratique, mais les avons abandonné, parce qu'ils sont non seulement inutiles, mais, comme nous l'avons remarqué une fois entre autres, ils causent souvent des douleurs et une irritation capable de provoquer les convulsions. De plus, ils laissent des plaies longues à guérir.

Les inhalations d'oxigène ont été recommandées pendant les convulsions, ainsi que les inhalations de nitrate d'amyle.

On a essayé le citrate de caféine et l'antipyrine.

Pour remplacer la saignée on a fait la compression des carotides.

Les docteurs Porak et Bernheim emploient avec succès les injections sous-cutanées d'eau salée dans les cas où l'urine manque complètement ou lorsqu'elle est rare et noire. L'injection (à 7 pour 1000) est pratiquée dans la fesse, en assez grande quantité (de 500 grammes à 1500 grammes en 24 heures.

La morphine et l'opium sont beaucoup employés surtout en injection

hypodermique par les Américains. Ces médicaments agissent promptement. Selon eux, il faut donner d'emblée de hautes doses (1 grain de morphine) et n'avoir pas peur de répéter au besoin. Playfair ne donne pas d'aussi fortes doses : il prescrit $\frac{1}{2}$ grain qu'il répète assez souvent pour tenir la malade sous l'influence du narcotique de manière à contrôler tout effort musculaire. Beaucoup de médecins s'opposent à l'emploi des opiacés dans l'éclampsie parce que ces médicaments arrêtent ou diminuent toutes les sécrétions.

En terminant ce chapitre sur le traitement médical de l'éclampsie, disons un mot de ce que les auteurs modernes appellent la méthode anesthésique, méthode à l'ordre du jour. Comme il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de faire de longues dissertations sur les différentes théories émises pour expliquer l'action des différents modes de traitement, nous nous contenterons d'indiquer le mode d'administration des deux agents qui composent cette méthode anesthésique. Le chloral et le chloroforme sont employés depuis quelques vingt ans en obstétrique dans le but de combattre les convulsions de l'éclampsie. Le chloroforme a été plus en vogue au début, puis on l'a laissé peu à peu pour son congénère qui occupe aujourd'hui le haut du pavé.

Le chloral peut être administré par la bouche, par la voie rectale ou en injection hypodermique. Cette dernière manière a été complètement abandonnée.

Le docteur Blanc administrait le chloral par la bouche toutes les fois que la femme pouvait avaler. Le docteur Rivière a recours quelquefois à la voie nasale. " Dans un coma profond, dit-il, ou dans l'anesthésie, les réflexes persistent au moins dans les organes qui échappent à la volonté. Aussi dès que le liquide injecté, par la voie nasale, arrive en contact avec le pharynx, le mouvement de déglutition se fait instinctivement et le liquide descend dans l'estomac."

Mais ceux qui préfèrent la voie stomacale, comme étant plus propre à l'absorption, se servent de la sonde œsophagienne quand la femme ne peut pas avaler. Ils lui ouvrent la bouche au moyen d'un corps et ils y introduisent la sonde ou bien ils passent cette dernière à travers les fosses nasales.

La plupart des accoucheurs aiment mieux donner le chloral en injections rectales. Quant à nous, nous avons eu beaucoup plus de succès quand nous donnions le chloral par la bouche, parce que ses effets en étaient plus prompts et la malade conservait le médicament. Quand on se sert de la voie

stomacale, il faut bien diluer le chloral au 1/40 ou 1/30 afin d'éviter les vomissements.

Souvent les lavements de chloral irritent la muqueuse intestinale qui les rejette de suite : on est obligé très souvent de répéter trois ou quatre fois le lavement avant qu'il ne soit retenu.

Playfair conseille de donner vingt grains de chloral par la bouche et de renouveler la dose toutes les 4 à 6 heures. Nous l'avons souvent administré aussi et à cette dose ou par le rectum à dose de trente grains, sans jamais en obtenir aucun bon résultat.

Charpentier donne en lavement quatre grammes de chloral dans soixante grammes de muilage de coings. Il répète la dose toutes les cinq ou six heures ; rarement il le donne à intervalle plus rapproché ; il en éloigne l'administration si les convulsions diminuent ou cessent. " En procédant ainsi, dit-il par doses massives et relativement assez éloignées les unes des autres, j'obtiens un repos plus rapide, plus complet et je tourmente moins les patientes.

D'après Charpentier il serait bon de tenir la malade sous l'influence du chloral pendant vingt-quatre heures après la cessation des accès ; pour ce faire il administre dix grains de chloral toutes les deux ou trois heures.

Le docteur Blanc en administrait en moyenne par la bouche neuf ou dix grammes en vingt-quatre heures ; il élevait au besoin les doses jusqu'à dix-huit grammes.

F. W. Robbins donne quatre grammes en lavement toutes les deux ou quatre heures. Bourdon donne d'abord quatre grammes en lavement puis un à deux grammes toutes les quinze minutes jusqu'à concurrence de dix grammes.

Nous n'avons pas eu de bons résultats avec le chloral, était-ce parce que nous employions de trop faibles doses ? Une fois nous avons réussi et il nous a fallu donner, comme on le verra par l'observation XXXV, trente grains de chloral et soixante grains de bromure de potassium par la bouche toutes les deux heures et tenir ainsi notre malade pendant au-delà de trente-six heures.

Le docteur Eggleston donne le chloral conjointement avec la morphine. Charpentier préfère l'associer avec la saignée modérée. Monsieur le docteur

Lamarche, le sympathique et laborieux professeur d'accouchements à l'Université Laval, emploie le chloral à haute dose en injection rectale.

Le chloroforme est beaucoup employé, mais généralement on lui préfère le chloral ou on associe les deux, le chloroforme calmant les convulsions jusqu'à ce que le chloral ait produit son effet. Le chloroforme est plus dangereux et plus difficile à manier que le chloral, surtout quand la malade est dans le coma. Le chloroforme n'a pas l'avantage d'agir sur le rein comme le fait le chloral.

Pour être efficace, le chloroforme doit être continué pendant des heures, huit, dix, douze, et même quinze heures; Schröder a anesthésié profondément une éclampsique pendant soixante quatre heures.

Les inhalations doivent être poussées jusqu'à la narcose complète. Si les accès paraissent s'éloigner on peut diminuer un peu les inhalations tout en tenant la femme sous l'influence de l'anesthésique, et reprendre le chloroforme à haute dose au retour des accès.

Quand à nous, nous employons le chloroforme aux premiers signes manifestes de l'attaque ou quand cette dernière est déclarée, pour en calmer la violence et nous donner le temps de nous préparer à la phlébotomie.

Le chloral et le chloroforme ont eu beaucoup de détracteurs tant sur le terrain de la théorie que de la pratique.

OBSERVATION XXXV. — Le 4 Septembre 1895, nous voyons Autrude. C'est une fille de 25 ans, primipare, bien prise, bonne taille, belle apparence, santé excellente. Elle se dit enceinte de huit mois.

Elle a de l'œdème considérable aux pieds et aux jambes, mais ne se plaint d'aucun autre malaise. L'analyse des urines donne neuf grammes d'albumine au litre. Nous prescrivons le régime lacté avec la limonade de crème de tartre, et une bonne dose de sel et séné à prendre de suite.

Le 7 Septembre, vers deux heures du matin, elle accouche, après un travail de quatorze heures, d'un enfant bien portant à terme. Dix minutes après la délivrance, elle est prise d'éclampsie. La convulsion est forte.

La garde-malade donne le chloral (grs. xv) et le bromure de potassium (grs. xxx), par la bouche, aussitôt après l'accès. Elle répète la dose une heure plus tard, et renouvelle ensuite toutes les deux heures.

A huit heures, nouvel accès plus violent. Nous prescrivons alors Chloral

(30 grains) et Bromure de potassium (60 grains) toutes les deux heures par la bouche. A onze heures autre accès plus fort. Nous continuons le chloral et le bromure à haute dose. La malade finit par s'endormir et nous la tenons ainsi dans un sommeil chloralique pendant trente-six heures. Aussitôt que la patiente faisait mine de s'éveiller la garde-malade administrait le chloral et le bromure auxquels elle ajoutait un grand verre de lait.

L'urine, tirée de la vessie après l'accouchement, contenait dix-huit grammes d'albumine au litre

Le soir de l'accouchement la température s'élevait à $100\frac{1}{2}^{\circ}$ F., pour tomber le lendemain matin à 99° et soir 101° . Enfin quarante-huit heures après l'accouchement la température était normale. Le pouls s'est maintenu entre 90 et 100.

Pourquoi la température s'est-elle élevée ici à 101° ? il n'y avait pas de lésion des parties génitales et pu's on a fait deux fois par jour — et cela aussitôt après l'accouchement — une injection à l'acide carbolique $2\frac{1}{2}$ 0/0. Cette élévation est-elle due à l'éclampsie? Le chloral aurait dû faire baisser la température.

La malade a été soumise au régime lacté. Le 16 Septembre les urines ne contenaient plus que quatre grains d'albumine au litre.

Autrude laissait l'Hospice, quelques jours plus tard, complètement rétablie.

Faisons remarquer que nous avons été obligé de donner ici le chloral à haute dose (trente grains par bouche) souvent répétée pour obtenir un bon résultat. Nous croyons qu'à dose plus petite, comme nous l'avons ordinairement employé, l'effet est nul, et nous nous expliquons ainsi l'échec que nous avons si souvent éprouvé.

OBSERVATION XXXVI. — Le 27 Décembre 1895, nous sommes appelé en consultation par un confrère auprès de Madame E., âgée de 17 ans, primipare, enceinte de sept mois et demi.

Madame E., depuis quatre jours, a cinq ou six accès d'éclampsie quotidiennement. Quelques-uns de ces accès sont forts et d'une durée assez longue.

La patiente est soumise au régime lacté depuis la première attaque. Le travail de l'accouchement s'est aussi déclaré à ce moment. Mais, lors de notre visite le col, quoique n'étant pas effacé, laisse pénétrer deux doigts dans son orifice. Les accès d'éclampsie coïncidaient avec les fortes douleurs utérines.

Le régime lacté fut continué avec la limonade de crème de tarte. Sous ce traitement, l'urine, qui était rare, et ne contenait cependant que quatre grammes d'albumine au litre, devint beaucoup plus abondante.

Nous prescrivons en outre du calomel et du Jalap.

Le lendemain, le col était dans le même état, et la malade avait eu deux accès d'éclampsie moins forts que les précédents. Nous donnons le chloral (grs. xv) toutes les quatre heures. Le jour suivant un seul accès beaucoup plus fort et plus long ; puis tout rentre dans l'ordre, excepté le travail qui recommence. Dans l'après-midi, notre confrère met la parturiente sous l'influence du chloroforme. achève la dilatation artificiellement avec les doigts, et applique le forceps.

L'enfant a vécu deux jours, et la mère est bien portante.

II

TRAITEMENT OBSTETRICAL.

Suivons ici la pensée de Charpentier et divisons ce chapitre en deux points :

1^o Le cas où le travail s'étant déclaré spontanément, il ne s'agit que d'une intervention relativement bénigne, et qui permet de hâter simplement la terminaison de l'accouchement ;

2^o Le cas où, chez une femme éclamptique, le travail ne se déclare pas.

Dans le premier cas, si le travail va bien, que les contractions sont bonnes, le col se dilate assez rapidement, les convulsions ne sont pas trop violentes, nous avons recours au traitement médical tout en surveillant la malade. Mais, si le travail est lent, les douleurs irrégulières et fatigantes ; si la dilatation, après avoir commencé, ne marche plus, nous mettons la malade profondément sous l'influence du chloroforme et après avoir achevé artificiellement la dilatation avec les doigts, nous appliquons le forceps on nous pratiquons la version.

Quand les convulsions surviennent pendant une période d'expulsion longue nous appliquons le forceps.

Depaul a conseillé les incisions sur le bord du col lorsque l'orifice, étant déjà dilaté, mais d'une manière insuffisante, le travail va trop lentement et qu'on craint pour la vie du fœtus.

Quand au second cas, c'est-à-dire, quand le travail ne s'est pas encore déclaré, les accoucheurs sont partagés, inégalement il est vrai, en deux

camps dans leur manières d'agir. Les uns, les plus nombreux, ayant à leur tête les grands maîtres français, sont contre toute intervention. Ils ne veulent pas de l'accouchement provoqué, encore moins de l'accouchement forcé. Des autres, suivant l'école Allemande, interviennent assez promptement. Parmi ceux-ci on observe encore deux catégories ; les uns, plus modérés, se contentent de provoquer l'accouchement d'après la méthode ordinaire : ponction des membranes, dilatation artificielle du col au moyen de dilatateur, tamponnement du vagin, introduction dans la matrice d'une algalie flexible ou d'une bougie, bailon de caoutchouc, injections dans la cavité utérine d'eau phéniquée, etc. ; les autres, obéissant aux idées du docteur Dührssen, font de la dilatation sanglante et de l'accouchement forcé dès le premier accès d'éclampsie.

Dührssen, qui était, au début, si enthousiaste de sa méthode en a beaucoup restreint aujourd'hui l'emploi. Il limite maintenant (1) son opération aux cas extrêmes, où la vie de la mère ou de l'enfant est menacée.

“ On ne peut entreprendre la dilataion sanglante, dit Dührssen dans son vade-mecum d'obstétrique, que lorsque toute la partie sus-vaginale du col est déjà complètement dilatée et que la dilatation incomplète est bornée à la portion vaginale”..... “ On saisit entre le pouce et l'index de la main gauche le rebord du col à l'endroit où l'incision doit être faite et jusqu'à son insertion vaginale, ou bien, si le rebord du col cède facilement on le saisit entre deux pinces à balles et on incise entre celles-ci. On conduit les deux branches des ciseaux de Siebold le long des deux doigts jusqu'à l'insertion vaginale et on divise le rebord du col, ordinairement en deux coups.”

Quand l'orifice interne n'est pas dilaté, on pratique d'abord la dilataion mécanique au moyen de dilatateur, puis on la continue avec les doigts jusqu'au degré voulu, pour pratiquer les incisions profondes du col, généralement au nombre de quatre.

Avant cette opération, il faut faire naturellement un nettoyage antiseptique du vagin, et après l'accouchement, comme mesure de précaution, faire encore de l'antisepsie en tamponnant l'utérus et le vagin avec de la gaze iodoformée.

Cette méthode du docteur Dührssen qu'on a qualifiée de brutale n'est pas suivie par tous les grands accoucheurs Allemands, mais elle compte parmi ses adeptes un certain nombre de médecins Américains ; et, d'après V. nay, elle commencerait à s'introduire dans la pratique courante.

Elle peut exposer aux déchirures du vagin et de l'utérus et aux cicatrifications irrégulières du col.

Aux incisions profondes du col, Duhrssen combine quelquefois les incisions vagino-périnéales.

Halbertsma a conseillé de faire l'opération césarienne dans les cas graves d'éclampsie.

OBSERVATION XXXVII. — Paula que nous avons citée dans l'observation V, étant en travail quand elle a ses attaques d'éclampsie, nous la chloroformons et terminons l'accouchement par le forceps. Les convulsions ne reparaissent plus après la délivrance.

OBSERVATION XXXVIII. — Madame S. R., 25 ans, primipare, a toujours été bien portante pendant sa grossesse, et n'a présenté aucun symptôme qui pût faire présager l'éclampsie. Le travail de l'accouchement commence le 16 Septembre 1893, vers huit heures du matin, et va lentement. A deux heures, le lendemain matin, le travail en est arrivé à la période d'expulsion quand la parturiente se plaint tout à coup de céphalalgie. Nous voulons appliquer le forceps. Au moment où nous en avertissons le mari, notre patiente tombe en éclampsie. Nous administrons le chloroforme et terminons l'accouchement. L'extraction est un peu difficile et longue. Il n'y a pas d'autres convulsions après la délivrance.

Notre malade a de la fièvre les jours suivants, et le thermomètre marque même 104° F. Le ventre se ballonne, est sensible; les lochies deviennent fétides et noirâtres, la langue mauvaise.

Les antiseptiques employés avec persévérance et souvent répétés, améliorent tous les symptômes et la sixième journée, la température est normale, le pouls bon, les lochies physiologiques. Nous considérons notre malade sauvée.

Le matin du huitième jour, on nous appelle en toute hâte, la malade est agonisante. Voici ce qui est arrivé : durant la nuit, le mari de la moribonde échappa par terre une lampe qu'il avait à la main. Il était dans une chambre voisine. La malade, entendant le bruit et voyant la flamme qui brilla tout à coup, se leva précipitamment, voulut courir au secours, mais elle tomba évanouie. Replacée dans son lit, elle eut un frisson qui dura près de quatre heures. Ce n'est qu'après ce frisson qu'on nous manda. Il était trop tard, l'agonie arrivait.

