

minera par la malade, si les distances le lui permettent; 6° il sera toujours sage de charger un aide de faire les autopsies, si le médecin y assiste, il ne portera pas le même vêtement, s'il doit faire quelque accouchement, jusqu'à ce qu'il soit bien aéré. Si l'autopsie est faite par lui-même, il prendra des précautions exceptionnelles, il fera des ablutions répétées avec le chlorure de chaux, etc., il changera complètement de vêtements; ou mieux encore, suivant le conseil de Copland, il s'abstiendra de faire des accouchements pendant plusieurs jours; 7° ces remarques sont applicables à toutes les autopsies, quelle que soit la maladie à laquelle ait succombé le sujet, bien que les faits soient plus frappants et plus significatifs, quand il s'est agi de femmes ayant succombé à la fièvre puerpérale, à l'érysipèle ou à des inflammations diffuses, etc.

§ V. — Anatomie pathologique.

[[Les auteurs anciens considéraient la péritonite comme la lésion la plus ordinaire de la fièvre puerpérale, mais depuis qu'on a étudié avec plus de soin les lésions anatomiques de la maladie, on s'est aperçu que le plus souvent les lymphatiques et les veines étaient en même temps latérés, et contenaient du pus; aujourd'hui même, il paraît probable que la lymphangite accompagne presque toujours la péritonite dont elle semble même le point de départ.

Outre ces lésions inhérentes à l'appareil utérin et que nous regardons comme primitives, on en rencontre d'autres plus éloignées qui doivent être considérées comme consécutives à l'introduction de l'agent septique dans la circulation, nous voulons parler de l'altération du sang et des abcès métastatiques.

Nous étudierons donc successivement : 1° les lésions de l'utérus, des vessies, des lymphatiques, du péritoine, des ovaires des trompes; 2° les altérations du sang et les abcès métastatiques.

Utérus. — L'utérus est toujours plus ou moins altéré, il conserve un volume considérable et le retrait qu'il a subi n'est nullement en rapport avec le temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement. Il n'est pas rare de le voir conserver 15 et même 18 centimètres de hauteur, et 4 à 6 centimètres d'épaisseur. Sa consistance est variable tantôt il est ferme et dense et présente sa coloration à peu près normale, tantôt il est mou et flasque, et se laisse plus facilement déchirer.

Cette persistance du volume de l'organe s'explique aisément par suite du défaut de l'involution rétrograde sous l'influence des altérations qu'il subit.

La surface interne de l'utérus est recouverte soit d'une bouillie rougeâtre visqueuse, qui disparaît cependant sous un filet d'eau; soit d'un mucus épais et purulent; mais, dans les deux cas, il existe une fétidité plus ou moins marquée.

Il n'est pas rare non plus d'y rencontrer des lambeaux à aspect pseudo-membraneux et même gangrenés, alors le liquide contenu dans l'utérus est d'une fétidité extrême et assez analogue suivant la remarque de M. Tarnier (1) à l'eau des ruisseaux fangeux.

Si l'on presse entre les doigts le tissu utérin, on voit presque toujours sourdre à la surface de la matrice quelques gouttelettes de pus. Cette particularité s'observe principalement au niveau de l'insertion placentaire.

Ces lésions de la cavité utérine qui s'observent dans tous les cas de fièvre puerpérale avec une intensité plus ou moins grande, sont pour nous de la plus grande importance, en ce qu'elles expliquent l'origine des diverses inflammations que nous allons bientôt passer en revue, et aussi des troubles généraux si graves qui constituent la fièvre puerpérale. Ces lésions que nous regardons comme constantes ont cependant été révoquées en doute dans un certain nombre de cas par les auteurs qui admettent l'essentialité de la maladie.

Veines. — Les sinus utérins et les veines utérines sont très-souvent enflammées et renferment du pus. Cette suppuration des sinus s'observe très-facilement si l'on pratique des coups minces du tissu utérin. On voit alors une petite cavité remplie de liquide purulent qui au premier abord simule assez bien un petit abcès, mais qui peut en être distinguée si l'on incise le sinus dans une certaine étendue; à côté de ces sinus suppurés on en rencontre habituellement d'autres renfermant de simples caillots fibrineux, peu adhérents. Dans ce second cas, les parois veineuses sont peu altérées, tandis que, lorsque la suppuration a eu lieu, on trouve la surface interne des veines injectée, inégale et comme tomenteuse.

Les veines suppurées se rencontrent plus spécialement le long des côtés de l'utérus. Le col de l'utérus présente souvent, suivant les remarques de Béhier, des sinus contenant du pus. C'est là qu'il faut chercher avec soin le pus lorsqu'on n'en rencontre pas dans le reste de l'organe, et c'est probablement faute d'avoir cherché en ce point avec une attention suffisante qu'un certain nombre d'autopsies n'a révélé aucune lésion.

Lymphatiques. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de la lymphangite, Béhier considère la phlébite comme beaucoup plus fréquente. Cazeaux et Cruveilhier pensent le contraire. M. Lucas-Championnière, qui soutient cette dernière opinion, pense que, si l'on a admis la fréquence aussi grande de la phlébite, c'est que le plus souvent on a pris pour des veines, des lymphatiques enflammés, et ce qui lui fait supposer que Béhier a fait réellement cette confusion, c'est que le savant professeur « recherche les veines purulentes précisément dans les points où les lymphatiques prédominent, aux angles utérins, sur les côtés du col, à l'union du corps avec le col (2). »

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, 1858, p. 20.

(2) Lucas Championnière, *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*, thèse. Paris, 1870, p. 57.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Depaul, *Communication à l'Académie de médecine*. 2 mars 1853.

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

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

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

§ VI. — Symptômes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Béhier, *Union médicale*, 1858.

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

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

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