

# **Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de couches / par V. Komorowski.**

## **Contributors**

Komorowski, V.  
Royal College of Surgeons of England

## **Publication/Creation**

Paris : V. Adrien Delahaye, 1876.

## **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/r647u6fu>

## **Provider**

Royal College of Surgeons

## **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome  
collection**

Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

4  
DES

# INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

ET DE LEURS INDICATIONS

DANS LES

## SUITES DE COUCHES

PAR

V. KOMOROWSKI,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,  
Ex-aide-major des Compagnies de marche de la Seine,  
Croix de bronze de la Société de secours aux blessés 1870-71,  
Ancien externe des hôpitaux de Paris,  
Médaille de bronze de l'Assistance publique,  
Membre correspondant de la Société anatomique.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET C<sup>e</sup>, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1876

# INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

ET LEURS INDICATIONS

PAR

## SUITES DE COUCHES

V. KOMOROWSKI

Docteur en médecine et lauréat de Paris  
ex-secrétaire des Commissions de médecine de la Société  
Généraliste de la Société de médecine aux séances de 1870-71  
Membre correspondant de la Société de médecine  
Membre correspondant de la Société de médecine



PARIS

LIBRAIRIE MATHIE ET C<sup>o</sup> LIBRAIRES-ÉDITEURS

15, RUE CASSENETTE, 15

1870

A MA MÈRE ET MA GRAND-MÈRE

Regrets éternels

---

A MON PÈRE

A MON COUSIN GIRARD

Officier de l'Instruction publique.

A MES COUSINS A. LEMOINE ET P. VADÉ

Profonde reconnaissance

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PREMIER MAITRE M. LE D<sup>r</sup> RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris,  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine,  
Membre de la Société de chirurgie et de la Société anatomique.  
Commandeur de la Légion d'honneur.

A M. LE D<sup>r</sup> BROCA

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris,  
Médecin des hôpitaux.  
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE D<sup>r</sup> ISAMBERT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,  
Médecin à l'hôpital Lariboisière.

A M. LE D<sup>r</sup> ED. LABBE

Médecin des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE D<sup>r</sup> PAJOT

Professeur d'accouchements à la Faculté de Paris,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

A mes autres maîtres MM. les Docteurs

DELPECH, L. LABBÉ, FÉRÉOL, POLAILLON

A M. LE D<sup>r</sup> DUCHAUSSOY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.  
Chevalier de la Légion d'honneur.

Et à MM. les docteurs

BILLARD, A. VOISIN, GAILLETET ET MARTIN

Souvenir du siège de Paris

DES  
**INJECTIONS INTRA-UTÉRINES**

ET DE LEURS INDICATIONS

DANS LES SUITES DE COUCHES

---

« Le pus de la surface interne de l'utérus s'appelle *lochies* ; les lochies, comme le pus des plaies, sont par leur quantité et leur qualité le meilleur thermomètre de l'état général. » (CRUVEILHIER, Atlas d'an. pathol., liv. 13<sup>e</sup>.)

---

INTRODUCTION.

Cet essai, sur une méthode particulière de traitement des suites de couches dans des cas bien déterminés, est une étude ayant, avant tout, un but essentiellement pratique. Nous avons entrepris ce travail avec l'espérance que peut-être, les faits que nous avons observés dans le cours de nos études ne seraient pas inutiles à la cause qu'après bien d'autres nous venons soutenir. C'est une des plus graves questions intéressant l'accouchée, sa santé et sa vie ; on ne saurait donc trop propager et publier tout ce qui peut servir à augmenter les faits déjà assez nombreux relatifs à ce sujet.

Disons de suite qu'après avoir essayé de condenser tous les éléments des grands problèmes concernant la puerpéralité, nous avons été effrayé par le nombre considérable des travaux publiés. Cependant nous croyons

avoir puisé aux bonnes sources, et c'est avec des faits que nous viendrons soutenir la thèse que nous défendons.

« Un fait vaut mieux qu'un raisonnement, a dit Montesquieu, car un fait est un raisonnement, plus sa preuve. »

On verra, dans la partie consacrée à l'historique, combien le procédé des injections intra-utérines a eu de difficultés à entrer dans la thérapeutique obstétricale. Les discussions ont été vives, mais pleines de résultats, car elles ont excité les recherches et fait partout la lumière.

On comprend sans peine que les praticiens qui osèrent injecter des liquides directement dans l'utérus, cet organe qui soulève tout un monde de questions, aient été taxés de témérité. Et cependant, ils apportaient les fruits de leur expérience directe; observateurs consciencieux, ils ne pouvaient pas priver leurs malades d'un moyen aussi efficace.

N'était-on pas aussi accusé d'une audace excessive, il y a bientôt cinquante ans, en osant injecter directement dans la poitrine, dans l'abdomen, dans les synoviales articulaires, dans le péricarde même des liquides plus ou moins astringents. Et cependant, quel chemin parcouru depuis ! Grâce à Trousseau, ces injections détersives de la pleure furent mises en pratique, mais c'est parce qu'il en avait précisé nettement les indications.

Nous croyons, pour notre part, que, dans le traitement des maladies puerpérales, il s'opérera une révolution aussi importante que celle apportée par les injections dans le traitement des séreuses, et qui constitue un des plus beaux titres de la médecine moderne.

Les nombreux faits, connus jusqu'ici dans la science, nous font espérer que ce moyen employé, pendant long-

temps par un petit nombre de médecins, puis ensuite par un plus grand nombre, se vulgarisera plus sûrement à mesure que les indications en auront été mieux délimitées et surtout que les faits s'accumuleront, et que l'on fera voir la rareté, sinon l'impossibilité des dangers qui, trop longtemps, ont arrêté les tièdes et effrayé les timides.

Nous ne voulons pas cependant qu'on se méprenne sur nos intentions : c'est une méthode simple que nous préconisons ; nous n'imposons donc point une panacée en dehors de laquelle il n'y aurait pas de salut.

Dans les différents services d'hôpitaux auxquels nous avons été attaché, nous avons eu l'occasion de voir des faits semblables à ceux que nous rapportons. Mais c'est surtout à la Maison de santé, dans le service de M. Ed. Labbé, qu'il nous a été donné d'étudier tous les côtés de la question. Que M. Labbé, qui nous a toujours entouré de sa bienveillance accoutumée, reçoive ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

Un bon souvenir aussi à M. Alf. Richaud, interne des hôpitaux, pour sa constante amabilité.

Nous relatons plusieurs cas observés dans le service de M. Pollaillon, à la Maternité de Cochin, où nous avons suivi avec intérêt tous les phénomènes accompagnant les suites de couches.

---



### HISTORIQUE.

Il y a un peu plus d'un siècle que l'on a conseillé d'employer des injections intra-utérines. Il est vrai qu'il nous est parvenu que Galien avait injecté avec succès de l'eau de plantain dans la matrice; mais ceux qui l'ont suivi ont passé complètement sous silence ce procédé employé par hasard.

Les notions vraiment anatomiques faisant défaut, on ne pouvait se servir d'un tel moyen avec sûreté. Il nous faut arriver jusqu'au commencement du siècle dernier pour voir quelques médecins se hasarder à conseiller les injections intra-utérines. C'est ainsi que Chomel (1) en préconise l'emploi dans le cas de fétidité des lochies; Mauriceau (2), en 1740, et Dionis en parlent aussi; cependant, il y a lieu de croire qu'ils conseillent simplement les injections vaginales. La délimitation entre l'ouverture du col et celle du vagin, n'étant point précisée.

C'est en 1750 que ce procédé fut exposé devant l'Académie royale de chirurgie, dans un mémoire présenté par Recolin (3) qui se vante d'avoir pratiqué de très-nombreuses injections intra-utérines sans le moindre accident. « Mes observations, dit-il, ne laissent aucune équivoque : c'est moi-même qui ai fait les injections dans la cavité de la matrice. » Avec Recolin commence une période réellement active; la question va être controversée;

(1) (Dict. de méd. en 30 vol. art. Métrite t. XXX, p. 240).

(2) Traité des maladies des femmes grosses et nouvelles accouchées, 1740.

(3) Mémoire de l'Académie de chirurgie, XIII, p. 202.

les uns s'empareront du procédé pour l'utiliser, d'autres pour le dénigrer; la plupart ne l'étudieront pas consciencieusement.

Cependant l'élan est donné. Pasta (1) recommande des injections caustiques comme stimulant, dans les cas d'inertie de la matrice, et son exemple est suivi. Cependant on ne parle plus guère de ces injections jusqu'en 1826, époque qui va ouvrir une nouvelle phase dans la pratique des injections intra-utérines.

Mojon (2), en effet, invente le procédé des injections à travers le cordon; il montre qu'ainsi on a un moyen sûr de décoller le placenta dans certains cas d'adhérence ou d'inertie utérine. L'attention commence à être éveillée. Legras (3) fournit, à l'appui de ces idées des observations nouvelles: il conseille vivement ce procédé, surtout chez les femmes accouchant dans les derniers mois de leur gestation.

La question des injections intra-utérines est discutée; on présente des faits nouveaux.

Mêlier (4) met en avant ces injections; il les emploie dans le catarrhe du col: il prétend avoir ainsi surtout pour but d'enlever une cause fréquente de stérilité. Sa voix ne paraît pas avoir eu beaucoup de retentissement; son procédé, du reste, semble défectueux.

Mais bientôt toutes ces questions, à peine ébauchées, vont sortir de l'oubli. Avec Vidal de Cassis, en 1840, s'ouvre une seconde période, période éminemment scien-

(1) Dissertation sur les hémorrhagies utérines, 1750. (Traduction par Alibert, 1800.)

(2) Mojon. *Ann. méd univ.* 1826.

(3) *Arch. gén. de méd.* 1828.

(4) *Mém. de l'Académie de méd.* 1833.

tifique. Son mémoire, à l'Académie de médecine, fait grand bruit : il assure qu'il a fait des centaines d'injections sans jamais avoir eu d'accidents. Les luttes vont reprendre, les journaux vont s'emparer de toutes ses données et provoqueront des discussions scientifiques vraiment profitables.

Ici s'impose une division bien accentuée : on fera des injections pendant et en dehors de l'état puerpéral ; cette spécialisation des travaux ne pourra que mieux resserrer les éléments du problème et apporter des résultats moins contestés.

