

SOIXANTE-SEPTIÈME LEÇON

Méto-péritonite suppurée et pleurésie diaphragmatique par propagation.
L'éclampsie puerpérale et la saignée.

MESSIEURS,

J'avais grandement raison d'insister sur la différence qui sépare la métrite puerpérale de la métrite post-puerpérale et sur l'excessive gravité de la première. Vingt-quatre heures après la leçon où je vous parlais d'elle, la jeune malade du n° 16 succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé toutes les lésions diagnostiquées, une *méto-péritonite purulente* et une *pleurésie diaphragmatique* également *suppurée*. L'insertion placentaire offrait l'aspect d'une plaie sanieuse. Dans un sinus, on trouvait du pus concret; dans un autre, un coagulum fibrineux; vers la corne droite de l'utérus se voyaient deux petits foyers purulents situés sous le péritoine, entre la séreuse et le tissu utérin. Le péritoine était vivement enflammé dans sa totalité; il y avait un litre environ de pus crémeux dans la cavité pelvienne; des adhérences reliaient déjà entre elles les anses intestinales; d'autres fixaient la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale. La plèvre diaphragmatique droite était fortement injectée et tapissée de petites fausses membranes très récentes, jaunâtres; il n'y avait pas d'épanchement. Les mêmes fausses membranes se rencontraient à la face supérieure du foie et à la face péritonéale droite du diaphragme, par laquelle l'inflammation s'était étendue du péritoine à la plèvre. Il n'y avait pas d'endocardite.

Evidemment, dans ces cas, c'est la péritonite qui fait tout le mal. Vous distinguerez la méto-péritonite de la métrite simple par la palpation à l'aide du doigt seulement. En effet, en pressant avec la main, vous embrassez une trop vaste surface; le doigt

précise davantage. Si donc la pression du doigt au-delà de la matrice provoque de la douleur, même légère, c'est qu'il y a péritonite, et il faut aviser.

Ainsi, la plaie utérine est une plaie *exposée*, une plaie en contact avec l'air, comme l'a fait voir M. J. Guérin; une plaie qui suppure pendant plusieurs jours, comme l'ont prouvé les recherches de M. Pajot et de M. Ch. Robin. Cette plaie, dis-je, constitue l'imminence morbide pour les accidents les plus graves, la purulence chez la femme récemment accouchée, et cela par une simple déviation d'un acte physiologique réparateur, lequel confine à la maladie. (Mais de tels accidents seront bientôt l'objet de leçons spéciales.) Ce que nous allons étudier préalablement, ce sont d'autres méfaits puerpéraux dont nous allons voir que la pathogénie est aussi simple qu'elle semble complexe d'abord; il s'agit des *accidents éclamptiques* qui surviennent, eux aussi, par la déviation de l'acte physiologique et la méconnaissance de cette déviation.

Les faits cliniques d'abord, la théorie pathogénique plus tard.

Ces jours derniers sont entrées deux femmes atteintes de ce qu'on appelle les « convulsions puerpérales », l'« éclampsie puerpérale », c'est-à-dire qu'elles étaient secouées de temps à autre par des convulsions épileptiformes, auxquelles succédait le coma. L'une d'elles était robuste, très vigoureuse; elle exerçait le métier de servante. Elle cachait sa grossesse; c'est dire qu'elle devait aussi cacher les accidents possibles de celle-ci et qu'elle ne leur opposait aucun traitement préventif ou palliatif. Elle était au septième ou au huitième mois de la conception, lorsqu'elle fut prise une nuit d'accidents convulsifs pour lesquels elle fut soignée par sa maîtresse, qui ignorait l'état physiologique clandestin de sa servante; un médecin fut appelé; mais, ignorant lui aussi la position de la malade, il employa un traitement anodin (lequel est loin de mériter toujours son nom), c'est-à-dire qu'il fit poser des sinapismes; c'est-à-dire, enfin, qu'il ne fit rien. Aussi, depuis plus de dix heures, la malade était-elle en état de mal quand elle nous fut apportée.

C'était une femme vigoureuse; la face était légèrement gonflée, les joues plaquées de rouge; de ses lèvres s'échappait de la

salive écumeuse. La connaissance était complètement abolie : il y avait coma stertoreux avec légère contracture des membres. Les jambes étaient très fortement infiltrées. Il n'était pas douteux que cette femme ne fût atteinte de l'éclampsie de la grossesse; le volume de son ventre le démontrait assez.

