

insistèrent pour voir leurs femmes. D'un autre côté, Gooch a fait remarquer que, lorsque la malade ne va pas mieux et qu'elle a passé plusieurs mois renfermée sans amélioration, la visite d'un ami ou d'un parent peut produire une impression favorable et inaugurer une amélioration. Il est probable que ce fait s'observe plutôt dans la mélancolie que dans la manie. Dans de semblables circonstances, un essai peut être tenté; mais nous devons en attendre le résultat avec une certaine anxiété.

## CHAPITRE V

## SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Il n'y a dans l'obstétrique tout entière aucun sujet qui ait provoqué plus de discussions, aucun sur lequel on ait émis des opinions plus diverses que celui dont je vais m'occuper dans ce chapitre. Sous le nom de *fièvre puerpérale*, cette affection a donné lieu à une controverse sans fin. Les auteurs, les uns après les autres, ont formulé, avec une précision dogmatique, leur opinion sur la nature de la maladie, souvent sans autre base que des idées préconçues, ou une interprétation erronée de quelques signes cadavériques. Ainsi, l'un établit que la fièvre puerpérale n'est qu'une inflammation locale, comme la péritonite; d'autres déclarent que c'est une phlébite, une métrite, une métrite-péritonite ou quelque autre maladie zymotique essentielle *sui generis*, n'affectant que les femmes en couches. Il en est résulté une confusion désespérante, et, après avoir étudié le sujet, on se trouve le moins bien connaître qu'avant d'avoir commencé. Heureusement, les recherches modernes tendent à jeter un peu de lumière sur ce chaos.

Elles démontrent de plus en plus aux accoucheurs qu'ils ont été induits en erreur par la virulence spéciale et l'intensité de la maladie, et qu'ils l'ont considérée à tort comme particulière à l'état puerpéral, au lieu de reconnaître en elle une forme d'affection septique cliniquement la même que celle à laquelle

Opinions diverses  
des auteurs.

Il en est résulté  
une grande confusion.

Théories modernes.

les chirurgiens ont donné le nom de pyœmie ou septicémie.

Objections au nom  
de « fièvre puerpé-  
rale ».

Si ces vues sont exactes, l'expression « fièvre puerpérale », entraînant une idée de fièvre telle que le typhus, ou la fièvre typhoïde, doit être déclarée fausse, et écartée pour éviter toute confusion. Avant de discuter sérieusement les raisons probables qui empêchent cette maladie d'être regardée comme spécifique, ou particulière à l'état puerpéral, il me paraît utile de tracer brièvement les principaux faits de son histoire.

Historique.

Les auteurs classiques rapportent des observations plus ou moins exactes de fièvre puerpérale qui nous prouvent, sans aucune espèce de doute, que cette affection leur était parfaitement connue; et Hippocrate, en racontant quelques-uns de ces cas dont la nature n'est nullement équivoque, reconnaît clairement qu'ils ont pu avoir leur origine dans une rétention et une décomposition de débris placentaires. Harvey et d'autres auteurs ont prouvé que cette affection leur était plus ou moins familière; ils ont même présenté quelques considérations des plus acceptables sur son étiologie; mais c'est dans la seconde moitié du dernier siècle seulement qu'elle a été soigneusement observée. A cette époque, l'attention fut attirée par une mortalité effroyable dans quelques-uns des principaux hôpitaux d'accouchement, surtout à l'Hôtel-Dieu de Paris, et depuis lors la fièvre puerpérale est très connue des accoucheurs.

Mortalité dans les  
grands hôpitaux.