Cette mort n'est certainement pas due à l'éclampsie; mais, la fièvre des premiers jours a-t-elle pour cause prédisposante l'éclampsie, ou est-elle pro-

duite par le traumatisme occasionné par l'accouchement long et laborieux? Nous croyons plutôt que l'éclampsie n'est ici qu'un phénomène réflexe, produit par la lenteur du travail, et qu'elle n'a rien à faire avec l'élévation de la température, pas même comme cause éloignée.

OBSERVATION IXL. — Juillet 1883. Joséphine, 17 ans, fille, primipare, enceinte de sept mois et demi, est en travail d'accouchement depuis douze heures, lorsqu'elle éprouve une attaque d'éclampsie dont le premier accès est léger. Nous examinons le col qui est assez effacé et dilaté de la grandeur d'une pièce de cinquante centins. Pendant le toucher vaginal, se manifeste un deuxième accès plus fort. Nous administrons de suite le chloroforme et nous achevons la dilatation avec les doigts, puis nous extrayons l'enfant vivant avec le forceps.

La malade n'a pas d'accès après l'accouchement. Ses relevailles se font bien.

Conclusions

A la fin de notre travail, nous tirerons les conclusions pratiques suivantes :

1° Suivre la femme enceinte autant que possible, surtout dans la dernière moitié de la grossesse ; lui enseigner les préceptes de l'hygiène de son état ; surveiller principalement les reins et examiner souvent les urines ; se rappeler les autres symptômes précurseurs de l'éclampsie, douleur épigastrique, etc., et ne pas oublier qu'il peut y avoir menace d'éclampsie, et même que cette dernière peut apparaître sans qu'on trouve d'albumine dans les urines ; recommander le lait à toute femme enceinte ; et la soumettre au régime lacté absolu, quand elle présente quelques signes qui sont le présage plus ou moins éloigné de l'éclampsie ;

2° A l'approche d'une attaque d'éclampsie : recourir à la saignée, quand la gestante la peu supporter, — rares sont celles à qui on ne peut enlever au moins une dizaine d'onces de sang, — aux purgatifs, aux diurétiques, aux diaphorétiques ; essayer le chloral ; ne jamais provoquer l'avortement.

3° Quand l'attaque d'éclampsie est déclarée ; veiller à ce que la malade ne se blesse pas pendant l'accès, prévenir les morsures de la langue, recourir à la saignée, aux inhalations de chloroforme, au chloral, aux purgatifs et aux diurétiques.

4° Après l'attaque : régime lacté, toniques, et surtout, quand l'accouchement est terminé, antisepsie plus rigoureuse que jamais.

DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

PAR LE DR. G. A. LACOMBE

HISTORIQUE

De toutes les affections auxquelles est exposée la femme pendant la puerpéralité, la septicémie est certainement celle dont la vraie nature est restée le plus longtemps méconnue, malgré les nombreuses recherches dont elle a été l'objet.

Dans l'antiquité, cette maladie était considérée comme le résultat d'un accouchement incomplet ; mais on ne pouvait expliquer la pathogénie des accidents résultant de cette première cause.

Au moyen-âge, on abandonna cette théorie pour accepter celle de la métastase laiteuse, c'est-à-dire l'épanchement du lait dans différents tissus ; puis vint la théorie des miasmes aériens, sans cependant pouvoir définir la nature de cette influence.

Dans la première moitié du siècle actuel, on voit les opinions médicales partagées en deux camps ; d'un côté, on considère cette affection comme une maladie essentielle, de l'autre, on lui assigne une cause locale, la métrite. Mais tout à coup un jeune médecin hongrois, Ignatius Semelweis, occupant la position d'assistant dans le service obstétrical de l'Hôpital Général de Vienne, effrayé des ravages de cette maladie, concentra toute son énergie à en rechercher la vraie cause. Le service obstétrical de l'Hôpital de Vienne était divisé en deux sections : dans l'une, les accoucheuses recevaient leurs instructions ; dans l'autre, à la tête de laquelle était Semelweis, on donnait des leçons aux étudiants en médecine, lesquels poursuivaient en même temps leurs travaux de dissection et d'autopsie et laissaient très souvent la salle de dissection et l'amphithéâtre pour aller examiner des parturientes sans plus de précaution qu'un simple lavage des mains avec de l'eau et du savon. Aussi dans cette section, la mortalité atteignait-elle le chiffre énorme de

10 pour cent, tandis que dans le département des accoucheuses, il n'était que de 3 pour cent. Sur ces entrefaites, un collègue de Semelweis perd la vie par une plaie de dissection, et Semelweis, frappé de la ressemblance des symptômes de son collègue avec ceux de la terrible maladie qui ravageait son département, établit des règlements sévères par lesquels les étudiants étaient obligés de se laver les mains dans une solution de chlorure de chaux, avant de faire des examens, lesquels d'ailleurs furent aussi restreints; aussitôt on voit la mortalité descendre à 3 puis à 1.5 pour cent.

Vers cette époque aussi, le grand Pasteur, par les découvertes importantes qu'il venait de faire, donna l'impulsion à une pléiade de travailleurs, qui par leurs recherches, ont enfin pu révéler à l'univers médical la nature microbienne, non-seulement de la septicémie puerpérale, mais encore d'une foule d'autres maladies dont la nature jusqu'alors était restée inconnue.

DEFINITION

La fièvre puerpérale est une fièvre continue ressemblant à la septicémie chirurgicale et se manifestant chez les femmes en couches. Elle est associée à des lésions de l'utérus, du vagin, de la vulve ou du périnée, et est causée par l'absorption d'un micro-organisme appelé streptocoque qui peut être inoculé directement sur une plaie du système génital, ou qui détermine la décomposition d'un caillot ou d'un débris de placenta qui peuvent à leur tour causer l'infection.

ETIOLOGIE

Les causes pouvant déterminer la septicémie puerpérale, bien que reconnaissant toutes une intervention microbienne, sont cependant multiples et peuvent être divisées en causes prédisposantes ou directes.

Comme cause prédisposante, il faut mettre en première ligne l'état physiologique dans lequel se trouve la femme pendant la puerpéralité. La femme enceinte est pléthorique et hydrémique, le sang qui a augmenté en quantité est aussi devenu plus aqueux; l'hémoglobine, l'albumine, le phosphore, le fer sont en petite quantité, tandis que la fibrine est en excès, toutes causes prédisposant à l'inflammation. Les vaisseaux sanguins ont subi l'influence de cette pléthore et leur calibre est augmenté. Les vaisseaux lymphatiques ont acquis un tel degré de développement qu'ils ressemblent à des vaisseaux sanguins; cette dilatation des vaisseaux prédispose à la

formation des thromboses qui constituent un champ propice d'infection. Le tissu musculaire de l'utérus est aussi hypertrophié pour pouvoir d'abord contenir le fœtus et l'expulser ensuite. Le système nerveux qui préside à toutes les fonctions se trouve ainsi dans un état de surexcitation considérable.

Après l'accouchement, il s'opère une *métamorphose rétrograde* de tous les tissus usés ou dont l'utilité a cessé avec la naissance de l'enfant, et les forces vitales de la nouvelle accouchée se concentrent du côté des glandes mammaires pour la sécrétion du lait nécessaire pour la subsistance du nouveau-né. Pour que ce double travail puisse s'accomplir facilement, il est important que la femme soit dans des conditions favorables de santé. Si elle a été affaiblie par une maladie antérieure, une hémorrhagie, ou bien qu'elle ait été épuisée par un accouchement long et laborieux, cette métamorphose s'opérera difficilement, et, dans ce cas, le sang qui se trouve surchargé de ces matériaux de rebut est d'autant plus sensible à l'action des ferments qui peuvent s'introduire dans l'organisme.

Au contraire, si aucune circonstance fâcheuse n'est venue affaiblir la femme et qu'elle se trouve dans des conditions favorables de santé, à moins que le poison ne soit d'une virulence trop considérable ou ne soit inoculé en trop grande quantité, elle sortira toujours victorieuse de la lutte.

Les émotions vives causées par la frayeur ou la joie, de même que l'impression du froid sur le corps peuvent aussi prédisposer la nouvelle accouchée à contracter la *septicémie puerpérale*.

La cause directe de la septicémie puerpérale ne laisse aujourd'hui de doute à personne. Il est reconnu que cette maladie est causée directement par l'inoculation d'un microbe sur un point quelconque du système génital de la parturiente.

Les expériences bactériologiques ont démontré que le streptocoque était le micro-organisme que l'on rencontrait le plus souvent dans les fièvres puerpérales, mais une foule d'autres microbes peuvent aussi causer cette maladie; d'autant plus qu'il n'est pas nécessaire que l'infection soit transmise directement d'une malade à une autre, l'expérience ayant démontré amplement que tout produit de putréfaction ou de suppuration pouvait déterminer chez la parturiente une septicémie en tout semblable à celle résultant de l'infection directe. L'érysipèle et la scarlatine sont aussi mentionnés comme pouvant déterminer cette maladie. Cependant, plusieurs auteurs, tout en reconnaissant que la femme en couches soit plus susceptible

qu'une autre de contracter la scarlatine, nient à cette dernière maladie la possibilité de déterminer une fièvre puerpérale. Quant à l'érysipèle, il est parfaitement reconnu que l'érysipèle flegmoneux surtout peut causer la septicémie chez la parturiente.

Les germes pathogènes peuvent être tenus en suspens dans l'atmosphère d'un appartement, ayant contenu un malade affecté de cette maladie, et si une femme se trouvant dans des conditions inférieures de santé est accouchée dans ce même appartement, elle court grand risque d'être infectée. Il y aura aussi danger imminent pour une parturiente à demeurer dans un appartement contenant quelques produits organiques en décomposition, ou lorsque les tuyaux d'égoût sont en mauvais ordre.

Parfois le germe infectieux se trouve à l'état latent dans le vagin et n'attend qu'une occasion favorable pour s'inoculer. Plusieurs auteurs ont refusé d'endosser cette opinion ; mais si l'on considère combien il se rencontre de femmes dont le vagin avant l'accouchement est infecté par des sécrétions purulentes, on est forcé d'admettre la possibilité d'infection qui résulte de cette état des organes génitaux. De plus, si l'on prend en considération le fait que le staphylocoque pyogène se trouve toujours en abondance sur les mains, on peut difficilement nier la possibilité pour ce germe infectieux de se rencontrer aussi sur le pénis et être introduit dans le vagin pendant le coït. Certains auteurs sont même allés plus loin et ont prétendu que le germe infectieux pouvait se trouver à l'état latent dans les tissus même de la femme. A l'appui de cette théorie, on mentionnait les cas de fièvre puerpérale résultant de la décomposition dans l'utérus d'un caillot ou d'un débris de placenta chez les femmes accouchées avec toutes les précautions antiseptiques possibles.

Cette théorie n'est pas admissible aujourd'hui en présence du fait parfaitement établi que la génération spontanée de la maladie n'est pas possible. Et pourquoi ce caillot ou ce débris de placenta se décomposent-ils ? Parce que, malgré toutes les précautions qui ont pu être prises pendant l'accouchement, il y a eu infection, car les cas ne sont pas rares où des caillots ou des débris de membranes sont restés dans l'utérus plusieurs jours sans causer aucun trouble jusqu'à ce qu'enfin ils fussent expulsés.

Du moment que des micro-organismes ont causé la putréfaction des débris de placenta ou des caillots de sang laissés dans l'utérus, il se produit des substances infectieuses, lesquelles, si elles ne sont

pas excrétées, causeront nécessairement de l'infection chez la femme ; maintenant, l'introduction de ces micro-organismes empêche par elle-même ou peut empêcher l'excrétion de ces substances, et comme conséquence forcée, nous aurons la septicémie ; mais la cause première reste toujours la même, c'est-à-dire les microbes qui sont venus du dehors causer la putréfaction des débris de placenta ou caillots laissés par accident dans l'utérus.

L'infection par contact direct est cependant celle qui cause le plus grand nombre d'accidents, et il n'y a en cela rien de surprenant, si l'on considère l'état dans lequel se trouve la nouvelle accouchée. En effet, les plaies ou écorchures qui se rencontrent presque toujours à la vulve et le long du vagin, les déchirures plus ou moins considérables du col, le point d'insertion placentaire dans l'utérus sont autant de portes ouvertes où peut être déposé le germe pathogène par des linges, des éponges, des instruments ou des mains malpropres ou contaminées.

PATHOLOGIE

Exceptionnellement, la septicémie puerpérale peut débiter pendant la grossesse ou l'accouchement, mais le plus souvent elle se manifeste du deuxième au dixième jour des relevailles. Elle peut revêtir des formes variées, d'où la difficulté d'en faire une description complète.

Les lésions locales qui peuvent se rencontrer dans les différentes formes dépendent de l'endroit où s'est fait l'absorption et de la manière qu'elle s'est opérée. Il y a généralement plus ou moins d'inflammation dans le canal génital ou les parties avoisinantes, mais il se rencontre des cas où le poison atteignant la circulation au moyen des lymphatiques ou des veines détermine une septicémie si intense qu'elle cause la mort sans produire de lésions locales appréciables.

VULVITE ET VAGINITE.—La vulve et le vagin sont les parties les plus directement exposées à l'infection. Ordinairement, dans ces cas, on trouve à la surface des grandes ou des petites lèvres, ou à la partie terminale du vagin, au voisinage des caroncules myrtiformes, des plaies de la membrane muqueuse, ayant une apparence ulcéreuse et plutôt prédisposées à suppurer qu'à guérir. Une sécrétion abondante d'un liquide grisâtre et purulent s'établit à leur surface et les tissus environnants deviennent rouges, œdématisés et peuvent parfois se gangréner. Le poison quelquefois s'introduit dans les

glandes de Bartholin et cause une Bartholinite, ou bien le mal peut atteindre par voisinage le rectum ou la vessie et déterminer une inflammation septique de ces organes.

Dans certains cas la maladie prend un caractère diphtéritique. Il se forme sur la muqueuse des petits points grisâtres qui, en s'agrandissant, parviennent à former des ulcères ayant un caractère tout spécial de virulence. Le liquide secrété à leur surface a une apparence brune ou verdâtre et renferme des microbes en quantité plus grande que dans la forme catarrhale. Dans ce cas, il peut se produire une détérioration considérable des tissus, et la femme est excessivement exposée à être infectée généralement au moyen des vaisseaux lymphatiques qui sillonnent ces parties.

Le poison transporté par ces vaisseaux détermine une inflammation des glandes inguinales superficielles, et si le mal n'est pas arrêté là, il se communique aux glandes inguinales profondes puis aux ganglions iliaques d'où il peut arriver jusqu'au péritoine et causer une péritonite.

Les plaies de la partie supérieure du vagin, ainsi que les lacérations du col utérin, peuvent revêtir les mêmes formes et avoir la même apparence clinique que les plaies vulvaires ou vaginales inférieures. L'inflammation peut se propager par voisinage au tissu cellulaire entourant ces parties, ou le poison peut être transporté dans le péritoine ou d'autres organes par les vaisseaux lymphatiques, qui sont en grand nombre dans ces parties du système génital de la femme dans la puerpéralité.

METRITE, ENDOMÉTRITE ET SALPINGITE. — De toutes les lésions locales, celles de l'utérus sont celles qui sont le plus généralement présentes. Cet organe est toujours ramolli, oedématié et le travail de l'involution est arrêté. La membrane muqueuse est rouge, enflammée et recouverte par un liquide purulent. Très souvent la surface interne de l'utérus est le siège d'ulcères circonscrits comme dans le vagin, mais dans d'autres cas, toute la muqueuse est gangrénée et laisse à nu le tissu musculaire sous-jacent. Quelquefois, près du col, ou à l'entrée des trompes il se rencontre des ulcères diphtéritiques ayant la même apparence que celles de la partie inférieure du canal génital.

Parfois l'infection se communique par extension aux trompes de Fallope et détermine dans ces organes une affection pouvant revêtir le caractère catarrhal ou diphtéritique que l'on rencontre dans l'endométrite.

Dans certains cas, on ne rencontre que plus ou moins d'œdème du tissu musculaire de l'utérus, mais le plus souvent il est considérablement enflammé, ramolli et infiltré par un liquide purulent ayant une couleur brune ou verdâtre. Quelquefois une partie considérable de ce tissu est nécrosée par la maladie et est expulsée en masse. Il peut aussi se former dans les parois enflammées de l'utérus des abcès plus ou moins considérables remplis par un liquide purulent ou contenant une espèce de bouillie noirâtre résultant de la décomposition des tissus.

