

cette saignée n'a pas lieu, une phlegmasie peut apparaître. Mais cette saignée préventive peut être à son tour l'occasion d'un grave accident; est-elle trop abondante, il y a « hémorrhagie puerpérale ».

Un autre fait salutaire se produit après l'accouchement : c'est la fluxion vers les mamelles au moment où ce parasite qu'on appelle le fœtus est expulsé au dehors. Il continue alors sa vie parasitaire en suçant le lait de sa mère, après en avoir sucé le sang. La fluxion mammaire est donc nécessairement un acte thérapeutique par rapport à l'utérus : c'est de la *dérivation*. Mais cet acte thérapeutique se transforme en un acte pathologique si l'enfant ne vient pas, chaque jour, maintenir dans certaines limites l'hypérémie sécrétoire; alors, pour un peu, cette mamelle au lieu de faire du lait, fera du pus. L'hypérémie est un fait aveugle, indifférent, passif, mais qui ne demande qu'à passer à l'état d'acte : acte fonctionnel comme la sécrétion, acte pathologique déjà comme le flux, acte pathologique encore comme la phlegmasie. Ainsi la femme en couche peut être exposée également à des phlegmasies de l'utérus ou de ses annexes.

La malade du n° 12 de la salle Sainte-Marguerite, jeune femme de vingt-quatre ans, est devenue trois fois grosse et trois fois a avorté; elle n'a donc pas eu l'occasion d'allaiter. De plus, l'accouchement s'est fait sans hémorrhagie; pour nous servir d'une heureuse expression de la religieuse du service, cette femme a eu un *accouchement sec*. Au bout de vingt-quatre heures, l'écoulement est devenu assez fétide; après trente-six heures, la malade a ressenti des douleurs dans les seins, qui étaient très indurés. L'hypérémie avait abandonné l'utérus pour se porter vers les mamelles.

Vous connaissez l'aphorisme d'Hippocrate : *Ubi stimulus, ibi fluxus*. La formule inverse est aussi vraie : *Ubi fluxus, ibi stimulus* : « Là où il y a fluxion, il y a stimulation. » Il faut qu'un organe hypérémié fasse quelque chose; sinon le bien, ce sera le mal; sinon un acte physiologique, ce sera un acte pathologique : dans cette mamelle, il y a trop de sang, c'est une fluxion sécrétoire; il ne s'y fait pas de lait, la fluxion devient pathologique, il s'y fera du pus.

XIII

LES MALADIES PUERPÉRALES

SOIXANTE-SIXIÈME LEÇON

L'ÉTAT PUERPÉRAL ET SES ACCIDENTS. — Transformation de l'acte physiologique en acte pathologique. — Comment s'enflamment alors les mamelles. — Comment les phlegmasies puerpérales sont si facilement purulentes.

MESSIEURS,

Je ne sais, pour ma part, rien d'intéressant comme la transformation progressive d'un acte physiologique en un acte pathologique; c'est ce qui donne un si vif attrait à l'étude de la femme récemment accouchée; en effet, tout lui est imminence morbide; de l'utérus aux mamelles, tout lui devient prétexte à maladie.

L'utérus est forcément dans un état d'hypérémie fonctionnelle; pendant toute la durée de la gestation, il est creusé de lacs sanguins, les sinus utéro-placentaires, où le fœtus va puiser les éléments de sa nutrition. Au moment de l'accouchement, il y a donc pléthore locale (1). Puis l'utérus est devenu libre, l'enfant s'en est allé; sa provision de nourriture doit faire de même; d'où la perte de sang nécessaire après le part, le « départ»; d'où, ensuite, la perte non moins nécessaire des lochies (« suite de couches »). Ainsi, l'utérus vidé, il est nécessaire qu'il se fasse une hémorrhagie; c'est là une sorte de *saignée préventive*, car si

(1) Voir, plus loin, la leçon LXXVIII, où se trouvent mes recherches sur les *Températures locales de l'utérus*, au moment de l'accouchement et à sa suite.

