

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.

Cinq jours après.....	1 —
Six jours après.....	0 —
Sept jours après.....	0 —
Huit jours après.....	3 —
Après le huitième jour.....	0 —

Sur 20 cas publiés par notre ancien collègue d'internat, M. Thierry (1), l'invasion a eu lieu :

Pendant l'accouchement.	2 fois.
Le premier jour.....	9 —
Le deuxième jour.....	4 —
Le troisième jour.....	3 —
Le quatrième jour.....	1 —
Le cinquième jour.....	1 —

M. Thierry nous rapporte que dans un relevé fait par M. Berrier-Fontaine (2), on voit, sur 247 malades, les accidents se montrer :

Du premier au troisième jour...	185 fois.
Du quatrième au dixième.....	60 —
Du onzième au douzième.....	2 —

La gravité de la maladie paraît être en rapport avec l'apparition plus rapide des accidents. Mac-Clintock (1) dans une épidémie observée à Dublin en 1854 et 1855 a vu la mortalité être d'autant plus élevée que l'invasion était plus voisine de l'accouchement.

Sur 9 malades pour le 1 <sup>er</sup> jour 8 meurent.	
— 12 — 2 <sup>e</sup> — 6 —	
— 10 — 3 <sup>e</sup> — 3 —	

Le début des accidents est ordinairement marqué par un frisson violent et plus ou moins prolongé.

*Frisson.* — Le frisson survient en général très-près du début de la maladie, et il est le premier indice du passage de l'agent toxique dans le torrent circulatoire.

Le frisson peut ne durer que quelques minutes, mais le plus souvent il se prolonge pendant 15 minutes à une demi-heure, et même on le voit persister pendant une heure et plus encore.

Le frisson peut être unique ou se répéter à plusieurs reprises, M. Tarnier, qui admet qu'il est rare de le voir se reproduire une seconde fois, attribue une grande importance à cette remarque qui selon lui doit différencier la fièvre puerpérale de l'infection purulente et de l'infection putride

(1) Thierry, *Des maladies puerpérales observées à l'hôpital St-Louis en 1867*, thèse. Paris, 1868.

(2) Berrier-Fontaine, *Typhus puerpéral observé à la Maternité en 1831*, thèse. Paris, 1835.

dans lesquelles on voit le frisson se reproduire à des intervalles de temps variables.

M. Depaul partage la même opinion. Mais nous pensons qu'ils ont attaché une trop grande importance au frisson unique pour distinguer la fièvre puerpérale de l'infection putride ou purulente. Le frisson unique survient en général dans les cas graves, qui se terminent rapidement par la mort. Le frisson unique indique l'introduction dans l'économie d'une forte dose de matière toxique. Les frissons multiples se rencontrent en général dans les cas où la maladie marche plus lentement, et chaque fois qu'une nouvelle quantité de septine pénètre dans le torrent circulatoire. Dans le cas de frisson unique la malade a absorbé une dose de poison suffisante pour déterminer rapidement la mort, tandis que, dans les cas de frissons multiples, la terminaison fatale ne survient que par l'introduction successive et répétée de l'agent morbifique.

La malade éprouve pendant ce temps un malaise considérable, les dents claquent, la face est altérée, exprime l'anxiété; quelquefois le claquement des dents fait défaut, et il existe un simple refroidissement avec horripilations. Il existe en même temps une soif vive et une accélération considérable du pouls qui peut battre 120 à 160 fois par minute.

*Douleur.* — La douleur abdominale se montre dès le début des accidents, elle est plus constante que le frisson. Cette douleur précède le frisson ou tout au moins l'accompagne. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur le début de l'apparition de la douleur. M. Tarnier admet qu'elle naît le plus souvent après lui; M. Béhier, au contraire, pense que la douleur précède presque toujours le frisson.