OVARITE.—Très souvent les ovaires sont affectés. L'inflammation peut être circonscrite au tissu superficiel et déterminer une ovarite parenchymateuse, ou bien l'ovaire est infiltré par du sérum et il peut se former des abcès dans son tissu ou dans les follicules de Graaf.

CELLULITE.—Le tissu cellulaire du bassin est exposé à devenir enflammé par l'extension de la maladie affectant l'utérus. Les lésions profondes du col sont tout spécialement susceptibles d'être le point de départ de l'affection, de même que les contusions plus ou moins considérables se produisant au cours d'un accouchement difficile et prolongé. Les tissus meurtris n'ont plus alors la somme de vitalité nécessaire pour résister à l'infection et empêcher en eux la multiplication des micro-organismes.

L'inflammation se manifeste généralement là où le tissu aréolaire est le plus abondant, dans les plis des ligaments larges et de la fosse iliaque. De là, elle peut remonter le long du psoas iliaque ou suivre les colons ascendants ou descendants et se rendre jusqu'aux reins, au diaphragme ou au tissu cellulaire entourant la vessie, ou dans le cul-de-sac de Douglass.

Dans certains cas, la maladie se circonscrit et offre moins de danger d'infection générale. L'inflammation locale qui ordinairement dans ces cas est plus considérable que dans l'infection générale est due à l'effusion de sérum et de lymphe. Il peut parfois se former un abcès circonscrit, mais aussi très souvent la lymphe est absorbée, ne laissant que plus ou moins d'induration fibroïde. Les glandes et les vaisseaux lymphatiques qui sont généralement les agents conducteurs de l'infection prennent toujours une part importante dans l'inflammation. Dans les cas bénins, les glandes semblent parfois opposer une barrière à la généralisation de la maladie.

Mais très souvent aussi, la maladie prend un caractère de gravité considérable. Le tissu cellulaire est infiltré par un liquide purulent

contenant une multitude de micro-organismes. Les lymphatiques contiennent parfois du pus et il n'est pas rare de constater la formation d'abcès plus ou moins considérables, venant s'ouvrir à la partie antérieure de l'abdomen, au dessus du ligament de Poupart, ou se frayant un peu d'exit dans la vessie, le vagin, le rectum ou à travers les trous obturateurs ou sciatiques. Ces abcès peuvent aussi s'ouvrir dans le pelvis et causer une infection rapide et presque toujours mortelle.

Dans certains cas, il s'opère une résolution assez rapide de l'inflammation des tissus avoisinant l'utérus et la maladie, se localisant dans d'autres endroits, peut déterminer des abcès dans le voisinage des reins, autour de l'articulation sacro-iliaque ou ailleurs.

PÉRITONITE.—La péritonite est l'affection que l'on rencontre le plus souvent dans les cas de septicémie puerpérale. L'infection peut se communiquer directement de l'utérus au péritoine par l'intermédiaire des trompes ou les vaisseaux lymphatiques peuvent être les agents conducteurs du poison.

Quelquefois une pyosalpinx ou un abcès ovarien pré-existants peuvent se rupturer au cours de l'accouchement et déterminer une péritonite presque toujours mortelle, mais dans ces cas, cette maladie n'est qu'un épiphénomène de l'état puerpéral et ne peut être considérée comme résultant d'une infection puerpérale proprement dite.

Lorsque l'inflammation du péritoine est générale, la cavité péritonéale renferme un liquide sero-purulent ayant une odeur nauséabonde caractéristique et contenant un grand nombre de microbes. L'infection ne tarde pas à se généraliser dans toute l'économie et on constate un gonflement considérable de l'abdomen, dû à la distension des intestins dont les mouvements péristaltiques sont arrêtés à cause de la paralysie plus ou moins complète du grand sympathique occasionnée par l'infection systémique.

Dans les cas ayant un caractère plus bénin, l'exudation est moins purulente. Le péritoine est injecté, dépouillé de son épithélium et recouvert par place de lymph plastique qui favorise l'adhésion entre eux des anses intestinales ou du péritoine avec d'autres organes.

Dans des espaces limités par ces adhésions, il peut se faire des collections purulentes et se former des abcès locaux.

PELVI-PÉRITONITE.—Quand l'infection ne s'étend pas à toute la membrane péritonéale, la portion du péritoine recouvrant les organes contenus dans le pelvis peut être atteinte par une inflammation

résultant du contact avec ces organes lorsqu'ils sont déjà affectés. Ainsi dans la cellulite, on rencontre une inflammation du péritoncine recouvrant les ligaments larges.

Bien que dans la pelvi-péritonite on puisse avoir des collections purulentes, cependant dans le plus grand nombre des cas, l'effusion se résorbe au bout de quelques jours, et laisse après elle des adhésions plus ou moins considérables.

THROMBOSE ET PHLÉBITE.—Après l'accouchement, la formation de thrombose dans les sinus et les veines de l'utérus, au point d'insertion placentaire, est un acte absolument normal dû à la tendance qu'a le sang de se coaguler chez la femme à l'état puerpéral, et au ralentissement de la circulation occasionné par le repos au lit.

Si le thrombose n'est pas infecté, il s'absorbe ou s'organise et le vaisseau devient complètement ou partiellement oblitéré.

Parfois la phlébite peut être occasionnée par une cellulite et le thrombose sera alors le résultat ; d'autres fois, au contraire, l'inflammation des veines est consécutive et due à la formation du thrombose.

Lorsque celui-ci est atteint par le germe infectieux, il se produit un ramollissement qui favorise le détachement de particules lesquelles, lancées dans le courant sanguin, vont former des emboli dans d'autres organes. L'introduction dans le sang des micro-organismes que l'on rencontre dans la septicémie puerpérale peut déterminer la formation de thromboses septiques dans les différents organes, le plus souvent dans les membres inférieurs V. G. *Phlegmasia alba dolens*.

Dans certains cas, il se produit une liquéfaction du thrombose qui se transforme en une bouillie purulente, laquelle se mêle à la circulation et détermine l'empoisonnement général ou pyémie. Dans la forme la plus virulente de septicémie puerpérale, le poison est tellement violent que la mort arrive, avant même que la maladie ait pu déterminer des affections locales appréciables. Les seuls changements constatés à l'autopsie sont une altération septique du sang qui détermine une inflammation plus ou moins considérable du foie, des reins et surtout de la rate.

MAMMITE.—Certains auteurs reconnaissent la possibilité pour l'infection de se manifester dans les glandes mammaires. Il se forme alors à la base du mamelon des crevasses recouvertes d'un enduit grisâtre plus profondes que celles produites pendant la succion et

augmentant en étendue au lieu de se refermer après l'allaitement. Du mamelon la septicémie peut, au moyen des lymphatiques, se diriger vers la glande mammaire et causer un abcès du sein ou gagner également, par la voie lymphatique, les ganglions de l'aisselle et déterminer une adénite et même une septicémie plus ou moins généralisée.

AFFECTIONS SECONDAIRES — Si la maladie dure assez longtemps, il peut se développer diverses affections secondaires, mais les cas les plus virulents causent ordinairement la mort si promptement que ce n'est que dans un très petit nombre de cas que l'on peut constater la pyémie ou les lésions locales qu'elle détermine.

Ces lésions sont surtout susceptibles de se rencontrer dans les poumons, qui opposent comme une barrière aux emboli, ou dans les reins et déterminer une néphrite septique.

Le poison mêlé au courant sanguin peut déterminer une néphrite septique ou une endocardite ulcéreuse. Le tissu ulcéré est recouvert de microbes, et des emboli dans d'autres organes peuvent être le résultat de cette affection.

La pleurésie et la péricardite peuvent résulter de l'extension de l'inflammation du péritoine, au moyen du diaphragme ou peuvent avoir une origine pyémique.

Les emboli déposés dans les poumons par le courant sanguin peuvent déterminer des abcès métastatiques ou causer une pneumonie infectieuse.

Il n'est pas rare non plus de voir se développer une inflammation septique des articulations. Cette inflammation peut n'être que temporaire ou causer de la suppuration.

Le tissu cellulaire, surtout dans les membres, est aussi susceptible de s'enflammer et peut suppurer, ou l'inflammation disparaît après quelques jours.

Au nombre des affections secondaires, on peut aussi mentionner les abcès du foie, du cerveau, des méninges, des oreilles ou des glandes parotides ou thyroïdes.

Dans certains cas, il se développe une éruption puerpérale, papuleuse ou roséoleuse ressemblant à celle que l'on rencontre dans les fièvres éruptives.

SYMPTÔMES

Au point de vue clinique, la septicémie puerpérale offre une grande variété de symptômes, selon que l'infection affecte l'un ou

l'autre des organes pelviens, ou qu'elle soit découverte de bonne heure et traitée promptement.

Cependant, il y a un certain cortège de symptômes susceptibles de se rencontrer dans presque tous les cas, et, pour plus de clarté, avant d'indiquer les particularités que comporte l'affection de chaque organe en particulier, nous examinerons la valeur des symptômes que peut comporter l'affection en général.

FRISSON.—Dans la plupart des cas, ce n'est que trente-six heures après l'accouchement que les premiers signes d'infection commencent à se manifester par un frisson plus ou moins intense. Parfois même ce frisson est si peu intense qu'il passe inaperçu. Il est vrai que ce symptôme peut aussi se rencontrer dans une foule d'autres maladies susceptibles d'affecter la femme en couche, telle qu'une pneumonie aiguë, une fièvre malarienne, ou même être le résultat d'une réaction nerveuse due à une émotion quelconque. Cependant, l'occurrence de ce symptôme chez une femme en couche, surtout s'il est suivi d'une fièvre ayant un type continu, doit toujours nous mettre sur nos gardes.

POULS ET TEMPÉRATURE.—Règle générale, dans cette affection, le degré d'intensité plus ou moins grand que peut revêtir la maladie, nous est révélé par le pouls et la température.

Ainsi un pouls lent est incompatible avec la septicémie puerpérale dans son début.

Un pouls rapide, au contraire, est un indice de danger d'infection ou d'hémorragie, et comme trente-six heures après l'accouchement, tout danger d'hémorragie est à peu près disparu, alors nous devons craindre l'infection, si nous avons un pouls rapide accompagné d'une température s'élevant à 100 ou au-dessus.

Cependant, il peut se faire que vers le troisième jour, si les intestins n'ont pas été surveillés, l'absorption de ptomaine occasionnée par la rétention de matières fécales dans les intestins détermine certains troubles, mais dans ce cas, l'administration d'un laxatif ne tarde pas à tout ramener dans l'ordre, et si les symptômes persistent alors, à moins que la situation ne puisse être expliquée par l'occurrence d'une autre maladie, nous avons affaire à un cas de septicémie puerpérale. La relation qui existe entre le pouls et la température est d'une grande valeur, tant au point de vue du pronostic qu'à celui du diagnostic.

En effet, nous voyons que dans l'infection aiguë où l'économie est

saturée par le poison, nous avons un pouls excessivement rapide, tandis que la température est relativement peu élevée. Un pouls de 115 ou 120 avec une température de 103 ou 104 doit nous indiquer au contraire que les lésions sont plutôt locales et ont un caractère plutôt inflammatoire, comme dans l'endométrite, lorsque l'infection ne détermine pas de lésions ailleurs que dans les trompes, les ovaires, ou le tissu cellulaire du bassin. Ainsi, même sans autres indications, nous devons toujours regarder le cas comme très sérieux, lorsque nous avons une température peu élevée accompagnée d'un pouls très rapide.

ARRÊT DES LOCHIES.—La rapidité du pouls et l'élévation de la température chez la nouvelle accouchée sont ordinairement accompagnés par une altération des lochies qui peuvent être diminuées en quantité ou complètement arrêtées. Cet arrêt des lochies peut n'être qu'apparent et dû à la sténose du col utérin s'opposant à la sortie des caillots ou des produits d'excrétions, ou bien le travail d'excrétion est arrêté complètement par l'introduction des microbes dans l'économie.

Si l'arrêt des lochies est le résultat de l'infection systémique, le pouls est excessivement rapide et hors de proportion avec la température, tandis que le contraire a lieu si nous avons affaire à un cas de sténose opposant une barrière à la sortie de l'utérus des produits qui doivent être expulsés. Il y a alors une élévation considérable de température due aux lésions inflammatoires qui peuvent survenir dans les trompes, les ovaires ou le péritoine, et le pouls est relativement calme. Une intervention judicieuse, favorisant l'expulsion de l'utérus des produits qui pouvaient y être retenus, a vite fait disparaître les doutes et tout symptôme inquiétant.

FÉTIDITÉ DES LOCHIES.—La mauvaise odeur des lochies est un indice de décomposition, et bien que l'utérus puissent être infecté sans qu'aucun changement ne puisse être remarqué dans l'odeur des lochies, cependant, nous pouvons recueillir de cet état des lochies des indications précieuses pour l'avenir de la nouvelle accouchée. Ainsi, lorsque la fétidité des lochies se manifeste de bonne heure et avant qu'aucun symptôme inflammatoire n'ait spécialement attiré notre attention, il est presque toujours certain que le trouble est causé par la décomposition d'un caillot ou d'un débris de placenta ou de membrane laissé dans l'utérus, et tout ne tarde

pas à rentrer dans l'ordre, du moment que l'utérus a été débarrassé de ces produits infectieux.

Au contraire, la fétidité accompagnant la gangrène des ulcères du vagin ou du col utérin est toujours précédée par une élévation de température et une accélération des pulsations.

DOULEUR.—La septicémie puerpérale n'est pas accompagnée généralement de douleur appréciable au début, sauf si l'on exerce une pression au niveau de l'utérus enflammé. La douleur devient surtout manifeste lorsque la cause de ces lésions est autre que l'infection.

Ainsi dans la pleurésie infectieuse, se rencontrant parfois au cours d'une septicémie. Il y a les mêmes douleurs que dans une pleurésie, *a frigore*.

TUBE INTESTINAL.—Presque toujours le tube intestinal sympathise avec les phénomènes que peut déterminer l'infection systémique.

Parfois la nature luttant contre l'infection, concentre tous ses efforts du côté des intestins pour expulser les micro-organismes qui l'empoisonnent et détermine une diarrhée qui occasionne toujours plus ou moins d'irritation et d'inflammation de la muqueuse intestinale.

D'autres fois, au contraire, l'infection atteint le péritoine et cause une paralysie presque complète des intestins et nous avons comme conséquence une constipation opiniâtre accompagnée de tympanite.

La partie supérieure du canal digestif souffre aussi de l'état général, comme l'indique l'état de la langue, ainsi que les nausées et les vomissements qui très souvent viennent compliquer la maladie. A mesure que l'infection augmente, la peau devient terne et exhale une odeur particulière.

Il arrive souvent aussi que des emboli transportés par le courant sanguin déterminent des métastases dans différentes parties du corps et causent une pyémie.

Chaque embolus peut donner lieu à de nouveaux troubles constitutionnels, comme l'indiquent les variations de la température et les attaques répétées de frisson.

Ces emboli peuvent aller se déposer dans les centres nerveux et occasionner un délire plus ou moins intense, ou être la cause d'une paraplégie.

Aidés de ces considérations générales, nous allons maintenant

considérer plus spécialement les symptômes accompagnant chaque lésion.

VULVITE, VAGINITE.—Lorsque l'infection a pour point de départ la vulve ou le vagin, les symptômes peuvent se montrer avec plus ou moins d'intensité, selon que l'affection revêt la forme catharrale ou la forme diphthéritique.

Dans la forme catharrale, la patiente souffre de malaise, et la température peut monter de un ou deux degrés. Le pouls est accéléré ; la patiente ressent parfois une sensation brûlante dans le vagin. La mixturition cause des douleurs, non pas nécessairement parce que la vessie est affectée, mais parce que l'urine coule sur la commissure postérieure qui est enflammée. Il y a anorexie, la langue est chargée et souvent il y a diarrhée ; parfois aussi il y a des vomissements.

Lorsque la maladie prend un caractère diphthéritique, la fièvre ordinairement précédée de frisson peut monter à 103 et même 107, et le pouls peut atteindre jusqu'à 130 pulsations à la minute. La patiente se plaint de douleurs dans la région hypogastrique, et cette douleur peut se faire ressentir jusque dans les jambes. Il y a céphalalgie intense ; ordinairement la sécrétion lactée est diminuée ou arrêtée complètement ; les lochies subissent aussi l'influence des troubles constitutionnels. Elles deviennent fétides, et peuvent être arrêtées complètement ou seulement diminuées. L'exsudat diphthéritique qui se développe sur les muqueuses peut causer des ulcères assez profonds qui peuvent être le point de départ d'un érysipèle et laissent parfois des cicatrices qui peuvent causer un raccourcissement ou un rétrécissement plus ou moins considérable du vagin.