On a toujours remarqué, en Angleterre et à l'étranger, qu'elle sévit surtout dans les hôpitaux où les femmes en couches sont accumulées, et qu'elle y produit des épidémies effroyables, se propageant, dès son apparition, d'une femme à une autre, en dépit de tous les efforts faits pour en enrayer la marche. Il est facile d'en citer quelques exemples saisissants. Ainsi elle régna à Londres dans les années 1760, 1768 et 1770 avec une telle intensité que, dans certaines maisons d'accouchement, presque toutes les femmes moururent. En 1773, on rapporte qu'à l'infirmerie d'Edimbourg « presque toutes les femmes, aussitôt leur délivrance, ou environ vingt-quatre heures après, furent frappées par l'épidémie, et toutes les malades moururent, quoi-

qu'on ait pu faire pour les sauver. » Sur le Continent, où les hospices d'accouchement sont développés sur une plus grande échelle, la mortalité fut aussi considérable. Dans la Maison d'accouchement de Paris, à différentes reprises, on perdit quelquefois une femme sur trois accouchées; à une certaine époque, il en mourut 40 sur 15. Les résultats furent les mêmes dans d'autres grands hospices continentaux, à Vienne, par exemple, où, en 1823, il mourut 19 accouchées sur 100, et, en 1842, 16 sur 100; à Berlin, en 1862, c'est à peine si l'on pouvait sauver une seule femme; l'hôpital fut fermé.

Ces faits, dont l'exactitude n'est pas douteuse, démontrent qu'il y a un danger considérable à agglomérer les femmes en couches. Est-ce qu'ils permettent de conclure qu'on ne doit plus laisser subsister un hôpital d'accouchement? C'est là une question sérieuse toute différente, et qu'on peut à peine discuter dans un ouvrage de clinique. On doit observer, toutefois, que la plupart des épidémies dont les résultats ont été si désastreux se sont déclarées avant que nous connaissions aussi bien qu'aujourd'hui le mode de propagation de la maladie, à une époque où les précautions hygiéniques étaient insuffisantes, la ventilation à peine connue, et où toutes les conditions tendaient à favoriser le transport de la fièvre puerpérale d'une malade à une autre. De nos jours, l'expérience prouve que les choses sont bien différentes; par exemple, dans un établissement comme The Rotunda hospital, à Dublin, on peut prévenir tout à fait les épidémies de cette nature, et la mortalité est à peu près la même que dans la pratique particulière.

Plus on étudie l'histoire de ces épidémies dans les hôpitaux, plus on trouve qu'elles ne sont pas sous la dépendance de miasmes produits nécessairement par l'agglomération des femmes en couches, mais qu'il y a plutôt transport direct de matière septique d'une femme à une autre.

On a dit souvent que la fièvre puerpérale était épidémique dans la pratique particulière, à peu près de la même manière que pourrait l'être la fièvre scarlatine, ou toute autre maladie zy-

Ces faits justifient-ils la suppression des hôpitaux d'accouchement?

On n'a aucune preuve que la maladie soit généralement épidémique.

motique. On cite la production de semblables épidémies à Londres en 1827-28, à Leeds en 1809-12, à Edimbourg en 1825, et on pourrait en citer bien d'autres. Mais ce n'est pas là un motif suffisant pour admettre que l'affection ait jamais été épidémique dans le vrai sens du mot. Il est hors de doute qu'on en a observé des cas nombreux dans la même ville, et à la même époque, mais le fait peut être facilement expliqué sans admettre l'influence épidémique, puisque nous savons que la matière septique peut être transportée d'une femme à une autre. Dans la plupart de ces prétendues épidémies, la maladie n'a atteint que les femmes de certaines accoucheuses ou de certains médecins, tandis que les clientes des autres y ont absolument échappé; ce fait s'explique facilement, si l'on admet que la fièvre puerpérale est produite par une matière septique transportable, et il est en désaccord avec la théorie d'une influence épidémique générale.

Théories diverses de la nature de la maladie.

Il me paraît inutile de rapporter tout au long les théories qui ont été émises sur cette affection. Certes, on peut croire qu'en essayant inutilement d'expliquer tous ses phénomènes par une théorie absolue, on l'a plongée dans l'obscurité plus profondément qu'elle ne l'était déjà par les difficultés du sujet. Si nous devons faire quelques pas, ce n'est qu'en prenant une attitude modeste, en nous persuadant que nous ne sommes qu'aux débuts de nos recherches, et en observant avec exactitude les faits cliniques, sans en tirer des déductions trop positives.