Nous voyons bientôt Cruveilhier, Leroy (1), Plessmann (2) pratiquer des injections intra-utérines ; Astruc les fait, dans plusieurs cas d'hémorrhagies, avec du vinaigre ; Wray (3), Tripe (4), Stroll, de Strasbourg, les emploie avec succès. Enfin Aran et Scanzoni se font les défenseurs autorisés de ce nouveau traitement.

Cependant on signale bientôt des accidents et même des cas de mort, immédiatement après l'injection. Ces faits sont relatés dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1850, et ce moyen, qui a tant donné de résultats, va retomber dans l'oubli pour quelque temps, malgré les observations de Dupierris (5) qui emploie les injections iodées comme hémostatiques. Trousseau lui-même, l'illustre clinicien, résume ainsi sa pensée à ce sujet, en 1864 : « Les injections intra-utérines ne peuvent pas être faites sans dangers. »

(1) Leroy. Pertes de sang.

(2) Thèse de Paris, 1869. Fontaine.

(3) *Bull. therap.*, 1856.

(4) *Gazette médic.* 1847.

(5) *Gazette des hôpit.* 1857.

La réaction n'en va pas moins se faire. Le D<sup>r</sup> Avrard, en 1865, communique au congrès médical de Bordeaux un mémoire où il décrit la sonde à double courant, dont la première idée remonte à Mèlier, en 1831. C'est là un grand pas au point de vue pratique : la récurrence du liquide injecté est désormais assurée, et les prétendus accidents n'auront plus leur raison d'être.

Les travaux s'élaborent; on réunit les faits.

Les médecins, les accoucheurs s'emparent de cette méthode : MM. Béhier, Stoltz, Hervieux, Pajot s'en servent dans l'état puerpéral; M. Gallard, dans les maladies des femmes. Les observations abondent; elles jettent un grand jour sur la confusion qui régnait auparavant. MM. Churchill et Depaul sont loin d'être opposés à cette méthode dans des cas bien déterminés.

Enfin, à partir de 1869, MM. Fontaine (1) et Hervieux (2) aplanissent toutes les difficultés en montrant « la facilité, l'utilité et l'innocuité » de ces injections dans les suites de couches.

Guichard (3) s'autorisant de la pratique de M. Gallard, combat pour la même cause, mais en dehors de la puerpéralité. Tout y est scientifiquement discuté, les cas et accidents, après les injections, y sont dépouillés de leurs apparences trompeuses, et le procès des injections intra-utérines semble devoir être gagné.

Nous osons apporter, après ces éminents praticiens, notre faible part d'observations, convaincu que nous

(1) Fontaine. Thèse de Paris, 1869.

(2) Traité théorique et pratique des accouchements, 1870.

(3) Thèse de Paris, 1870. Des injections intra-utérines en dehors de l'état puerpéral.

sommes de l'excellence du principe, encore assez vivement contestée aujourd'hui.

#### CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET CLINIQUES.

Nous voulons examiner certains faits expérimentaux et cliniques relatifs aux injections vaginales et intra-utérines. Les injections vaginales, dont personne ne conteste l'efficacité, et que tout le monde conseille, peuvent-elles arriver jusque dans la cavité utérine? Telle est la question que l'on est en droit de se poser, surtout en lisant des observations où, lors de rétention et de putridité du placenta avec lochies noirâtres d'une fétidité extrême, on voit conseiller des compresses d'eau de guimauve et des injections vaginales. Il semble qu'en prescrivant de pareilles injections les médecins n'avaient pas eu seulement pour but de laver le vagin, mais bien aussi et surtout la cavité utérine.

Eh bien! si l'on démontre expérimentalement que des injections vaginales, faites même à fort courant chez les femmes en couches, ne pénètrent pas dans la cavité utérine, on montrera du même coup l'insuffisance de ces injections dans bien des cas.

Plusieurs méthodes se présentent pour l'examen de ces différents points. Disons d'abord\* que la question a été résolue pour les cas pris en dehors de l'état puerpéral. M. Guyon (1), dans un travail très-apprecié, a fait des expériences directes sur le cadavre; il a montré que des

(1) Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité. Thèse de Paris, 1858.

(2) *Gazette méd.* 20 févr. 1841.

injections intra-vaginales ne pénétraient jamais dans la cavité de la matrice; c'est à peine si sous une forte pression elles pénétraient jusqu'à 1 centimètre dans la cavité du col. Ces expériences, qui renversaient les faits avancés par Hourmann, détruisaient aussi l'impossibilité des complications qu'on avait mises sans hésiter sur le compte des injections intra-utérines.

Comment se comportent de pareilles injections intra-vaginales chez des femmes récemment accouchées; on comprend plus facilement, qu'elles puissent pénétrer sans peine dans la cavité utérine peu de temps après l'accouchement. Que se passe-t-il alors? « Immédiatement après la délivrance, dit M. Pajot (1), le col, qui avait disparu pendant les derniers jours de la grossesse se rétablit; il reprend à peu près sa forme normale; il reste pourtant beaucoup plus gros, son ouverture externe est ouverte, mollasse, comme fongueuse; l'orifice interne reste beaucoup plus ferme. » Tel est l'état des organes, et nous sommes porté à croire qu'une injection intravaginale faite le premier jour passerait dans l'utérus sans difficulté, en supposant que l'écoulement du liquide par la vulve fût entravé.

Il est probable que, chez des femmes ayant eu beaucoup d'enfants, et qui ont des cols *usés*, des *moignons de col* comme le dit à son cours M. Pajot, la pénétration du liquide est possible.

Nous discuterons la question dans nos considérations cliniques.

Mais nous avons eu l'occasion de faire une injection

(1) *Gazette des hôpitaux*, et 1862, p. 30.

intra-vaginale, en nous entourant des mêmes précautions que M. Guyon, et cela sur une primipare, morte trois jours après son accouchement. Nous avons fait une injection avec un liquide coloré, en donnant au courant la force que l'on donne ordinairement dans ces injections; la vulve était obturée. A l'ouverture de la cavité utérine nous n'avons rien trouvé, mais le liquide s'était facilement frayé un chemin jusqu'à l'orifice interne; peut-être que, si nous avions poussé plus fortement en aurait-il pénétré une faible quantité dans la matrice.

Du reste, les faits cliniques sont tout à fait en faveur de ce que nous avançons; ils nous fournissent des signes de certitude incontestables, et comme ils sont observés sur le vivant, nous sommes dans de meilleures conditions d'appréciation.

Or, toutes les femmes à qui nous avons fait des injections intra-utérines ont presque toujours tracé pareillement les sensations qu'elles éprouvaient; c'était une chaleur occupant tout le ventre et remontant jusqu'à l'estomac; chaleur très-agréable dans le cas d'injections tièdes, et qui apportaient toujours un notable soulagement. Rien de semblable n'est arrivé par les injections intra-vaginales, même chez des femmes ayant eu plusieurs enfants, et nos malades savaient parfaitement localiser leurs sensations dans ces cas; le sentiment de chaleur était circonscrit au petit bassin; c'est là un fait véritablement clinique qui nous permet de dire que, dans les conditions ordinaires, les injections vaginales ne pénètrent pas dans l'utérus, malgré la distension récente et extraordinaire de cet organe.

Nous avons souvent touché les nouvelles accouchées

avec toute la prudence qu'exige leur situation nouvelle et si le premier jour nous trouvions l'ouverture externe béante et le col perméable, il fallait encore dilater mollement l'orifice interne resserré.

Chez une femme ayant huit enfants, le toucher pratiqué quatre heures après l'accouchement nous laissa les mêmes impressions. On pénétrait facilement entre les mamelons boursoufflés du col, encore fallait-il se frayer un passage et élargir l'orifice interne. La portion du col incliné en bas, la tuméfaction considérable de la lèvre antérieure, faisant l'office de soupape obturatrice, viennent à l'appui de notre dire.

Au sujet des injections intra-utérines, des expériences ont été faites par M. Fontaine (1) sur des utérus de femmes récemment accouchées; il s'agissait de savoir si de pareilles injections, même sous de fortes pressions, pénétraient par le canal tubaire dans la cavité péritonéale.

On n'a rien à reprocher aux conditions expérimentales dont s'est entouré M. Fontaine; il a montré que, pour arriver dans le péritoine, il fallait d'abord cathétériser les trompes afin de les désobstruer, et ensuite faire des injections avec une force représentée par une colonne d'eau de plus de 20 centimètres; toutes choses impossibles à réaliser sur le vivant.

M. Guichard (2), qui a répété ces expériences sur des utérus n'appartenant pas à des femmes venant d'accoucher depuis peu, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions. Il en ressort cependant cette différence que,

(1) Loc. cit.

(2) 1870. Thèse de Paris.



tandis que sur des utérus de femmes mortes pendant les suites de couches et malgré le ramollissement cadavérique, la pénétration du liquide dans le péritoine est une impossibilité à la suite des injections intra-utérines, cette pénétration est possible en expérimentant sur des utérus normaux, mais en s'entourant, il est vrai, de conditions tout à fait exceptionnelles.

Si l'on tient compte de la tonicité des fibres musculaires qui forment de véritables sphincters au pourtour de chaque ostium uterinum, de la valvule fréquemment formée par la muqueuse à ce niveau et des bouchons muqueux des trompes, on comprendra que les résultats soient plus nets après l'accouchement.

Enfin les faits cliniques apportent le plus fort appoint à toutes ces considérations. Tous ceux, en effet, qui pratiquent ces injections affirment n'avoir jamais eu d'accidents à leur suite. Nous avons interrogé des médecins, des accoucheurs, nos amis des hôpitaux ayant fait ces injections: jamais il n'ont eu à regretter leur intervention. Nous ne discuterons pas les différentes observations qui courent dans la science sur certains de ces accidents mortels: ce serait répéter ce qui a été déjà supérieurement traité par M. Fontaine (1) et M. Guichard (2). L'imprudance ou la brusquerie de l'opérateur, les injections trop caustiques, l'état maladif antérieur des organes, enfin des coïncidences extraordinaires, telles sont les raisons qui, mal interprétées, avaient pu longtemps induire en erreur.

(1) Th. Paris, 1869.

(2) Loc. cit.

« J'avoue, pour mon compte, dit M. Richet (1) ne pas m'expliquer d'une manière satisfaisante, par le passage du liquide dans la cavité péritonéale. ces accidents observés à la suite d'injections dans le vagin ou même dans la cavité utérine. »

Ni M. Churchill, ni M. Stoltz, n'admettent la pénétration du liquide dans le péritoine. Nous terminerons enfin en rappelant que M. Courty affirme que, dans ces cas malheureux, l'examen de la malade a toujours été fait incomplètement et que l'agent thérapeutique n'a été que la cause occasionnelle.