Une saignée que je fis faire ne produisit qu'un bien-être limité. La malade sembla seulement avoir moins d'attaques. Puis elles se succédèrent dans le cours de la journée, et la malade accoucha, vers neuf heures du soir, d'un enfant qui a vécu. Dès son entrée, mon interne, M. Petit, l'avait touchée, et avait constaté que le col était à peine dilaté comme une pièce de dix sous; plus tard, l'ouverture était grande comme une pièce de vingt sous, et la dilatation augmenta peu à peu jusqu'au moment de l'accouchement.

Cette femme tomba dans un coma de plus en plus profond, avec stertor de plus en plus bruyant; elle semblait asphyxier, et elle succomba le surlendemain, vers cinq heures du matin. La température vaginale était de 39°,6. Elle monta progressivement jusqu'à atteindre, à minuit, 41°,8; malheureusement, la recherche de la température n'a pu être continuée plus longtemps. Le matin, à huit heures trente, *trois heures après la mort*, la température avait le chiffre énorme de 42°,1. Cependant, je n'ose pas en conclure que la température se soit élevée après la mort, puisque nous ignorons le chiffre de la température au moment de la mort et que tout porte à supposer qu'il était excessif alors. Cette femme a succombé certainement à l'asphyxie; les phénomènes observés pendant la vie le démontraient assez, les phénomènes cadavériques le prouvent surabondamment.

Les poumons étaient considérablement congestionnés, le doigt déchirait facilement le tissu pulmonaire, il y avait cette *splénisation* que l'on observe dans la fièvre typhoïde; en un mot, c'était une congestion allant sur les confins de l'inflammation.

Pour moi, cette élévation de température au moment de la mort, et même après la mort, tenait à ce que cette femme, étant robuste, produisait du calorique de toutes parts; mais, la réfrigération par la surface pulmonaire faisant défaut, en raison de l'asphyxie, il y avait accumulation progressive de tout ce calo-

rique non perdu. En d'autres termes, cet organisme, qui faisait du calorique de partout, par suite de son intégrité générale, en perdant moins, il y avait eu emmagasinement de calorique. Il ne faut donc pas dire que ces individus font plus de chaleur, mais qu'ils en perdent moins, et ainsi s'explique l'élévation de la température aux derniers instants de la vie chez les individus qui succombent asphyxiés par suite d'éclampsie, de tétanos ou d'accidents nerveux, qui saisissent l'organisme en plein état d'intégrité (1).

Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans l'examen anatomique de cette femme, c'est la *lésion rénale*. Il y avait MALADIE DE BRIGHT confirmée. Les reins étaient peu volumineux et très anémiques; la substance corticale présentait l'aspect de la chair d'anguille ou du veau cuit, tandis que les pyramides étaient encore assez hyperémies (2). Or, cette néphrite parenchymateuse incontestable, et déjà très avancée, avait à peine mis quelques semaines pour se produire. Et cela chez une jeune fille robuste, pléthorique de fondation, chez laquelle à la pléthore constitutionnelle s'était ajoutée la *pléthore gravidique*. Ne voit-on pas que des émissions sanguines bien dirigées auraient pu préserver cet organisme si valide de la congestion rénale, toute physique à son début; mais qui, par une succession de phénomènes des plus intéressants, va de la filtration purement physique du sérum (ou sérumurie) à la lésion anatomique définitive et irrémédiable de la néphrite parenchymateuse?

Il existait à la périphérie des hémisphères du cerveau une congestion telle que, pour beaucoup d'assistants (parmi lesquels se trouvaient des internes fort instruits), il s'agissait là d'une hémorragie méningée, et cependant ce n'était qu'une énorme congestion avec dilatation des vaisseaux et coagulation du sang

(1) Voir, plus loin, la leçon LXXXV, sur les *Températures morbides excessives*.

(2) Voir plus loin, *passim* (et plus particulièrement les leçons LXX, LXXI, LXXII et LXXIII), la relation entre la pléthore gravidique générale et la pléthore rénale, d'une part; puis, d'autre part, la relation entre cette pléthore rénale et la sérumurie de la grossesse, laquelle peut engendrer l'urinémie, cause de l'éclampsie puerpérale; comme aussi (leçon LXXIII) la relation entre cette pléthore rénale persistante et la maladie de Bright définitive.

dans quelques-uns de ces vaisseaux dilatés. Ainsi, hyperémie voisine de l'hémorrhagie méningée, et contracture pendant la vie : ces deux faits sont connexes.