Dans ce cas, en apparence si simple, il est une foule de détails qu'il est bon d'analyser. Remarquons que cette femme souffre surtout à la partie externe et inférieure de la mamelle : il y a là à la fois un acte vital, l'hypérémie, et un acte physique, la pesanteur. La femme étant couchée, la mamelle *pend* vers l'aiselle; par suite de la déclivité, la portion externe de la mamelle est de plus de 4 centimètres au-dessous de la portion interne; aussi l'hypérémie y est-elle mécaniquement plus intense. Dans le *Traité des maladies du sein* de Velpeau, on voit que sur huit femmes récemment accouchées ou nourrices, atteintes de phlegmasie de la mamelle, c'est la partie externe et inférieure de l'organe qui est affecté. Il suit de là un enseignement thérapeutique : il faut combattre et la pesanteur et l'hypérémie.

Chez notre malade, la partie que j'indique était dure, turgide; le toucher y était très douloureux; il y avait élévation de température de la mamelle; l'état général était caractérisé par de l'anorexie, des renvois nidoreux, un état saburral de la langue, enfin par de petits frissons erratiques indiquant une fièvre légère. On évite ces accidents en faisant de la dérivation. Nous avons purgé cette femme; nous avons appliqué des cataplasmes d'une certaine façon. La manière dont on fait le cataplasme n'est pas indifférente. Il y a une foule de manières pour faire un mauvais cataplasme; il n'y en a qu'une d'en avoir un bon. Il faut faire bouillir la farine de graine de lin elle-même; on obtient alors une pâte douce, onctueuse, qui conserve longtemps sa chaleur. Le cataplasme ne doit être ni trop lourd, ni trop léger. Il faut qu'il exerce une certaine compression. Pour obtenir cette compression, et pour qu'elle soit élastique, nous mettons par-dessus le cataplasme une épaisse couche d'ouate, et nous maintenons le tout avec un bandage, qui forme un véritable corset et qui relève les mamelles en les rapprochant de la ligne médiane.

Sous l'influence de ce traitement, la phlegmasie a été en diminuant, ce qu'indiquait une moins grande intensité de la douleur; les seins, qui étaient durs, sont devenus mous. Cette femme sort aujourd'hui avec une mamelle physiologique, après quatre jours de traitement.

Encore un mot à propos des abcès du sein : ils guérissent très

bien sans l'intervention chirurgicale, et c'est là l'opinion de Trousseau. Lorsqu'on a été assez malavisé pour les laisser se produire, il faut abandonner à la nature elle-même le soin de se charger de l'évacuation du pus.

Le fluxion mammaire *gravidique* peut, sous l'influence de la cause la plus légère, entraîner la production d'abcès du sein avec suppuration excessive, rebelle à tout traitement, et persistant pendant toute la durée de la grossesse, pour cesser—ainsi que je l'avais prévu et prédit—après l'accouchement, c'est-à-dire après la disparition de la cause intime, fondamentale, prédisposante, la fluxion de la grossesse. Témoin le fait suivant, où, malgré le traitement le plus rationnel, la suppuration la plus abondante persista pendant tout le temps de la grossesse, pour cesser immédiatement après l'accouchement.

Une jeune femme, enceinte de six mois, entre dans mon service, le 21 avril 1880, pour un abcès du sein droit, dont elle fait remonter le début à quatre jours et auquel elle ne peut assigner de cause. Cet abcès, ponctionné, le 26 avril, avec le trocart de l'aspirateur Potain, donne issue à 300 grammes de pus. Malgré l'évacuation de cette énorme quantité de pus, l'état général reste mauvais. Les frissons persistent et l'on est obligé de recourir aux larges incisions avec le bistouri. Un tube à drainage est placé et facilite le lavage de la poche suppurante.

Le 5 mai, un érysipèle se déclare.

Le 15 mai, nouvelle incision donnant issue à une grande quantité de pus.

Le 20 mai, nouvel érysipèle.

Le mois qui suit, l'état du sein ne s'améliore pas; de nouvelles fistules se produisent et transforment la mamelle en une sorte d'énorme éponge purulente. Cependant, la santé générale souffre peu.

Le même état local persiste jusqu'au 23 juillet, jour de l'accouchement. Après dix heures de travail, l'accouchement se fait régulièrement; la malade met au monde un garçon à terme et bien constitué.

Dès le deuxième jour après l'accouchement, le mamelon du sein *gauche* donne issue à un peu de lait.

