

tiques en détruisant les surfaces, ou bien qu'elles pénètrent en raison d'une force propre comme certains cryptogames ou les infusoires. »

Nous trouvons, pour expliquer cette absorption, deux ordres de vaisseaux, les veines et les lymphatiques. Les premiers ne paraissent pas jouer un rôle aussi important que les seconds, à moins que la thrombose des tissus démontrée par Cruveilhier et Virchow ait été incomplète.

« C'est à l'absorption par les veines, dit M. D'Espine, qu'il faut probablement rapporter les accidents foudroyants de la septicémie subaiguë qui emportent les accouchées peu d'heures après l'accouchement, la rapidité de l'empoisonnement n'étant pas suffisamment expliquée par la lenteur de la circulation lymphatique (1). »

Il faut aussi dans ces cas tenir compte de l'ébranlement nerveux qui résulte du fait de l'accouchement et qui peut expliquer jusqu'à un certain point la terminaison rapide de la maladie.

La seconde voie d'introduction du poison septicémique est le système lymphatique. Le docteur Lucas Championnière, qui a étudié avec soin les lymphatiques de l'utérus après l'accouchement, a fait jouer un rôle important à la lymphangite dans le développement des accidents. Il a démontré que la péritonite était toujours plus accentuée au niveau des lymphatiques suppurés, et il a admis que la péritonite était consécutive à l'inflammation des lymphatiques. Il est donc très-vraisemblable d'admettre que ce sont les lymphatiques qui charrient les matières septiques et qui en permettent l'introduction au sein de l'économie.

D'autres auteurs ont pensé que la trompe pouvait servir de fil conducteur à l'inflammation.

Copland croit que l'inflammation peut ainsi cheminer le long des fibres de la trompe, mais c'est là une opinion qui ne nous paraît guère admissible.

M. J. Guérin a pensé que le pus et les liquides utérins pouvaient être entraînés dans le péritoine à travers les trompes par une sorte d'aspiration, et déterminer ainsi le développement de la péritonite. Cette idée, qui au premier abord est empreinte d'un certain caractère de probabilité, a été réfutée par les expériences de Fontaine sur des utérus de femmes récemment accouchées. Il résulte en effet de ces expériences que le liquide injecté dans la cavité utérine ne pénètre jamais dans le péritoine pourvu qu'on ait soin, 1° de ne pas propulser le liquide avec une trop grande violence; 2° de lui permettre de refluer dans le vagin dès que la cavité utérine est remplie (2).

On a encore pensé que l'introduction de l'agent septique pouvait se faire par les voies respiratoires, et, de là, il résulterait qu'une plaie des organes génitaux ne serait pas indispensable au développement de la maladie.

(1) D'Espine, *Contribution à l'histoire de la septicémie puerpérale*, Paris, 1873, p. 24.

(2) Fontaine, *Recherches sur les injections utérines après l'accouchement*, thèse.

Sans nous refuser absolument de croire à ce mode d'infection, nous pensons qu'il est très-exceptionnel et qu'il doit être admis avec une grande réserve.

§ IV. — Causes.

Les causes sont de deux ordres différents, les unes sont individuelles, les autres sont générales. Les premières sont inhérentes à la femme elle-même, les secondes sont le résultat de certaines conditions extérieures. Quelle est l'importance de chacune d'elles? C'est ce qu'il est très-difficile de préciser; nous croyons cependant que les causes individuelles ont la plus grande part dans la production de la maladie, tout en reconnaissant qu'à un certain moment, les causes générales peuvent intervenir efficacement pour entretenir et pour favoriser la transmission de la maladie, et même alors devenir plus importantes que les causes individuelles. Les causes individuelles président au développement de la maladie, les causes générales au contraire la perpétuent. Mais causes individuelles et causes générales ne sont que des causes prédisposantes, la cause efficiente est l'introduction dans la circulation de la septine élaborée à la surface de la plaie utérine. Nous étudierons donc successivement les causes soit individuelles, soit générales, qui favorisent le développement de la septine.