On conçoit que la douleur qui est le premier signe de l'inflammation se montre en effet avant le frisson. Mais elle peut cependant ne pas précéder le frisson, car nous avons admis que l'inflammation des lymphatiques et des veines peut être, comme le frisson, le résultat de l'introduction dans leur cavité de la septine élaborée à la surface de la cavité utérine.

La douleur d'abord limitée vers l'hypogastre s'irradie bientôt dans tout le ventre, lorsque l'inflammation se généralise et s'étend à toute la séreuse péritonéale; mais il n'est pas rare de voir cette douleur rester limitée à la région hypogastrique.

La douleur présente une intensité très-variable, chez quelques femmes elle est faible et ne se révèle que par la pression; chez d'autres, elle est spontanée, et arrache des plaintes à la malade qui ne peut même supporter le poids de ses couvertures.

Sa durée est très-variable, d'abord très-aiguë, elle décroît, en général, au bout de 24 à 48 heures, et disparaît même presque complètement peu de temps avant la mort. Cette disparition rapide de la douleur est regardée comme un signe de mauvais augure, elle indique suivant Béhier

« non pas l'amendement des lésions abdominales, mais une dépression telle de l'économie que le système nerveux n'a plus la vitalité nécessaire pour répondre aux excitations par la perception de la douleur (1). »

Dans quelques cas, la douleur est à peine marquée, et le ventre ballonné tendu, n'est sensible que si l'on pratique une pression assez énergique.

*Pouls. Température.* — En même temps que le frisson, il survient une accélération du pouls et une élévation considérable de la température. Le pouls bat de 120 à 160 fois par minute. Il est petit, mou, facilement dépressible, et devient irrégulier et filiforme dans la période ultime de la maladie.

La température de la malade s'élève d'une façon très-notable, la peau présente une chaleur âcre, brûlante; après les frissons, il n'est pas rare d'y rencontrer une certaine moiteur.

*Tube digestif.* — La soif est habituellement vive, l'appétit n'existe plus, la langue ordinairement blanche, collante, au début, devient ensuite un peu rouge vers la pointe et sur les bords, puis elle se sèche et se recouvre ainsi que les dents de mucosités épaisses et de fuliginosités.

Dans un certain nombre de cas, il existe des vomissements. Ils manqueraient, suivant M. Tarnier, dans un tiers des cas. Les matières rendues sont verdâtres, porracées. Les vomissements d'abord très-pénibles, deviennent ensuite plus faciles et sont assez souvent accompagnés d'un hoquet très-fatigant.

La diarrhée plus fréquente que les vomissements, coïncide souvent avec eux ou se produit du deuxième au cinquième jour de la maladie. Quelquefois cependant elle se produit dès le début des accidents. La diarrhée se répète assez fréquemment, et les selles sont très-souvent involontaires. D'autres fois, mais plus rarement cependant il existe de la constipation qui résiste à l'emploi des purgatifs, ou qui souvent est remplacée par de la diarrhée lorsque l'on a provoqué quelque garde-robe.

Ordinairement il survient de la tympanite due à la distension des intestins sous l'influence de l'inertie du système nerveux intestinal. « Il n'y a dans ces cas, dit Béhier, aucune douleur abdominale, même à la pression; mais je me hâte de dire qu'il n'y a aucun fond à faire, aucun pronostic favorable à porter sur cette absence de douleur, parce que ce signe manque, même alors qu'existe une complication péritonéale, qui devrait le déterminer (1). »

*Voies respiratoires.* — La respiration est ordinairement facile mais courte, d'autres fois la malade est essoufflée, et considérablement gênée. Il n'est pas rare alors de compter de 30 à 40, et jusqu'à 60 respirations par minute, même sans qu'il existe aucune complication du côté de l'appareil pulmonaire.

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 541, 1864.

(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 539, 1864.

Cette accélération des mouvements respiratoires rend la parole entrecoupée.

Cette accélération des mouvements respiratoires ne peut être expliquée que par l'altération du sang qui est devenu impropre à l'hématose, car le refoulement du diaphragme ne suffit pas pour expliquer la dyspnée, et l'auscultation de la poitrine ne révèle aucune altération locale.