Du côté du sein malade, une amélioration manifeste se produit. La suppuration devient moins abondante. Les orifices fistuleux se ferment. Le mieux s'accroît rapidement, et la guérison de cet abcès de trois mois s'opère en cinq jours, sans qu'aucune modification soit introduite dans le pansement ou dans le traitement général.

Le 1^{er} août, la malade demande à sortir, et le 4, elle part pour le Vésinet, complètement guérie. Le sein est entièrement cicatrisé.

Le 15 septembre, nous revoyons cette femme et nous pouvons constater que la guérison ne s'était pas démentie.

La fluxion mammaire gravidique prédispose si bien la mamelle aux phlegmasies — et aux phlegmasies suppurantes — qu'un simple accident, la gale, qui produit à peine, chez la femme non gravide, l'eczéma du mamelon, peut entraîner, chez la femme grosse, une lymphangite profonde d'abord, puis des abcès parenchymateux et multiples des deux seins; en voici un exemple :

Une femme de vingt-deux ans entre, le 5 mai 1881, dans le service de mon ami, le professeur Verneuil, à la Pitié, pour un abcès du sein droit. Cette jeune femme, primipare, grosse de huit mois et demi, est prise de quelques douleurs de ventre peu de jours après son entrée et immédiatement envoyée dans la salle d'accouchement de mon service.

Les douleurs se calment momentanément, et l'on constate des points fluctuants multiples du sein droit, avec augmentation de volume de la mamelle correspondante, une induration avec tuméfaction diffuse de la mamelle gauche, lésions provoquées, sous l'influence de la grossesse, par un eczéma des seins, dû lui-même à la gale.

L'accouchement paraissant ne pas devoir se faire prochainement, on institue le traitement de la gale. Sous cette influence, les lésions acariennes proprement dites et l'eczéma des seins disparaissent; mais l'état phlegmasique des mamelles persiste, entretenu, comme je le fais remarquer aux élèves, par la gravidité.

Les douleurs d'accouchement commencent le 25 mai, à quatre

heures du matin. Il s'agit d'une première position, et le travail s'est effectué sans accident, quand, à midi, la tête étant déjà à la vulve, la malade est prise de deux attaques d'éclampsie. L'accouchement est aussitôt terminé par l'application du forceps.

A quatre heures du soir, nous trouvons la malade calme en apparence, mais dans un état d'égaré singulier. Elle paraît prêter grande attention à toutes les questions qu'on lui pose, mais y répond invariablement le même mot : *oui*.

Les urines examinées renferment de l'albumine en abondance.

Dans la soirée, deux nouvelles attaques d'éclampsie.

Le 26 mai, l'état général est satisfaisant, l'intelligence est entière. La malade se plaint encore d'un peu de céphalée. Les deux seins restent en l'état et suppurent par plusieurs orifices qui se sont faits spontanément. Il s'agit de petits abcès multiples, sans grand foyer, que l'on puisse largement ouvrir.

Les jours suivants, et jusqu'au 30 mai, l'état général s'améliore, la suppuration se tarit, les mamelles diminuent de volume. Comme fait anomal, l'on observe néanmoins une fréquence remarquable du pouls, qui est à 120, contrastant avec la température qui ne dépasse pas 38 degrés dans l'aisselle; il y a de plus une certaine excitation cérébrale, avec réponses brusques et brèves qui ne sont pas naturelles.

Le 31 mai, la malade est prise subitement d'une forte fièvre, sans aucune détermination morbide apparente. La température monte à 40°,4, le pouls à 140. Cette complication a d'autant plus lieu d'inspirer quelque inquiétude, qu'une épidémie de fièvre puerpérale s'est déclarée dans le service.

Le 1^{er} juin, la température est à 40°,6, le pouls à 150. La malade est excitée, demande constamment « si elle va mourir ». Cependant, le ventre n'est ni douloureux, ni météorisé; il n'y a pas de vomissements. Seule, une diarrhée abondante indique un certain degré d'infection. Enfin, l'attention est attirée du côté des seins, qui sont tuméfiés, œdématisés; de plus, la malade porte sans cesse les mains à son sein gauche, qui est le siège d'eschares multiples. Ces lésions paraissent être, pour une part, le fait d'un grattage inconscient, mais leur disposition même prouve qu'elles sont le résultat d'une sorte de gangrène

spontanée. Cette gangrène peut être rapportée à la fois à l'état d'infection puerpérale qui est manifeste chez cette malade, et à l'intensité de la phlegmasie qui occupe le sein gauche.