Les accidents mortels survenus à la suite des avortements criminels par ces injections forment un ensemble trop à part pour que nous ayions à en parler.

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

##### *Justification de la pratique des injections intra-utérines.*

Nous ne parlerons point des grands problèmes intimement liés à la question de la septicémie puerpérale; le sujet est trop vaste et nous écarterait de notre but. Qu'il nous suffise de rappeler que la plupart des travaux faits jusqu'ici, et ils sont nombreux, assimilent complètement la nature de la fièvre puerpérale à celle de la fièvre chirurgicale.

Van Swieten (2), Cruveilhier (3), comparent justement la nouvelle accouchée à un blessé et depuis leurs travaux, ce qui préoccupe surtout, ce sont les soins à donner à la blessure: à la plaie utérine d'abord, aux plaies du col et

(1) Anat. chirurg. 1873, p. 578.

(2) 1725.

(3) Atl. ant. path.

du vagin ensuite. L'on sait, depuis les travaux de Robin (1), que l'empreinte placentaire qui mesure avant l'accouchement 18 centimètres environ de diamètre, est réduite à 8 centimètres après l'accouchement et tend à diminuer progressivement. Comme pour les plaies chirurgicales, nous pourrions donc avoir dans les suites de couches des hémorrhagies, des phénomènes de résorption et de putridité.

Tandis que les chirurgiens donnent les résultats de la septicémie expérimentale que O. Weber et Billroth, Virchow, Sédillot et Verneuil étudient l'infection purulente, les médecins reconnaissent les propriétés toxiques des lochies.

Les cliniques de Béhier, de Trousseau, les leçons de Pajot, de Depaul, les travaux de Gallard, tendent à bien poser cette indication principale « qu'il faut agir sur la plaie. »

La thèse de M. Lucas-Championnière (1), celle de d'Espine (2) et les recherches de Siredey et Lorain achèvent de jeter la lumière sur bien des points obscurs ; les conclusions qui ressortent de tous ces travaux montrent que la série des accidents locaux et généraux est déterminée par l'absorption de matières septiques à la surface des solutions de continuité du canal utéro-vaginal.

La division est donc bien nette pour nous : contre les plaies et déchirures du col, du vagin et de la vulve, les injections vaginales seront employées ; contre la plaie utérine, ce seront les injections intra-utérines. De cette

(1) Société de biologie, t. IX, p. 34, 1837.

(2) Th. Paris, 1870. Lymphatiques utérins. Lymphangite utérine.

(3) Th. Paris, 1872. Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale.

façon nous agirons sur les différents foyers d'infection, nous en modifierons les caractères.

Nous tenons à dire de suite que, si les injections vaginales sont toujours employées, nous ne voulons pas trop en plus multiplier les injections intra-utérines, car, chez beaucoup d'accouchées la plaie utérine grâce à la rétraction de l'utérus diminue et se cicatrise rapidement, et les suites de couches se passent souvent sans fièvre; nous en possédons de nombreux exemples et nos tracés ne signalent aucune élévation proprement dite du pouls ou de la température.

#### INDICATIONS PATHOLOGIQUES.

On appelle les suites de couches ou état puerpéral, le temps nécessaire aux organes génitaux et à l'économie pour revenir à l'état d'où la gestation les avait fait sortir. Stolz (1) précise davantage, lorsqu'il dit qu'une femme est accouchée autant de fois qu'elle a expulsé un produit de conception plus ou moins développé.

Il suffit qu'il y ait plaie physiologique de l'utérus et conséquemment décollement du placenta, pour que cet état existe. Aussi, comprenons-nous comme étant dans les suites de couche, aussi bien les femmes venant de faire une fausse couche d'un mois que celles accouchées à terme.

Nous ne parlerons point des injections intra-utérines employées pendant la viabilité pour amener la sortie du fœtus dans l'accouchement prématuré artificiel et sauver de la sorte la mère et l'enfant; nous laisserons aussi l'avortement provoqué destiné à sauver la mère.

(1) Dict. encyclop. art. Couches.

L'avortement des deux premiers mois passe souvent inaperçu. A cette époque les connexions interutéro-placentaires sont loin d'être solides et la flexion soit spontanée, soit accidentelle qui chasse l'œuf, décolle aussi le délivre qui s'en va en débris avec les caillots. Dans ces cas l'intervention est rarement indiquée, cependant on rencontre souvent des cas de métrorrhagie qui par leur durée peuvent compromettre fortement la santé de la malade. Une foule de moyens sont utilisés dans ce cas pour arrêter l'écoulement.

Les injections intra-utérines ont été aussi employées, soit avec de l'eau froide, soit même avec un liquide légèrement caustique, ainsi que le montrent les deux observations suivantes dues à M. Pajot.

OBS. I.

En 1867, je fus consulté par M. le D<sup>r</sup> Picard, pour une dame qui présentait un suintement sanguin continu depuis six semaines, à la suite d'une fausse couche présumée. Après m'être assuré qu'il n'existait aucun état inflammatoire, tous les moyens ordinaires (froid, repos, perchlorure de fer, ergot de seigle, etc.) ayant échoué, je fis pratiquer une injection intra-utérine, avec azotate d'argent, 1 gramme, eau, 30 grammes. L'écoulement sanguin fut immédiatement arrêté, et ne reparut plus. Au bout de huit jours la malade est restée parfaitement guérie.

OBS. II.

Cette année 1868, je fus consulté par deux honorables confrères, MM. Gratiot et Grammaire, pour une dame qui présentait les mêmes accidents, depuis plus de deux mois. Le suintement sanguin avait amené un état anémique très-prononcé. Tous les moyens employés avaient échoué; l'écoulement sanguin reparait toujours. Une cautérisation de la cavité du col avec le nitrate d'argent et une injection intra-utérine, *ut supra*, conseillée par moi, rendirent la malade à un état de santé très-satisfaisant (1).

(1) Guyot. Thèse de Paris, 1868.

Quoique dans les deux premiers mois l'œuf soit expulsé tout entier, tout en bloc, comme l'on dit, souvent il n'en est pas ainsi et quelques débris peuvent séjourner dans la cavité du corps de l'utérus et y être emprisonnés, ou bien et cela s'est vu quelquefois, la muqueuse utérine peut devenir un corps étranger pour l'utérus; elle peut être expulsée entière ou en lambeaux. « Plusieurs des faits rapportés à ce que l'on a appelé dans ces derniers temps une *dysménorrhée membraneuse* appartiennent évidemment à l'avortement des premiers temps de la grossesse » (1). Cependant, si l'explication des phénomènes varie à ce sujet, le traitement est à peu près le même; ce sont, dit Ebstein (2) de grands soins de propreté, une hygiène bien entendue, des injections vaginales et intra-utérines.

Les connexions entre l'œuf et la matrice deviennent plus intimes au 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois: la vascularisation est considérablement augmentée; aussi doit-on s'attendre à ce qu'il y ait lenteur et difficulté dans le décollement du placenta et est-on en droit de craindre la décomposition putride et les accidents qui en sont la conséquence.

Ce sont les hémorrhagies survenant à la suite de semblables fausses couches qu'il faut surtout surveiller; c'est dans cette période, d'ailleurs, que les cas de rétention du placenta sont les plus fréquents. Les observations ne manquent pas pour prouver les dangers courus dans ces circonstances:

Cazeaux (3) cite un bien triste exemple de résorption; la

(1) Dict. encyclop. t. VII, p. 563. Jacquemie.

(2) Thèse de Paris, 1872, p. 65.

(3) Trait. théorique et pratique des accouchements, 1870, p. 579.

malade succomba le 10<sup>e</sup> jour après le début des premiers accidents dans une fausse couche de deux mois et demi. Nous pensons que si la fausse couche ayant été reconnue, on relève les lambeaux de placenta ou le placenta lui-même et que lavant la plaie on agisse ainsi directement sur les parois internes de l'utérus, on empêchera tout accident et on évitera des métrites chroniques toujours rebelles.

Voici plusieurs observations où l'intervention a été certainement utile. Du reste, tous les accoucheurs sont partisans de l'intervention, les moyens seuls diffèrent. C'est surtout depuis Paul Dubois qui avait résolu d'agir toujours dans les suites de fausses couches, que ces idées se sont généralisées.

Obs. III. — Fausse couche de deux mois et demi; rétention du placenta. Injection intra-utérine.

Mlle Léontine, entre le 24 février, 1874, dans le service de M. Polaillon, à Cochin.

Elle est blanchisseuse et laveuse, 24 ans, Régulée à 19 ans, fièvre typhoïde à 20 ans : durée de deux mois. A eu un garçon à 23 ans. Le retour de couche s'est fait dans de bonnes conditions, elle a vu pour la dernière fois, au commencement de décembre, elle perdait beaucoup en blanc. Elle s'est trouvée mal plusieurs fois, a eu comme dans sa première grossesse, des nausées et des vomissements, ce qui ne l'a pas empêchée de travailler quand même.

Huit jours avant son entrée, la malade eut en travaillant des maux de reins et des douleurs comme à l'approche de ses règles. Elle eut plusieurs syncopes avant de venir à l'hôpital. Ce jour là elle perdit vers 9 heures du matin, plusieurs caillots ; elle ajoute avoir très-bien senti quelque chose de gros sortir avec difficulté. Vomissement et faiblesse dans l'après-midi, elle s'est affaïssée

plusieurs fois ; entrée à 4 heures, elle a continué à perdre ses caillots.

Le 25, au matin, on la touche, la lèvre antérieure est tuméfiée, mollasse, boursoufflée et légèrement humide ; le doigt pénètre facilement dans la cavité du col ; on sent cependant qu'il y a un morceau de membrane qui en obture l'entrée ; elle perd un peu de sang. Les seins sont un peu développés, la glande se délimite facilement, elle est assez sensible.

Il n'y avait pas d'autre cause qu'un travail trop pénible pour expliquer cette fausse couche ; tout porte à le penser.

Le 26 février on la passe au speculum, M. Polaillon retire avec les pinces, le reste des membranes, puis au moyen de deux sondes en gomme, accolées comme les deux canons d'un fusil, il fait une bonne injection tiède et chlorurée dans l'intérieur de la matrice. La récurrence du liquide est ainsi assurée et tout se passe bien. Depuis cinq nuits la malade ne dormait pas : la nuit suivante a été excellente.