METRITE ET ENDOMETRITE.—Dans cette manifestation locale de septicémie puerpérale, il est important de distinguer les symptômes selon que l'infection résulte de la décomposition dans l'utérus de caillots ou de débris de placenta, ou bien qu'elle soit déterminée directement par contact.

Dans le premier cas, les symptômes commencent ordinairement à se manifester vers le troisième jour par un frisson léger et une accélération du pouls, sans que la température s'élève au dessus de 99° F. Les douleurs, de fortes qu'elles étaient après l'accouchement, sont alors peu appréciables jusqu'à ce que les trompes, les ovaires ou le péritoine recouvrant l'utérus soient affectés. Il y a céphalalgie, anorexie, et la langue est chargée. Les lochies ne tardent pas à être affectées. Elles sont, de bonne heure, diminuées en quantité, et ont

une odeur nauséabonde caractéristique. L'examen local démontre que l'utérus est plus gros qu'il devrait l'être à cette époque de la période puerpérale et au toucher vaginal on trouve le col plus ou moins ouvert indiquant l'existence d'un corps étranger pouvant déterminer l'infection.

Parfois, au lieu de se révéler vers le troisième jour, les symptômes peuvent ne se manifester que plusieurs jours après l'accouchement, et même quand la femme a cessé d'être sous observation.

Souvent aussi l'économie est réinfectée à plusieurs reprises par une nouvelle dose du poison, et il peut y avoir intermission ou rémission dans les symptômes.

L'infection déterminée par contact est ordinairement caractérisée par un frisson initial, un pouls rapide et une température plus élevée que dans les cas causés par une saprémie. Les lochies ne sont pas non plus affectées aussi à bonne heure et elles ne deviennent infectées que lorsque la membrane interne de l'utérus s'est gangrénée. Il y a une tympanite plus ou moins considérable. Les intestins sont tantôt constipés et tantôt relâchés. La douleur assez légère dans le commencement n'acquiert de l'intensité que lorsque les trompes, les ovaires et le péritoine recouvrant l'utérus sont enflammés.

CELLULITE PELVI-PÉRITONITE.—Cette affection débute ordinairement par un frisson suivi de fièvre et de douleur au niveau du bassin. Il y a anorexie, malaise général et céphalalgie intense.

Les symptômes généraux se résument en un état fébrile plus ou moins accentué en rapport avec la gravité des accidents. Dans la pelvi-péritonite, il se forme une tuméfaction au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin repoussant l'utérus en avant et en haut. Cette tumeur peut se résorber ou déterminer un abcès qui peut s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie ou dans le péritoine. L'irruption du pus dans le péritoine amène une péritonite généralisée presque toujours mortelle. Parfois cet abcès peut se frayer un passage à travers les tissus et venir s'ouvrir dans la paroi abdominale au-dessus du ligament de Poupert. Lorsque la collection purulente siège dans les ligaments larges, il n'y a ordinairement qu'un côté d'affecté, le côté gauche, et la tumeur au lieu d'être située en arrière de l'utérus, est située à côté de cet organe qui est repoussé du côté opposé ; cet abcès peut aussi déterminer de la suppuration ou se résorber graduellement. Si l'abcès attaque le tissu conjonctif de la fosse iliaque, l'extrémité correspondante est fléchie, se tient

en adduction et le genou affecté repose sur l'autre ; on peut aussi avoir de fortes douleurs névralgiques s'étendant le long des extrémités inférieures ou dans la région lombaire, cette condition dépendant de la pression établie sur les nerfs ou bien de l'implication de ces nerfs dans l'inflammation.

PÉRITONITE.—La péritonite puerpérale peut être locale ou généralisée. La péritonite locale s'annonce le plus souvent par un frisson prolongé et une douleur intense dans la partie inférieure de l'abdomen. La température s'élève à 103 ou 104. Le pouls petit et dur bat de 100 à 120 fois à la minute. La respiration est rapide. La fièvre se continue avec une exacerbation vers le soir. La malade n'a pas d'appétit, mais a une soif ardente. Les intestins constipés au commencement deviennent bientôt relâchés. La langue est sèche et chargée. Il y a ordinairement des vomissements incessants, puis bilieux. La sécrétion du lait est arrêtée. Les lochies sont diminuées considérablement et ont une odeur repoussante. La moitié inférieure de l'abdomen est distendue, et pour amoindrir la tension, la patiente repose sur le dos, immobile et les jambes légèrement fléchies. La figure de la malade exprime la douleur et prend le facies péritonitique que l'on rencontre dans les affections du péritoine. Après un certain temps, l'exsudat déterminé par l'inflammation peut se résorber et laisser après lui un agglutinement plus ou moins considérable des organes contenus dans le bassin, ou bien il se forme une collection purulente pouvant s'ouvrir dans la vessie, le vagin ou le rectum.

La péritonite généralisée comporte les mêmes symptômes que la péritonite locale, mais d'une intensité beaucoup plus grande. Le frisson initial peut durer une demi-heure. Il y a de la douleur sur tous les points de l'abdomen, et cette douleur est tellement intense que la patiente ne peut pas même supporter la pesanteur de ses couvertures. La température s'élève à 104 et le pouls bat entre 120 et 160 pulsations à la minute. Il y a des vomissements presque continuels, d'abord bilieux, puis noirâtres. L'abdomen est terriblement distendu et la femme a généralement de la diarrhée.

SEPTICÉMIE AIGUE NON SUPPURÉE.—Cette forme de la maladie est caractérisée par un frisson intense se manifestant le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement. Il y a ascension rapide et élevée du thermomètre et accélération considérable du pouls qui bientôt devient irrégulier et imperceptible. Il y a dyspnée intense

et progressive ; la face est pâle, livide. La langue est rouge, sèche. Le ventre est à peine ballonné. Il peut y avoir ou non des vomissements, ainsi qu'une diarrhée noire et fétide. Les urines sont rares et chargées d'albumine. Bientôt un délire aigu, quelquefois suivi de coma, vient terminer la scène en 36 ou 48 heures, sans qu'aucune lésion locale ne se soit manifestée.

LA SEPTICÉMIE AIGUE SUPPURÉE.—Dans cette forme de la maladie, les symptômes revêtent un degré d'infection moins intense et moins rapide que dans la forme précédente. Il y a frisson initial, ne survenant ordinairement que vers le cinquième jour, quelquefois plus tard encore. Ce frisson, survenant très souvent à l'heure où on s'y attend le moins, est susceptible de se renouveler chaque fois que le poison forme de nouveaux dépôts dans l'économie.

La fièvre n'est pas élevée en général, tandis que le pouls est très rapide. L'état général dénote un trouble considérable dans l'économie. La peau est sèche, le visage pâle, abattu ; l'appétit est nul, la langue est sèche et la soif est intense.

Il y a diarrhée abondante fétide. Les urines sont rares et albumineuses. Bientôt la fièvre devient plus élevée, les frissons plus intenses, et la maladie qui n'avait révélé jusqu'alors aucune localisation distincte, sauf une douleur plus ou moins forte au niveau des ligaments larges, est maintenant caractérisée par des abcès multiples pouvant se former dans tous les points de l'économie. La femme ressent alors un malaise considérable et des douleurs plus ou moins intenses au niveau des collections purulentes.

Ces abcès peuvent se localiser dans le poumon et déterminer une pneumonie généralement accompagnée de pleurésie. Les signes ordinaires de la pneumonie tels que toux, expectorations sanguinolentes, douleur et dyspnée, peuvent ne pas se montrer, et la maladie peut ne se révéler que par des râles crépitants, une respiration bronchique et plus ou moins de matité à la percussion. Si l'affection se localise dans les centres nerveux, nous avons du délire et parfois de l'hémiplégie ou de la paraplégie. Il peut se former des abcès multiples dans le foie, et nous avons alors une douleur dans l'hypochondre droit ; le foie est hypertrophié et la peau, prenant une teinte jaune prononcée, ne tarde pas à révéler cette localisation de la maladie.

Quelquefois le poison est transporté vers les articulations et peut déterminer des abcès du genou, de l'épaule, de l'articulation sacro-iliaque ou sterno-claviculaire. L'inflammation articulaire se ren-

contrant dans la septicémie puerpérale diffère de l'inflammation rhumatismale par sa tendance à la suppuration. Enfin, toutes les parties du corps peuvent être le siège d'abcès qui ne tardent pas à miner les forces de la malade et la conduisent toujours à la mort.

DIAGNOSTIC.

Toute élévation de température au-dessus de 100 F. chez la femme en couche doit toujours éveiller notre attention et nous faire douter une septicémie, si une condition indépendante, telle qu'une inflammation des seins, ne peut expliquer la situation. Cette élévation de température a encore plus de signification, si elle est accompagnée par un malaise général, du frisson et une douleur au niveau de l'utérus. Un pouls rapide en proportion avec la température, une langue sèche et chargée, des vomissements, de la céphalalgie, sont autant de signes de septicémie. La douleur due à une métrite ou à une péritonite, diffère des douleurs se manifestant après l'accouchement, en ce qu'elle est continue et accompagnée par une accélération du pouls.

La tympanite est toujours un symptôme significatif, même en l'absence de la douleur. La diminution ou la suppression des lochies et du lait indique presque toujours une inflammation septique, surtout si les lochies sont devenues fétides.

PROGNOSTIC.

La gravité du pronostic variera avec la forme de la maladie. Plus la septicémie est localisée, moins il y a de danger.

Avec la période de début.—En général, le pronostic est d'autant meilleur que le début est plus éloigné du moment de l'accouchement.

Avec l'intensité de la fièvre.—Ordinairement le danger est d'autant plus grand que la fièvre est plus élevée.

Dans les hôpitaux et les maternités, les mêmes précautions prophylactiques doivent être prises que dans la pratique privée. De plus, les lits devront être en fer et devront être lavés souvent avec des solutions antiseptiques. Les paillasses devront être remplies avec de la paille ou d'autres articles de peu de valeur et devront être renouvelées après chaque accouchement. Au lieu d'un mackintosh, Tarnier recommande de placer sous la femme un morceau de papier goudronné qui peut être renouvelé après chaque couche. Il

recommande aussi d'enduire la tête, lorsqu'elle commence à distendre la vulve, avec de l'huile phéniquée à 1/10.

Les éponges doivent être bannies, et on doit employer du coton absorbant pour laver les parties génitales. On devra surveiller l'aération des chambres qui ne devront pas contenir trop de malades ensemble et chaque fois que l'on remarquera de la fièvre chez une malade, on ne devra pas lui permettre de rester avec les autres et elle devra de suite être isolée. On ne devra pas non plus permettre l'entrée de ces établissements aux étudiants en médecine faisant en même temps de la dissection. Enfin, dans la construction de ces établissements, on doit autant que possible éviter les angles et le plancher doit être fait de manière à pouvoir être lavé et désinfecté facilement.

DIÈTE.—Dans la septicémie puerpérale, où toute l'économie est obligée de faire une lutte terrible pour combattre le germe infectieux, il est important de maintenir les forces de la parturiente par une diète convenable.

On devra nourrir la malade avec des aliments liquides, tels que : du lait, du jaune d'œuf battu avec du lait ou du thé de bœuf donnés en petites quantités et répétés à de courts intervalles. Ces intervalles ne devront pas être de plus de deux en deux heures. Si le lait caille dans l'estomac, on devra y ajouter de l'eau d'orge. S'il y a diarrhée, on omettra le thé de bœuf, et on mêlera le lait avec de l'eau de chaux. L'alcool est aussi appelé à nous rendre de grands services dans cette maladie. D'abord elle a une tendance à abaisser la température et jusqu'à un certain degré elle est antiseptique. Deux ou trois cuillerées à thé de brandy peuvent être données toutes les deux heures. Le champagne glacé nous est aussi parfois d'un grand avantage pour arrêter les vomissements. Dans les cas sérieux, quand le pouls devient rapide et faible, on peut augmenter la quantité de brandy jusqu'à huit ou douze onces dans les vingt-quatre heures. Si les vomissements deviennent incoercibles et que la patiente ne puisse retenir une quantité de nourriture suffisante, on donnera des lavements nutritifs. S'il y a diarrhée, on pourra ajouter à ces lavements vingt gouttes de teinture d'opium, ou bien encore trente ou quarante grains de sous-nitrate de bismuth.

Traitement local et médicamenteux.—Lorsque chez la femme en couche il se manifeste des symptômes d'infection, la première indication est d'abord de tâcher d'empêcher l'entrée dans l'économie d'une quantité plus grande de germes infectieux.

De suite on devra faire des injections intra vaginales avec une des solutions antiseptiques suivantes : sublimé 1/3000, acide phénique 1/40 ou créoline 2/100 ; et s'il commence à y avoir fétidité des lochies, après chaque lavage, on introduira dans le vagin un crayon contenant 15 ou 20 grains d'iodoforme. Ces lavages, pour être efficaces, doivent être renouvelés toutes les quatre heures au moins, et la quantité de la solution antiseptique employée doit être assez considérable. De plus, je considère qu'il est d'une importance majeure de ne pas confier ces injections à une main non expérimentée.

Malgré toute la bonne volonté dont elles peuvent être animées, et malgré toutes les recommandations qu'on puisse leur faire, la plupart des gardes-malades se trouvant en charge d'une parturiente dans la pratique privée, n'ont pas les connaissances nécessaires pour bien remplir cette partie importante du traitement. Le médecin lui-même devra prendre soin de ne pas causer de lacerations en introduisant sa seringue ou son irrigateur qu'il aura toujours la précaution de bien désinfecter avant de s'en servir.

S'il existe des ulcères à la vulve, le long du canal vaginal ou au rectum, la surface infectée devra d'abord être lavée avec une solution de bichlorure de la force de 1/5000, puis on la cautérisera avec une solution de nitrate d'argent contenant 60 grains à l'once.

Ce procédé a le double avantage de détruire sur place les germes infectieux et de reconvrir l'ulcère d'une couche d'albuninate d'argent à travers laquelle ils ne peuvent que difficilement passer.

Si ces précautions antiseptiques ne font pas bientôt disparaître tout symptôme inquiétant, alors on devra faire des injections intra-utérines, avec une solution de créoline à 2/100, et ces injections devront être renouvelées au moins toutes les six heures. Ou bien, on fera une irrigation avec une solution de sublimé à 1/5000, puis on fera ensuite un lavage avec de l'eau pure pendant une couple d'heures, (si la femme peut le supporter), et on terminera la séance par une solution de permanganate de potasse à 1/4000. Cette dernière substance ayant l'avantage d'avoir une action plus ou moins astringente donnera de la tonicité aux tissus tout en étant un bon antiseptique.

Ces irrigations continues avec de l'eau chaude auront le double avantage de chasser les microbes qui peuvent se trouver à la surface des tissus, et d'agir aussi comme émollients.

De plus, si l'examen nous révèle l'existence dans l'utérus d'un corps étranger en putréfaction, il faudra le faire disparaître par un

bon curetage si les injections n'arrivent pas à produire ce résultat. On pourra encore recourir à la curette, lorsqu'on aura affaire à une endométrite infectieuse causant une détérioration plus ou moins considérable des tissus et caractérisée par la fétidité des lochies.

À l'extérieur, on pourra faire des applications de thérébentine sur l'abdomen, et le recouvrir ensuite avec un cataplasme chaud ou des flanelles trempées dans l'eau bouillante.

Pour abaisser la température on donnera la quinine à la dose de cinq grains toutes les quatre heures. Quelques auteurs conseillent aussi l'application de la glace sur l'abdomen du moment que la température s'élève au-dessus de 101 Fah., surtout lorsque l'affection reste locale et ne concerne que l'utérus, mais, on devra éviter pour abaisser la fièvre, de donner les produits dérivés de la houille, tels que l'antifébrine, la phénacétine, etc., à cause de l'action dépressive qu'ils ont sur le cœur.

Les intestins devront aussi être surveillés tout spécialement ; d'abord, pour prévenir les adhésions qui peuvent s'opérer au cours de cette maladie, ensuite parce qu'en tenant les intestins libres, on assure une dérivation plus ou moins considérable du côté des organes enflammés contenus dans le bassin.