Théorie de son origine locale.

Quelques auteurs ont enseigné que la maladie n'est qu'une inflammation locale, produisant des effets constitutionnels secondaires. Cette opinion est fondée sans doute sur l'observation trop exclusive des altérations qui ont été découvertes à l'autopsie. Après la mort, on trouve communément une péritonite étendue, une phlébite, une inflammation des lymphatiques ou du tissu utérin lui-même, et chacune de ces altérations a été considérée, à son tour, comme la source même de la maladie. Les pathologistes modernes n'apprécient que fort peu cette théorie, et elle est en désaccord avec un si grand nombre de

Objections à cette théorie.

faits cliniques, qu'on peut la considérer comme oubliée. Aucune des altérations que nous venons de signaler ne se voit d'une façon immuable, et, dans les cas les plus graves, on peut ne rencontrer aucun signe positif d'une inflammation locale. Cette théorie n'explique pas non plus le transport de la maladie d'une femme à une autre, pas plus que la gravité particulière des symptômes constitutionnels.

Une théorie plus admissible, et qui a pris une grande extension, est celle qui en fait une fièvre zymotique essentielle, spéciale aux femmes en couches qu'elle attaque seules, aussi spécifique dans sa nature que le typhus ou la fièvre typhoïde, et ayant les mêmes relations avec les phénomènes locaux observés à l'autopsie, que la variole avec les pustules de la peau, la fièvre typhoïde avec les ulcérations des glandes intestinales. On suppose que cette fièvre se propage par contagion et infection, et qu'elle règne épidémiquement, à la fois dans la pratique civile et hospitalière. Le plus récent promoteur de cette opinion est Fordyce Barker, qui, dans un excellent mémoire sur les *Maladies puerpérales*, a discuté tout au long chacune des théories de cette affection. De même que tous les auteurs qui adoptent ces idées, il a complètement négligé, je suis obligé de le dire, de nous donner une seule preuve convaincante en faveur de l'existence de cette fièvre spécifique. Il est incontestablement vrai que, dans le typhus, la fièvre typhoïde et les autres affections de même nature, il existe des phénomènes locaux secondaires bien prononcés, mais ils sont alors caractéristiques et constants. Barker n'essaye pas de démontrer qu'il y ait quelque chose de même nature dans la fièvre puerpérale. Au contraire, il est probable qu'il n'existe pas deux cas dans lesquels on trouve des phénomènes locaux semblables; et le praticien le plus expérimenté ne pourrait pas indiquer, une seule fois à l'avance, soit la marche et la durée de la maladie, soit la forme des phénomènes locaux. Cette théorie est encore tout à fait insuffisante pour expliquer les cas très importants dont l'origine vraie ne peut être rapportée qu'à la femme elle-

Théorie de la fièvre zymotique essentielle.

Arguments contre cette théorie.

même, c'est-à-dire ceux qui résultent d'une absorption de matière septique par décomposition de caillots, et autres causes semblables. Barker tourne cette difficulté en plaçant ces cas d'auto-infection dans une catégorie distincte, et les considérant comme des exemples de septicémie. Mais il ne peut pas démontrer qu'il y ait, entre eux et ceux qu'il croit dépendre d'une fièvre essentielle, aucune différence au point de vue des symptômes ou des signes cadavériques; et il serait impossible de les distinguer les uns des autres, soit au point de vue clinique, soit au point de vue pathologique.

Son identité avec la septicémie chirurgicale.

La théorie moderne, celle qui assimile cette affection à la pyoémie ou septicémie, n'est certainement pas à l'abri des objections, et il faudra de patientes recherches cliniques pour expliquer avec satisfaction certaines particularités de son histoire; mais, en dépit de ces difficultés que le temps peut parvenir à vaincre, elle rend compte des phénomènes observés beaucoup mieux que toutes les autres théories qui ont été émises.