Au moment de l'injection intra-utérine, la malade a senti en quelque sorte ses organes pelviens remonter ; une fois ramenée dans son lit, elle eut un vrai sentiment de bien être. Le sang a continué à couler le 29, le 1<sup>er</sup> et le 2 mars, mais en très-petite quantité. Le ventre n'est plus douloureux même à la pression le matin du 3.

On donne de la rhubarbe et du vin de quinquina, on continue les injections vaginales. Le sang s'arrête dans la soirée.

Le 4. Le mieux est considérable, le soir cependant léger écoulement sanguin.

Le 5. Léger écoulement sans fétidité, il est impossible de forcer la malade à rester horizontalement étendue, elle se remue, s'agite s'assied et voudrait partir. Aussi, le lendemain sa chemise est-elle encore un peu colorée ; on ordonne des injections vaginales chlorurées.

Le 7. Elle s'est levée malgré la défense du chef de service, et elle a ressenti de très vives douleurs dans le bas ventre, on lui a appliqué un vésicatoire ; on lui a donné un purgatif et quelques jours après elle a pu sortir rétablie quoique un peu faible.



OBS. IV. — Fausse couche de 2 mois environ; rétention de placenta  
Injection intra-utérine.

Mlle Henriette, entre le 11 mars à la Maternité de Cochin. Elle fait ordinairement des ménages, ce qui lui donne un travail très-pénible, dit-elle. Depuis deux jours, elle avait des douleurs de reins.

Elle a été réglée pour la dernière fois vers les premiers jours de janvier. Réglée à 15 ans et demi, elle n'a jamais été malade; voit régulièrement.

L'écoulement sanguin a commencé le 10, et jusqu'au 13, elle n'aurait pas rendu de caillots. Le 13 seulement, elle en a senti; les douleurs l'ont laissée un peu en repos.

Le 14. Coliques; l'hémorrhagie continue.

Le 15 et le 16. Légère hémorrhagie.

Le 17. De 3 à 5 heures du matin elle a beaucoup perdu de sang. Le col est mou, et se laisse pénétrer.

Le 18. On sent au toucher un corps mollasse qui fait hernie à l'orifice externe. Est-ce le corps de l'œuf ou le placenta? On l'examina au spéculum et on vit sortir un petit morceau charnu; c'est un corps de couleur noirâtre. Comme il y a un peu de mauvaise odeur on place dans le col un cône d'éponge préparée que l'on maintient avec une boulette de charpie.

Le soir à la visite, on s'aperçoit que l'éponge est retombée dans le vagin, on en retire quelques caillots, léger écoulement sanguin la nuit.

Le 19. On place de nouveau le spéculum et avec la pince on retire un à un des lambeaux de placenta qui sentent mauvais; cette petite opération fait un peu souffrir la malade dont l'utérus est légèrement enflammé. On fait ensuite dans l'utérus une injection avec une sonde à double courant que l'on fabrique avec deux sondes en gomme élastique. On se sert d'eau tiède, faiblement chlorurée.

Lors de l'injection, le malade a eu une sensation de chaleur

dans le petit bassin seulement. Après l'injection intra-utérine, on en a fait une vaginale pour déterger les parties couvertes de sang. On a mis ensuite un assez fort tampon de charpie imbibée de liquide chloruré. Après quelques minutes de légères souffrances, la malade est demeurée tranquille.

Le 20. Pas de douleurs, pas d'écoulement, la région suspubienne est un peu sensible, la pression du sein fait sourdre une goutte de lait.

Le 21. Ni fièvre, ni frisson ; bon appétit ; on continue les injections vaginales, léger écoulement sanguin, quelques coliques, pas de caillots.

Le 22. L'écoulement cesse, on donne les dernières injections vaginales et la malade sort bientôt complètement remise.

Nous avons la conviction que si l'on n'était pas intervenu dans les deux cas précédents d'une façon ou d'une autre, les malades auraient continué à perdre, à éprouver des douleurs et auraient été exposées aux suites ordinaires des décompositions de débris de placenta et des hémorrhagies prolongées.

On ne saurait trop se rappeler que c'est dans ces deux mois que les avortements sont surtout dangereux. Une portion du délivre ou des membranes joue souvent le rôle de corps étranger ; l'hémorrhagie est ainsi entretenue et la femme soumise à toutes les probabilités de l'infection putride.

On ne saurait trop à ce propos s'élever contre le déplorable usage de l'ergot de seigle lorsque l'utérus n'est pas complètement débarrassé. M. le professeur Pajot, enseigne depuis longtemps qu'on ne doit jamais employer cet agent pourtant si utile et si merveilleux dans ses effets,

tant qu'il reste dans l'utérus un débris quelconque. Aussi dans ces hémorrhagies, suite de fausses couches, faudra-t-il toujours se demander s'il n'y a pas de contre-indication à l'administration de l'ergot de seigle.

C'est principalement le 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois qu'il faut être prudent. Si malheureusement l'ergot a été donné, on ne pourra plus guère débarrasser l'utérus des débris et des matières putrides qui seront autant de causes d'infection. La sonde ne pourra plus être introduite dans le col et il y aura impossibilité absolue de pratiquer les injections détersives alors si vivement commandées.

Du 4<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> mois, les accidents de putridité, d'infection des lochies entraînent les mêmes conséquences. Nous allons voir qu'un nouveau moyen a été proposé pour décoller sans difficulté le placenta parfois trop adhérent. Citons d'abord l'observation due à M. Pajot, elle a trait aux suites d'une fausse couche de 4 mois 1/2 et est intéressante à plus d'un titre.

Obs. V. — Communiquée par M. le professeur Pajot. (1).

En 1856, je vis, sur la demande d'un de mes anciens élèves, la femme d'un commerçant de la rue Saint-Antoine, qui avait fait, onze jours auparavant, une fausse couche de 4 mois et demi. Le placenta était depuis ce temps-là resté dans l'utérus.

Femme bien constituée, ayant eu déjà des enfants. La situation me parut des plus graves. Dès le troisième jour, après l'expulsion du fœtus, les lochies étaient devenues fétides.

Cette fétidité spéciale à la putridité du délivre, si pénétrante et si bien connue des accoucheurs expérimentés, emplissait la chambre de la malade, malgré de grands soins de propreté, d'une odeur

(1) Thèse Paris, 72. Ebstein.

qui permettrait de soupçonner l'accident, rien qu'en entrant dans l'appartement.

Une consultation de confrères avait eu lieu le matin, le mari avait été averti que selon toutes les probabilités, sa femme était perdue. En effet, il y avait eu deux frissons depuis vingt-quatre heures, le pouls était vif, assez petit, *il n'y avait pas eu de perte de sang*. Je trouvai au toucher un orifice laissant passer le doigt, un *col long* et au bout de l'indicateur, dans la cavité du corps utérin, un placenta mou et d'une épouvantable fétidité.

Il était impossible de songer à extraire ce corps avec les doigts, je n'avais guère confiance dans les pinces à faux-germes, qui déjà m'avaient mal servi dans plusieurs circonstances analogues.

Je priai M. Charrière père de me faire construire *illico* une curette, dont l'idée me vint en quittant la malade. J'avais promis à cette dame de revenir au bout de quelques heures.

M. Charrière père, avec cette activité et cette intelligence que tous les chirurgiens ont appréciées, me fit *en deux heures* un instrument grossier, mais fonctionnant comme je le désirais. Je retournai chez la malade, j'introduisis ma curette sans difficulté, je saisis le délivre, je l'attirai avec de grandes précautions; mais il était tellement putréfié qu'il se déchira, et je n'amenai au dehors qu'une portion insignifiante. Je recommençai, il se déchira de nouveau. Je fis alors avec une *canule qui n'obturait pas l'orifice utérin*, des injections tièdes à grande eau dans la cavité utérine, et j'entraînai *plus de la moitié du placenta*.

Les morceaux furent gardés avec soin en dehors de la maison qu'ils eussent infectée.

La malade, fatiguée, fut remise dans son lit; injections, sauf pendant le sommeil, toutes les deux heures; cinq centigrammes d'opium.

Le lendemain matin, la curette fut introduite de nouveau; les choses se passèrent à peu près comme la veille, sauf que j'amenai une fois une portion du délivre de la grosseur d'une noix.

Je poussai de nouvelles injections, jusqu'à ce que l'eau sortît claire et sans débris du délivre.

Les frissons ne reparurent pas; je recommandai de nourrir la malade. Elle fut purgée; quinze jours après, la guérison était complète.

L'efficacité des injections intra-utérines est absolue dans ces cas ; balayage, détersion de la cavité utérine, ce sont là des avantages qui sauvent la vie des malades.

Ici se présente une nouvelle indication pour le 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois dans les cas d'adhérence de placenta ou d'inertie utérine ; c'est l'injection intra-utérine faite par la veine ombilicale du cordon et qui a pour but de faciliter le décollement du placenta en augmentant son poids. A Mojon revient l'honneur de cette méthode (1826), plus tard Legras (1), Velpeau (2), Liégeard (3) en vulgarisèrent l'emploi.

Le cordon n'aura pu être tirailé à cause de la faiblesse de ses attaches et de sa propre fragilité. On fera une injection avec de l'eau, soit par la veine ombilicale, soit par les artères. Ce procédé qui n'est autre chose qu'une injection intra-utérine *médiate* est aussi efficace que facile à exécuter. L'utérus distendu réagit contre le placenta et le chasse en entier. La thèse de M. Fontaine (4) en renferme plusieurs observations.

Nous arrivons aux derniers mois : les suites de la délivrance pourront comme précédemment donner lieu à des hémorrhagies quelquefois très-graves et à tous les phénomènes inflammatoires des suites de couches.

Les cas d'injections intra-utérines contre ces hémorrhagies parfois foudroyantes commencent à devenir nombreuses : les résultats en ont toujours été admirables.

Plessmann qui en a fait plus d'une avec de l'eau froide

(1) *Archiv. gén. méd.* 1828.

(2) *Traité des accouchements.*

(3) *Gazette des hôpit.* 1854, p. 250.

(4) *Loc. cit.*

et glacée, rapporte une observation curieuse où il se servit non plus d'eau glacée, mais de vraie glace.

Obs. VI. (1).