Autant que possible, on devra s'abstenir de donner des opiacés, et si la douleur devient tellement forte qu'on soit obligé pour la calmer d'avoir recours à cette classe de médicaments, on emploiera préférablement la codéine à dose de 1 ou 2 grains. Cette substance ayant moins de tendance que les autres opiacés à déranger l'estomac ou à limiter les mouvements péristaltiques des intestins. S'il y a constipation, on se trouvera généralement bien de l'emploi du calomel. Quelques auteurs conseillent de le donner à la dose de 10 grains et de le faire suivre d'un purgatif salin ; mais je préfère le donner à la dose de 1 grain associé à 5 grains de salol et répété toutes les deux heures.

L'état de surexcitation nerveuse, que l'on rencontre parfois dans des cas d'infection puerpérale peut occasionner du délire et il est important d'administrer un traitement efficace. On se trouve ordinairement bien de l'administration de fortes doses de Bromure de potassium qui ont aussi l'avantage de procurer un peu de sommeil.

Si le cœur semble s'affaiblir, on se trouvera bien de l'administration du carbonate d'ammoniaque à dose de 3 ou 4 grains répétée toutes les quatre heures ; mais on ne devra pas non plus négliger l'administration des alcooliques.

Avec le milieu où se trouve la maladie. Les cas isolés ont plus de chance d'être bénins que lorsque la maladie prend un caractère épidémique.

Avec le mode d'infection.—Le danger est toujours plus considérable lorsque la maladie est transmise directement d'une malade à une autre que lorsque l'infection résulte d'une saprémie.

AVEC LE TRAITEMENT. Si la maladie est traitée promptement et d'une manière judicieuse (sauf les cas de septicémie généralisée) elle doit guérir dans la plupart des cas.

TRAITEMENT

La septicémie puerpérale étant une maladie microbienne, son traitement comporte nécessairement trois indications principales :

1o Empêcher le microbe d'arriver jusqu'à la parturiente.— Prophylaxie.

2o Maintenir la femme dans des conditions de santé telles qu'elle puisse résister à l'infection.— Diète.

3o Détruire les microbes qui ont pu s'introduire dans l'économie et combattre les accidents qu'ils peuvent déterminer.

1o PROPHYLAXIE.—Les conditions sanitaires de la maison où doit accoucher la femme sont d'une importance spéciale. La chambre devra, autant que possible, être spacieuse, bien éclairée et pouvant être aérée facilement. Elle ne devra pas être meublée avec trop de luxe et tout devra être tenu dans des conditions de propreté absolue. On évitera de balayer ou d'épousseter de peur de soulever dans l'air des poussières contenant des micro-organismes.

Il est dangereux pour une femme d'accoucher dans une chambre où il y a eu un cas d'érysipèle ou de septicémie puerpérale, si cette chambre n'a pas été préalablement désinfectée. De même qu'il est important que le local occupé par une parturiente ne soit pas empesté par les émanations s'échappant de tuyaux d'égoût ou de cabinets d'aisance mal entretenus.

Pendant le travail de l'accouchement, toute personne ayant été en contact avec un cas de septicémie puerpérale ou une autre maladie infectieuse devra être strictement tenue à l'écart et on aura soin de ne pas se servir de linges qui auraient pu être infectés par une plaie, ou par quelques matières organiques en décomposition, sans avoir été désinfectés d'une manière efficace. Les instruments doivent toujours être tenus dans un état de propreté absolue, et on

ne doit jamais s'en servir avant de les avoir désinfectés dans une solution antiseptique, ou les avoir passés sur la flamme d'une lampe à l'alcool ou soumis à l'étuve pendant au moins 20 minutes.

Diverses substances ont tour à tour été vantées comme désinfectants. Celles sur lesquelles on peut reposer le plus de confiance sont l'acide phénique en solution de 1/30^{ième}, l'acide borique en solution concentrée et le sublimé corrosif en solution de 1/1000 à 1/4000 ; mais cette dernière substance a le désavantage de gâter les instruments et, dans la plupart des cas, on se trouvera bien de l'acide phénique.

Lorsqu'un médecin a été obligé de donner ses soins à une malade souffrant de septicémie, il doit prendre toutes les précautions possibles pour ne pas communiquer lui-même l'infection.

Plusieurs auteurs recommandent même dans ce cas de cesser de faire des accouchements pendant un certain temps, mais comme il est parfois difficile pour le médecin d'abandonner ainsi sa clientèle, et qu'il peut en résulter des pertes considérables, il peut continuer à pratiquer, s'il a besoin de se mettre dans des conditions d'asepticité complète en changeant d'habits et en prenant tous les jours un bain général dans une solution antiseptique telle que : le sublimé ou l'acide phénique. Il devra de même être très prudent lorsqu'il a sous ses soins des érysypèleux ou des plaies en suppuration.

Dans tous les cas, avant de toucher à la parturiente, le médecin doit enlever son habit, relever ses manches de chemise et se laver les mains parfaitement avec de l'eau et du savon, ayant un soin tout particulier de ses ongles qu'il devra nettoyer avec la brosse. Après s'être ainsi lavé, il doit se mettre les mains dans une solution chaude de sublimé à 1/1000 pendant au moins cinq minutes et il sera prudent d'avoir à côté de lui une solution de Créoline à 1/100 dans laquelle il pourra se rincer les mains avant de toucher à la femme.

De son côté, la femme devra aussi être dans des conditions de propreté convenable et on devra s'assurer à ce qu'il n'y ait pas possibilité d'infection par des micro-organismes existants dans le vagin au moment de l'accouchement. Dans les cas d'écoulements purulents abondants, de végétations, de macération fœtale ou d'hémorragie génitale résultant d'un Placenta prævia, il faudra prendre des précautions spéciales pour prévenir l'infection.

Si la femme est vue quelques jours avant l'accouchement, on lui prescrira des lavages avec les solutions antiseptiques suivantes :

Créoline 2/100, acide phénique 1/40 ou acide borique 4/100 et dans les cas de vaginites ou de vulvites gonorrhéiques, permanganate de potasse 1/2000. Pour être efficaces, ces lavages doivent être faits deux fois par jour, et après s'être injectée dans le vagin, la femme aura soin de faire la toilette des parties génitales externes.

Si au contraire, le médecin voit pour la première fois sa patiente, le moment qu'il est appelé pour l'accoucher, et qu'il constate un état pathologique du canal génital, il devra se contenter d'un bon lavage avec une solution de sublimé à 1/1000, ou, si les reins sont affectés, une solution de Créoline à 2/100, et restreindra autant que possible les examens du canal génital pendant le travail.

Avant d'avoir recours aux forceps pour terminer un accouchement, le médecin doit toujours réfléchir au danger auquel il expose la femme, par les lacérations plus ou moins considérables qui résultent toujours d'un accouchement forcé ; mais d'un autre côté, il ne doit pas laisser sa patiente s'épuiser par des efforts impuissants, et il doit être prêt à lui donner son aide quand il y a nécessité.

Si après l'accouchement il y a des déchirures considérables du périnée, il sera nécessaire de les réparer immédiatement, ayant soin de ne pas augmenter les dangers d'infection par l'emploi de sutures contaminées.

Du moment que le travail est terminé, les parties génitales doivent être nettoyées soigneusement avec une solution d'acide borique, et après avoir enlevé tout ce qui pouvait devenir une cause d'infection pour la femme, elle doit être mise au lit et laissée au repos.

Pour nettoyer les parties génitales, on ne doit pas se servir d'éponges, parce que ces substances sont trop difficiles à maintenir dans des conditions d'asepticité convenables ; mais on emploiera plutôt du coton absorbant ou des linges bien propres, et que l'on pourra détruire sans inconvénients après s'en être servi.

Comme moyen prophylactique, quelques auteurs conseillent de faire, après chaque accouchement, des lavages du vagin avec une solution antiseptique au moins deux fois par jour. Cet enseignement semble ne pas considérer le fait que les sécrétions vaginales sont par elles-mêmes un assez bon antiseptique après l'accouchement, et avec nombre d'auteurs, je crois qu'il vaut mieux ne pas intervenir lorsque le travail physiologique se fait régulièrement, et qu'il est préférable de réserver les injections pour les cas où leur indication ne laisse aucun doute.

D'un autre côté, je considère qu'il est important d'assurer une contraction ferme et permanente de l'utérus, prévenant ainsi l'entrée de l'air dans cet organe, ou la formation de caillots susceptibles de se décomposer et de causer l'infection. R. Barnes recommande l'administration d'une mixture contenant de la quinine, de l'ergot et de la digitale afin de maintenir les contractions ; mais lorsque la femme est forte et que l'utérus se contracte bien, il vaut mieux laisser la nature faire son travail et n'intervenir que lorsqu'il y a inertie et danger d'hémorragie.

Dans les hôpitaux et les maternités, les mêmes précautions prophylactiques doivent être prises que dans la pratique privée. De plus, les lits devront être en fer et devront être lavés souvent avec des solutions antiseptiques. Les paillasses devront être remplies avec de la paille ou d'autres articles de peu de valeur et devront être renouvelées après chaque accouchement. Au lieu d'un mackintosh, Tarnier recommande de placer sous la femme un morceau de papier goudronné qui peut être renouvelé après chaque couche. Il recommande aussi d'enduire la tête, lorsqu'elle commence à distendre la vulve, avec de l'huile phéniquée à 1/10.

Les éponges devront être bannies, et on doit employer du coton absorbant pour laver les parties génitales. On devra surveiller l'aération des chambres qui ne devront pas contenir trop de malades ensemble et chaque fois que l'on remarquera de la fièvre chez une malade, on ne devra pas non plus permettre l'entrée de ces établissements aux étudiants en médecine faisant en même temps de la dissection. Enfin, dans la construction de ces établissements, on doit autant que possible éviter les angles et le plancher doit être fait de manière à pouvoir être lavé et désinfecté facilement.

DIÈTE.—Dans la septicémie puerpérale, où toute l'économie est obligée de faire une lutte terrible pour combattre le germe infectueux, il est important de maintenir les forces de la parturiente par une diète convenable.

On devra nourrir la malade avec des aliments liquides, tels que : du lait, un jaune d'œuf battu avec du lait ou du thé de bœuf donnés en petites quantités et répétés à de courts intervalles. Ces intervalles ne devront pas être de plus de deux en deux heures. Si le lait caille dans l'estomac on devra y ajouter de l'eau d'orge. S'il y a diarrhée, on omettra le thé de bœuf, et on mêlera le lait avec de l'eau de chaux. L'alcool est aussi appelé à nous rendre de grands

services dans cette maladie. D'abord il a une tendance à abaisser la température et jusqu'à un certain degré il est antiseptique. Deux ou trois cuillerées à thé de brandy peuvent être données toutes les deux heures. Le champagne glacé nous est aussi parfois d'un grand avantage pour arrêter les vomissements. Dans les cas sérieux, quand le pouls devient rapide et faible, on peut augmenter la quantité de brandy jusqu'à huit ou douze onces dans les vingt-quatre heures. Si les vomissements deviennent incœrcibles et que la patiente ne puisse retenir une quantité de nourriture suffisante, on donnera des lavements nutritifs. S'il y a diarrhée, on pourra ajouter à ces lavements vingt gouttes de teinture d'opium, ou bien encore trente ou quarante grains de sous-nitrate de bismuth.

Traitement local et médicinal.—Lorsque chez la femme en couches il se manifeste des symptômes d'infection, la première indication est d'abord de tâcher d'empêcher l'entrée dans l'économie d'une quantité plus grande de germes infectueux.

De suite on devra faire des injections intra-vaginales avec une des solutions antiseptiques suivantes : sublimé 1/3000, acide phénique 1/40 ou créoline 2/100, et s'il commence à y avoir fétidité des lochies, après chaque lavage, on introduira dans le vagin un crayon contenant 15 ou 20 grains d'iodoforme. Ces lavages, pour être efficaces, doivent être renouvelés toutes les quatre heures au moins, et la quantité de la solution antiseptique employée doit être assez considérable. De plus, je considère qu'il est d'une importance majeure de ne pas confier ces injections à une main non expérimentée.

Malgré toute la bonne volonté dont elles peuvent être animées, et malgré toutes les recommandations qu'on puisse leur faire, la plupart des gardes-malades se trouvant en charge d'une parturiente dans la pratique privée, n'ont pas les connaissances nécessaires pour bien remplir cette partie importante du traitement. Le médecin lui-même devra prendre soin de ne pas causer de lacerations en introduisant sa seringue ou son irrigateur qu'il aura toujours la précaution de bien désinfecter avant de s'en servir.

S'il existe des ulcères à la vulve, le long du canal vaginal ou au rectum, la surface infectée devra d'abord être lavée avec une solution de bichlorure de la force 1/5000, puis on la cautérisera avec une solution de nitrate d'argent contenant 60 grains à l'once.

Ce procédé a le double avantage de détruire sur place les germes infectieux et de recouvrir l'ulcère d'une couche d'albuminate d'argent à travers laquelle ils ne peuvent que difficilement passer.

Si ces précautions antiseptiques ne font pas bientôt disparaître tout symptôme inquiétant, alors on devra faire des injections intra-utérines, avec une solution de créoline à 2/100, et ces injections devront être renouvelées au moins toutes les six heures. Ou bien, on fera une irrigation avec une solution de sublimé à 1/5000, puis on fera ensuite un lavage avec de l'eau pure pendant une couple d'heures, (si la femme peut le supporter), et on terminera la séance par une solution de permanganate de potasse à 1/4000. Cette dernière substance ayant l'avantage d'avoir une action plus ou moins astringente donnera de la tonicité aux tissus tout en étant un bon antiseptique.

Ces irrigations continues avec de l'eau chaude auront le double avantage de chasser les microbes qui peuvent se trouver à la surface des tissus, et d'agir aussi comme émollients.

De plus, si l'examen nous révèle l'existence dans l'utérus d'un corps étranger en putréfaction, il faudra le faire disparaître par un bon curetage, si les injections n'arrivent pas à produire ce résultat. On pourra encore recourir à la curette, lorsqu'on aura affaire à une endométrite infectieuse causant une détérioration plus ou moins considérable des tissus et caractérisée par la fétidité des lochies.

À l'extérieur, on pourra faire des applications de térébenthine sur l'abdomen, et le recouvrir ensuite avec un cataplasme chaud ou des flanelles trempées dans l'eau bouillante.

Pour abaisser la température on donnera la quinine à la dose de cinq grains toutes les quatre heures. Quelques auteurs conseillent aussi l'application de la glace sur l'abdomen du moment que la température s'élève au-dessus de 101 Fah., surtout lorsque l'affection reste locale et ne concerne que l'utérus, mais, on devra éviter pour abaisser la fièvre, de donner les produits dérivés de la houille, tels que l'antifébrine, la phénacétine, etc., à cause de l'action dépressive qu'ils ont sur le cœur.

Les intestins devront aussi être surveillés tout spécialement ; d'abord, pour prévenir les adhésions qui peuvent s'opérer au cours de cette maladie, ensuite parce qu'en tenant les intestins libres, on assure une dérivation plus ou moins considérable du côté des organes enflammés contenus dans le bassin.

Autant que possible, on devra s'abstenir de donner des opiacés, et si la douleur devient tellement forte qu'on soit obligé pour la calmer d'avoir recours à cette classe de médicaments, on emploiera préférablement la codéine à dose de 1 ou 2 grains. Cette substance

ayant moins de tendance que les autres opiacés à déranger l'estomac ou à limiter les mouvements péristaltiques des intestins. S'il y a constipation on se trouvera généralement bien de l'emploi du calomel. Quelques auteurs conseillent de le donner à la dose de 10 grains et de le faire suivre d'un purgatif salin ; mais je préfère le donner à la dose de 1 grain associé à 5 grains de salol et répété toutes les deux heures.

L'état de surexcitation nerveuse que l'on rencontre parfois dans les cas d'infection puerpérale peut occasionner du délire et il est important d'administrer un traitement efficace. On se trouve ordinairement bien de l'administration de fortes doses de Bromure de potassium qui ont aussi l'avantage de procurer un peu de sommeil.

Si le cœur semble s'affaiblir, on se trouvera bien de l'administration du carbonate d'ammoniaque à dose de 3 ou 4 grains répétée toutes les quatre heures ; mais on ne devra pas non plus négliger l'administration des alcooliques.

Lorsque l'inflammation se communique au tissu cellulaire ou au péritoine, des injections abondantes d'eau chaude additionnée d'un antiseptique devront être faites dans le vagin afin de produire une action émolliente sur les parties enflammées, et activer l'absorption des lymphatiques. On devra aussi tenir des cataplasmes sur l'abdomen et on pourra tirer avantage de l'application d'un emplâtre mercuriel additionné de belladone.