*Innervation.* — L'intelligence reste ordinairement intacte jusqu'à la fin de la maladie, elle est cependant un peu diminuée, et les malades se faisant illusion sur leur état succombent sans avoir la conscience de la gravité de leur maladie.

Quelquefois cependant il se produit un délire loquace, sans manifestations violentes, qui survient principalement pendant la nuit. Pendant le jour, la malade est calme, bien que, de temps à autre, elle prononce quelques paroles incohérentes.

La céphalalgie est rare. Les malades subissent une dépression rapide, elles sont indifférentes à tout ce qui les entoure. La face est considérablement altérée. Elle prend ainsi que toute la peau une teinte pâle, jaunâtre, la peau prend l'aspect de la cire. La face ne prend pas l'aspect grippé de la péritonite; elle a beaucoup plutôt, fait remarquer Béhier, l'apparence d'hébétude observée dans la fièvre typhoïde.

Après un certain temps et quelques heures seulement avant la mort, il survient du coma, et la malade meurt dans un état d'asphyxie très-manifeste.

*Lochies.* — La plupart des auteurs anciens ont regardé la suppression des lochies comme étant la cause des accidents; aujourd'hui, au contraire, on s'accorde à regarder cette suppression comme un effet de la maladie. Les auteurs anciens avaient sans doute eu tort d'attacher une grande importance à cette suppression des lochies comme cause de la maladie, mais le fait même de la suppression des lochies n'en conserve pas moins une assez grande valeur, au point de vue clinique, en ce que cette suppression coïncide avec l'altération, de l'écoulement lochial, altération qui est rendue évidente par une odeur fétide et gangréneuse.

En même temps que l'on constate cette féiuidité et cette diminution de l'écoulement lochial, il n'est pas rare de voir des lambeaux gangrénés être expulsés par la vulve, ou des plaques gangréneuses ou diphthéritiques se produire sur les points de la vulve qui ont été contus ou déchirés.

*Sécrétion lactée.* — La sécrétion lactée, qui survient ordinairement dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, et même assez souvent pendant la grossesse, s'établit difficilement ou même ne se produit pas du tout chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale; si la maladie survient alors que la sécrétion lactée s'est déjà produite, les seins s'affaissent et le lait devenu plus aqueux cesse d'être sécrété.

Après avoir ainsi étudié les divers troubles qui surviennent dans la

fièvre puerpérale, quelle que soit la lésion qui en soit le point de départ, nous devons chercher à reconnaître quels sont les symptômes fournis plus spécialement par chacune des diverses lésions que nous avons passées en revue.

1° *Phlébite utérine.* — La multiplicité des frissons caractérise plus spécialement la phlébite, mais le frisson est cependant quelquefois unique. Suivant M. Hervieux (1), « frissons multiples, erratiques, irréguliers, sans périodicité appréciable de durée et d'intensité inégales, plutôt petits en général que véhéments, tels sont les caractères habituels du frisson de la phlébite utérine. »

Quant à la douleur, elle occupe la région hypogastrique et est surtout évidente vers les angles de l'utérus, et révélée principalement par la palpation qui perçoit, suivant la remarque très-judicieuse de M. Béhier (2), « une corde qui se dirige de la corne de l'utérus vers la partie antérieure des fosses iliaques. »

La douleur n'est point en général spontanée et n'est pas très-aiguë.