Pour une hémorrhagie foudroyante causée par l'arrachement du délivre et l'inertie de la matrice : j'eus beau, dit Plessmann, frotter le ventre avec la main : jeter de l'eau froide sur l'abdomen, en injecter à flots avec du vinaigre ou du vinaigre pur dans la matrice ; agacer celle-ci avec la main pour la forcer à contraction ; tamponner même son orifice, et comprimer son corps et son fond à travers les téguments du bassin, rien de tout cela ne put vaincre l'inertie opiniâtre de cet organe. Cependant la femme était si faible, que je craignais à chaque minute de la voir expirer entre mes mains. Dans un état si perplexe, le hasard voulut que je jetasse les yeux sur un gros glaçon de forme oblongue et cylindrique. Je courus le détacher et revint le plonger tout entier dans le sein de l'accouchée. La matrice, saisie et réveillée par le contact subit et froid de la glace, se contracta avec une célérité inconcevable, en expulsant le glaçon à moitié fondu. La femme resta longtemps faible et débile.

D'autres ont employé de l'eau et du vinaigre et même du vinaigre pur ; d'autres, de la teinture d'iode, du perchlorure de fer étendu d'eau.

MM. N. Fontaine et Hervieux rapportent des observations d'hémorrhagies arrêtées par des injections intra-utérines, observations on ne peut plus concluantes. Nous savons qu'il y a aussi de ces hémorrhagies tardives ou secondaires arrivant pendant les suites de couches et dues à la présence d'un ou plusieurs caillots : ce sera donc éviter à la femme les accidents les plus redoutables que de lui faire des injections hémostatiques qui nettoieront en outre la cavité utérine. C'est surtout dans le cas de fétidité des lochies, de rétention de quelques dé-

(1) Fontaine. loc.cit.

bris de délivre ou de caillots dans les différentes formes d'endométrite que les injections intra-utérines ont été préconisées et pratiquées. On verra dans nos observations que nous avons également employé l'alcool comme cela a été depuis longtemps employé par bon nombre de médecins.

OBS. VII. — Primipare; accouchement à terme, endométrite; injections intra-utérines.

M<sup>me</sup>...., primipare, âgée de 30 ans, entrée à la Maison de sante, chambre 22, n° 3, est accouchée naturellement et à terme le 4 décembre, à 4 heures du matin. Le placenta a été retiré en entier. Elle n'a jamais eu de fausse couche. L'accouchée va bien jusqu'au 8 décembre; mais comme elle se trouve avoir pour voisine une autre femme dont les suites de couches ne se comportent pas bien, elle est transférée dans une autre chambre. Arrivée à son nouveau lit, la malade eut froid, mais pas de frisson, puis les lochies cessèrent de couler.

On ordonne une potion de Todd et des injections vaginales de sauge et menthe.

Le 9, c'est-à-dire le 5<sup>e</sup> jour après l'accouchement, il y a eu suppression complète des lochies; ni frisson ni ballonnement du ventre. 5<sup>e</sup> jour: soir, P. 108, T. 40°1. Vers les 9 heures du soir: frisson assez intense, suivi d'autres plus légers. La malade a peu dormi.

Le lendemain 10, peau assez bonne. les lochies supprimées depuis deux jours commencent à revenir légèrement. — 6<sup>e</sup> jour: matin, P. 84, T. 37°; soir, P. 80, T. 37°1.

Insomnie; ni vomissements ni douleurs de ventre.

Le matin du 11. La peau est très-chaude, le pouls fort, très-fréquent, la température très-élevée. Cependant la malade ne se plaint pas; elle se sent mieux, dit-elle.

Les lochies, sans être fétides, sont très-odorantes.

On craint les accidents de résorption, et les injections intra-utérines sont ordonnées. 7<sup>e</sup> jour: matin, P. 126, T. 41°.

La figure est rouge, les yeux cernés. Les lochies coulent peu. Nous faisons une injection intra-utérine à 11 heures. Le vagin

est chaud, brûlant, peu humecté; le col est assez mobile, il fuit sous le doigt au milieu du fond du vagin; l'indicateur peut le fixer, et la sonde s'engager dans l'orifice; l'injection est faite au moyen de la sonde à double courant et de l'irrigateur rempli d'eau tiède légèrement alcoolisée.

Le soir, toujours figure en feu : la sueur perle sur la figure ; la langue est sèche, la soif ardente. La température a baissé cependant. Le pouls est moins fort. La malade se sent mieux que ce matin. Nous donnons 0,50 de sulfate de quinine. Une selle normale. — 7<sup>e</sup> jour : soir, P. 122, T. 40°2.

Nous donnons une nouvelle injection intra-utérine que la malade supporte admirablement. Elle se sent intérieurement réchauffée et se trouve bien de cette sensation de chaleur qui, d'après elle, remonte jusqu'à l'estomac. Signalons que la très-faible colique ressentie dans le tantôt ne s'est pas reproduite. Les cataplasmes sont toujours maintenus sur le ventre.

Le 12. La langue est humide, la peau souple, la figure reposée, les yeux moins fatigués ; c'est que la nuit a été très-bonne. Pas de douleur de ventre ni de ballonnement.

Sulfate de quinine : 1 gramme. Le soir, la malade semble un peu agitée, les yeux sont brillants.

Une pilule de cynoglossen'amène que peu de sommeil. — 8<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 39° ; soir : 108, 40°.

Le 13. Ventre faiblement ballonné, mais nullement douloureux ; on continue les cataplasmes ; le pouls est excellent, mais les lochies ne sont pas encore bien revenues. Nous faisons deux injections intra-utérines vers 1 heure, et deux autres le soir. — 9<sup>e</sup> jour : matin, P. 82, T. 38°2 ; soir : P. 104, T. 40°.

Peu de sommeil. Le 14. Les lochies sont revenues. Un peu de sensibilité du ventre. Figure assez bonne. M. Labbé ordonne 10 sangsues autour du pubis. Le soir, nous faisons deux injections intra-utérines. — 10<sup>e</sup> jour : matin, P. 90, T. 38 ; soir : P. 104, T. 40°4.

Amélioration marquée le 15. On donne huile de Ricin, 30 grammes. Plus de chaleur ni de douleur. Injection intra-utérine dans la journée.

On continue la potion de Tood et les injections vaginales. — 11<sup>e</sup> jour : matin, P. 84, T. 57 ; soir : P. 100, T. 39°.



Le 16. Pouls et température ont baissé sensiblement.

Le soir, à 6 heures, deux injections intra-utérines. — 12<sup>e</sup> jour : matin, P. 84, T. 37°2 ; soir : P. 78, T. 37°.

Le 17. Huile de Ricin ; la malade est gaie et demande à se lever : Une injection intra-utérine. — 13<sup>e</sup> jour : matin, P. 80, T. 38° ; soir : P. 94, T. 38°5.

Le 18. Nous faisons deux injections intra-utérines. — 14<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 39°2 ; soir : P. 100, T. 39°.

Le 10 décembre. Les lochies sont revenues ; elles coulent un peu, sans odeur. — 15<sup>e</sup> jour ; matin, P. 88, T. 38°2 ; soir : P. 104, T. 38°5.

Le lendemain, la potion de Todd est supprimée ; la langue est très-bonne ; pas de chaleur à la peau. L'odeur caractéristique des lochies est bien revenue. Elles sont un peu sanguinolentes. — 16<sup>e</sup> jour : matin, P. 76, T. 36 ; soir, P. 84, T. 36°5.

La nuit a été bonne ; le pouls est tranquille ; la température normale ; les injections sont cessées. — 17<sup>e</sup> jour : matin, P. 72, T. 36°5 ; soir : P. 80, T. 36°8.

Les jours suivants, la malade se sent parfaitement à son aise ; elle a de l'appétit ; la figure est très-éveillée. Enfin, elle se lève le 24 décembre, vingt jours après son accouchement ; elle sortait tout à fait rétablie peu de jours après.

Obs. VIII. — Accidents puerpéraux à forme intermittente ; injection intra-utérine ; guérison,

Mlle...., demoiselle de magasin, entrée le 13 mai, service de M. Labbé, à la maison de Santé, n<sup>o</sup> 14. Accouchement à terme O. I. G. A., à 3 heures de la soirée. Bonne délivrance. Pas d'hémorragie. Primipare.

L'accouchée alla bien jusqu'au lundi 17 ; les suites de couches étaient normales, il n'y avait pas de mouvement fébrile. Le 17, à 7 heures du matin, frisson très-accentué. On ne peut guère s'expliquer son arrivée : les suites de couches ne sont pas arrêtées, il n'y a pas de fièvre puerpérale dans la maison. On le met sur le compte des préoccupations morales et de l'agitation de la malade, qui s'assied sur son lit, cause et reçoit des visites. A 9 heu-

res et demie, la température est élevée, le pouls très-fort. Le ventre est légèrement ballonné. Un point douloureux sur le côté droit de l'utérus. Les lochies ont une odeur très-prononcée.

Injections vaginales de sauge et menthe. Onguent napolitain sur le ventre. — 5<sup>e</sup> jour : matin, P. 128, T. 41° 3.

Le soir, l'état général est bien meilleur, il n'y a pas de prostration. — Soir : P. 100, T. 39° 4.

On est obligé de sonder la malade.

Le 18. Le ventre est sanglé, le point douloureux a disparu. Le lochies sont un peu moins fétides. La rétention d'urine continue. On sonde trois fois dans la journée. Injections vaginales. Calomel, 0,50, à doses fractionnées, julep morphine, potion de Todd onguent napolitain. — 6<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 38° 9; soir : P. 92, T. 40°.

Le 19. Les lochies coulent toujours. La nuit a été assez bonne. Toujours rétention d'urine.

Le soir, à 4 heures, l'état est bon, mais à 5 heures, la malade se plaint d'avoir froid, puis survient une fièvre très-forte, avec transpiration abondante jusqu'à 9 heures. Le calme se fait bientôt, et la nuit se passe tranquillement. — 7<sup>e</sup> jour : matin, P. 68 T. 38° 2; soir : P. 70, T. 39° 1,

Bordeaux. Potion de Todd. Onguent napolitain.

Le 20. On trouve la malade pâle et fatiguée : le ventre est très-souple et nullement douloureux. Les lochies vont bien ; la rétention n'a pas cessé.

Le soir, calme et mieux sensible. Commencement de stomatite mercurielle. Chlorate de potasse. — 8<sup>e</sup> jour ; matin, P. 88, T. 38° 3; soir : P. 80, T. 38° 7.

Le 21. Teinte subictérique. Les lochies sont presque nulles. Diarrhée arrêtée avec 8 gouttes de Laudanum. La stomatite est combattue avec une potion contenant 2 grammes de chlorate de ptasse ; on ordonne aussi un gargarisme, avec 5 grammes du même sel. Le cathétérisme amène peu d'urine. Selles diarrhéiques très-fétides.