1° *Causes individuelles.* — A. *Conditions morales et physiques des femmes.* — Ces deux causes sont ordinairement intimement liées l'une à l'autre et il est très-difficile dans beaucoup de cas de faire la part qui revient à chacune d'elles. La femme qui vient d'accoucher est presque toujours dans un état d'affaiblissement physique très-marqué, la grossesse détermine chez elle un état de chloro-anémie qui facilite singulièrement le développement des accidents. Quant aux émotions morales, elles peuvent aussi être regardées comme une grande cause prédisposante.

Témoin insiste avec beaucoup de raison sur l'influence des émotions morales. Après des chiffres dont personne ne peut nier l'éloquence, l'auteur ajoute: « D'autres preuves de l'influence de l'état moral nous ont été fournies par l'épidémie de cette année. Maintes fois nous avons vu d'une manière frappante des femmes qui, presque guéries ou en bonne voie de guérison, souvent même exemptes d'affections puerpérales, être prises tout à coup à la fin d'une journée dans laquelle elles avaient eu le douloureux spectacle de femmes mourant à côté d'elles; c'est la peur, cette cause si bien reconnue dans toutes les affections épidémiques; ou bien encore des nouvelles leur arrivant du dehors les jours de visite surtout. »

Les filles mères, à cause des préoccupations et des chagrins auxquels elles sont en proie, sont plus sujettes au développement de la fièvre puerpérale que les femmes mariées. Voici à ce sujet les relevés de MM. Tarnier et Trélat, qui ont été communiqués à la Société de chirurgie (1).

(1) *Discussion sur l'hygiène des maternités*, Société de chirurgie, 1866.

Le relevé de M. Tarnier, qui comprend les années 1861, 1863, 1865, nous donne :

	ACCOUCHEMENTS.	DÉGÈS.	PROPORTION.
En 1861. Femmes mariées....	342	29	1 décès sur 11,79
— Filles mères.....	1,773	219	1 — 8,10
En 1863. Femmes mariées....	401	39	1 — 10,36
— Filles mères.....	1,602	237	1 — 8,10
En 1865. Femmes mariées....	276	29	1 — 9,51
— Filles mères.....	1,254	281	1 — 4,41

Le relevé de M. Trélat comprend une période de 10 ans de 1855 à 1864, il donne :

Femmes mariées..	1 décès sur 16,15.
Filles mères.....	1 — 11,14.

B. *Primiparité.* — *Age.* — Il est aujourd'hui parfaitement démontré que les primipares sont plus exposées que les multipares, et que les premières sont d'autant plus aptes à être atteintes, que l'accouchement a lieu à un âge plus avancé. Lasserre, Charrier, Guyon, Hervieux et Tarnier sont unanimes à reconnaître cette influence de la primiparité.

Sur 190 malades mortes à la suite de l'accouchement, M. Hervieux a noté 119 primipares et 71 multipares; sur 213 cas de mort, Charrier a trouvé 155 décès fournis par les primipares.

Cette mortalité plus grande chez les primipares paraît s'expliquer par ce fait que les déchirures du col ou du périnée sont plus fréquentes et que partant l'inoculation de la septine est plus souvent possible. D'un autre côté, la longueur du travail, qui est aussi plus grande chez elles, paraît avoir une influence certaine sur le développement des accidents.

C. *Acclimatement.* — D'après Lasserre, Charrier et Tarnier, les femmes enceintes seraient d'autant moins exposées à mourir à la suite de l'accouchement qu'elles auraient séjourné plus de temps à l'hôpital, avant le moment de la parturition. Mais cette opinion est contredite par Trélat et Hervieux (1). Il résulte d'un relevé statistique publié par Hervieux qui porte sur une période de dix ans que sur 21,029 femmes admises à la maternité de l'année 1855 à 1864 inclusivement, on compte 8,123 femmes accouchées le jour même de leur admission, et 12,906 ayant séjourné dans la maison de deux jours à un mois et plus avant leur accouchement : or sur ce chiffre de 8,123 il y eut 7,559 sorties et 564 décès. Sur le chiffre 12,906, on relève 11,698 sorties et 1,208 décès, ce qui donne une mortalité de 6,82 pour 100, pour les femmes accouchées le jour de leur entrée et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient préalablement séjourné dans la maison.

