

péril excessif résultant de la congestion pulmonaire, péril bien autrement grand que s'il s'était agi d'une pneumonie;

C'est 2° la rapide amélioration consécutive aux émissions de sang;

3° La courte durée d'une maladie qui pouvait faire succomber cette jeune femme grosse;

4° Enfin l'élévation considérable de la température intercostale et axillaire.

On remarquera que, après la disparition des accidents, le 15 au matin, la température du septième espace intercostal droit était de 36°,6, alors que la température de l'aisselle était de 36°,7 seulement; que le soir elle était de 36°,8, alors que celle de l'aisselle était de 37 degrés; la *différence* entre les deux températures n'étant ainsi que 1 et 2 dixièmes. Or, dans l'état normal la température des espaces intercostaux inférieurs (sixième ou septième) est de 3, de 5, de 6 dixièmes plus basse que celle de l'aisselle; tandis que nous allons la voir tantôt ne différer que de 1 à 2 dixièmes seulement de celle de l'aisselle, tantôt atteindre la température axillaire, tantôt enfin la *dépasser*; et cela en dehors de tout état morbide du poumon.

(C'est même là, je me permets de le faire observer, un des résultats les plus intéressants et les plus inattendus de mes recherches sur les températures locales.)

La pléthore pulmonaire gravidique, état physiologique chez la femme grosse, que nous venons de voir se transformer en une congestion pulmonaire double rapidement asphyxique, me semble révélée matériellement, physiquement, par l'élévation des chiffres thermiques locaux pris au sixième espace intercostal gauche chez des femmes à terme ou qui viennent d'accoucher, et qui ne présentent d'ailleurs ni troubles fonctionnels respiratoires, ni lésions anatomiques quelconques des poumons.

Voici en effet ces chiffres, hautement significatifs, et tels qu'ils ont été recueillis dans mon service, sous mes yeux et sous ma direction.

Chez une femme de vingt-trois ans, accouchée le 3 février dans les conditions les plus normales, et qui ne présente aucun symptôme d'affection thoracique, la température axillaire étant le

soir de l'accouchement de 37°,1, la température du sixième espace intercostal est de 37°,2.

Le 5 au soir, surlendemain de l'accouchement, la température axillaire étant de 36°,5, celle du sixième espace intercostal est de 37°,2; ainsi cette *température intercostale* a été, dans ce cas, de 1 et de 7 dixièmes *plus élevée* que l'axillaire.

Chez une autre femme âgée de vingt-quatre ans, accouchée dans mon service le 2 janvier, normalement, la température axillaire était, le 27, de 37°,2, et la température du sixième espace intercostal de 37°,7. Le lendemain la température axillaire, encore de 37°,2, tandis que la température du sixième espace intercostal était de 37°,5. Ainsi dans ce cas la température de l'espace intercostal, c'est-à-dire d'une partie très rapprochée du poumon, était *plus élevée* de 5 dixièmes et de 3 dixièmes que celle de l'aisselle.

Je ferai remarquer que, dans ces deux cas, la température axillaire était normale, alors que la température des espaces intercostaux était plus élevée que cette dernière; et qu'il n'y avait pas lieu d'invoquer, pour expliquer cette différence en plus de la température locale sur la température axillaire, une maladie générale, puisque la température axillaire était physiologique, ni une maladie du poumon, puisque ceux-ci étaient absolument sains, comme le révélait l'investigation physique; que, par conséquent, on ne pouvait, en dernière analyse, admettre, comme cause toute physique de cette modification également toute physique de la température locale de la paroi thoracique, qu'une *plus grande quantité de sang dans les poumons*: physiologiquement *PLUS DE SANG dans le poumon*; physiquement, *PLUS DE CALORIQUE dans ce poumon* et dans son voisinage, par rayonnement.

Cette seconde femme était d'ailleurs si bien portante de ses poumons comme du reste, qu'elle s'était levée sans permission dès le troisième jour après ses couches et qu'elle quitta mon service le huitième jour sur sa demande et malgré mes avis.