D'après cette théorie, la fièvre puerpérale est produite par l'absorption de matières septiques dans l'organisme, à travers les solutions de continuité qui existent toujours après l'accouchement dans l'appareil de la génération. Il n'est pas indispensable que le poison soit particulier ou spécifique, car, exactement comme dans la pyoémie chirurgicale, toute décomposition de matière organique, née dans l'appareil de la génération de la mère elle-même, ou venue de source extérieure, peut produire l'action morbide.

En décrivant l'affection qui nous occupe, je démontrerai, autant que nos connaissances actuelles permettent de le faire, que cette théorie est celle qui concorde le mieux avec les faits; mais il faut se rappeler que la septicémie chirurgicale est encore très-peu connue, et qu'on ne doit pas attendre des accoucheurs l'explication complète de tous les phénomènes qu'ils ont observés.

Base de description. La meilleure base de description que je connaisse est celle de

Burdon Sanderson, lorsqu'il dit : « Dans toute affection pyoémique, on peut trouver un foyer, centre d'origine, des lignes de diffusion ou de distribution, et des effets de propagation secondaire. Dans chaque cas, il y a un processus initial d'où part l'infection, d'où elle se répand, et des processus secondaires qui naissent du premier <sup>1</sup>. » Adoptant cette division, j'indiquerai d'abord le mode de début de l'infection dans les cas obstétricaux, et je ferai ressortir les difficultés spéciales que cette partie du sujet comporte.

Les accoucheurs ont reconnu depuis longtemps que, dans tout accouchement récent, l'appareil de la génération de la femme présente des lésions de continuité à travers lesquelles la matière septique, s'il y a un contact, peut être facilement absorbée. Cruveilhier, Simpson et d'autres auteurs, ont particulièrement insisté sur l'analogie qui existe entre la cavité utérine et la surface d'une plaie après une opération, analogie qui est en grande partie basée sur des conceptions erronées, parce que ces auteurs croyaient qu'après l'accouchement toute la surface interne de l'utérus était à nu. Il est parfaitement démontré maintenant qu'il n'en est point ainsi, mais il en reste au moins ce fait qu'au siège de l'insertion placentaire il se trouve des vaisseaux béants à travers lesquels l'absorption peut aisément se produire. Que l'absorption de la matière septique se fasse à travers ces canaux, cela est probable dans certains cas où les matières décomposées séjournent dans la cavité utérine, surtout si par suite de contractions inefficaces de l'organe les sinus veineux sont anormalement perméables et non clos par des thrombus. Il est difficile de comprendre comment la matière septique, introduite du dehors, peut atteindre l'insertion du placenta. Mais on trouve toujours d'autres foyers d'absorption. Il en existe dans chaque accouchement sous la forme de légères érosions ou déchirures du col, ou bien dans le vagin, ou, surtout chez les primipares, vers la fourchette et le périnée, qui restent rarement intacts. On a même quelque raison de

Canaux d'absorption de la matière septique.

<sup>1</sup> *Clinical Transactions*, vol. VIII, p. cviii.

supposer que l'absorption de matière septique se fait parfois à travers la muqueuse du vagin ou du col sans aucune déchirure de sa surface. Ce fait expliquerait les cas, rares il est vrai, dans lesquels les symptômes de la maladie se développent avant l'accouchement, ou si peu de temps après, que l'infection a évidemment précédé le travail; et il n'est pas si improbable que la matière septique puisse être quelquefois absorbée par la membrane muqueuse intacte : cela arrive certainement dans quelques empoisonnements, la syphilis par exemple. Il n'y a donc pas de difficulté à admettre la similitude entre une femme en couches et un malade atteint de lésion chirurgicale récente, ou à comprendre comment la matière septique qui lui est transmise pendant ou peu de temps après l'accouchement peut être absorbée. Mais il faut supposer que l'absorption se produit immédiatement ou peu de temps après la formation de la lésion de continuité, car on sait que le pouvoir absorbant est détruit dès que la cicatrisation commence. C'est ainsi que s'expliquent les faits de gangrène du périnée ou du vagin sans septicémie, ou ces cas, très-fréquents, dans lesquels on voit des lochies extrêmement fétides survenir quelques jours après l'accouchement sans produire d'infection.