Il résulte donc de ces chiffres et de ceux publiés par d'autres observa-

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870, p. 49.

teurs que le séjour à l'hôpital serait plutôt défavorable. M. Hervieux, d'après un document qui lui a été communiqué par le directeur de la Maternité de Paris, fait remarquer qu'on doit distinguer en ce qui concerne l'acclimatement, les années épidémiques, des années non épidémiques.

Pour les premières, les relevés officiels résoudre la question dans un sens contraire à l'acclimatement, pour les secondes, dans un sens moins défavorable. « En d'autres termes, dit M. Hervieux, le séjour préalable à l'hôpital aggrave la mortalité dans les années épidémiques et exerce une influence beaucoup moins funeste dans les années non épidémiques (1). »

D. *Constitution.* — La santé antérieure des malades ne paraît pas avoir l'importance que certains auteurs lui attribuent, et beaucoup de femmes succombent sans avoir présenté d'altération sensible de la constitution. « J'ai souvent au contraire, dit M. Hervieux, surtout dans les années épidémiques, j'ai souvent, dis-je, été frappé de la fraîcheur, de l'embonpoint, de la constitution robuste de la plupart des malades qui sont emportées par le fléau puerpéral, tandis que des femmes grêles, débiles, sont respectées ou résistent aux accidents dont elles sont atteintes (2). »

E. *Longueur du travail.* — *Manœuvres obstétricales.* — La longueur du travail préside efficacement au développement de la maladie. D'après Lasserre (3), « un travail court n'exempte pas les nouvelles accouchées de la fièvre puerpérale; mais elles y sont beaucoup moins exposées; un travail long augmente la mortalité dans une proportion effrayante. »

Les chiffres suivants, indiqués par cet auteur, viennent à l'appui de son opinion.

Travail court (moins de 6 heures)...	845 accouchés	19 décès.
— moyen (de 6 à 8 heures).....	1,198	34
— long (plus de 18 heures).....	276	34

Tarnier et Hervieux partagent la même opinion.

Les opérations obstétricales au contraire sont loin d'avoir l'influence que l'on serait tenté de leur attribuer. Sans doute la mortalité des opérées est toujours plus élevée que celle des femmes qui sont accouchées naturellement, mais on voit que le nombre des décès en temps d'épidémie n'est pas proportionnellement plus grand que chez celles qui n'ont subi aucune manœuvre obstétricale.

Le tableau suivant, qui comprend cinq années de la Maternité de 1861 à 1865, et qui est emprunté à M. U. Trélat (4), indique clairement le pa-

(1) Hervieux, *Des maladies puerp., suites de couches*, 1870, p. 50.

(2) *Ibid.*, p. 62.

(3) Lasserre, thèse, Paris, 1812.

(4) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales (Annales d'hyg. et de méd. l'g., t. XXVII, 1867, p. 246).*

rallélisme qui existe entre la mortalité générale et celle qui suit les opérations chirurgicales.

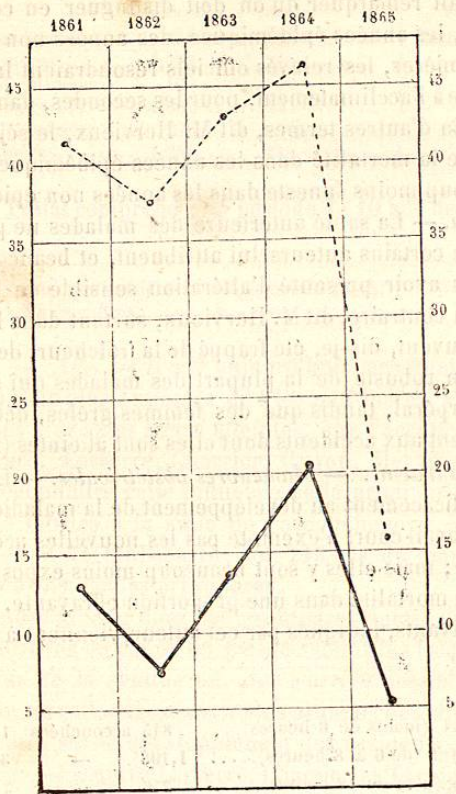


Fig. 333. — Parallélisme entre la mortalité des opérées et la mortalité générale.