Le 2 juin à onze heures, frisson violent.

Eschares profondes du sein gauche ; la principale occupe sa partie déclive et présente les dimensions de la paume de la main.

La température reste à 40 degrés et au-dessus, le pouls à 140.

Cet état persiste avec quelques rémissions passagères les jours qui suivent. Les urines restent albumineuses, et cette albuminurie, d'origine gravidique, s'ajoute à la fièvre puerpérale pour entretenir la phlegmasie suppurante des seins.

Le 11 juin, nouveau frisson, température à 41 degrés. Le sein droit est œdématisé, paraît infiltré de pus. Cependant, deux ponctions faites avec le bistouri ne donnent lieu qu'à l'écoulement d'un peu de sang. Les eschares du sein gauche sont tombées, et les plaies qui en résultent sont en bon état.

La malade prend constamment du sulfate de quinine, et la potion de Todd. Les seins sont lavés deux fois par jour et pansés à l'eau phéniquée.

Le 17 juin, la température baisse d'une manière notable et l'état général s'améliore. Du reste, la malade mange bien. Les plaies bourgeonnent activement, mais les seins restent durs et œdématisés. L'albuminurie est très légère.

On fait le pansement de Lister.

Le 30 juin, la fièvre est complètement tombée ; la malade se lève. Les plaies se cicatrisent. L'urine renferme encore des traces d'albumine.

Le 23 juillet, la malade peut être considérée comme guérie. Il reste encore sur le sein gauche une surface bourgeonnante de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Les seins ont repris leur forme et leur volume normaux (1).

La suppuration des seins ne se tarit pas, dans ce cas, aussitôt après l'accouchement, comme dans le fait précédent, en raison des accidents de fièvre puerpérale qui survinrent ; à l'influence

(1) Observation recueillie par mon interne, M. le docteur Merklen, médaille d'or.

hypérémiqne et accidentellement pyogénique de la gravidité succéda, chez cette femme, l'influence, bien plus pyogénique encore, de la puerpéralité ; mais, aussitôt la fièvre puerpérale guérie, la suppuration des mamelles se tarit enfin, et tous les accidents disparaissent.

Voyons maintenant la raison d'être d'accidents puerpéraux bien autrement redoutables : la malade du numéro 16 de notre même salle Sainte-Marguerite nous en fournira l'occasion.

Cette femme, âgée de dix-huit ans, est primipare ; elle a un bassin étroit ; il en est résulté que cette pauvre femme a été en travail pendant quarante-huit heures, et qu'au bout de ce temps elle est accouchée d'un enfant mort, de sorte qu'elle n'a pas eu un seul instant la fluxion mammaire dérivatrice ; de plus, elle n'a pas eu de saignée préventive spontanée ; elle a eu un « accouchement sec ». Aussi le lendemain matin, l'utérus n'était pas encore revenu sur lui-même, il remontait jusqu'à l'ombilic ; de plus, il était absolument douloureux de toutes parts, surtout dans la région latérale gauche. Cette femme était très frêle ; c'est une ouvrière qui ne se nourrit guère. Pour toutes ces raisons, et parce que l'anémie est à la mode, je ne lui appliquai pas de sangsues. Aujourd'hui il n'est bruit que de l'« anémie », autrefois c'était de l'« inflammation » ; alors on exagérait les saignées, on appliquait force sangsues : aujourd'hui, c'est l'excès contraire : on ne fait rien.

Mais la fièvre persistait, et quatre jours après l'accouchement, c'est-à-dire hier, cette femme, qui d'abord était très pâle, était au contraire devenue très rouge ; cette femme, qui n'avait pas encore vomi, rendit pendant la nuit une demi-cuvette de bile (pas d'aliments, puisqu'elle ne prenait rien). Alors la douleur n'était pas localisée seulement dans l'utérus ; elle se faisait sentir dans toute la cavité péritonéale, et surtout dans le côté droit ; la douleur rayonnait jusque dans le dos et dans la partie droite du cou.