Nous trouvâmes dans les deux corps striés de petits foyers d'apoplexie capillaire; en ces points, les vaisseaux avaient dû se rompre sous l'influence de la pression excessive à laquelle ils avaient été soumis.

Quant au bulbe, il était hyperémié; mais l'hyperémie y était moindre assurément que dans la totalité des hémisphères et de la partie centrale du cerveau. Voilà sommairement ce que nous a présenté de saillant l'autopsie.

Mais les reins étaient *brightiques*, mais il y avait infiltration des membres inférieurs, mais l'urine examinée par la chaleur et par l'acide nitrique décelait d'épais flocons d'albumine. Il y avait une albuminurie considérable. En examinant les dépôts de l'urine au microscope, on y trouvait un assez grand nombre de globules de sang (notez le fait, vous en verrez dans une prochaine conférence l'importance doctrinale) — comme aussi des *cellules épithéliales desquamées* et de *nombreux cylindres granuleux*. En résumé donc, notre éclamptique avait eu une MALADIE DE BRIGHT d'origine puerpérale.

La malade qui entra en second lieu était couchée au n° 4 de notre salle Sainte-Marguerite. C'était une primipare, âgée de vingt et un ans. Elle aussi fut prise la nuit d'accidents convulsifs, pour lesquels on eut l'idée de lui appliquer un vaste vésicatoire dans le dos. Toutes les théories thérapeutiques sont possibles, mais j'avoue ne pas comprendre celle-là. Il est vrai que, pour cette malade, l'idée de pratiquer une saignée ne devait guère venir à l'esprit : elle était très pâle; elle avait de l'infiltration de la face, de la suffusion des paupières.

De temps à autre, au moment de son admission, la malade était secouée par les convulsions de l'éclampsie. Revenue à elle, elle était assez maussade, ne voulait pas qu'on la tourmentât et témoignait brièvement de son déplaisir par une énergique formule à la Cambronne; si l'on en croit la religieuse, ce n'était pas le langage habituel de la dame. Il y avait donc là un véritable trouble psychique; de sorte que cette femme n'avait pas seule-

ment de l'épilepsie, mais du coma et du délire; de sorte enfin qu'elle présentait à elle seule les trois types de l'urinémie.

Malgré son état d'anémie brightique, je lui fis appliquer quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, trois de chaque côté, et une amélioration momentanée s'ensuivit; aussi lorsque quelques heures après, son mari vint la voir, la trouva-t-il causant d'une façon pertinente, et très réjouie de sa visite; mais dès que son mari la quitta, la raison sembla s'en aller avec lui. Dans l'intervalle, pendant la nuit du 12 au 13, la malade avait accouché spontanément d'un enfant mort. Elle succomba dans la journée. Le mieux-être qui s'était manifesté quelque temps avant la mort de la malade semblait donc dû à la déplétion sanguine. Cependant nous avons encore une mort à déplorer, en dépit d'une méthode thérapeutique que je crois être la meilleure.

A l'autopsie, nous avons trouvé des *lésions rénales*, des lésions pulmonaires moins prononcées et des lésions viscérales diverses. Les reins, atteints de néphrite parenchymateuse, étaient augmentés de volume; il y avait anémie de la substance corticale et hyperémie des pyramides, surtout vers leur sommet; c'était la troisième forme anatomique décrite par Rayet. L'injection, en de certains points, était même telle, que les veines y étaient distendues par des caillots noirâtres; par conséquent, là encore, il y avait incontestablement de l'hyperémie, ce qui permet de supposer par induction qu'il y a quinze jours peut-être, au lieu d'un mélange d'anémie et d'hyperémie, c'était une hyperémie généralisée qui existait.

Les centres nerveux étaient anémiés; les vaisseaux y étaient pour la plupart vides de sang. Le bulbe ne présentait rien de frappant; on n'y distinguait ni anémie, ni hyperémie prononcée.

L'utérus n'offrait rien de particulier.