Voici d'ailleurs les chiffres sur lesquels le tableau précédent est construit :

ANNÉES.	MORTALITÉ GÉNÉRALE POUR 100.	MORTALITÉ DES OPÉRATIONS POUR 100.
1861	11,73	41,67
1862	7,49	37,50
1863	13,70	42,80
1864	20,26	46,15
1865	5,97	15,62

M. U. Trélat fait remarquer alors que, lorsque la mortalité générale est forte, celle des opérations l'est aussi, toute proportion gardée. Si la mortalité générale baisse, il en est de même pour l'autre.

« Les chiffres qui précèdent, dit M. U. Trélat, ne sont en aucune façon des moyennes de résultats obstétricaux. Ce sont des chiffres horriblement chargés, des chiffres qui représentent pour un peu l'acte opératoire, et

pour beaucoup l'influence pernicieuse de l'hôpital. D'où M. Trélat conclut : « d'une part que les opérations fournissent un faible contingent à la mortalité générale, d'autre part que l'état nosocomial (indiqué par la mortalité) tient sous sa dépendance rigoureuse, le résultat des opérations. »

Il résulte de là que, puisque les opérations obstétricales ne paraissent pas avoir une influence notable sur le développement de la maladie et que d'autre part les accouchements longs et difficiles y prédisposent singulièrement, on ne devra pas hésiter à recourir au forceps quand le travail est laborieux. Ce conseil a d'ailleurs été déjà donné par Béhier, qui dit à ce sujet :

« Je suis si convaincu de la fâcheuse influence d'un travail long et difficile que je crois qu'il faut user du forceps plus souvent et plus vite que ne le conseillent en général les traités d'accouchement. C'est là un moyen d'éviter ces contusions de l'utérus, ces gangrènes partielles qui entraînent de si fâcheuses conséquences, comme aussi un moyen d'éviter ces phlegmasies auxquelles les veines utérines prennent part (1). »

L'application du forceps, quand elle se fait sans grands efforts, paraît en effet plutôt favorable ; mais si cette application a été laborieuse, et si les tractions violentes ont été nécessaires, le traumatisme est alors sérieux et est souvent suivi du développement de la fièvre puerpérale.

2° Causes générales. — Les causes générales qui favorisent le développement de la fièvre puerpérale sont multiples, c'est l'action combinée de ces causes qui, intervenant plus activement à certaines époques, favorisent le développement des épidémies.

Les malades atteintes de fièvre puerpérale laissent échapper, ainsi que nous l'avons déjà admis, des ferments qui se disséminent dans l'atmosphère. Que ces ferments se trouvent condensés sous l'influence de certaines conditions météorologiques, telles que l'humidité ou le froid qui empêchent la ventilation des salles d'accouchement, ou sous l'influence de l'encombrement ; il doit en résulter que leur action sera plus énergique, et qu'un plus grand nombre de femmes sera atteint ; on dit alors qu'il y a épidémie. Au contraire, si la dissémination des germes dans l'atmosphère est facile par suite de conditions météorologiques opposées, telles que : un temps sec avec un vent susceptible d'entraîner au loin le ferment morbide, une aération suffisante des salles et un nombre assez restreint de nouvelles accouchées, la maladie cesse de se produire, il y a absence d'épidémie.

Examinons successivement les diverses causes générales qui interviennent pour favoriser le développement des épidémies.

A. Conditions météorologiques. — Il est parfaitement démontré aujourd'hui que la fièvre puerpérale se développe dans certaines années et à

(1) Béhier, Conférences de clinique médicale, 1861, p. 585.

certaines époques avec une intensité et une gravité bien plus grandes que dans d'autres.

La maladie règne surtout dans les mois d'hiver et du printemps, pendant les temps humides et froids et pendant les alternatives de temps chauds et froids et à la fois humides. Les tableaux suivants semblent le prouver.