Je pensai que cette douleur était due à une inflammation péritonéale, qui avait gagné le péritoine diaphragmatique, puis la plèvre diaphragmatique, et que la dyspnée qu'éprouvait également la malade était l'expression d'une pleurésie diaphragma-

tique avec un très léger épanchement. Il n'y avait ni toux ni égophonie; mais il y avait de la matité à la base, et la respiration ne s'entendait pas aux points mats; c'étaient les seuls signes physiques que l'on pût constater. Alors je ne fus plus arrêté par le spectre de l'anémie et je fis appliquer à la malade douze ventouses scarifiées. Aujourd'hui, la douleur n'existe plus dans la fosse iliaque ni dans le flanc; il n'y a plus la dyspnée d'hier. Précédemment, j'avais donné à cette malade de l'huile de ricin; ce purgatif avait certainement produit, lui aussi, un effet bienfaisant.

Il n'est pas douteux que cette femme n'ait une *mérite*, une *méthro-péritonite*, une *péritonite généralisée* par propagation. Quarante-huit heures après l'accouchement, elle a rendu des caillots putréfiés, puis des lambeaux de la poche amniotique. Ces substances putrides étaient certainement pour quelque chose dans l'inflammation actuelle de son utérus. Il y a eu fluxion utérine qui a empêché la fluxion mammaire de se produire.

Maintenant, cette phlegmasie de l'utérus, du péritoine et, par envahissement progressif, de la plèvre diaphragmatique droite, sera-t-elle simple ou purulente? Je n'hésite pas à dire qu'elle sera purulente, et cela parce qu'elle s'est développée dès les premières heures de la puerpéralité; parce qu'alors la femme est dans un état de *leucocytose* physiologique, nécessaire à la sécrétion lactée qui va venir; parce qu'alors, et de par cette leucocytose, la femme fait normalement du pus par sa plaie utérine; parce qu'alors, enfin, la déviation ou l'exagération de cet acte physiologique, qui confine à la maladie, fait les phlegmasies purulentes. C'est affaire du moins au plus.

En effet, la femme qui vient d'accoucher a une plaie, la plaie utéro-placentaire, qui se cicatrise par seconde intention; et l'écoulement lochial est précisément l'expression extérieure de l'état actuel de cette plaie utérine. Rouges d'abord par prédominance des globules rouges quand la plaie n'est que saignante, les lochies deviennent peu à peu jaunâtres par accroissement progressif des leucocytes ou des globules de pus (car c'est tout un) quand la plaie se cicatrise en suppurant. Ainsi, la femme accouchée faisant naturellement du pus pour cicatriser sa plaie

utérine, en fait tout naturellement aussi sur les surfaces qui s'enflamment pendant la durée de cet état physiologico-pathologique; ce n'est qu'un degré de plus dans la pyogénie propre à la femme en couche.

Ai-je besoin de vous dire ce qu'a de grave une phlegmasie de cet ordre?

Chomel, l'éminent clinicien, disait de la métrite puerpérale qu'elle est presque toujours mortelle, tandis que la métrite *post-puerpérale* ne l'est presque jamais. C'était pour lui un simple fait d'observation; la pathogénie lui en échappait ou lui était indifférente. Il appelait, d'ailleurs, métrite post-puerpérale celle qui survient une quinzaine de jours après l'accouchement, à la suite d'une fatigue prématurée ou d'un coit trop tôt pratiqué.

Notre malade a 39 degrés ce matin, après en avoir eu 41 le 6 janvier (il y a quatre jours); la température est donc encore trop élevée. Aussi, quoique cette femme se sente assez bien pour demander à manger, la laisserons-nous aux bouillons. Je me réserve, s'il y a indication, de lui faire mettre quelques sangsues, de lui faire appliquer des vésicatoires. Pour le moment, son ventre est continuellement recouvert d'un cataplasme.

Hier, cette malade avait les pommettes plaquées de rouge et la droite plus que la gauche. C'est probablement là le résultat d'une action réflexe retentissant sur tout le cordon latéral correspondant de la moelle et se répercutant sur les vaso-moteurs, pour entraîner la dilatation des vaisseaux et par conséquent la rougeur de la face.