Lorsqu'au lieu de se résoudre, l'inflammation détermine de la suppuration, l'abcès devra être ouvert aussitôt qu'il y aura fluctuation. Si cette fluctuation est surtout sensible dans le vagin en arrière ou à côté du col utérin, il sera nécessaire d'ouvrir la cavité purulente, ayant soin de prendre toutes les précautions antiseptiques nécessaires pour prévenir une réinfection.

S'il pointe surtout à la face antérieure de l'abdomen, on devra ouvrir aussitôt qu'il y aura fluctuation, ayant soin de faire l'incision sur un plan parallèle au ligament de Poupart. Et s'il y a possibilité on pourra faire une contre-ouverture dans le vagin et favoriser ainsi l'écoulement du pus.

Si au cours d'un accouchement, la rupture d'une pyosalpax ou d'une appendicite suppurée vient mettre la femme en danger imminent d'infection, le seul traitement à suivre est d'ouvrir l'abdomen et de nettoyer les organes infectés ; mais malgré ce traitement la plupart des cas sont fatals.

Quelques auteurs récents conseillent même d'enlever l'utérus

ainsi que les ovaires et les trompes lorsqu'au cours d'une septicémie traitée d'une manière antiseptique les symptômes semblent s'aggraver au lieu de s'améliorer ; mais il me semble que, dans ces cas, la femme ne se trouve pas dans des conditions de santé favorables pour subir une opération de cette importance. Cependant il peut exister des cas où cette opération peut sauver la femme, si elle est faite par une main expérimentée et avec toutes les précautions voulues.

Montréal, 30 avril 1896.



DE L'ECLAMPSIE

DE QUELQUES CAUSES DE L'ECLAMPSIE, DE SON INFLUENCE SUR LA GROSSESSE ET SON TRAITEMENT.

—PAR—

LE DOCTEUR ¹⁴J. C. S. GAUTHIER

INTRODUCTION

La pensée de cette étude m'a été suggérée par l'importance du sujet et la responsabilité du médecin qui est appelé à traiter cette complication sérieuse de la grossesse.

En effet, l'éclampsie fait le désespoir d'un grand nombre de jeunes débutants, c'est la pierre d'achoppement et celui qui n'est pas armé de pied en cape contre elle, est exposé à bien des déboires.

Ne voit-on pas même de vieux praticiens échouer, parce que n'ayant pas suivi les progrès de la science, au point de vue de l'étiologie et du traitement, ils n'attaquent pas la maladie d'une main ferme et se laissent intimider par la gravité de la circonstance ? (Observation IV.)

Je n'ai pas l'intention ici de décrire toutes ses phases, ce travail m'entraînerait trop loin ; je me bornerai à parler de la pathogénie et du traitement de l'éclampsie pendant la grossesse et de son influ-

ence sur la vitalité du fœtus. Je m'efforcerai d'appliquer les théories les plus récentes aux quelques observations que j'ajouterai à ce travail et de convaincre ceux qui me feront l'honneur de me lire, de la nécessité d'une intervention énergique et intelligente, selon la cause de la maladie et du sujet à traiter.

Le médecin des grands centres, qui peut jouir à son aise et à courte échéance de lumières de la science de ses professeurs ou de ses confrères plus expérimentés, ne jugera peut-être pas au même point de vue l'importance des remarques que je me propose de faire ; mais le praticien isolé, abandonné à ses propres ressources, celui-là comprendra la nécessité d'une étude approfondie du sujet et de la connaissance des moyens les plus efficaces pour triompher de l'éclampsie, qui est une cause de mort si fréquente. J'insiste sur ce point, car j'ai vu trop souvent de jeunes mères, attendant avec confiance le moment de leur délivrance, être emportées subitement par cette terrible maladie. Ces pauvres femmes auraient certainement guéri ou couru moins de danger si elles avaient été traitées convenablement. L'observation IV est une preuve certaine de ce que j'avance.

Le traitement énergique que j'entends préconiser chez les femmes éclamptiques pendant la grossesse, n'est pas ce traitement inhumain, intempestif et brutal que certains médecins recommandent et emploient en pratiquant l'accouchement forcé. Mon expérience et les observations I, II, III, que j'aurai l'occasion de citer au cours de ce travail, m'aideront à prouver que, la temporisation, l'expectation, aidées d'un traitement hygiénique, diététique et thérapeutique convenable, suffisent dans la majorité des cas à sauver la vie de la mère et celle de l'enfant ; pour celui-ci dans la proportion de sur trois.

J'admets bien volontiers que l'albuminurie et les convulsions éclamptiques sont une cause fréquente de mort prématurée du fœtus, soit par hémorragie à la suite de décollement du placenta ou des contractions spasmodiques des fibres musculaires de l'utérus, véritable tétanisme utérin ; mais combien plus souvent ne pouvons-nous pas accuser les manœuvres intempestives, le traumatisme utérin et l'extraction forcée du fœtus, suivis d'intoxications septiques, de la mort de l'enfant et de la mère.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de rendre mes hommages aux maîtres de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, pour la bienveillance qu'ils m'ont toujours montrée ; ma gratitude leur est due pour l'encouragement qu'ils n'ont cessé de me

donner en acceptant avec autant de bonté mes travaux antérieurs.

C'est avec confiance que je me présente de nouveau devant la faculté, dans ce concours ouvert au mérite et à l'énergie de ceux qui veulent bien prendre part à la lutte scientifique et je compte sur la bienveillance de tous les professeurs, en particulier sur ceux qui ont guidé mes premiers pas dans la voie de la science, qui ont guidé ceux de mon père et de mon frère. Tous trois, nous en garderons un souvenir de gratitude ineffaçable.

PREMIERE PARTIE

PATHOGENIE DE L'ECLAMPSIE

La science médicale n'a pas encore dit son dernier mot sur l'étiologie des convulsions éclamptiques pendant la grossesse ; cependant, les travaux de Bouchard ont ouvert un horizon nouveau à l'étude pathogénique de cette névrose. De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la production de l'éclampsie qu'on a tour à tour appelée : *épilepsie aigue*, *spasmes rénaux*, *convulsions urémiques*.

Ces dénominations diverses montrent à elles seules comment on a interprété différemment les accès éclamptiques chez les femmes enceintes.

Il convient de diviser les causes de l'éclampsie en trois classes : 1. causes prédisposantes ; 2. causes excitantes ; 3. causes essentielles.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

La primiparité tient la première place parmi les causes prédisposantes. Les statistiques de l'hôpital de Philadelphie de 1874 à 1889, comprennent 2655 accouchements avec neuf éclamptiques, toutes les neuf étaient des primipares. D'autres statistiques indiquent que cette maladie est de trois à sept fois plus fréquente chez les primipares que chez les multipares.

L'albuminurie gravidique se montre plus fréquemment chez les primipares, surtout chez les femmes jeunes. Cependant l'âge avancé prédispose à l'albuminurie ; ainsi une primipare âgée, ayant dépassé la trentaine est au moins aussi exposée à l'albuminurie

qu'une femme primipare. D'autre part, dit Lepage, lorsque l'on constate l'existence de l'albumine dans l'urine d'une multipare, il y a lieu de rechercher avec soin, s'il s'agit réellement d'une albuminurie gravidique ; souvent en effet la grossesse ne fait qu'aggraver un mal de Bright latent ou au début. La plus grande pression intra-abdominale, l'excitabilité nerveuse excessive, la longueur du travail, sont autant de causes prédisposantes. Toutes les causes favorisant la production de l'albuminurie, manifestation la plus habituelle de l'auto-intoxication gravidique, se trouvent réunies chez les malheureuses filles, qui après avoir subi des privations de tout genre, viennent échouer dans les refuges ouverts par la charité publique.

La *pluriparité* prédispose à l'éclampsie. Les statistiques d'Olishausen comprennent seize grossesses gémellaires sur deux cents. Ici aussi, nous retrouvons les mêmes causes que chez les primipares. Il ne faut pas oublier que la grossesse gémellaire cause un surcroît de travail aux organes émonctoires de la mère, qui servent à l'élimination des différents poisons organiques de son économie.

Les convulsions éclamptiques sont plus fréquentes chez les femmes à bassin rétréci, ou lorsque la tête de l'enfant est disproportionnée. L'éclampsie se rencontre chez les femmes de 20 à 30 ans ; chez elles la cause la plus puissante est la primiparité.

Il est certain que la prédisposition nerveuse crée un terrain favorable. Ferré a même soutenu que les accidents nerveux de l'éclampsie ne s'observent que chez les sujets prédisposés, névropathiques, et héréditaires ; d'après lui, un certain nombre de femmes atteintes d'éclampsie avaient des antécédents héréditaires de nervosisme très caractérisés, quelques-unes ont même présenté de l'épilepsie vraie. Je cite deux cas qui semblent donner raison à cette opinion, j'en pourrais citer d'autres encore. Deux femmes qui sont sœurs et qui comptent dans leur histoire de famille un idiot et des hystériques, éprouvèrent toutes deux des convulsions éclamptiques, une heure après la naissance de leur premier enfant. (Observations IV et V).

En outre de l'influence héréditaire qui paraît si bien établie par les observations précitées et celles du docteur George E. Elliot, (Obstetric clinic) de la dépression intellectuelle dont j'ai fait mention, comme cause prédisposante, il faut admettre que la susceptibilité du système nerveux varie suivant les différents sujets, et qu'un système nerveux mal équilibré prédispose certainement à

l'éclampsie. Sans aucun doute, cette seule cause ne suffit pas pour produire la maladie, mais elle paraît être un facteur puissant.

Kaltenbach a dit : qu'un bassin généralement contracté, forme *justo minor* correspondait à un *habitus infantile*, caractérisé par une déchéance du système nerveux ; selon Wildow, telles difformités doivent être regardées comme une dégénérescence. Ainsi les causes prédisposantes peuvent se combiner les unes avec les autres.

CAUSES EXCITANTES

Si nous admettons les relations étroites qui existent entre les causes prédisposantes et les causes essentielles, il s'en suit que la moindre cause excitante peut faire naître le paroxysme convulsif, tout comme l'étincelle électrique cause l'explosion de la foudre ou de la dynamite. Le simple toucher du col utérin, la pression de la main sur l'abdomen, la distention du rectum ou de la vessie, la contraction des muscles de l'utérus, les mouvements de l'enfant, suffisent pour faire éclater l'orage, et amener les convulsions éclamptiques.

CAUSES ESSENTIELLES

Sans nier les relations étroites qui existent, dans la majorité des cas, entre l'éclampsie et l'albuminurie gravidique, on a cherché à expliquer autrement la pathogénie de l'éclampsie. Les théories diverses qui prévalaient autrefois ; la théorie nerveuse, qui mettait en cause la congestion ou l'irritation du centre cérébro-spinal, la théorie urémique et d'autres, sont tombées dans l'oubli. Il est vrai que le terme urémique est encore appliqué aux convulsions éclamptiques, mais personne aujourd'hui, à l'exemple de Wilson et d'autres médecins, ne peut soutenir que l'urée retenue dans le sang soit la cause du spasme ; il est même regrettable que certains auteurs emploient cette expression, car au point de vue étymologique, elle est propre à induire en erreur.

Sous l'influence des théories régnantes en pathologie générale, sont nées les *théories microbiennes* et la *théorie de l'auto-intoxication*.

“ Doleris en 1884-85, Delore et Rodet, tentèrent d'établir la
 “ théorie microbienne de l'éclampsie. E. Blanc, de Lyon, fit
 “ connaître le résultat de ses recherches, dans lesquelles il constata
 “ même la sensibilité du micro-organisme à l'action du chloral.
 “ Admettant la théorie de l'origine microbienne comme fondée, sup-
 “ position fort douteuse, elle expliquerait bien la toxicité du sang

“ chez les femmes éclamptiques. A Pilliet, dont les recherches ont été négatives, conclut que la théorie de l'infection microbienne, qui rendait bien compte d'une série de phénomènes observés, n'est pas assise ; il n'y a pas de microbe défini, isolé par la culture et reproduisant la maladie.” (Lepage 706.)

La théorie de Bouchard, pour qui l'éclampsie résulterait d'une intoxication complexe, est maintenant généralement admise. Cette auto-intoxication provenant non seulement du rein, mais aussi du foie, dont les diverses fonctions : (glycogénique, biliaire, hémato-poïétique, uro-poïétique, antiloxique etc. se font imparfaitement ; de telle sorte, qu'il y a de nouvelles causes d'empoisonnement par les substances de la bile, qui restent dans le sang, par les ptomaines qui ne sont pas suffisamment détruites et sont en partie resorbées.

En 1888, Auvard et Rivière ont repris en l'amplifiant la théorie de Bouchard, ils ont cherché à démontrer que l'intoxication était produite par la rétention des matières toxiques, résultant du mauvais fonctionnement des émonctoires naturels, tels que la peau, le poumon, l'intestin et surtout le foie et le rein, produisant les deux principales formes d'éclampsie : l'hépatique et la rénale.

Selon Kalténbach, la théorie de l'empoisonnement du sang est prouvée par l'histoire clinique et les lésions anatomo-pathologiques. Les prodromes : symptômes gastriques et cérébraux, la perturbation immédiate des centres nerveux, l'élévation excessive de la température, la nature des désordres nerveux qui suivent l'attaque éclamptique sont analogues aux névroses du typhus, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie ; lesquelles névroses sont probablement causées par les toxines et ne peuvent pas s'expliquer autrement que par la théorie de la toxicohémie.

La nature, de même que l'étendue des lésions anatomiques correspondent à cette théorie. Admettant la théorie de l'auto-intoxication, nous sommes naturellement portés à nous demander : Quelle est la source de l'agent ou des agents toxiques ? Devons-nous accepter l'opinion de Rivière, que l'auto-intoxication est la vraie, la seule cause ?

Bouchard a dit : “ que l'homme est continuellement menacé d'empoisonnement, qu'il travaille sans cesse à sa destruction et tente de se suicider à chaque instant ; néanmoins, il échappe à la mort, car la nature réussit à éliminer le poison.”

Le foie joue un rôle très important dans la destruction des toxines et l'élimination par la peau, les reins et les intestins, protège

l'organisme dans cette lutte incessante. Le rein est cependant l'organe d'élimination par excellence.

Selon l'auteur que je viens de citer, l'urine contient plusieurs agents toxiques ; ses expériences sur la toxicité des urines, reprises par Chamberlent et Rivière ont montré que dans l'éclampsie les urines ne sont plus toxiques comme le sont celles d'une femme enceinte dont les reins fonctionnent bien ; tandis que la toxicité du serum du sang est notablement augmentée.

Ce n'est pas l'incapacité du rein à éliminer l'urée qui détermine la convulsion, car l'on voit des femmes anuriques pendant plusieurs jours, sans présenter de convulsions éclamptiques. Est-ce à dire, d'après Gubler et Peter, que l'urinémie suffise à expliquer la pathogénie de l'éclampsie ? Faut-il confondre ces accidents éclamptiques avec ceux qui peuvent se montrer au cours d'une urémie Brightique ? Nullement, ne devient pas éclamptique qui veut, même avec de l'albumine dans les urines.

Nous comprenons bien que si le poison, ou les poisons, qui causent l'éclampsie, sont retenus dans le sang, l'insuffisance ou l'incapacité rénale augmente la gravité de la maladie.

Boucharad dit encore, que les reins sont capables, lorsqu'ils sont sains, d'éliminer une quantité bien plus considérables de matières toxiques ; néanmoins ils faillissent à la tâche quelquefois, quoique sains, si la quantité de poison est trop grande ; et l'intoxication apparait, par accumulation, avec toutes ses conséquences désastreuses.

Ainsi dans la pathogénie de l'éclampsie, le manque d'élimination par les divers émonctoires doit être considéré comme la cause première, et la matière toxique doit être d'origine maternelle. Cependant le fœtus, le placenta même, ne peuvent-ils pas avoir leur part d'étiologie dans l'empoisonnement ?

La présence d'une large tumeur ovarienne, produisant une énorme distension de l'abdomen, aussi considérable et même plus que celle d'une grossesse gémellaire à terme, ne cause jamais l'éclampsie. Souvent après la mort du fœtus, les convulsions cessent. Il est aussi remarquable que les attaques convulsives sont plus fréquentes à mesure que le travail de l'accouchement progresse ; cette circonstance porterait à supposer, que la contraction des muscles utérins favoriserait le passage dans le sang de la mère, d'un poison originant du placenta ou du fœtus. C'est pourquoi il est raisonnable de croire, qu'une partie de l'intoxication produisant l'éclampsie, viendrait de cette source.

