

SOIXANTE-DIX-SEPTIÈME LEÇON

FIÈVRE PUERPÉRALE OU TYPHUS PUERPÉRAL PYOGÉNIQUE. — Autotypisation possible de la femme enceinte par ses reins ou son foie. — Hétérotypisation possible de la femme en couche par le voisinage d'autres femmes en couche. — Le typhus puerpéral essentiellement pyogénique. — La suppuration peut se faire partout, mais elle a lieu de préférence dans les organes intéressés par l'acte de la parturition, l'utérus et ses vaisseaux, les annexes de l'utérus et le péritoine.

MESSIEURS,

Nous allons étudier maintenant la *fièvre puerpérale*, essayer de voir comment elle se produit et nous efforcer d'en déterminer comme d'en comprendre les manifestations anatomiques.

Je dis bien la « *fièvre puerpérale* » ; la fièvre puerpérale ou typhus propre aux femmes en couche, le *typhus* PUERPÉRAL PYOGÉNIQUE.

La femme gravide est ainsi sous le coup de deux sortes de typhisation de pathogénie bien différente ; enceinte, nous l'avons vue sujette à l'*AUTOTYPHISATION* ; en couche, nous l'allons voir exposée à l'*HÉTÉROTYPHISATION* ; enceinte, l'autotypisation peut résulter des troubles fonctionnels des reins ou du foie, et il peut y avoir ainsi, nous l'avons vu, typhisation par l'urine (urinémie ou typhus urinémique), ou typhisation par la bile (cholémie, ictère grave ou typhus cholémique). Cette typhisation est intime ; elle vient du dedans et non du dehors ; née dans l'organisme, elle y reste confinée ; au moins ne cite-t-on pas de cas de contagion de cette forme de typhus — peut-être en observera-t-on plus tard, et la chose n'a rien d'in vraisemblable. Eh bien ! la typhisation des femmes en couche lui vient du dehors, et elle est une des plus contagieuses qui se puisse voir. L'encombrement des êtres humains crée le typhus ; l'encombrement des femmes en couche engendre le typhus puerpéral ; les miasmes animaux

émanés d'autrui créent pour autrui une occasion d'infection, voilà pour le typhus en général ; les miasmes émanés de la femme en couche, *plus* les liquides altérés qui s'échappent de ses organes génitaux (sang et lochies) sont, pour une autre femme en couche, une occasion d'infection, laquelle est essentiellement *typhique* par les miasmes, spécialement PUERPÉRALE par les liquides génitaux, et plus spécialement PYOGÉNIQUE pour cette double raison que les liquides ainsi infectieux sont purulents et que l'organisme qu'ils infectent est, *de par la* LEUCOCYTOSE *de la femme enceinte*, prédisposé à *faire du pus*.

Maintenant, qu'il y ait de préférence lésion de l'utérus ou de ses dépendances vasculaires et péritonéales, et lésion purulente de par le typhus puerpéral pyogénique, qui ne voit là l'action de l'*irritation* intervenant pour faire se *localiser le mal général* ? L'*irritation* faisant l'*hyperémie*, et l'*hyperémie* engendrant la *phlegmasie* (étant donné l'état de fièvre) ; absolument comme on voit dans la variole les pustules se grouper en plus grand nombre aux points de la peau préalablement irrités. Or, l'utérus a été physiologiquement irrité par le travail de contraction expultrice, traumatiquement déchiré par et pendant l'expulsion : il a été et il reste un certain temps hyperémié de par ces actes et ces faits. C'est donc dans cet état d'*hyperémie* physiologique nécessaire, — *hyperémie* que démontrent, s'il en était besoin, mes recherches thermométriques locales (1), c'est, dis-je, dans cet état d'*hyperémie* que s'offre aux déterminations morbides purulentes de la fièvre puerpérale, l'utérus irrité. Il n'y a pas jusqu'au travail de réparation physiologique qui, dévié, ne fasse du pus ; ainsi, la thrombose locale des sinus utérins, destinée à oblitérer ceux-ci, peut, troublée dans son évolution par le typhus puerpéral, devenir purulente au lieu d'être plastique ou adhésive.

Ces choses étant préalablement dites, voyons les faits.