TABLEAU I. (GORDON.)

Octobre	13	Avril	6
Novembre	8	Mai	6
Décembre	12	Juin	»
Janvier	?	Juillet	»
Février	8	Août	5
Mars	6	Septembre	5

TABLEAU II. (CAMPBELL.)

1821. Mars	1	1822. Janvier	7
Avril	7	Février	6
Mai	2	Mars	5
Juin	2	Avril	4
Juillet	3	Mai	4
Août	1	Juin	3
Septembre	1	Juillet	2
Octobre	7	Août	1
Novembre	13	Septembre	3
Décembre	11	Octobre	2

TABLEAU III. (FERGUSON.)

	1827	1828	1829	1830	1831	1832	1833	1834	1835	1836	1837	1838	TOTAL.
Janvier	»	2	3	3	»	2	»	»	2	4	3	9	28
Février	»	2	7	»	»	»	»	»	2	6	»	»	17
Mars	1	»	3	2	»	»	2	»	»	6	»	8	22
Avril	3	»	1	1	4	1	1	3	2	6	3	9	34
Mai	4	4	»	»	1	»	2	»	5	2	2	»	20
Juin	»	3	»	»	»	1	2	»	6	4	»	»	16
Juillet	»	3	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	5
Août	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Septembre	2	8	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	12
Octobre	»	4	6	»	»	2	»	»	5	»	»	»	17
Novembre	»	»	»	1	2	»	»	4	2	»	»	»	9
Décembre	»	8	3	»	2	»	1	2	5	3	»	»	21
Malades	10	37	24	7	9	8	9	9	26	31	9	26	205
Morts	1	7	6	2	2	5	3	5	10	9	2	20	72

TABLEAU IV. (DUGÈS.)

1819. Janvier	81	1819. Juillet	40
Février	82	Août	40
Mars	65	Septembre	53
Avril	47	Octobre	69
Mai	67	Novembre	74
Juin	35	Décembre	63

TABLEAU V. (DELAROCHE, de Genève.)

Janvier	77	Juillet	37
Février	43	Août	36
Mars	76	Septembre	51
Avril	55	Octobre	51
Mai	35	Novembre	66
Juin	40	Décembre	61

A Aberdeen, les mois les plus funestes ont été octobre, décembre, novembre ; à Edimbourg, novembre, décembre, janvier ; à Londres, janvier, mars, février, décembre, mai ; à Paris, novembre, octobre, février ; à Genève, janvier, mars, février ; et, pendant ces mois, nous trouvons que les maladies caractérisées par une altération du sang sont prédominantes.

D'après les relevés de Lasserre, de Tarnier, de Témoins, de Hirsch (de Berlin), il est constant que la maladie est plus fréquente en hiver. Sur 23 épidémies citées par Lasserre, 11 ont eu lieu en hiver, 5 en automne, 5 en été, 2 au printemps ; sur 176 épidémies signalées par Hirsch, on en trouve 85 en hiver, 37 au printemps, 34 en automne, 20 en été.

Dans un relevé publié par M. U. Trélat (1) et qui comprend les chiffres des décès pendant une période de 40 ans à la Maternité de Paris, on trouve :

Avril et octobre	6 à 7 pour 100.
Janvier, février, mars, novembre, décembre, mai	5 à 6 —
Septembre et août	4 à 5 —
Juillet et juin	3 à 4 —

M. Trélat rapporte que « en 1829 la Maternité, l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu avaient tous une forte mortalité.

« En 1841 et 1842, la Maternité de Vienne, celle de Paris, Saint-Louis, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1853 et 1854, les Maternités de Vienne et de Paris, la Clinique et l'Hôtel-Dieu ; en 1861, les mêmes hôpitaux à Paris et à Vienne, subissaient en même temps les mêmes effets funestes.