Dans une discussion récente à l'académie de médecine, Pinard s'est déclaré partisan de la théorie de l'auto-intoxication. D'après lui, chez la femme enceinte, il peut se produire, et il se produit une auto-intoxication dont les deux principales manifestations sont : 1o le passage de l'albumine dans les urines, 2o l'apparition d'accès convulsifs, dits éclamptiques.

De ces diverses considérations il découle, selon Kaltenbach, que la pathogénie de l'éclampsie est loin d'être parfaitement claire. La théorie microbienne a ses partisans et ses détracteurs ; cependant la majorité des investigateurs la rejettent. Pour expliquer l'entrée du micro-organisme dans l'économie, on a soutenu l'hypothèse d'une endométrite préalable.

Les éclamptiques dans la plus grande partie des cas sont des primipares ; elles sont rarement atteintes d'endométrites comparative-ment aux multipares, chez lesquelles cette maladie est fréquente ; cependant celles-ci sont moins souvent éclamptiques que les premières. Il s'ensuit que cette hypothèse pêche par sa base, et qu'elle est pour le moins peu probable, sinon erronée. En admettant la théorie de l'auto-intoxication, Winckel remarqua qu'elle peut se présenter sous différents degrés.

Nous avons démontré que le poison, ou les poisons qui en sont la cause peuvent être différents et d'origines diverses. Au nombre de ces origines il faut placer en premier lieu l'absorption des produits de la putréfaction gastro-intestinale, où nous trouvons plusieurs substances alcaloïdiques, des acides divers et des composés ammoniacaux, tels que la leucine, la tyrosine, l'indol, scatol, etc. De plus les résidus alimentaires non digérés, les peptones non absorbés, se convertissent facilement en produits plus ou moins toxiques. Dans les circonstances ordinaires, l'intoxication n'a pas lieu à cause des propriétés éminemment antiseptiques du suc gastrique et parce que le rein éliminera les substances toxiques, qui pourraient avoir été absorbées avant leur expulsion définitive par la voie intestinale.

Mais advenne que ces phénomènes physiologiques fassent défaut, voici que l'intoxication se produit à un degré plus ou moins prononcé.

Ces causes de manque d'équilibre dans l'absorption et dans l'élimination sont nombreuses chez les femmes enceintes, j'en ai mentionné un bon nombre parmi celles qui prédisposent à l'éclampsie ; je pourrais ajouter la constipation, le mauvais état des organes

digestifs, la compression des vaisseaux rénaux, des uretères de la vessie, l'état sédentaire, le surmenage, l'hydrémie, et plusieurs autres, propres à la femme dans l'état puerpéral.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSE PENDANT LA GROSSESSE

Vinay déclare avec justesse qu'il existe des cas d'éclampsie maligne, qui résistent à tout traitement, où la mort est inévitable. Nous devons toujours avoir cette pensée à l'esprit, quand nous voulons juger d'un traitement nouveau ou que nous voulons suivre les données de notre expérience. Il n'y a pas de traitement spécifique de cette maladie, et aucun mode de traitement ne peut être appliqué à tous les cas. Quoiqu'il en soit des opinions pathogéniques que j'ai consignées dans la première partie de ce travail, il est certain que la thérapeutique de l'éclampsie puerpérale est influencée par les idées nouvelles, qui ont pris cours depuis quelques années. Ces théories récentes servent à donner plus d'actualité au traitement prophylactique et donnent raison à l'aphorisme de Tarnier : qu'une femme albuminurique, soumise au régime lacté depuis au moins huit jours, *ne peut devenir éclamptique*.

Eviter la constipation, favoriser l'élimination par la peau et les reins, sont des moyens qu'il suffit de mentionner pour en comprendre toute la nécessité. Winckel recommande une pilule composée d'extrait d'aloès et de coloquinte, dans le but de provoquer des selles liquides abondantes, lorsqu'il y a de l'albumine en quantité notable dans les urines. Le bain chaud est le moyen le plus efficace d'activer la transpiration. La température du bain sera de 100 degrés Fah. et d'une durée d'au moins quinze minutes, suivi de l'enveloppement dans une couverture ; la malade devra demeurer deux heures dans une chambre bien chauffée, et boire un grand verre de lait chaud.

Si la diète lactée n'est pas de rigueur absolue, la malade devra au moins faire du lait son principal aliment. Winckel permet un usage modéré de végétaux et de viande. L'action diurétique du lait peut être augmentée par les eaux minérales alcalines. Contre l'albuminurie gravidique, Duff recommande une goutte d'une solution

au centième de Nitro-glycérine, trois fois par jour ; Vinay parle très avantageusement du chloral. Dans une de ses observations, il cite le cas d'une primipare qui, à la fin de son huitième mois, passait par ses urines vingt-deux grammes d'albumine dans 24 heures ; cette femme a pris cent vingt grammes durant le cours du neuvième mois de sa grossesse ou quatre grammes par jour ; elle accoucha d'un enfant vivant, sans avoir présenté de convulsions. Dans la généralité des cas, il conseille de donner 3 grammes ou 45 grains de chloral par jour.

Deplus, lorsque l'albumine est abondante chez les malades qui ont des maux de tête, de l'irritabilité nerveuse, des vertiges, des troubles de la vision, la chloralisation est de la plus grande utilité.

Au commencement du travail, Vinay donne quatre à six grammes de chloral par la bouche, et la malade tombe dans un profond sommeil, à peine interrompu par les contractions utérines.

Lorsque l'albuminurie persiste, malgré l'institution d'un traitement diététique et thérapeutique, et que l'éclampsie survient pendant la grossesse, avant l'apparition des signes de l'accouchement, faut-il provoquer le travail prématurément ? Non, parceque le travail qui va durer un certain temps, ne peut qu'accroître la fréquence et l'intensité des accès. Mieux vaudrait laisser passer l'orage, et instituer une médication calmante, pour modérer les accès. J'ai vu aussi des femmes éclamptiques pendant la grossesse, soumises au régime lacté absolu, accoucher à terme sans avoir de nouveaux accès.

Lorsqu'au contraire, l'éclampsie survient chez une femme dont l'albuminurie intense a résisté au régime lacté, et qui présente des symptômes inquiétants du côté des yeux ou des troubles cérébraux, y a-t-il indication de provoquer l'accouchement ? Je ne le crois pas encore. J'appuie mon opinion sur la conduite que j'ai suivie avec succès dans le traitement des trois femmes que j'ai assistées. Observations 1-2-3.

Dans une discussion récente à l'académie de médecine, le 10 janvier 1893, à propos du mémoire de Charpentier sur le traitement de l'éclampsie, tous les orateurs, Gueniot, Tarnier, Pinard, etc. ont été d'avis que, règle générale, chez une femme éclamptique au cours de sa grossesse, il ne fallait recourir ni à l'accouchement provoqué, ni à l'accouchement forcé. Tous ont été d'accord à conseiller l'usage des inhalations d'oxygène, et à employer le régime lacté, comme traitement prophylactique et curatif ; pour combattre les accès, ils

recommandent les inhalations de chloroforme, les lavements de chloral, etc.

Je ne suis pas partisan de l'accouchement forcé chez les femmes éclamptiques, parce que ce traitement est intempestif, brutal et inhumain et que ses résultats sont désastreux, comme le prouvent les statistiques suivantes de Charpentier, l'accouchement spontané donnant 18-96 de mortalité, l'accouchement provoqué, 30-04 et l'accouchement forcé, 40-74. Goldberg donne cette autre statistique dans l'éclampsie : cinq fois l'accouchement fut provoqué, résultat quatre morts ; six dilatations du col avec incisions, quatre morts.

A ces statistiques, je puis ajouter trois cas d'éclampsie au huitième mois de la grossesse, combattus par la diète lactée, le traitement hygiénique et médical où j'ai eu le plaisir d'enregistrer trois guérisons, avec continuation de la grossesse à terme et naissance de deux enfants vivants. Jusqu'à preuve du contraire, je suis bien d'avis de continuer cette pratique de temporisation et d'expectation à *main armée*, comme le dit si bien Dujardin-Beaumetz dans son traitement de la fièvre typhoïde.

Il est vrai qu'au moyen de l'antisepsie rigoureuse, telle qu'elle est pratiquée de nos jours, on puisse se permettre beaucoup de manœuvres hasardeuses qui, quoique condamnées par la raison sont cependant sanctionnées par la pratique journalière. Duhrsen a tenté de faire revivre l'accouchement forcé, qui, avec l'aide de l'antisepsie et de l'anesthésie, n'est plus cette opération périlleuse telle qu'elle était autrefois. Cependant la majorité des accoucheurs Olshausen, Charpentier, Pinard, Tarnier et beaucoup d'autres célébrités, condamnent de toutes leurs forces cette pratique dangereuse. Nous devons nous rappeler que la femme enceinte n'est pas dans le même état de réceptivité que tous les autres opérés, à plus forte raison une albuminurique dont les reins sont insuffisants, chez qui tous les autres émonctoires ne remplissent pas leurs fonctions ou ne les remplissent qu'imparfaitement. Cette femme éclamptique dont les tissus œdématisés sont facilement lésés, déchirés, offre des portes toutes grandes ouvertes aux différents poisons septiques, qui viennent l'assiéger de l'extérieur, sans compter ceux qui sont la cause de son intoxication interne. La conduite du médecin qui entreprend une opération aussi grave, sous des auspices si défavorables, est pour le moins condamnable. Un chirurgien n'oserait tenter la moindre opération chez un sujet présentant des symptômes d'intoxication semblables à ceux que nous rencontrons chez les

éclamptiques. Pourquoi ne pas profiter des leçons de l'expérience et donner à nos éclamptiques, pendant la grossesse toutes les chances de salut.

Je ne parlerai pas de la conduite à tenir chez les éclamptiques en travail ; chez elles la sage nature guide le médecin. L'expérience prouve que les convulsions diminuent et cessent dès que l'utérus est vide ; il y a donc indication de terminer l'accouchement, sans brutalité cependant, dans les cas où le travail traîne en longueur. Mais de là, à prétendre, qu'il n'y a pas de danger à provoquer, ou à forcer un accouchement, il y a un abîme que toutes les opinions les plus accréditées ne sauraient combler.

Nous devons dans ces cas, comme toujours d'ailleurs, suivre les règles sanctionnées par l'expérience des temps et nous rappeler qu'il est toujours dangereux de tourmenter la femme, de la toucher fréquemment, d'essayer de faire la dilatation avec les doigts.

“ Si l'enfant est vivant, on emploie des injections chaudes avec de l'eau naphtholée, ou de l'eau boriquée ; dans certains cas, où le travail traîne par trop en longueur, on peut avoir recours, suivant que la tête est ou non engagée, à l'écarteur de Tarnier, ou au ballon de Champetier de Ribes. Il faut bien savoir d'ailleurs, que souvent le travail marche avec une grande rapidité chez les éclamptiques.” (G. Lepage).

Je crois avoir suffisamment insisté sur les dangers que présentent l'accouchement provoqué et l'accouchement forcé chez les femmes éclamptiques pendant la grossesse, et les raisons sur lesquelles je me base pour condamner cette pratique me paraissent assez évidentes.

Il me reste maintenant à parler d'un traitement, qui quoique né de l'empirisme, n'en compte pas moins des succès nombreux, et a été pendant longtemps le premier moyen employé comme traitement préventif et curatif de l'éclampsie ; je veux parler de la saignée.

Devons nous saigner les éclamptiques ? Sans doute que nos devanciers étaient dans l'erreur, lorsqu'il faisaient de la saignée le remède unique contre l'éclampsie ; mais nous, leurs successeurs, nous sommes également dans l'erreur en la rejetant entièrement. Winckel et Martin condamnent la saignée, elle est même combattue par la majorité des autorités ; un grand nombre ne la mentionnent même pas. Je ne puis rejeter ce moyen qui m'a rendu de nombreux services dans presque tous les cas que j'ai été appelé

à traiter. Je ne prétends pas dire que, sans lui, je n'aurais pas réussi ; mais il est curieux de remarquer que toutes mes éclamptiques qui ont été saignées sont promptement entrées en convalescence ; tandis que toutes celles qui, à ma connaissance, n'ont pas été soumises à ce traitement, sont mortes. De là à dire que l'on doit saigner dans tous les cas, ce serait vouloir ériger en principe un traitement erroné ; mais si j'ai saigné presque toutes mes éclamptiques, c'est que je professe à la campagne, et que les sujets que j'ai traités étaient généralement des femmes fortes et pléthoriques.

La saignée pare aux accidents les plus pressants, elle élimine une certaine quantité de poison de l'économie ; cette soustraction est en outre immédiate, et permet, en sus, selon Peter, aux centres convulsifs de se dérober à l'influence de ce sang impur, par la contraction des vaisseaux capillaires. Je pense donc, qu'une saignée, dans un bon nombre de cas, est un moyen rationnel, appuyé sur les enseignements de la clinique.

L'usage du chloral, en injections rectales, est généralement adopté à la dose d'un à deux grammes, répétée après chaque accès convulsif, jusqu'à concurrence de douze grammes dans les vingt-quatre heures. Winckel et Plant ont porté la dose jusqu'à 150 grains sans aucun inconvénient.

Les Américains et les Allemands emploient fréquemment les injections hypodermiques de morphine ; la raison physiologique qui les fait repousser en France, est que les opiacés amènent la congestion des centres nerveux ou augmente celle qui existe déjà ; les anti-spasmodiques semblent préférables.

Les anesthésiques sont d'un usage journalier, particulièrement le chloroforme. Toutefois, Olshausen le réserve pour les cas exceptionnels et Kaltenbach s'oppose à une narcose prolongée, vu qu'elle prédispose à la dégénérescence graisseuse du cœur et des autres organes et qu'elle entrave l'activité des reins. Vinay a tenu des éclamptiques pendant six, dix et même vingt heures sous l'influence du chloroforme. La pilocarpine est rejetée par Braun, Fordyce Barker et plus récemment par Winckel, Kaltenbach et Vinay.

Théoriquement, les purgatifs sont excellents, parce qu'ils favorisent l'élimination du poison ou des poisons, par la grande voie d'élimination intestinale. Je n'ai jamais traité une éclamptique sans lui donner un purgatif ; soit le calomel, le sulfate de magnésie, le séné ou quelqu'autre évacuant, selon les circonstances.

J'ajouterai mon témoignage à celui du Dr Barker, d'Eufala, Ala-

bama, qui, le premier, en 1859, a introduit l'usage du *Veratrum Viride*. Ce remède est certainement d'une grande efficacité, il réduit le nombre des pulsations du cœur dans un espace de temps très limité. La dose est de 10 à 20 gouttes au début et la teinture est administrée en injections hypodermiques ; 5 gouttes répétées toutes les demi-heures suffisent dans la majorité des cas à réduire le pouls à 60 et même 50 pulsations à la minute ; son effet est aussi d'augmenter la tension artérielle. Il remplit donc deux indications importantes d'une efficacité réelle en ralentissant le nombre des pulsations du cœur et en diminuant la congestion des centres convulsifs par l'augmentation de la tension artérielle ; il produit une véritable saignée blanche qui, avec l'aide des purgatifs, fournit au médecin deux armes très puissantes contre cette redoutable maladie. Il faut de toute nécessité garder la malade dans le décubitus dorsal, car par le moindre mouvement, on voit le pouls prendre des proportions alarmantes ; et si la patiente se lève, le pouls devient filiforme.

L'usage du *veratrum viride* est très répandu aux Etats-Unis ; de l'avis des principaux accoucheurs, il rend de réels services.

Maygrier rapporte l'observation d'une primipare, qui avait eu 18 convulsions éclamptiques. Elle fut traitée par la saignée ; et, au moyen de la sonde stomacale, il lui fit ingurgiter 150 grammes de lait toutes les heures ; l'anurie qui existait depuis plusieurs heures, disparut promptement et la malade guérit.

Porak et Bernheim ont récemment conseillé de recourir aux injections d'eau salée chez les éclamptiques, afin de diminuer la toxicité du sang, en le diluant, et de faire disparaître l'anurie.

OBSERVATION I

CONVULSIONS ECLAMPTIQUES PENDANT LA GROSSESSE, ALBUMINURIE
ABONDANTE, TEMPORISATION, TRAITEMENT HYGIENIQUE
ET MEDICAL, GUERISON.

Madame S... femme âgée de 30 ans, multipare, rendue à la fin du huitième mois de sa quatrième grossesse, souffre depuis quelques jours de vertiges, perte de mémoire, céphalalgie et vomissements. Au milieu de la nuit qu'elle avait passée sans dormir, elle se plaint à son mari d'un mal de tête plus violent que jamais ; à peine l'a-t-elle éveillé qu'elle tombe en convulsions éclamptiques.