Tisane tilleul oranger. Potion de Todd. Chlorate de potasse. — 9<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 40° 3; soir : P. 96, T. 40°.

Le 22. Suppression des lochies.

Le soir, injections intra-utérines vers 5 heures, avec la sonde à double courant ; quelques grumeaux muqueux sont chassés et le liquide sort très-clair. On constate toujours à droite, sur le côté de l'utérus, un point douloureux à la pression, mais pas de douleur spontanée. La malade ne prend qu'un peu de bouillon. — 10<sup>e</sup> jour : matin, P. 68, T. 37<sup>o</sup>5 ; soir, P. 76, T. 38<sup>o</sup>9.

Le 23. La diarrhée a continué dans la nuit.

Pas de changement du côté du ventre. Les lochies sont complètement supprimées. Faciès altéré : prostration. Le bismuth et un lavement laudanisé arrêtent la diarrhée. Deux injections intra-utérines.

Décoction blanche. Potion de Todd. — 11<sup>e</sup> jour, matin, P. 112, T. 40<sup>o</sup>6 ; soir : P. 112, T. 40<sup>o</sup>6.

Le 24. Meilleure figure : langue très bonne, le pouls est plein ; lochies toujours arrêtées, le ventre est souple, mais la pression éveille toujours le point douloureux, mais moins facilement.

Décoction blanche. Potion de Todd. Deux injections intra-utérines. — 12<sup>e</sup> jour : matin, P. 80, T. 37<sup>o</sup>9, soir : P. 88, T. 38<sup>o</sup>8.

Le 25. La malade est tranquille, sans souffrances ; à 11 heures, elle mange un œuf, puis bientôt elle a un accès de fièvre sans frisson. Un peu de subdelirium jusqu'à 3 heures, après quoi les idées deviennent nettes ; le thermomètre, à 5 heures, marque 40<sup>o</sup>, mais la malade ne se plaint nullement : deux injections intra-utérines.

Décoction blanche. Potion Todd. Lavement laudanisé. — 13<sup>e</sup> jour : matin, P. 72, T. 38<sup>o</sup>1 ; soir : P. 96, T. 40<sup>o</sup>5.

Le 26. A dormi toute la nuit ; on lui avait donné une pilule de cynogloss. Ventre souple, aucune douleur ; on permet une côtelette.

Léger écoulement lochial. — 14<sup>e</sup> jour : matin, P. 72, T. 37<sup>o</sup>8 ; soir : P. 80, T. 38<sup>o</sup>.

Le 27. Ventre plus souple : la diarrhée a cessé, l'écoulement lochial a disparu. La malade mange avec plaisir. Pas d'accès fébrile ; cependant, la température et le pouls ont monté depuis la veille. L'examen de la courbe du pouls et de la température nous

fait voir, que tous les deux jours, il y a ascension très-nette. : le 21, le 23, le 25 et le 27, ont été des jours à accès fébriles, tandis que les 22, 24 et 26, ont été marqués par une chute très-grande de la fièvre. La malade, d'ailleurs, a eu dans son enfance des fièvres intermittentes. Aussi n'hésite-t-on pas à donner, le soir du 27, 0,50 centigrammes de sulfate de quinine.

On continue le traitement de la veille. — 15<sup>e</sup> jour : matin, P. 92, T. 39°4; soir : 92, T. 39°4.

Le 28. Nuit agitée : le matin un peu de mieux; la diarrhée a recommencé; elle diminue dans la journée.

Assez d'appétit. Souplesse de ventre, mais encore un point douloureux. — 16<sup>e</sup> jour : matin, P. 68, T. 36°2; soir : P. 68, T. 37°.

Cauchemars dans la nuit.

Le 29. Pas d'accès fébrile nettement caractérisé, et cependant la température augmente.

Sulfate de quinine, 0,60 centigrammes; cataplasmes sur ventre. — 17<sup>e</sup> jour : matin, P. 88, T. 38°1; soir : P. 88, soir, 38°3.

Le 30. Bonne nuit. Mieux prononcé.

On continue les injections intra-utérines. — 18<sup>e</sup> jour : matin, P. 68, T. 36°7; soir : P. 70; T. 36°9.

Le 31. Dans la nuit, léger écoulement lochial contenant proportionnellement une grande quantité de sang. Le ventre n'est plus ballonné, les douleurs à la pression ont disparu. L'écoulement a cessé dans la journée. État général excellent; la malade rit et plaisante.

Suppression des injections intra-utérines et du traitement. — 19<sup>e</sup> jour : matin, P. 60, T. 36°7; soir : P. 60, T. 37.

1<sup>er</sup> juin. Le malade demande à se lever : tout est rentré dans l'ordre.

Le 2. L'amélioration continue, pas le moindre phénomène morbide.

Le 3. La malade reste levée 4 heures sans souffrir.

Le 5. Elle quitte la maison de Santé très-bien portante.

OBS. IX. — Accouchement à terme; présentation du siège; procidence du cordon; endométrite; injections intra-utérines.

M<sup>me</sup>....., entre, le 18 septembre 1875, à la maison de Santé, service de M. Labbé, chambre 12/3. Grossesse régulière. Accouchement à terme.

Le vendredi 17 septembre, vers deux heures de l'après-midi, le travail a commencé. Le 18, vers huit heures du soir, le col est dilaté, mais non encore entièrement.

La poche des eaux est rompue depuis trois ou quatre heures. On sent un pied qui dépasse le col incomplètement ouvert.

On trouve le siège, et enfin on diagnostique une procidence du cordon qui bat sous le doigt.

Le maximum des battements est un peu au-dessous de l'ombilic et à deux travers du doigt, en dehors de la ligne blanche, à gauche.

Le 19 septembre, à six heures du matin, les battements étaient moins forts, et l'accouchement n'avancant pas, on tire sur les pieds et l'enfant est retiré.

Il arrive mourant, la respiration artificielle est pratiquée pendant une demi heure, et on parvient à le ranimer.

Aussitôt après la sortie de l'enfant survient une hémorrhagie assez abondante, qui s'arrête facilement elle-même.

Le placenta ne venant pas et l'hémorrhagie dont nous venons de parler, nécessitant une intervention rapide, ont introduit la main dans l'utérus.

Au même moment, l'on donne 1 gramme de seigle ergoté, et on fait la compression de l'aorte.

Le placenta est arraché assez péniblement; on est obligé de le décoller avec les ongles.

Le placenta retiré, on donne de nouveau 1 gramme de seigle, et on débarrasse l'utérus des caillots qui encombrant sa cavité. Il revient bientôt en partie sur lui-même, il ne s'écoule plus de sang; on ordonne ensuite une potion ainsi composée :

Ergot de seigle, 1 gramme; teinture de cannelle, 15 grammes  
cognac, 30 grammes; pot. gommeuse, 100 grammes.

On applique des compresses froides sur les cuisses et sur le ventre.

A la visite, la malade est très-pâle, lèvres décolorées, mais pas de mouvement fébrile, ni de frisson.

Compresses froides, potion de Todd, infusion chaude de sauge et menthe, le pouls est petit et assez fréquent, la malade n'urine pas. Pas de selle,

Le 20. A 6 heures du matin, on sonde la malade, et on retire une faible quantité d'urine très foncée en couleur.

Le soir nouveau cathétérisme, on retire davantage d'urine, un lavement glycérimé amène une selle assez abondante.

Le ventre est légèrement ballonné, la pression sur l'utérus situé dans la fosse iliaque droite est assez douloureuse, l'utérus est dur, volumineux.

Le soir, le pouls est moins fréquent à 110, pas de frissons, presque pas de lochies.

Potion de Todd, infusion sauge et menthe, injections vaginales chaudes.

Pilule de cynoglosse le soir.

Le 21. La nuit a été bonne, la malade urine seule; pas de changement dans le volume de l'utérus, ventre ballonné, pouls petit, fréquent; pas de frisson, sensation d'accablement, mais intelligence complète. Les lochies coulent à peine, elles sont blanchâtres, on fait deux injections intra-utérines, à chaque injection on fait passer dans l'utérus tout ce que contient l'irrigateur. On emploie la sonde à double courant, on se sert d'eau tiède contenant une cuillerée d'alcool; il sort un peu de sang noirâtre après l'injection: cet écoulement est extrêmement fétide, l'odeur en reste très longtemps à la main.

Même traitement que la veille.

Le 22. Pas de selle depuis deux jours, un lavement glycérimé produit l'effet désiré; les lochies très-peu abondantes sont encore très fétides; on pratique deux injections intra-utérines qui amènent peu de chose.

Même traitement; deux œufs à la coque.

Le 23. Etat stationnaire, utérus toujours dur et volumineux;

ventre plus souple ; les lochies sont presque supprimées, à peine un petit écoulement blanchâtre.

Ce qui sort de l'utérus après l'injection a bien moins de fétilité que la veille, un litre de lait, même traitement.

Le 24. La nuit a été meilleure que les précédentes ; diarrhée peu abondante, injection intra-utérine, lavement amidonné. — 5<sup>e</sup> jour ; soir, P. 118, T. 40°1.

Le 25. La diarrhée a cessé, on donne un litre de lait, et on suit le même traitement ; la malade mange une côtelette et un œuf.

L'injection intra-utérine fait sortir à peine quelques gouttes d'un liquide blanchâtre sans trop d'odeur. — 6<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 37°8 ; soir : P. 120, T. 40°4.

Le 26. La diarrhée reparaît assez abondante, on donne un lavement amidonné avec 5 gouttes de laudanum. L'état du ventre n'a pas changé, friction d'onguent napolitain, 1 gramme de sulfate de quinine en deux paquets, la potion de Todd est remplacée par un litre de thé contenant 125 grammes de rhum.

Les injections font sortir de l'intérieur un peu de liquide semblable à celui de la veille, lait et œuf pour nourriture. — 7<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 37°8 ; soir : 40°.

Le 27. La diarrhée continue abondamment dans la nuit, lavement amidonné avec 5 gouttes de laudanum. Dans l'après-midi huit selles, nouveau lavement semblable à celui du matin, diarrhée arrêtée, une pilule de cynoglosse le soir.

On a donné du bouillon, du lait avec l'eau de chaux. Le soir, le facies était un peu altéré ; la langue couverte d'un enduit blanchâtre, mais humide. Plus tard mieux. Le ventre est moins ballonné, la fièvre ayant diminuée, on supprime la sulfate de quinine, les injections intra-utérines font sortir quelques débris gris-rosés. Le col utérin commence à revenir sur lui-même. — 8<sup>e</sup> jour : matin, P. 98, T. 36°8 ; soir : P. 104, T. 39°1.