« D'un autre côté, en 1848, 1849, 1850, 1851 et même 1852, la mortalité des accouchées dans les hôpitaux est plus basse à la fois à Vienne, à Dresde, à Londres, à Paris et dans tous les services de cette ville, Maternité, Clinique, Saint-Louis, Hôtel-Dieu. »

M. Trélat fait remarquer que, « en attribuant ces faits contradictoires aux conditions météorologiques, ils s'expliquent aisément. On sait que 1829 fut caractérisé par un froid rigoureux et persistant ; que 1842 fut une année de grande sécheresse ; que 1853, 1854, 1861, furent des années de tempêtes, de pluie prolongées et de trouble saisonnier profond, qui eut pour résultat de produire, au moins en France, la disette des récoltes.

(1) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (Annales d'hygiène et de méd. lég., t. XXVII, 1867, p. 262).

Inversement peut-on oublier que les années 1848 à 1851, et notamment 1848 et 1849, eurent de longs étés sans trop grande sécheresse et en conséquence d'abondantes récoltes ?

« Si, au contraire, on invoque ces analogies pour prouver la réalité et la puissance de l'épidémie puerpérale, si l'on veut que ce soit un génie épidémique qui manifeste ainsi son existence, il faut de toute nécessité admettre que parfois aussi un génie anti-épidémique entre en campagne et répand ses faveurs sur les Maternités, conséquence bizarre à laquelle n'ont point encore songé les partisans de l'épidémicité (1). »

Maintenant qu'il est bien constaté que la maladie se développe principalement par les temps froids et humides, recherchons quelle est l'influence des maisons d'accouchement et de l'encombrement, et nous verrons alors que l'influence si nuisible des Maternités peut être attribuée vraisemblablement à certaines conditions météorologiques.

B. Maisons d'accouchement. — Encombrement. — En passant en revue l'histoire des épidémies de fièvre puerpérale, il paraît y avoir sur son développement une influence très-manifeste des maisons d'accouchement. Lorsque des femmes sont réunies dans une salle d'hôpital et que quelqu'une vient à être atteinte de la maladie, l'écoulement lochial putréfié laisse échapper dans l'atmosphère des germes qui sont emportés par les poussières qu'il renferme, ou s'attachent aux objets de pansement ou aux vêtements ou aux mains des personnes qui donnent des soins aux accouchées et qui, venant à se trouver en contact avec l'écoulement lochial de femmes séjournant dans la même salle, y déterminent la fermentation et propagent ainsi la maladie.

Le développement exagéré, à certaines époques, de la fièvre puerpérale, paraît être en rapport avec l'accumulation des germes sous l'influence de conditions météorologiques particulières.

« Je crois, dit M. U. Trélat, que les variations de l'atmosphère n'agissent nullement en vertu d'une puissance occulte et mystérieuse, mais qu'elles sont, pour le miasme hospitalier, ce que sont les chaleurs orageuses pour le miasme paludéen, ce que sont les sécheresses prolongées pour les miasmes des grandes villes, ce que sont les temps de dégel ou d'humidité pour les miasmes de toutes les habitations (2). »

Quant à l'encombrement, il paraît être une cause efficace dans le développement de la maladie. Au premier abord cependant la statistique paraît démontrer le contraire. Spaeth (de Vienne), s'appuyant sur des relevés statistiques qui comprennent une longue suite d'années de 1784 à 1863, a admis que la mortalité des salles de femmes en couches est indépendante du chiffre de la population de ces salles.

(1) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (Annales d'hyg. et de méd. lég., t. XXVII, 1867, p. 270).

(2) U. Trélat, *Étude sur les maladies puerpérales* (Annales d'hygiène et de méd. lég., t. XXVII, 1867, p. 268).

La même remarque peut être faite pour la Maternité de Paris. La statistique de la mortalité de cet hôpital de 1802 à 1863 démontre que les années les plus chargées comme nombre d'accouchées sont précisément celles qui ont fourni le moins de décès pour 100.

Cette conclusion est cependant erronée, car si l'on veut bien considérer ce qui se passe quand une épidémie de fièvre puerpérale se développe, on verra alors que c'est la conclusion opposée qu'il faut considérer comme vraie. Voyons en effet ce qui se passe suivant que l'état sanitaire d'un hôpital est bon ou mauvais. Dans le premier cas, les accouchements se succèdent rapidement, les femmes ne séjournant que peu de jours à l'hôpital, et les lits ne restent alors presque jamais vacants. Dans le second cas, au contraire, on restreint le nombre des entrées et les femmes occupent leur lit pendant un espace de temps bien plus considérable. Il résulte, de là, que les années les plus chargées comme mortalité, seront aussi précisément celles qui fourniront le moins d'accouchements.