La nature et l'origine du poison sont souvent obscures.

La nature et l'origine de la matière septique sont les questions les plus obscures de la septicémie, celles qui prêtent le plus à la discussion.

Cas autogénéti-ques et cas hétérogénéti-ques.

Le sujet se divise cliniquement en deux parties : l'une, comprenant les cas où la matière septique naît chez la femme, qui s'infecte elle-même : la maladie est alors *autogénétique*; l'autre, comprenant ceux où la matière septique est transportée du dehors, et mise en contact avec les surfaces absorbantes de l'appareil de la génération : la maladie est *hétérogénétique*.

Sources de l'auto-infection.

Les sources de l'auto-infection sont multiples, mais faciles à découvrir. Le processus septicémique peut se développer sous l'influence de toute condition qui amène la décomposition soit des organes maternels eux-mêmes, soit de débris retenus dans l'utérus ou le vagin et qui auraient dû être expulsés, soit des

portions putréfiées d'un fœtus mort. Ainsi, il se déclare parfois de la gangrène par compression continue des parties molles de la mère pendant le travail; ou bien il peut exister déjà des matières décomposées par suite d'un état morbide des organes génitaux, un cancer par exemple. Une cause plus fréquente est la rétention dans l'utérus de caillots, et de petites portions de membranes ou de placenta, qui se sont putréfiés au contact de l'air par l'intermédiaire du vagin. La décomposition des lochies produit le même résultat. On a la preuve que la rétention de débris placentaires a été de tout temps une cause de septicémie, par l'exemple de la duchesse d'Orléans, sous le règne de Louis XIII; elle eut un accouchement facile, mais mourut de fièvre puerpérale. L'autopsie fut faite par les plus illustres médecins de Paris, et leur rapport établit « qu'on trouva du côté droit de l'utérus une petite portion de placenta tellement adhérente qu'il fut difficile de l'arracher avec les ongles »<sup>1</sup>. J'ai déjà dit pourquoi l'auto-infection ne se produit que rarement à la suite de ces causes, dont l'existence est nécessairement si commune; cela tient à ce que l'absorption de ces matières décomposées ne peut plus se faire lorsque les lésions de continuité, toujours produites dans l'accouchement, ont commencé à se cicatriser. Cette observation peut aussi expliquer comment un mauvais état de santé antérieure, en entravant le processus réparateur physiologique qui suit l'accouchement, prédispose à l'auto-infection. Il est intéressant de noter que la septicémie puerpérale, née de ces sources, n'est pas limitée à l'espèce humaine. Dans la discussion sur la pyoémie à la Société de clinique, M. Hutchinson en a rapporté quelques observations bien nettes chez des brebis dont l'utérus contenait des débris de placenta.

Les sources de la matière septique transportée du dehors sont beaucoup plus difficiles à découvrir, et il existe des faits liés à l'infection hétérogénétique qu'il est difficile de concilier avec la théorie, et dont nous ne pouvons, il faut l'avouer,

Sources de l'infection hétérogénétique.

1. Louise Bourgeois par Goodell.

Toute matière organique décomposée peut infecter.

donner aucune explication satisfaisante. Il est probable que toute matière organique décomposée peut produire l'infection, mais qu'il y en a dont l'action et la virulence sont particulièrement marquées.

Influence du poison cadavérique.