La femme qui est actuellement couchée au n° 5 de la salle Sainte-Adélaïde est la seule survivante des cinq femmes que, il y a huit jours, vous avez pu voir atteintes, dans la salle voisine, d'affections puerpérales. En effet, le lendemain matin, le

(1) Voir, plus loin, leçon LXXVIII, *Recherches sur la température intra-utérine avant, pendant et après l'accouchement*.

dimanche, on aurait cru entrer dans une salle de cholériques. Ces femmes étaient tellement malades, que deux moururent le même jour, une autre le lendemain; le mardi, la quatrième voulut s'en aller chez elle, mourante; le mercredi elle était morte. Une autre survit et va probablement guérir. L'histoire de cette femme est intéressante, parce qu'elle a eu des accidents évidemment puerpéraux, des accidents accompagnés de symptômes d'aspect et de nature typhoïdes, et que néanmoins elle va guérir.

C'est une fille-mère de vingt ans, accouchée le 14 avril d'un premier enfant. Quarante-huit heures après son accouchement, elle fut prise de douleurs dans le ventre, puis, le soir, à minuit, d'un frisson qui dura jusqu'à six heures du matin: la douleur du ventre siégeait à droite, c'est-à-dire dans les annexes de l'utérus de ce côté. L'utérus était douloureux dans sa totalité, mais à droite surtout. Il n'était pas douteux qu'il n'y eût métrite parenchymateuse du corps. Dans les ligaments larges rampent les veines et les lymphatiques de l'utérus. Or, les autopsies nous ont appris trop souvent que les lymphatiques de l'utérus s'enflammaient d'une façon purulente; c'était donc probablement à une lymphangite purulente que nous avions affaire ici. Indépendamment de ces accidents, les lochies venaient moins que cela n'est habituel, le lait était aussi moins abondant: il y avait une dérivation par rapport aux phénomènes physiologiques. Le 15 avril, on constate un peu de ballonnement du ventre; le pouls, qui s'était élevé à 140, n'était plus qu'à 128; la température, prise dans l'aisselle, était le matin de 39°,4. Le soir, le pouls était à 120 et la température à 40°,6. L'utérus était un peu moins douloureux. La malade toussait un peu. Mais pendant ce temps nous ne restions pas inactifs, nous avons mis des ventouses scarifiées, sous l'influence desquelles la douleur s'est amoindrie. — Le 16 avril au matin, le pouls était à 120, la température à 39 degrés; le soir, pouls: 130; température: 38°,4. — Le 17, le pouls était à 124, mais dicrote; l'utérus était toujours douloureux à droite et remontait jusqu'à l'ombilic, c'est-à-dire que le retrait physiologique ne se faisait pas. La température axillaire était de 38°,2 seulement. On avait donné du sulfate de quinine dès le

premier jour à la dose de 1 gramme. (Je ne considère pas le sulfate de quinine comme un spécifique de la fièvre puerpérale, mais comme un excellent médicament, surtout quand il y a concomitance d'un état typhoïde.) Le soir, le pouls était à 140, la température à 38°,3. Le ventre était ballonné et douloureux; il y avait du hoquet, et cependant on ne constatait pas les signes évidents d'une péritonite.

Le 18 au matin, le thermomètre marquait 39°,4; le pouls était dicrote, et même à un degré plus prononcé que la veille. On remarquait des mouvements vermiculaires des lèvres, lorsque la malade voulait parler; il y avait aussi un tremblement de la langue. Ces faits sont l'indice évident de l'état typhoïde. Il y a pour ces muscles, qui n'ont pas de soutien squelettique, ce que vous observez du côté des membres inférieurs, lorsque le malade veut marcher, c'est-à-dire de la faiblesse et de l'inaptitude à la coordination. Nous constatons de plus une diarrhée très abondante, que vous observez dans tous les états infectieux de l'organisme. Il y avait aussi du ballonnement du ventre; la malade avait de plus les yeux cernés.

Nous voyons ici réalisée la double infection qu'on observe dans les salles de maternité: l'*infection typhoïde* ou putride, et d'autre part les signes non douteux d'une *inflammation* qui, dans l'espèce, est toujours *purulente*.