Le 28. La diarrhée reparaît et persiste plus forte dans l'après midi, trois selles de midi à 5 heures, on donne un lavement amidonné avec 5 gouttes de laudanum ; en outre, sous nitrate de bismuth, dans la nuit, on supprime complètement le lait, sur la

remarque de la malade qui prétend qu'il lui cause la diarrhée, on permet un œuf.

Le ventre un peu moins ballonné ; le volume de l'utérus n'a pas varié, faciès meilleur langue humide. On supprime les frictions d'onguent napolitain ; cataplasmes sur le ventre.

Les injections intra-utérines amènent comme les jours précédents une minime quantité de liquide muco-purulent.

Sulfate de quinine 0.50 pour le soir et autant pour le lendemain matin. Thé au rhum, 125 grammes, suppression de l'infusion. — 9<sup>e</sup> jour : matin, P. 104, T. 28°2 ; soir, P. 116, T. 39°6.

Le 29. La température et le pouls ont baissé, la diarrhée continue malgré la sous-nitrate de bismuth pris dans la nuit ; lavement amidonné, laudanisé.

Les injections intra-utérines donnent un liquide teinté en quelques endroits par plusieurs caillots de sang ; la nuit a été bonne, la malade ne se plaint nullement. — 10<sup>e</sup> jour : matin, P. 105, T. 36°8 ; soir, P. 112, T. 39°2.

Le 30. La fièvre diminue. Mieux ; la diarrhée arrêtée d'abord, reparait dans la journée.

L'injection intra-utérine, fait sortir très-peu de liquide muco-purulent coloré en rouge par une très-petite quantité de sang ; appétit, la malade mange deux œufs et une côtelette. — 11<sup>e</sup> jour : matin, P. 104, T. 37° ; soir, P. 110, T. 38°6.

Le 1<sup>er</sup> octobre. Par mesure de précaution, nouveau lavement laudanisé. L'utérus a toujours la même consistance et le même volume ; on le sent à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — 12<sup>e</sup> jour : matin, P. 98, T. 36°6 ; soir, P. 100, T. 37°8.

Le 2. La malade se sent mieux, pas de diarrhée. — 13<sup>e</sup> jour : matin, P. 88, T. 37° ; soir, P. 94, T. 38°.

Le 3. La diarrhée reparait rapidement, deux lavements amidonnés, sous-nitrate de bismuth dans la nuit, une injection intra-utérine, qui n'amène que très-peu de matière blanchâtre, la sonde, d'ailleurs, pénètre avec plus de difficulté, le col se resserrant progressivement. — 14<sup>e</sup> jour : matin, P. 88, T. 36°6 ; soir, P. 102, T. 38°.

Le 4. Peu de diarrhée, sous nitrate de bismuth. — 15<sup>e</sup> jour : matin, P. 94, T. 37°8 ; soir, P. 96, T. 37°6.



Le 5. La diarrhée ayant reparu dans la nuit, on ordonne deux gouttes de laudanum avant chaque repas ; elle diminue dans la journée. Le soir, fièvre qu'on ne peut expliquer, aucune incommodité. — 16<sup>e</sup> jour : matin, P. 62, T. 36°8 ; soir, P. 120, T. 39°

Le 6. 17<sup>e</sup> jour : matin, P. 102, T. 37° ; soir, P. 114, T. 39°8.

Le 7. Pas de diarrhée, mieux sensible. — 18<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 37°6 ; soir, P. 104, T. 39°9.

Le 8. Figure, toujours très-pâle, rien à signaler, si ce n'est que l'utérus ne revient pas sur lui-même ; on continue toujours le même traitement. — 19<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 37°8 ; soir, P. 108, T. 39°9.

Le 9. On supprime le laudanum et le bismuth, 20<sup>e</sup> jour ; matin, P. 80, T. 36°5 ; soir, P. 84, T. 37.

Le 10. L'utérus a toujours sensiblement le même volume ; il est revenu dans l'axe de l'abdomen, on continue les injections et on applique un vésicatoire au dessus du pubis. — 2<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 37°8 ; soir, P. 94, T. 38°6.

Le 11. Pas de selle. Pilule de cynoglosse le soir. — 22<sup>e</sup> jour : matin, P. 98, T. 37°8 ; soir : P. 100, T. 38°6.

Le 12. 23<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 38°4 ; soir : P. 100, T. 39°.

Le 13. L'utérus a diminué de volume assez notablement, il ne s'élève plus qu'à trois travers de doigt au dessus du pubis. — 24<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 38°2 ; soir : 100, T. 39°2.

Le 14. La fièvre s'étant reproduite le soir, on administre un gramme de sulfate de quinine. L'injection intra-utérine donne un peu de sang : la sonde pénètre moins facilement ; la récurrence du liquide injecté se fait toujours très-bien. — 25<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 38° ; soir : P. 110, T. 39°2.

Le 15. Onpanse le vésicatoire avec un mélange de parties égales d'onguent napolitain et de cérat. La fièvre diminue ; on continue l'administration du sulfate de quinine ; on cesse les injections intra-utérines, la sonde ne pouvant plus franchir l'orifice interne du col. Du reste, l'utérus est bien revenu. — 26<sup>e</sup> jour : matin, P. 108, T. 38° ; soir : P. 110, T. 39°2.

Le 16. On découvre enfin pourquoi lorsque tout va bien du côté de l'utérus et de l'abdomen, la fièvre persiste avec ténacité. On aperçoit une vaste *eschare* du *sacrum* dont la malade et la garde n'avaient nullement eu l'idée de parler. Cette plaie et tout le tra-

vail d'élimination qui se fait expliquent la durée de la fièvre qui se prolonge encore pendant quinze jours présentant des oscillations fixes dans la température qui se maintient entre 38° et 39°. Pendant ce temps l'état général a été un instant très-aggravé : frissons, abattement, mais peu à peu la plaie se rétrécissant, le pouls est devenu meilleur, les forces ont repris et le premier novembre l'eschare bourgeonnant déjà, la malade sort de la Maison de santé, toujours d'une pâleur prononcée.

Obs. X. — Primipare; accouchement à terme; suites de couches difficiles; injections intra-utérines.

Mlle \*\*\* entre à la Maison de santé, chambre 2 n° 1, le 5 octobre 1875. Primipare. Accouchement à terme.

Le travail était commencé le 15 au soir. Le lendemain à 6 heures, dilatation complète. Enfin, le 18 seulement, à 5 heures du matin, l'accouchement se fait. Présentation du sommet O. G. A. L'enfant ne semble pas s'être senti de ce travail prolongé.

Le 18 les lochies sont assez abondantes. Pas de douleur, tisane de Tilleul orange; alimentation légère. — 1<sup>er</sup> jour : matin; P. 94, T. 37°8; soir : P. 96, T. 37°2.

Nuit calme, sommeil léger.

Le 19 au matin, état de bien-être, agitation très-grande dans la journée. La malade est très-nerveuse, elle a ri et pleuré par intermittence. Les suites de couche vont bien. Fièvre très-forte le soir. Nuit très-agitée; pas de sommeil. — 2<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 37°6; soir : 112, T. 39°5.

Le 20. L'agitation continue. Pas de selle. Un lavement de glycérine en amène vers la soir. Une assez vive émotion augmente l'agitation dans la soirée. Douleurs dans le côté droit sur le bord de l'utérus qui est revenu sur lui-même.

Potion de Todd; cataplasmes sur le ventre. — 3<sup>e</sup> jour : matin, P. 120, T. 39°4; soir : P. 120, T. 39°5.

Le 21. Les seins commencent à se gonfler, mais n'atteignent qu'un volume très-moderé, peu douloureux au toucher. Les lochies vont bien. L'agitation est moins grande. — 4<sup>e</sup> jour : matin, P. 108, T. 38°8; soir; P. 120, T. 39°6.

Potion de Todd. Injections vaginales sauge et menthe. Le soir une pilule d'extrait thébaïque.

Le 22. Le point douloureux augmente à droite sur l'insertion du

ligament large. Le soir, la fièvre est intense, l'agitation très-grande, dans la nuit, insomnie et paroles incohérentes.

Potion de Todd. Pilule extrait thébaïque. Plusieurs injections vaginales qu'on continue régulièrement. — 5<sup>e</sup> jour : matin, P. 116, T. 38<sup>o</sup>5 ; soir : P. 130, T. 39<sup>o</sup>9.

Le 23 on trouve le faciès de la malade très-altéré. Elle se sent très-faible. On ordonne en dehors des traitements des jours précédents : 1 gramme de sulfate de quinine en deux paquets pour le matin et le soir. Le soir la fièvre ne disparaît que de deux dixièmes de degré sur le chiffre du matin.

Pas de selle dans la journée. Langue légèrement blanchâtre. Point douloureux encore plus sensible. — 6<sup>e</sup> jour : matin, P. 122, T. 38<sup>o</sup>8 ; soir : P. 124, T. 39.

La nuit a été bonne.

Le 24. La constipation de la veille continue : 30 grammes d'huile de ricin amènent des selles abondantes. Les lochies ne sont pas arrêtées, mais depuis la veille elles sentent mauvais. On pratique deux injections intra-utérines qui font sortir du sang coagulé et du mucus à odeur très-prononcée.

L'appétit diminue ; très-légers frissons dans la journée. On continue la potion de Todd, l'infusion de sauge et menthe et le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. — 7<sup>e</sup> jour : matin, P. 116, T. 38<sup>o</sup> ; soir : P. 122, T. 38<sup>o</sup>5.

Le 25, mieux. La malade ne peut prendre qu'un litre de lait : Emotion très-vive qui amène le soir une fièvre plus forte. Dans la journée trois selles abondantes et diarrhéiques. Injections intra-utérines ; on continue le traitement sauf le sulfate de quinine. — 8<sup>e</sup> jour : matin, P. 100, T. 38<sup>o</sup> ; soir : P. 116, T. 39<sup>o</sup>.

Le 26. La nuit a été mauvaise. Insomnie, agitations. Les injections intra-utérines sont continuées ; elles amènent comme les jours précédents des détritrus muqueux. L'odeur des lochies a beaucoup diminué. — 9<sup>e</sup> jour : matin, P. 118, T. 39<sup>o</sup>6 ; soir. P. 120, T. 39<sup>o</sup>.