Dans un troisième cas, une femme de vingt-cinq ans accouche normalement le 2 février. Le 3 au soir, la température axillaire étant de 37°,8, celle du cinquième espace intercostal est de 38°,2 (les poumons sont absolument sains, comme le révèlent la per-

cussion et l'auscultation). Ainsi la température de l'espace intercostal était de $0^{\circ},4$ plus élevée que la température axillaire. A quarante-huit heures de distance, la température axillaire est de $37^{\circ},9$; celle du sixième espace intercostal est de $37^{\circ},8$ (de $0^{\circ},1$ plus basse que celle de l'aisselle). Le 6 février, vingt-quatre heures plus tard et toujours le soir, la température axillaire est de $37^{\circ},8$, celle du sixième espace intercostal est de $37^{\circ},9$ (de $0^{\circ},1$ plus élevée que l'axillaire). Enfin le 7, vingt-quatre heures plus tard, la température de l'aisselle et la température de la paroi intercostale sont égales, de $37^{\circ},7$ l'une et l'autre.

On remarquera que la température locale d'un espace intercostal inférieur a présenté la plus haute température à la période la plus rapprochée de l'accouchement ($0^{\circ},4$ de plus que la température axillaire); et qu'elle s'est abaissée le quatrième, le cinquième et le sixième jour après l'accouchement, de manière à se rapprocher de la température axillaire, mais tout en restant plus élevée qu'il n'est habituel en dehors de l'état de grossesse. C'est un fait que j'ai observé habituellement. La température intercostale est la plus élevée au moment de l'accouchement ou dans les jours qui suivent immédiatement, et elle s'abaisse peu à peu à mesure qu'on s'éloigne des couches, tout en restant plus élevée que dans l'état antérieur de non-gravidité.

Voici, par exemple, une quatrième observation, celle d'une femme de trente et un ans, accouchée normalement le 27 janvier. Le 28 au soir, la température axillaire est de $37^{\circ},9$; la température du cinquième espace intercostal est de $38^{\circ},2$, c'est-à-dire de $0^{\circ},3$ plus élevée que l'axillaire. Le lendemain il se développe de légers accidents utérins; la température intra-utérine prise dans la cavité du col avec un thermomètre à *maxima* étant de $39^{\circ},2$, la température axillaire est de $38^{\circ},3$ et celle du cinquième espace intercostal n'est plus que de $37^{\circ},6$, c'est-à-dire que la phlegmasie utérine a élevé la température de l'aisselle (qui représente approximativement la température générale), et n'a pas retenti au contraire sur la température intercostale (qui représente la température pulmonaire).

Voici encore un cinquième cas : une femme de vingt-cinq ans accouche normalement dans la nuit du 29 janvier. Le soir la

température axillaire étant de 37 degrés, celle du sixième espace intercostal est de $37^{\circ},4$ (de $0^{\circ},4$ plus élevée que l'axillaire). Le 31, quarante-huit heures après l'accouchement, la température axillaire s'élève à $39^{\circ},8$ et celle du sixième espace intercostal reste à $37^{\circ},4$.

Le 1^{er} février au matin, la température axillaire est de $39^{\circ},1$, la température intra-utérine de 40 degrés. Le pouls est à 116; la peau est chaude, en rapport avec cette température élevée. Il est probable que quelques accidents vont se développer du côté de l'utérus, bien qu'il n'y ait pas de douleurs utérines. Le soir la température axillaire est de $39^{\circ},2$, et celle du cinquième espace intercostal de $40^{\circ},3$. A partir du 2 février, la température axillaire s'abaisse à $38^{\circ},3$; il en est ainsi de la température utérine, et la malade sort le 4 février, le septième jour après ses couches, avec une température axillaire de 37 degrés et une température utérine de $37^{\circ},8$.

Ce qu'il y eut de remarquable dans cette observation, c'est la hauteur momentanée des chiffres thermiques, aussi bien axillaires que locaux; aussi bien local pulmonaire que local utérin; hauteur qui ne put être attribuée ni à une phlegmasie de l'utérus ni à une phlegmasie des poumons, mais à une *congestion successive et fugitive* de chacun de ces organes, attendu que la femme sortit en bon état sept jours après ses couches et fut débarrassée de ses accidents par de petites doses de sulfate de quinine.