Je suis appelé en toute hâte, à six milles de ma résidence ; je

trouve la malade revenue de sa convulsion, mais souffrant de la tête et de quelques morsures qu'elle s'est faite à la langue. La figure est un peu bouffie, pas d'œdème aux jambes. J'examine ses urines, elles contiennent une quantité considérable d'albumine. Quelques minutes après mon arrivée, elle a une deuxième attaque ; je pratique aussitôt une large saignée, et je mets de suite ma malade sous l'influence de l'extrait de veratrum viride. Deux heures après le début du traitement, j'avais réduit le pouls à 60, et je l'ai maintenu à 50 pendant deux jours, en continuant l'usage du veratrum viride à doses modérées. Le régime lacté absolu pendant plusieurs jours et une dose purgative de sulfate de magnésie complètent mon traitement.

C'était le 9 juin 1893. Exactement un mois après, le 9 juillet, elle accoucha d'un garçon pesant neuf livres, vivant et parfaitement constitué.

Depuis cette époque, cette femme a eu une grossesse gémellaire, deux garçons, qu'elle rendit à terme, sans présenter aucun accident.

Voici un cas typique, prouvant bien l'efficacité de la saignée chez une femme plétorique, comme moyen d'urgence.

OBSERVATION II

CONVULSIONS PENDANT LA GROSSESSE, TEMPORISATION, TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE ET MÉDICAL, GUÉRISON.

Le 27 juillet 1893, un confrère voisin m'appelle en consultation auprès de Madame St-L..., multipare, rendue au huitième mois de sa grossesse. Cette femme est en convulsions éclamptiques depuis plusieurs heures, je la trouve dans le coma ; mon confrère en est réduit, après avoir pratiqué une saignée, employé le chloroforme et le chloral, à proposer l'accouchement forcé. Avant d'en venir à cette extrémité, je propose une nouvelle saignée, plus abondante que la première ; car la malade a la figure congestionnée, et les convulsions se répètent à des intervalles très rapprochés.

De nouveau nous ouvrons largement la veine, qui saigne bien ; nous soutirons au moins vingt-cinq à trente onces de sang ; puis, nous commençons de suite l'usage de l'extrait de veratrum viride. La malade est très agitée, ce qui nous empêche d'obtenir l'effet physiologique aussi promptement que dans le premier cas que j'ai mentionné. Néanmoins, les convulsions cessent, et la patiente entre en convalescence, après avoir pris une forte dose de sulfate

de magnésie, et avoir été soumise au régime lacté absolu, pendant plusieurs jours. Elle accoucha au terme de sa grossesse d'un enfant mort depuis quelques jours. Nous avons attribué la mort de l'enfant à un décollement du placenta ; il y avait des traces d'hémorragie placentaire.

OBSERVATION III

CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE,
ALBUMINURIE ABONDANTE. TEMPORISATION, TRAITEMENT
HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL, GUÉRISON.

J'ai été appelé pour madame E... âgée de 24 ans, secondipare arrivée au huitième mois de sa grossesse, souffrant d'une convulsion éclamptique. Sa première grossesse s'est terminée sans accident, quoiqu'elle fut beaucoup incommodée par un œdème considérable des jambes. Sa convulsion terminée, elle reprend connaissance, se plaint d'une douleur à l'estomac et d'un violent mal de tête. L'urine recueillie avec le catheter, contient beaucoup d'albumine, il n'existe aucune apparence de commencement de travail. Je prescrivis le chloral et l'usage du chloroforme pendant les convulsions ; elles se répètent d'heure en heure, trois ou quatre fois de suite ; la malade garde sa connaissance entre les attaques.

C'est alors que je me décide à pratiquer une saignée, malgré la répugnance que j'aie à employer ce moyen dans le cas présent, car le sujet n'est pas pléthorique ; le pouls est petit et contracté ; c'est une femme nerveuse. Cependant, l'avis d'un vieux médecin d'une grande expérience, appelé en consultation, prévaut, et j'ouvre largement la veine. Le résultat donna raison à cette vieille pratique, de nos jours trop souvent négligée, car les convulsions cessèrent, et la malade continua sa grossesse, qui se termina à terme, par la naissance d'un gros enfant vigoureux. Le traitement diététique et médical fut institué comme dans les observations I et II, à l'exception du *veratrum viride*, dont je ne me servais pas alors.

Ces trois observations sont très frappantes, au point de vue du traitement médical, et donnent pleine et entière raison à la temporisation, que je recommande dans le cours de cette étude. Il paraîtra peut-être extraordinaire, que chez toutes mes éclamptiques j'aie pratiqué la saignée ; mais, qu'on se rappelle que je pratique à la campagne, où les femmes fortes et sanguines sont en majorité. Cependant, cette dernière femme, dont je viens de rapporter l'ob-

servation, semblait ne pas être un bon sujet pour la saignée, néanmoins, l'opinion du vieux médecin, qui n'avait jamais vu guérir une éclamptique, à moins qu'elle ne fut saignée, prévalut, et la guérison de ma malade vint ajouter un nouveau cas heureux, à une statistique basée sur une expérience de vingt-cinq années.

Au cours de ce travail, j'ai mentionné comme cause prédisposante de l'éclampsie l'hérédité nerveuse, le nervosisme. Les deux observations qui vont suivre, semblent donner raison à cette opinion.

OBSERVATION IV

CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES APRÈS LA COUCHE CHEZ UNE PRIMIPARE, Sujet prédisposé, NÉVROPATHIQUE HÉRÉDITAIRE

Madame M... âgée de 20 ans, primipare, accouche le 2 avril 1885, sans présenter aucun symptôme précurseur d'éclampsie ; du moins, c'est le rapport du médecin qui l'assiste. Le travail est régulier, quoiqu'un peu long, et se termine, sans aucune intervention, par la naissance d'un enfant vivant. A peine le médecin est-il rendu chez lui, qu'il est immédiatement rappelé auprès de sa malade, qui vient d'avoir une convulsion éclamptique. Il passe la nuit auprès d'elle, emploie les moyens à sa disposition, mais ne réussit pas à contrôler la maladie. Le matin, le coma dans lequel la malade est tombée, n'est interrompu que par les accès convulsifs, qui se répètent toutes les 20 ou 30 minutes. A dix heures de l'après-midi, le 3 avril 1885, je suis appelé en consultation auprès de cette malade ; elle est dans le coma depuis quinze heures. Son médecin, croyant mon intervention tout à fait inutile, refuse de me rencontrer. Alors je demande l'assistance du Dr Laforest, de St-Liboire. Nous décidons de saigner, et séance tenante, nous ouvrons la veine. La saignée soulage notablement la malade, car les convulsions deviennent de plus en plus rares. Un purgatif violent, l'usage du chloroforme et du chloral au moment des convulsions qui se montrent pendant les douze heures que je passe auprès de ma jeune patiente, finissent par triompher de la maladie. Le coma se dissipe peu à peu, pour être remplacé par un délire maniaque, qui dure près de huit jours. Il me fallut surveiller la malade, qui déchirait tout ce qui lui tombait sous la main : ses hardes, ses couvertures de lit, etc., elle tenta même de se suicider. Cette femme a guéri complètement, mais ses facultés intellectuelles loin d'être brillantes avant ses couches, sont

restés dans le même état. C'était une femme nerveuse dont le frère était idiot et la mère hystérique.

OBSERVATION V

CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES APRÈS L'ACCOUCHEMENT CHEZ UNE
PRIMIPARE, SUJET PRÉDISPOSÉ, NÉVROPATIQUE
HÉRÉDITAIRE

La sœur de la femme, qui a été le sujet de ma quatrième observation, va me fournir le motif de la cinquième ; son intelligence n'est pas plus forte, quoique son apparence soit meilleure. C'est une femme de 19 ans, présentant tous les signes d'une santé parfaite au moment de ses couches ; elle est primipare. Je fus appelé pour l'assister le 9 mai 1891. Le travail ne fut pas très long et parfaitement régulier ; l'enfant arriva vivant et la délivrance se fit sans aucun accident. La mère était toute joyeuse de l'arrivée de son premier né. Je restai près d'elle pendant une heure, puis je la laissai en toute sécurité aux soins de sa garde-malade. A peine étais-je retourné chez moi, que je suis rappelé en toute hâte ; la malade venait d'avoir une convulsion éclamptique. J'attendis quelques instants, afin de bien m'assurer du diagnostic. Après une demie-heure, une deuxième convulsion se produisit. Je n'hésitai pas un instant à pratiquer une bonne saignée, car cette femme était pléthorique. Le coma succéda à la deuxième convulsion, pour se prolonger, plus ou moins profondément, pendant 12 ou 15 heures. Je donnai une dose de calomel, suivie de sulfate de magnésie ; rétablissement prompt, succès complet.

J'ai cité ces deux observations avec quelques détails, parce qu'elles sont pour moi une preuve certaine de la prédisposition névropathique de ces deux femmes, membres d'une même famille, toutes deux éclamptiques à leur première couche, ayant un frère idiot, et la mère étant hystérique.

Editorial

Le concours pour la chair d'obstétrique s'est terminée par la nomination de monsieur le docteur de Cotret comme professeur adjoint à cette chaire. La victoire a été chaudement disputée et les concurrents se sont tous montrés très renseignés et parfaitement préparés aux différentes épreuves.

Ce concours a donc été un véritable succès, tant par le nombre des concurrents que par la qualité des travaux présentés.

Mieux organisé, mieux préparé, mieux conduit, ce dernier concours a été infiniment supérieur aux deux précédents et les professeurs de l'université avaient droit de se féliciter d'être entrés dans cette voie et avaient toutes les raisons pour y persévérer.

Un grand nombre de médecins avaient assisté aux conférences, et tous, d'un commun accord, étaient fiers de constater le progrès énorme amené par les concours, et l'émulation qu'ils entraînent. Même ceux qui, dès le début étaient opposés à cette manière de recruter des professeurs, admettaient sans conteste que c'était le meilleur moyen, sinon le seul, de faire travailler la jeunesse médicale canadienne française.

Chacun attendait avec hâte l'époque du prochain concours annoncé par la CLINIQUE, eelui d'hygiène.

Malheureusement nous avons parlé trop vite, et nous demandons pardon à nos lecteurs de leur avoir annoncé une fausse nouvelle.

Le concours d'hygiène n'aura pas lieu parce que les professeurs ont jugé à propos, de nommer professeur adjoint à cette chaire, *sans concours*, un concurrent deux fois malheureux dans deux concours différents,

Nous ne voulons, aujourd'hui, faire aucun commentaire sur cette nomination faite par pure faveur et accordée à titre de fiche de consolation.

Notre prochain numéro contiendra un article éditorial sur la question. Mais comme on ne saurait tout dire en une fois, et comme, d'ailleurs, tout le monde ne saurait être du même avis, nous publierons fidèlement les communications qui nous seront adressées sur le sujet, laissant à chacun la responsabilité de ses paroles.

La Direction



CONSEIL DE DISCIPLINE

SUGGÉRÉ PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE LA PROVINCE

On nous communique le rapport de la dernière assemblée du collège des médecins et chirurgiens de la province, tenue le 15 mai dernier.

Membres présents :

MM. les Drs Cholette, Beausoleil, Bissonnette, Campbell et Brosseau.

M. le Dr J. M. Beausoleil est appelé. Le Dr A. T. Brosseau agit de droit comme secrétaire.

Le comité recommande au Collège des Médecins et Chirurgiens de fonder un Conseil de Discipline, qui aurait les attributions suivantes :

1. De prononcer suivant la gravité des cas la censure contre tout membre qui se rend coupable de quelque infraction, indiscipline ou d'acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité du médecin ou qui est convenu d'exercer ou d'avoir exercé une charge ou un office incompatible avec la profession de médecin; d'exercer un état, un commerce ou une charge contraire à la dignité de médecin; ou d'avoir enfreint les injonctions du conseil, d'un conseil de discipline ou d'un comité; ou de s'être rendu coupable de négligence grâce dans l'exercice de sa profession.

2. De priver ce membre de toute charge ou même du droit de voter pour les membres du conseil pour un terme discrétionnaire n'excédant pas six ans; de le priver pour un temps ou pour toujours, du droit d'exercer la profession de médecin-chirurgien et accoucheur, ou de l'une ou l'autre de ces branches de la profession médicale.

3. A défaut d'un règlement du conseil applicable aux cas particuliers, le conseil de discipline décide d'une manière définitive et privativement pas compris tout tribunal, sans appel sommaire au conseil si l'acte reproché est dérogatoire à l'honneur, à la dignité de médecin; si la charge ou l'offense est incompatible avec l'exercice de cette profession; si l'état, l'industrie, le commerce ou la charge sont incompatibles avec la dignité de telle profession.

4. Les conseils de discipline et le Conseil sur appel, ont le pouvoir de condamner l'une ou l'autre partie aux frais ou de les diviser.

Ces frais sont recouvrables de la partie condamnée par une poursuite devant un tribunal compétent, sur production d'une copie certifiée du jugement et d'un mémoire de frais taxé par le président ou le secrétaire du conseil de discipline ou du conseil.

Le rapport du comité de législation composé des Drs Cholette, Beausoleil, Bissonnette, Campbell, Brosseau et Thos. LaRue, est remis à la prochaine assemblée bi-annuelle, pour plus ample discussion.

Nous croyons que ce projet une fois accepté par la législature de Québec et mis en force, rendra au public en général et à la profession en particulier, une somme inappréciable de services.

Le Docteur Geo Villeneuve, surintendant médical de l'asile St-Jean de Dieu, professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales à l'Université Laval, membre de la société de médecine légale de New-York et le Docteur E. P. Chagnon, médecin de l'asile St. Jean de Dieu et de l'hôpital Notre-Dame, ont été nommés membre de la société médico-psychologique américaine à sa dernière réunion tenue à Boston.

L'Hôpital Notre-Dame vient d'ouvrir un dispensaire des maladies nerveuses et des maladies mentales. MM. les Docteurs G. Villeneuve et E. P. Chagnon sont chargés de ce dispensaire.

LES NOUVEAUX OFFICIERS DE L'ASSOCIATION MEDICALE D'ONTARIO

A sa dernière réunion tenue au commencement de juin, à Windsor, Ont. l'association a élu ses officiers pour l'année courante.

Voici leurs noms.

Président, Dr J. Coventry, Windsor; 1er vice-président, F. D. Eccles, London; 2ème vice-président, Dr S. K. Clarke, Kingston; 3ème vice-président, Dr H. R. Macholl, Toronto; 4ème vice-président, Dr J. P. Armour, St. Catharine; secrétaire général, Dr J. N. E. Brown, Toronto, réélu; assistant-secrétaire, Dr E. H. Stafford, London; trésorier, D. G. H. Carcoth, Toronto.

La prochaine réunion annuelle de l'association aura lieu les premiers mercredi et jeudi en juin 1897.

Nous avons publié dans notre dernier numéro une note félicitant l'académie de médecine de Cincinnati de s'être élevé contre l'abus des sociétés de bienfaisance qui exploitent la profession médicale. Nous ajoutons que le collège des médecins de la province devrait imiter l'académie de Cincinnati. Nous ne savions pas alors que le Docteur Gauthier avait proposé lors de la dernière réunion du collège une mesure dans ce sens. Nous l'en félicitons.

Les médecins Belges qui se sont revoltés contre cet abus ont eu gain de cause.

Pour réussir dans ce mouvement lancé dans la province par le Docteur Gauthier, il faut nous rappeler ce proverbe.

“ L'union fait la force ”

Emulsion d'Huile de Foie de Morue.

Avec Pancreatine, Créosote et Eucalyptol.



Cette préparation, faite d'après la formule d'un de nos médecins les plus distingués, est considérée comme très efficace dans les Maladies des voies Respiratoires et en particulier de la Phtisie Pulmonaire.

L'addition de la Pancréatine, digestif puissant des matières grasses, rend cette émulsion des plus faciles à digérer.

Chaque cuillerée à bouche ou une demi-once de cette émulsion représente :

Huile de Foie de Morue (Norvège)	- -	¼ once
Pancréatine	- - - - -	1 grain
Créosote de Hêtre P. C.	- - - - -	1 goutte
Eucalyptol	- - - - -	½ goutte
Aromates et mucilage, q. s. pour	- - - - -	½ once



Seul Dépositaire

S. Lachance,

1594 RUE STE-CATHERINE, MONTREAL

COIN DE LA RUE ST-CRISTOPHE.