Il y a, dans ces deux cas, pour toutes les théories : pour celle de l'anémie cérébrale, comme pour celle de l'hyperémie, au point de vue pathogénique de l'éclampsie.

Mais revenons au traitement de celle-ci, et laissez-moi vous signaler d'autres faits où la méthode des émissions sanguines a été moins impuissante. Si nous n'avons pas réussi dans les deux cas que je viens de raconter, peut-être l'insuccès est-il dû à ce

que le traitement avait été trop tardivement mis en œuvre, peut-être à ce que les lésions dataient de trop loin. Voici d'abord un fait qui a eu pour témoin un médecin très répandu de Paris.

Un jour, on sonnait violemment à ma porte, comme il est habituel pour les cas de grande urgence, et l'on me suppliait de voler au secours d'une dame qui se mourait d'attaques convulsives. En effet, je trouvai dans un salon, couchée sur le parquet, une dame, belle et robuste jeune femme, en proie aux attaques d'épilepsie les plus hideuses et les plus violentes que j'aie jamais vues ; la face était tuméfiée ; la langue, sortie de la bouche, portait la trace de morsures ; la peau était couverte de sueur. L'état de mal durait depuis deux heures. La malade, grosse de cinq mois, était fortement albuminurique, ainsi que l'indiquait l'infiltration des jambes, non moins que l'examen des urines.

Il s'agissait d'une deuxième grossesse, et la dame, d'un tempérament sanguin, était, sa fortune le permettant, parfaitement nourrie.

Elle était d'origine demi-anglaise ; près d'elle se tenait sa mère, qui, elle, était Anglaise tout à fait. Vous savez qu'en Angleterre, comme en France, la théorie de l'anémie est à la mode ; aussi, lorsque je proposai la saignée, la mère s'empressa-t-elle de se récrier, en me disant que *cela ne se faisait plus*. Je chloroformai donc pendant trois quarts d'heure sans succès. Alors un vieux médecin, prévenu en même temps que moi, arriva. Il vit immédiatement ce à quoi nous avions affaire et me dit incontinent : « Mais si nous faisons une saignée ? » Il prêchait un converti, et je lui racontai la façon dont j'avais été reçu. Forts désormais, ayant le nombre pour nous, notre ultimatum fut que nous allions saigner ou partir. La vieille Anglaise s'inclina parlementairement. La saignée fut donc faite, et aussitôt la malade, qui, depuis près de trois heures, avait des attaques d'éclampsie continues, que j'avais chloroformée inutilement pendant trois quarts d'heure, la malade commença à parler. Quelques jours plus tard, elle accoucha d'un enfant mort ; et, comme il était dans l'ordre, la famille ne manqua pas de nous attribuer la mort de l'enfant. Ainsi, impuissance absolue des anesthésiques, puis-

sance certaine et rapide de la saignée, voilà ce qui résulte de cette première observation.

Voici maintenant un fait historique dont un grand nombre de personnes compétentes peuvent témoigner :

Il y a quelques années, je faisais un intérim à l'hôpital de la Pitié, et j'avais pour interne un jeune homme de Lausanne (1). Cet élève venait d'avoir une scarlatine très légère et telle qu'il n'avait gardé la chambre que quarante-huit heures ; il ne tint compte de mes observations ni de mes conseils, et reprit son service immédiatement. Cependant, un matin, dans le décours de sa scarlatine, il se plaignit à moi de mal de tête, et je dis à son compatriote Reverdin, dont vous connaissez les travaux et la valeur : « Si le mal de tête persiste dans la journée, ne manquez pas de lui ouvrir la veine. » La figure de Reverdin n'aurait pas pris une autre expression s'il avait été persuadé que j'étais devenu subitement fou. Mais, à trois heures de l'après-midi de ce même jour, on vint en toute hâte me chercher pour aller au secours de mon malheureux interne, qui, depuis trois heures déjà, était en état de mal éclamptique. Comme il était excessivement robuste, la maladie avait pris des proportions excessives, justifiant l'adage : *Optimis pessima corruptio*.

J'arrivai au bout d'une demi-heure ; le long de l'escalier se trouvait, sur mon passage, tout un chapelet d'internes (entre autres M. Pozzi, actuellement brillant agrégé de notre Ecole) ; chacun d'eux considérait comme perdu son malheureux camarade ; et chacun, à ma question : « Pourquoi ne l'avez-vous pas saigné ? » répondait par un mouvement d'épaules ou par des paroles énergiquement significatives, voulant dire que désormais tout serait bien inutile. Aussi l'aumônier, plein de zèle, administrait-il déjà mon interne, un protestant qui ne protestait pas.