Sulfate de quinine, 0,50, potion de Todd, tisane. La diarrhée a été très-abondante.

Le 27. Lavement amidonné avec laudanum XV gouttes, potion avec laudanum XV gouttes, sirop de coings, 30 grammes. Deux selles diarrhéiques dans l'après-midi. Le soir, 0,50 de sulfate de quinine. — 10<sup>e</sup> jour : matin, P. 112, T. 37<sup>o</sup>8 ; soir : P. 124, T. 38<sup>o</sup>6.

Les lochies sont plus fétides que les jours précédents; on continue la potion de Todd.

Le 28. Diarrhée moins abondante, sulfate de quinine, potion de Todd. Mieux dans la journée.

Le liquide qui revient de l'utérus après les injections a une odeur bien moins mauvaise. — 11<sup>e</sup> jour : matin, P. 112, T. 38<sup>o</sup>2; soir : P. 116, T. 38<sup>o</sup>6.

Le 29. La diarrhée est arrêtée. Par mesure de précaution, on continue les XV gouttes de laudanum. L'appétit revient. La douleur au ventre est moins forte que les jours précédents. On supprime le sulfate de quinine. Les lochies n'ont presque plus d'odeur. — 22<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 37<sup>o</sup>; soir : P. 190, T. 38<sup>o</sup>.

Le 30. Le liquide qui sort de la matrice n'ayant plus d'odeur, on supprime l'injection intra-utérine du soir. Du reste, l'ouverture du col est très-diminuée. L'appétit augmente. La diarrhée est arrêtée. On supprime le laudanum. Pour tout traitement : potion de Todd et infusion de sauge et menthe. — 13<sup>e</sup> jour : matin, P. 92, T. 36<sup>o</sup>8; soir : P. 106, T. 38.

Le 31. On fait une injection intra-utérine le matin, on n'en fait pas le soir. La fièvre revient un peu, le thermomètre monte à 39<sup>e</sup> dans qu'on puisse en trouver la cause en dehors d'une très-légère diarrhée. La nuit est très-bonne. — 14<sup>e</sup> jour, P. 100, T. 367; soir : P. 104, T. 37<sup>o</sup>8.

Le 1<sup>er</sup> novembre. La malade se sentant mieux, on lui permet de se lever; elle reste peu de temps assise. Il est impossible de faire pénétrer la sonde dans l'utérus. — 15<sup>e</sup> jour : matin, P. 96, T. 36<sup>o</sup>7; soir : P. 100, T. 37<sup>o</sup>8.

Le 2, amélioration, appétit.

Ce mieux s'accroît jusqu'au 7, et la malade désormais complètement guérie quitte la Maison de santé.

En résumé, nous avons toujours fait des injections vaginales pendant toute la durée du traitement. Les injections intra-utérines ont manifestement déterminé l'amélioration graduelle ou rapide des symptômes inquiétants. Leur action a toujours été complexe : tantôt adoucissante et calmante, tantôt excitante et stimulante, détersive sur la plaie qui était ainsi régulièrement pansée et mise en

bonne voie de réparation ; enfin, action sur le produit de la plaie ; désinfection des lochies et des débris sanieux. La plaie utérine se cicatrisant mieux, l'utérus s'est toujours assez régulièrement rétracté.

Ainsi : hémorragies arrêtées, cicatrisation régulière de la plaie placentaire, fétidité des lochies modifiée, détritus putréfiés, balayés, rétraction utérine favorisée et partant disparition des accidents de résorption et de tout mouvement fébrile : tels sont en résumé les grands avantages de ces injections.

Toutes les fois donc qu'une hémorrhagie utérine inquiétante se produira soit de suite après l'accouchement, soit dans le courant des suites de couche, qu'il restera des lambeaux de placenta, que la matrice ne reviendra pas sur elle-même, qu'il y aura chez les primipares des tranchées ordinairement dues à la présence de caillots, que l'écoulement lochial deviendra fétide, s'arrêtera ou sera trop abondant, on tirera de grands bénéfices des injections intra-utérines prudemment faites.

#### INDICATIONS PRATIQUES.

Nous tenons à simplifier le plus possible tous les éléments de la question de la pratique des injections intra-utérines. Nous indiquerons la méthode la plus facile à suivre ainsi que les agents les plus commodes à se procurer.

1° *Appareil instrumental.* — Il doit se composer d'une sonde qui sera le tube injecteur, le conducteur utérin, et d'un récipient.

Depuis la sonde à boule perforée de Vidal (de Cassis) et celle à double courant d'Avrard, les sondes nouvelles

proposées n'ont présenté que de simples modifications apportées aux précédentes. Il y a la sonde de Marion Sims, il y a celle de Stoltz ; nous avons souvent employé cette dernière, c'est celle-là que nous préférons.

Faisons remarquer que la capacité du tube qui ramène le liquide doit être au moins trois fois plus grande que celle du tube d'apport ; on n'entrave pas ainsi la sortie des débris, des lochies épaissies. des parcelles de caillots, et le liquide ne s'accumule pas dans la cavité utérine : son retour est assuré. — Choisir de préférence les sondes métalliques.

Le récipient le plus commode est l'irrigateur Eguisier ; il est plus facile à charger qu'une seringue ; la force d'impulsion en est connue ; l'extrémité du tuyau qui ne gêne pas autant qu'une seringue, laisse plus de liberté à l'opérateur dans ses mouvements. On est moins obligé de découvrir la malade. Cependant une seringue, une cuvette même, ou un vase élevé à une certaine hauteur, pourraient, faute de mieux, être utilisés.

2° *Liquides à injecter.* — Les liquides qui ont été tour à tour employés sont des plus nombreux ; on les a divisés d'après leurs propriétés. Ce sont : de l'eau tiède, de l'eau de mauve, de guimauve, de l'orge miellé, de l'infusion de camomille, de lavande, etc., etc., comme *émollients*. Parmi les *astringents et styptiques* on a choisi le vin aromatique, l'eau-de-vie, la décoction d'écorce de chêne, de quinquina, le sulfate de protoxyde de fer étendu.

Comme *désinfectants*, on a préféré l'eau alcoolisé, iodée, le vin aromatique, l'hyposulfite de soude ou de potasse, l'acide phénique en solution.

Au nombre des *hémostatiques*, figurent l'eau froide, l'eau glacée, le vinaigre, la teinture d'iode, le perchlorure de fer étendu et surtout la solution du professeur Piazza.

Enfin comme agents *sédatifs*, on a pris la décoction de morelle, de pavots, et le laudanum.

Disons de suite que nous repoussons également les solutions par trop caustiques ou trop styptiques. Nous ramènerons les indications relatives au choix du liquide à trois termes, proposant d'employer l'eau tiède étendue d'alcool comme agent émollient, l'alcool étendu d'eau froide comme stimulant et hémostatique, — l'infusion de camomille additionnée de 10 à 50 grammes d'hypochlorite de soude à titre de désinfectant.

Nous répéterons avec M. Fontaine que l'on devra imiter la conduite du Dr Barns (1) président de la Société obstétricale de Londres et qu'on aura toujours une solution concentrée de perchlorure de fer dans son arsenal obstétrical.

3° *Position de la malade*. — En général, l'injection sera donnée sans déranger la position de la malade. Ce n'est que dans les cas de rétention du placenta du 3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> mois, lorsque l'on voudra attirer les lambeaux sortant du col, que la femme sera passée au spéculum et placée sur le bord de son lit.

La tête de la malade sera un peu basse, on glissera un bon coussin sous son siège ainsi qu'un bassin sur le bord duquel elle s'appuiera doucement. Les jambes fléchies sur les cuisses seront recouvertes d'alèzes chaudes ou de draps. Il importe que la patiente soit bien

(1) *The Lancet*, 1865.

placée et n'ait aucun effort à faire pour se maintenir dans cette position, on met ainsi la malade à l'abri des refroidissements et on s'évite des longueurs de temps. A ce moment on sera tout préparé à donner l'injection.

4° *Précautions opératoires.* — On aura toujours un aide. Le médecin devra être ambidextre comme pour le cathétérisme de l'urèthre.

L'indicateur enduit de cérat ou d'huile pénétrant avec une grande douceur dans ces parties toujours endolories, ira sans effort à la recherche du col qu'il fixera ; la pulpe sera placée en haut et la sonde, préalablement huilée, approchée de l'autre main avec lenteur glissera légèrement sur la face antérieure de l'indicateur placé dans le vagin. On pénétrera dans le col sans pousser. Nous étions toujours sûr d'être dans la cavité utérine surtout lorsqu'il orifice interne n'était pas trop lâche ; le bout de la sonde, en effet, était comme saisi, enserré ; elle ne tombait pas comme elle l'aurait fait dans le vagin ; c'est surtout chez les primipares ou chez les femmes accouchées depuis plusieurs jours que nous avons cette sensation qui nous était fournie grâce à la reformation du col.

On pénètre dans la cavité utérine et si l'on veut toucher le fond de la matrice il faut agir avec les plus grandes précautions.

Le doigt indicateur retiré, on adaptera l'extrémité du tuyau à la branche de la sonde correspondante au tube d'apport. L'aide ou la garde tournera la clef de l'irrigateur sans brusquerie.

Le liquide devra ressortir par la vulve, si le col n'est pas trop serré, mais toujours par la seconde branche.



Si le liquide était retenu, on s'arrêterait de suite, la sonde retirée serait désobstruée. — Le bec de la sonde sera tourné en différents sens pour mieux nettoyer la cavité. Si on se servait d'une seringue, on aurait soin de la vider de l'air qu'elle pourrait contenir.

Les injections, suivant les cas, seront plus ou moins fréquemment pratiquées. Ordinairement nous faisons dans les suites de couches des derniers mois, deux injections matin et soir et à chaque fois on utilise tout le liquide contenu dans l'irrigateur.

En principe, on continuera à laver l'intérieur de la matrice jusqu'à ce que le liquide injecté sorte sans la moindre altération.

Les injections vaginales n'en seront pas moins tous jours faites comme à l'ordinaire.

Terminons en ajoutant que l'on ne devra confier qu'à des mains prudentes et habiles la charge de faire ces injections. Des sages-femmes intelligentes, et il y en a beaucoup heureusement, sauront très-bien s'acquitter de cette fonction.

La pratique de nos maîtres et notre modeste expérience nous permettent de dire que les malades ont tous jours, après les injections, senti un soulagement marqué et un bien-être considérable sans avoir jamais éprouvé la moindre complication dont ces injections aient été justiciables.