Nous pensons au contraire que l'encombrement joue le rôle d'une cause adjuvante, importante et dont il est bon de tenir compte.

C. Infection. — Quant à l'infection de la malade par l'introduction du ferment septicémique, par les voies respiratoires, nous avons admis qu'elle était douteuse, nous avons d'ailleurs vu le même doute soulevé par M. Verneuil pour la septicémie des blessés, bien que cet auteur rapporte que des malades ayant une simple contusion, mais placés au voisinage de sujets septicémiques, ont pu présenter des accidents fébriles résultant probablement d'une infection par les voies respiratoires. Mais il faut remarquer que les accidents observés par M. Verneuil ont toujours été légers et personne, je crois, n'a encore vu mourir de septicémie un malade, sans présenter une lésion des téguments.

Nous sommes dès lors assez éloigné de l'opinion de M. Hervieux qui admet l'existence d'un miasme spécial qu'il désigne sous le nom de miasme puerpéral et dont la voie d'introduction ordinaire dans l'économie serait l'appareil pulmonaire. Nous pensons au contraire que la maladie tient à l'introduction par les vaisseaux de la septine élaborée à la surface de la cavité utérine et peut-être, mais exceptionnellement, à l'introduction du même poison par les voies respiratoires.

D. Contagion. — La contagion, qui ne semble guère douteuse aujourd'hui, rend parfaitement compte du développement de la fièvre puerpérale dans les Maternités. Lorsqu'une femme vient à être atteinte de la maladie, elle laisse échapper, avons-nous dit, des germes qui se répandent dans l'atmosphère des salles et se déposent sur les objets qui servent à l'usage des nouvelles accouchées. Ces germes peuvent se trouver en contact avec l'écoulement lochial de femmes récemment accouchées et jusqu'alors indemnes. Il se produit chez ces dernières une fermentation de l'écoulement lochial d'où résulte l'intoxication si les vaisseaux lymphatiques

utérins se trouvent dans des conditions favorables à l'absorption du produit altéré.

Je dois à l'obligeance de mon excellent ami le docteur Charpentier, une traduction d'un passage de Braun qui offre des vues assez originales sur la contagion et l'infection des maladies pour que je croie utile de le reproduire. « Toutes les maladies contagieuses, dit Braun, consistent dans une modification de la vie cellulaire, et contagion et infection sont deux expressions identiques. Par conséquent il n'est pas impossible que le typhus, la scarlatine, la rougeole, la grippe, la peste, la fièvre jaune, le choléra, la fièvre puerpérale, la pourriture d'hôpital dérivent d'un agent commun, et que les différents phénomènes de ces maladies naissent dans l'organisme humain, des différentes circonstances prédisposantes inhérentes aux individus, ou dépendant des rapports de terrain, de lieu et de climat; ou bien soient déterminés par des influences atmosphériques et telluriques qui pourtant, la plupart du temps, échappent à tout contrôle.

« Un seul individu atteint d'une de ces maladies pourrait par conséquent agir contagieusement sur toute une population, c'est-à-dire à la façon de la levûre qui est en état de mettre en mouvement toute une masse fermentescible. Cela explique comment les épidémies éclatent; de telle sorte qu'un individu considéré comme foyer d'infection pourrait devenir ainsi un foyer épidémique, et que par conséquent il serait faux de poser en principe que des maladies épidémiques ne sont pas contagieuses (1). »]]

Laissant de côté la question de la contagion d'une malade à une autre, examinons un instant la possibilité du transport de l'affection par une tierce personne à une patiente pendant qu'elle accouche, ou après son accouchement. La valeur des faits connus sera mieux appréciée si on les soumet à une classification.