Voici des cas encore où, sans maladie pulmonaire (ainsi que le démontrèrent l'investigation physique et la suite même des événements, la femme sortant guérie au huitième jour après ses couches), néanmoins la température du sixième espace intercostal s'éleva brusquement après l'accouchement à des hauteurs qui sont celles d'un état pathologique et qui, dans l'espèce, ne peuvent être rapportées qu'à une congestion fugitive des poumons.

Une femme de vingt-quatre ans accouche le 31 janvier, sans douleurs prolongées et sans accidents. Le soir, douze heures après l'accouchement, la température axillaire étant de 37 degrés, celle du sixième espace intercostal atteint la hauteur insolite de $38^{\circ},2$ (égalant celle de la cavité utérine, qui est également

de 38°,2). Le 3 février, c'est-à-dire 3 jours plus tard, la température axillaire, le soir, étant de 38 degrés, la température du sixième espace intercostal est encore de 38°,2. Le 4, la température axillaire étant de 38°,6, la température du sixième espace intercostal est de 37°,8.

Le 5, la température axillaire étant de 37°,6, celle du sixième espace intercostal est de 37°,4.

Le 6, la température axillaire étant de 37°,8, celle du sixième espace intercostal est de 37°,6.

Enfin, le 7, la température axillaire étant de 37°,2, celle du sixième espace intercostal est de 36°,9.

C'est dans ces conditions que la femme quitte le service, en bon état, pour retourner chez elle.

Dans ce cas, nous voyons la température intercostale dépasser, quelques heures après l'accouchement, la température axillaire de 1°,2; la dépasser de 2 dixièmes seulement le troisième jour après l'accouchement; puis être inférieure de 4 dixièmes à la température axillaire le quatrième jour. Elle est encore inférieure de 2 dixièmes à la température axillaire le cinquième et le sixième jour. Enfin, elle est inférieure de 3 dixièmes à la température axillaire le huitième jour, en restant supérieure de 7 dixièmes au moins à la température normale du sixième espace intercostal, dans l'état de vacuité.

Voici encore un cas où la température intercostale fut assez élevée :

Une femme de vingt-huit ans accouche le 7 février après quatorze heures de douleurs. La température axillaire étant de 37°,6, la température intercostale est de 37°,5 le soir de l'accouchement. Le lendemain, elle est de 36°,5, la température axillaire étant de 37°,2. Le quatrième jour après les couches, la température du sixième espace intercostal est de 37 degrés, la température axillaire étant de 37°,1.

Enfin, le 13, septième jour après l'accouchement, la température du sixième espace est de 37°,3, alors que la température intercostale est de 37°,5. C'est dans ces conditions que la jeune femme part le 15 février pour le Vésinet.

On voit, dans ce cas, la température intercostale osciller entre

37°,5 et 37°,3, ne présentant qu'un seul jour une température de 36°,5, c'est-à-dire que toujours la température intercostale, malgré l'intégrité absolue des poumons, fut supérieure à la moyenne normale.

J'insiste sur ce fait que, dans certains cas, à la paroi intercostale du cinquième ou du sixième espace, la température est plus élevée que dans l'aisselle chez la femme qui vient d'accoucher; et que, dans certains autres cas, cette température égale celle de l'aisselle; ce qui est absolument différent de ce que l'on observe chez la femme en dehors de l'accouchement. Or, il est bon de remarquer que le thermomètre placé au cinquième ou au sixième espace intercostal est *très près du poumon* (à moins de 1 centimètre de celui-ci); tandis que cet instrument, placé dans l'aisselle, est à plus de 3 centimètres du sommet pulmonaire; qu'ainsi, dans le premier cas, le thermomètre est très voisin du poumon et cela pour une portion de cet organe où il a sa plus grande masse; tandis que dans le second cas (dans l'aisselle) le thermomètre est non seulement très éloigné du poumon, mais il l'est de la partie la moins volumineuse du poumon. Double condition de *voisinage* et de *masse* pour que la température soit la plus élevée au sixième espace intercostal chez la femme qui vient d'accoucher.