L'une d'elles, sur laquelle l'attention a été spécialement attirée, est constituée par ce que nous pouvons appeler le poison cadavérique, né de la dissection d'un corps dans un amphithéâtre d'anatomie, et transporté sur les organes génitaux par les mains de l'accoucheur. Semmelweiss, par ses observations, a particulièrement dirigé l'attention sur cette source d'infection : il a démontré que dans le quartier de la maternité de Vienne, visité par les médecins et les étudiants qui fréquentent les salles de dissection, la mortalité était rarement au-dessous de 1 sur 10, tandis que dans la division confiée aux sages-femmes seules la mortalité ne dépasse jamais 1 sur 13. Le nombre des morts dans la première division descendit au niveau de celui de la seconde, aussitôt qu'on eut recours à des précautions et des moyens de désinfection convenables. On a rapporté depuis des faits de même nature qui confirment cette origine de la septicémie puerpérale. Simpson en relate un exemple intéressant, avec une candeur caractéristique. « En 1836 ou 1837, M. Sidey eut dans sa pratique une série de cinq ou six cas de fièvre puerpérale mortelle, à un moment où pas un seul autre accoucheur de la ville n'en avait dans sa clientèle. Le Dr Simpson, qui alors ne croyait pas beaucoup à la propagation de la fièvre puerpérale par contagion, fit la dissection de deux mortes de M. Sidey, et plongea largement les mains dans les organes affectés. Les quatre premières femmes que le Dr Simpson accoucha ensuite furent toutes atteintes de fièvre puerpérale, et c'était la première fois que semblable chose lui arrivait dans sa pratique. Le Dr Patterson, de Leith, examina les ovaires, etc. Les trois premières femmes que le Dr Patterson accoucha ensuite dans cette ville furent atteintes de l'affection<sup>1</sup>. » On cite naturellement d'un autre côté

1. *Selected obstet. Works*, p. 508.

l'exemple de ceux qui ont pratiqué des examens cadavériques sans aucun danger pour leurs femmes en couches; cela prouve simplement que le poison cadavérique ne s'attache pas fatalement aux mains de celui qui dissèque, sans amoindrir l'importance des faits positifs qui ont été racontés. Barnes croit qu'il y a moins de danger à faire la dissection de sujets morts d'une affection ordinaire que celle de cadavres infectés ou contaminés<sup>1</sup>. Certainement, le danger doit être beaucoup plus grand lorsque le sujet est mort de maladie zymotique, mais la distinction est trop subtile pour qu'on puisse y compter, et tous les accoucheurs feront sagement d'éviter autant que possible les dissections et les autopsies.

L'érysipèle, sous toutes ses formes, est encore une source possible d'infection. La connexion intime entre l'érysipèle et la pyoémie chirurgicale a été reconnue depuis longtemps par les médecins, et on a observé surtout l'influence de l'érysipèle sur la production de la septicémie puerpérale dans les hôpitaux de chirurgie où l'on admet aussi des femmes en couches. Trousseau en rapporte plusieurs exemples à Paris. Le seul fait que je connaisse à Londres s'est passé dans une salle d'accouchement de King's College Hospital, où, en dépit de toutes les précautions hygiéniques, la mortalité fut assez grande pour nécessiter l'évacuation du quartier. Ici, les rapports de l'érysipèle et de la septicémie puerpérale furent observés maintes et maintes fois, la septicémie apparaissant en proportion directe de l'érysipèle dans les salles de chirurgie. L'action du même poison sur les deux maladies fut curieusement démontrée par un exemple : l'enfant d'une femme morte de septicémie puerpérale succomba lui-même à la suite d'un érysipèle dont le point de départ était une légère excoriation produite par le forceps. Un exemple plus récent et très remarquable est relaté par le Dr Lombe Allhill<sup>2</sup>. Une femme atteinte d'érysipèle fut admise à Rotunda Hospital le 15 février 1877. L'état sanitaire

Infection par l'érysipèle.

1. *Lectures on puerperal fever* (*Lancet*, vol. II, 1865).

2. *Medical Press and Circular*, avril 1877.

*Berlin*

de l'hôpital était alors excellent. La malade en fut retirée le lendemain; mais, sur 10 femmes couchées dans des quartiers voisins, 9 furent atteintes de péritonite puerpérale, la seule qui en fût exempte ayant avorté. Mais la connexion entre l'érysipèle et la septicémie puerpérale n'est pas limitée aux hôpitaux; on l'a souvent observée dans la clientèle particulière. Le Dr Minor<sup>1</sup> en a rassemblé quelques observations intéressantes; il démontre que les deux maladies ont souvent régné ensemble dans différentes régions des États-Unis, et qu'une récente explosion de fièvre puerpérale à Cincinnati frappa principalement les clientes des médecins qui soignaient des érysipèles. Plusieurs enfants dont les mères moururent de fièvre puerpérale succombèrent eux-mêmes d'érysipèle.