Comme ce Lausannois avait été l'interne d'un des médecins les plus distingués de notre époque, professeur de la Faculté, celui-ci, immédiatement prévenu, s'était empressé d'accourir ; mais il portait le même pronostic que tous les internes et déclarait le cas désespéré.

(1) Actuellement le docteur Challand, homme de la plus belle santé.

Alors, dans l'embrasure d'une fenêtre, je disais à ce maître : « Si on le saignait? — Mon Dieu, me fut-il répliqué, nous n'avons le droit de rien refuser au malade dans cette situation suprême. » Je saignai donc et dans les conditions les plus difficiles : l'interne, en se débattant, était tombé de son lit, et quatre de ses collègues le maintenaient par terre à grand'peine, luttant contre ses violentes et continuelles convulsions. Je mis un genou en terre et fis couler dans une cuvette 1200 grammes de sang; mais si l'on y ajoute ce qui s'était échappé de divers côtés dans les mouvements du malade, la quantité de sang enlevée s'élevait bien à 1500 grammes. A peine la saignée était-elle finie (il était alors cinq heures du soir), que le malade proféra le mot de « Papa », le premier qui fût sorti de sa bouche depuis qu'il était en état d'éclampsie. Quelque temps après, il se mit à dire : *Tiens, il fait nuit*. Et il faisait encore grand jour! Je craignis un instant de ne l'avoir empêché de mourir que pour le faire vivre aveugle; sans doute il s'était formé des dépôts albumino-fibrineux dans la rétine. Une demi-heure après, il avait cessé d'être amaurotique et n'était plus qu'hémiopique. Pendant la soirée, on continua la méthode dérivative par l'administration de l'émétique en lavage. Le lendemain matin, le malade était pâle, mais demandait à manger. Comme il était très fortement albuminurique, on continua le traitement par l'emploi du lait et des huîtres. Au bout de cinq ou six jours, il était guéri. Ainsi ce malade qui avait été déclaré perdu par tous les internes d'un hôpital, par un professeur de notre Ecole, avait été sauvé par la saignée.

Encore un fait historique, dont beaucoup d'entre vous ont pu être témoins. Un jour, vers dix heures du matin, je me trouvais dans un service de clinique de la Faculté, à la Charité, où il y avait une femme récemment accouchée, albuminurique et qui, depuis quatre heures et demie du soir (depuis près de dix-sept heures!) était en état de mal éclamptique. Aussi jamais face ne fut-elle plus hideuse. Le pouls était tellement rapide, l'asphyxie tellement prononcée, que l'on avait porté ce jugement : « Il n'y a plus qu'à lui jeter le drap sur le visage. » Le chef de clinique me demanda ce que je pensais du cas. « Quel traitement a-t-on em-

ployé? — Mais rien : c'est l'anémie du bulbe! — Eh bien! si vous considérez la malade comme perdue, que n'essayez-vous la saignée? » En m'entendant, la religieuse, qui me connaissait, me pria de laisser mourir en paix la pauvre femme. Sur mes conseils, on pratiqua néanmoins la saignée, et l'on retira un peu plus de 500 grammes de sang. Alors cette femme, qui, depuis près de dix-sept heures, était en état de mal, porta la main à son front; c'était le premier acte conscient qu'elle eût accompli depuis la veille au soir. On continua la méthode antiphlogistique par l'émétique en lavage, et, le lendemain matin, les élèves retrouvaient bien portante cette femme que la veille le professeur de clinique, grand adepte de l'anémie, avait condamnée. Elle aussi était albuminurique; elle était accouchée depuis une dizaine de jours; c'était une éclampsie puerpérale. Quinze jours plus tard, elle partait guérie.

Ainsi donc, si la saignée a été insuffisante dans deux cas, je puis vous en citer trois autres (dont deux qui ont eu les témoins les plus nombreux et les plus compétents), qui sont absolument probants, quant à l'efficacité de la saignée.

Dans la prochaine conférence, j'aborderai la question pathogénique de l'éclampsie puerpérale.