Ainsi, le poumon est *plus chaud* chez la femme grosse, surtout au terme de sa grossesse; il est plus chaud chez la femme récemment accouchée, comme chez celle qui nourrit; et cela en dehors de tout état morbide du poumon. Il ne peut être ainsi, physiologiquement, plus chaud que parce qu'il contient plus de sang, et c'est *ce plus-de-sang* qu'il contient, physiologiquement, qui *prédispose l'organe aux congestions simple, hémorrhagique ou phlegmasique chez la femme qui vient d'accoucher ou qui nourrit.* (Et l'on comprend que, dans ces mêmes conditions de puerpéralité, ce plus-de-sang dans le poumon doive y provoquer le *développement plus rapide de la tuberculisation*, alors qu'il est tuberculeux.) Ainsi, enfin, se conçoivent les accidents pulmonaires que je viens de décrire.

Ces cas d'hémorrhagie pulmonaire gravidique survenant après

l'accouchement ou chez des femmes qui allaitent diffèrent de l'hémorrhagie tuberculeuse, non seulement par l'absence persistante des signes de la tuberculisation pulmonaire, mais encore et surtout par la nature des crachats. Ceux-ci peuvent être en effet rutilants d'abord, mais bientôt ils deviennent d'un rouge noirâtre; plus tard même ils peuvent être noirs. D'abord plus ou moins larges, distincts les uns des autres, plus tard ils sont de petit volume et presque toujours peu abondants. Ils sont caractéristiques encore en ce sens qu'ils ne sont pas accompagnés de mucosités; en d'autres termes, ils sont tels qu'on les observe dans le cas d'apoplexie pulmonaire, et en réalité, c'est bien d'une apoplexie pulmonaire qu'il s'agit.

Dans les quatre cas qu'il m'a été donné d'observer, une fois la fièvre manqua complètement pendant toute la durée des accidents hémorrhagiques. C'était un cas type d'hémoptysie par hémorrhagie pulmonaire.

Dans les trois autres cas il y eut une fois un peu de fièvre, mais de très courte durée, et dans les deux autres la fièvre fut assez forte pendant quelques jours. Elle était d'ailleurs symptomatique dans un cas d'une légère inflammation broncho-pulmonaire, et dans l'autre d'une inflammation broncho-pulmonaire avec pleurésie.

Or, il est facile de voir que, dans tous ces faits, le processus pathologique fut le même, au degré près; ce qui ne manqua pas, ce fut la congestion pulmonaire, faisant ici l'apoplexie pulmonaire simple, faisant là l'apoplexie pulmonaire plus une phlegmasie, soit de l'appareil broncho-pulmonaire, soit, dans d'autres cas, de cet appareil et de la membrane séreuse d'enveloppe.

Le traitement de ces accidents doit être en rapport avec la nature actuelle des symptômes. Par exemple, la première dame chez laquelle j'ai eu l'occasion d'observer ces accidents n'était absolument pas malade: elle crachait du sang comme une personne qui se débarrasse de son trop-plein vasculaire, et la dyspnée qu'elle avait au début diminuait proportionnellement à la quantité de sang qu'elle rendait. Dans ce cas, le traitement devait être et fut en effet nul. L'hygiène et de légers laxatifs y suffirent.

Dans les trois autres cas, comme il y eut fièvre, point de côté, dyspnée plus ou moins intense, il fallut mettre et l'on mit en effet des ventouses scarifiées, des vésicatoires; il fallut donner, et l'on donna en effet du kermès à doses contro-stimulantes (25 à 30 centigrammes). Enfin, il fallut faire et l'on fit efficacement de la dérivation intestinale par de légers laxatifs.

Voilà ce qu'on fit et ce que je crois devoir vous conseiller de faire.

Ce que je voudrais qui ressortit de cette leçon et de l'exposition de ces cas, c'est le processus pathogénique de ces accidents hémorrhagiques, dont on reconnaîtra la fréquence une fois que l'attention aura été appelée sur leur existence et leur mécanisme. Ce que je veux encore, c'est vous mettre en garde contre la crainte, non motivée en pareil cas, d'une tuberculisation pulmonaire actuelle ou consécutive.