1° Il semble impossible de douter que la matière contagieuse capable de donner la fièvre puerpérale puisse être portée par une tierce personne non atteinte de la maladie; par exemple, dans les faits connus de fièvre puerpérale, suivant les pas de médecins ou de gardes ayant soigné immédiatement auparavant des malades atteintes d'érysipèle. Les cas sont trop nombreux et trop remarquables pour être regardés comme de simples coïncidences; j'ajoute même que l'existence, au même moment, d'une épidémie puerpérale ne les invaliderait pas. La cause productrice n'en serait que plus puissante.

2° L'opinion connue de Rokitanski, Semmelweis (2) et d'autres, est que la matière morbifique recueillie par la dissection de sujets n'ayant pas succombé en couches, peut être transportée par l'anatomiste et développer

(1) Braun, *Zur Lehre und Behandlung der Puerperalprocesse und ihrer Beziehungen zu einigen zymotischen Krankheiten (Klinik der Geburtshilfe und Gynäkologie, 1865).*

(2) Semmelweis, in Arnet, *Note sur le moyen proposé et employé par M. Semmelweis pour empêcher le développement des épidémies puerpérales (Annales d'hygiène, 1851, t. XLV, p. 281).*

la maladie chez une femme qu'il aura accouchée, et c'est en grande partie à cette cause qu'a été attribuée l'explosion de la fièvre puerpérale à la Maternité de Vienne. Un célèbre médecin étranger avoue qu'il doit en deux circonstances le développement de la maladie dans sa clientèle privée à ce qu'il a manié des pièces anatomiques, avant d'assister les femmes dans leur accouchement.

3° Nous aurons, par conséquent, moins de difficultés à croire que des effets semblables puissent être produits par des hommes ayant disséqué des cadavres de femmes accouchées, avant d'assister à un accouchement, surtout s'ils n'avaient pas pris aussitôt les précautions les plus rigoureuses.

Par exemple, dans l'automne de 1821, Campbell (d'Édimbourg) pratiqua l'autopsie d'une femme mariée ayant succombé à la fièvre puerpérale, après un avortement survenu dans les premiers mois.

Il enleva les viscères du bassin et les porta dans la poche de son habit à l'amphithéâtre; le lendemain matin, il remit les mêmes vêtements, il assista avec quelques-uns de ses élèves à une opération obstétricale à Bridewell. La femme fut prise de la même affection et mourut. La même nuit, il accompagna le docteur Orr pour délivrer une femme au nord de Canongate. Elle succomba également, et, dans un très-court espace de temps, trois autres femmes subirent le même sort.

En 1823, il assista à une autopsie de fièvre puerpérale, mais il ne put se laver les mains avec tout le soin désirable. En sortant de l'amphithéâtre d'autopsie, il assista deux femmes dans leur accouchement et toutes les deux moururent.

A un meeting du College of Physicians, à Philadelphie (États-Unis), Warrington rapporta que, après avoir assisté à une autopsie de péritonite puerpérale, il fut appelé à faire successivement trois accouchements. Les trois femmes furent prises de fièvre puerpérale. « M. Davies rapportait que, dans l'automne de 1822, il eut douze cas de fièvre puerpérale pendant que les collègues du voisinage n'en avaient pas, ou au moins excessivement peu. Il ne pouvait, disait-il, attribuer ce fait à d'autres causes qu'au transport de la maladie par lui-même, qui avait assisté à deux autopsies de fièvre puerpérale, et cependant il avait pris toutes les précautions imaginables. Un jeune médecin, aussitôt après avoir fait l'autopsie d'une femme ayant succombé à une affection puerpérale sporadique, fit trois accouchements; les trois femmes moururent de fièvre puerpérale. » Ingleby rapporte que deux médecins, après avoir assisté à une autopsie de fièvre puerpérale, s'en furent dans les mêmes vêtements, chacun de leur côté, procéder à une opération obstétricale. L'une des femmes fut prise après trente heures, et l'autre après trois jours. L'un des médecins, habillé encore des mêmes vêtements, assista une autre femme, elle fut prise le soir du cinquième jour et mourut (1).

(1) Copland's Dictionary, art. PUERPERAL FEVER.