La phlébite utérine s'observe assez souvent indépendamment de la péritonite. La lymphangite purulente, au contraire, dit Cruveilhier (3), s'accompagne presque toujours de péritonite et de phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal. « D'une autre part, ajoute Cruveilhier, les abcès multiples du foie, des poumons qui s'observent dans la phlébite utérine, suppurée comme dans toutes les autres phlébites purulentes, sont étrangers à la purulence des vaisseaux lymphatiques, de telle sorte que lorsqu'on rencontre en même temps abcès multiples dans les viscères et lymphangite purulente, on peut être à peu près certain qu'il y a complication de phlébite purulente. »

*Lymphangite.* — La lymphangite est plus souvent encore que la phlébite le point de départ des accidents septicémiques. Cette manière de voir, qui est acceptée par Cazeaux, est rejetée par Béhier, qui pense que c'est la proportion inverse qui est vraie. M. Lucas Championnière (4) croit que si M. Béhier a rencontré si souvent la phlébite, c'est que probablement il a pris des lymphatiques pour des veines.

La lymphangite qui joue un rôle important dans le développement des accidents est difficile à distinguer de la phlébite. A ce sujet, nous citerons l'opinion de M. Hervieux qui admet très-nettement les difficultés de ce diagnostic. « Les symptômes locaux et généraux de l'angioloécite puerpérale, dit cet auteur, étant exactement les mêmes que ceux de la phlébite, du moins en ce qui concerne les vaisseaux de l'utérus et du bassin, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de différencier

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870, p. 660.

(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, 1864, p. 527.

(3) Cruveilhier, *De la fièvre puerpérale. Communications à l'Académie*. 1858, p. 138.

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

sur le vivant ces deux affections, se produisant dans les mêmes conditions, sous les mêmes influences, affectant les mêmes formes, les mêmes allures, et étant susceptibles des mêmes complications et des mêmes terminaisons, elles ont le même degré de gravité et réclament les mêmes moyens de traitement (1). »

*Péritonite.* — La péritonite est surtout caractérisée par des douleurs vives, souvent intolérables, qui s'étendent à tout l'abdomen; quand la maladie est généralisée, elle s'accompagne aussi plus souvent de vomissements et de diarrhée. De plus, il survient ordinairement de la tympanite. Mais il ne faut pas oublier que la distension des intestins par des gaz peut encore s'observer en dehors de l'inflammation péritonéale. La tympanite est due alors à la paralysie de l'intestin, sous l'influence de la dépression générale de l'organisme.

Mais ce qui permet de distinguer la tympanite qui survient sous l'influence de la paralysie de l'intestin, de la tympanite liée à la péritonite, c'est que dans le second cas, une douleur vive siégeant dans tout l'abdomen a précédé le développement de cette tympanite.

Quant aux vomissements, ils ne sont pas non plus constants, et il n'est pas rare de rencontrer des femmes où ce symptôme manque complètement.

*Métrite.* — La métrite qui survient aussi quelquefois à la suite de l'accouchement et qui présente une marche et une gravité très-différentes de l'inflammation survenant dans l'état de vacuité de l'organisme, ne doit pas nous arrêter bien longtemps, car elle se termine habituellement par la guérison, à moins qu'elle ne soit compliquée de l'inflammation des veines ou des lymphatiques. La métrite donne lieu à une sensibilité considérable de l'organe que l'on constate par le toucher vaginal, en pressant sur le col et le corps de l'organe et par la palpation hypogastrique. En même temps la matrice conserve un volume exagéré, par suite de l'arrêt de l'évolution rétrograde.

*Ovarite.* — *Inflammation de la trompe.* — Nous ne ferons que mentionner l'inflammation de ces organes, qui ne peut être distinguée facilement à cause des inflammations concomitantes, phlébite, lymphangite, péritonite.

Quant aux phlegmons des ligaments larges, ou de la fosse iliaque, à la pelvi-péritonite, il n'y a pas lieu d'étudier ces maladies à propos de la fièvre puerpérale. Ces maladies sont des inflammations franches qui ne s'accompagnent point ordinairement des symptômes dus à l'introduction de la septicémie dans le torrent circulatoire.

#### § VII. — Marche. — Durée. — Terminaisons.

La durée de la maladie est très-variable. Quelques cas se sont termi-

(1) Hervieux, *Des maladies puerpérales suites de couches*, 1870, p. 809.