Connexion  
des deux maladies.

Infection par d'autres  
maladies zymotiques.

Cette origine de la  
septicémie puerpérale  
n'est pas acceptée par  
tous les auteurs.

Cas produits par le  
poison scarlatin.

Il y a de bonnes raisons pour croire que la contagion d'autres maladies zymotiques puisse produire une forme d'affection absolument semblable à la septicémie puerpérale ordinaire, et ne présentant aucun des symptômes caractéristiques de la maladie spécifique dont la contagion est née. La plupart de nos éminents accoucheurs anglais admettent ce fait, bien que les professeurs du Continent semblent ne pas y croire et que certains auteurs de notre pays le repoussent absolument. Il est certainement difficile de le concilier avec la théorie de la septicémie, et nous ne sommes pas en mesure d'en donner une explication satisfaisante. Mais je crois qu'il est impossible de nier cette origine de la septicémie; son évidence est trop grande.

C'est le poison scarlatin qui a provoqué le plus grand nombre d'observations. Notre littérature obstétricale en contient une quantité d'exemples; mais on en trouvera surtout dans un travail du Dr Braxton Hicks, au 12<sup>e</sup> volume des *Transactions obstétricales*, et ils ont une valeur particulière, parce que cet observateur est, à juste titre, considéré comme un clinicien remarquable. Sur 68 cas de fièvre puerpérale qu'il a soignés, il n'en rapporte pas moins de 37 au poison scarlatin. 20 d'entre eux eurent le rash caractéristique de la maladie; mais les

1. *Erysipelas and Childbed fever*. Cincinnati, 1874.

17 autres, tout en étant manifestement nés à la suite d'une contagion scarlatineuse, ne présentèrent aucun des symptômes ordinaires de cette fièvre: ils ne purent être distingués des cas types de la fièvre puerpérale. Si l'on admet que les maladies spécifiques contagieuses ne puissent être modifiées par l'état puerpéral, il faut admettre qu'un médecin a pu rencontrer 17 cas de septicémie puerpérale qui, par une simple coïncidence, ont été attribués à une contagion scarlatineuse, et qui néanmoins provenaient d'une autre source; c'est là une hypothèse si improbable, qu'il suffit seulement de l'énoncer pour qu'elle soit réfutée.

En ce qui concerne les autres maladies zymotiques, l'évidence n'est pas aussi grande, probablement parce que ces maladies sont relativement rares. Hicks rapporte un cas qu'il attribue au poison diphthéritique, bien qu'il n'ait pu trouver aucun des symptômes ordinaires de cette affection. J'ai soigné dernièrement une dame qui, peu de jours après son accouchement, eut une attaque très sérieuse de septicémie, sans aucun symptôme diphthéritique, et son mari était atteint en même temps de diphthérie bien caractérisée. Il serait difficile ici de ne pas rapporter les deux maladies au même poison.

Toutefois, il est incontestable que toutes les maladies zymotiques peuvent attaquer une femme nouvellement accouchée, et suivre leur marche distincte sans acquérir une intensité particulière. Il est probable que la plupart des praticiens ont vu des cas de ce genre; et c'est précisément là un des points difficiles que nous ne pouvons pas expliquer encore, mais sur lesquels des recherches ultérieures finiront par jeter quelque lumière. Je ne pense pas qu'on puisse rapporter aux canaux d'absorption l'explication du fait qu'un poison zymotique suive sa marche ordinaire chez une femme en état puerpéral, tandis que chez une autre il produit les symptômes d'une septicémie intense. On peut admettre jusqu'à un certain point que, si le poison est absorbé par la peau ou par les canaux ordinaires, il produira les symptômes caractéristiques et conservera son

Cas produits par  
d'autres poisons zymo-  
tiques.

Les maladies zymo-  
tiques ne sont pas tou-  
jours modifiées par  
l'état puerpéral.

Explication probable  
de ce fait.