Nous donnâmes à cette femme de l'eau de Sedlitz. Les accidents continuèrent, mais en s'atténuant de jour en jour, de sorte que le 19 avril elle avait 128 pulsations, le 20 elle en avait 120, et la diarrhée avait disparu. C'est dans ces conditions que, le 20 avril, nous fîmes passer la malade au n° 5 de la salle Sainte-Adélaïde (salle des malades ordinaires), où elle est actuellement.

Le 20 avril, il y avait 120 pulsations; la température était le matin de 39°,5; le soir, de 40°,1. Le ballonnement du ventre avait diminué. Le 22, le pouls était à 128, et le thermomètre marquait le matin 39°,5, comme la veille; le soir, 40°,4. Cependant l'état typhoïde était moindre; les douleurs utérines et péritonéales moindres aussi. Le 23, c'est-à-dire hier, la malade s'est plainte d'avoir souffert vivement du côté droit et de respirer assez difficilement. Même avant de percuter et d'ausculter, je ne doutais

pas que cette femme n'eût une inflammation de la plèvre diaphragmatique ; et en effet, en la faisant asseoir, je trouvai de la matité et je constatai la disparition du murmure vésiculaire. Je fis poser un vésicatoire. Aujourd'hui cette malade, qui ne souffre plus du côté droit, nous offre une matité de quatre travers de doigt du côté gauche, et dans ce point on n'entend pas le murmure vésiculaire. Il n'est pas douteux que cette femme n'ait du côté gauche une pleurésie diaphragmatique avec un exsudat qui tapisse les parois du thorax.

Nous avons pu voir à l'amphithéâtre d'autopsie comment se développent les symptômes que cette femme présente. Dans des cas analogues à celui de la malade du n° 5, en admettant qu'elle ait une métrite-péritonite avec prédominance de l'inflammation du côté droit, on observe, sur toute la partie qui est le siège de l'inflammation, un exsudat fibrino-purulent ; cet exsudat est d'autant plus épais que la lymphangite est elle-même prédominante. Donc métrite-péritonite, mais localisée à l'utérus et à son péritoine ; puis, si vous n'intervenez pas ou si l'impétus fluxionnaire phlegmasique dépasse vos moyens d'action, la péritonite va se généraliser. Et ce qui se passe pour le péritoine pariétal se passe également pour le péritoine pelvien. De proche en proche, si les circonstances s'y prêtent, vous voyez se faire une trainée phlegmasique le long du péritoine des flancs ; peu après, la malade se plaint de son hypochondre droit ; l'inflammation se propage au péritoine hépatique et de là au péritoine diaphragmatique ; alors vous pouvez observer le hoquet, que cette femme a présenté. Au bout d'un certain temps, l'inflammation se transmet du péritoine diaphragmatique à la plèvre diaphragmatique, c'est-à-dire qu'il se fait une pleurésie diaphragmatique. Nous l'avons vu maintes fois à l'autopsie (1).

Chez la femme que nous observons, dont nous avons constaté aujourd'hui l'état en quelque sorte anatomique, la transmission de la phlegmasie s'est faite du côté droit de l'utérus au péritoine diaphragmatique droit ; de là, en raison de la continuité du péritoine, l'inflammation a pu se propager facilement au côté

(1) On verra plus loin que le docteur Charrier a observé des faits nombreux de pleurésie dans le cas de fièvre puerpérale.

gauche. C'est ainsi qu'à une pleurésie diaphragmatique droite plus intense, nous voyons succéder une pleurésie diaphragmatique gauche de moindre intensité. Cette femme nous présente donc toutes les lésions anatomiques dont nous avons pu constater les traces à l'autopsie d'autres malades.

Cependant cette femme va guérir. La température périphérique est celle de la santé, l'aspect est satisfaisant, il n'y a plus de diarrhée, plus de ballonnement du ventre ; la langue est dépouillée de son enduit, quoique cette femme soit toujours sous le coup de son état fébrile. Si cette femme avait dû mourir, elle serait morte déjà (1).

Laissez-moi vous dire maintenant comment ces accidents se sont développés dans notre service. Le 9 janvier, une femme, couchée au n° 8, est atteinte de métrite puerpérale ; elle était prise peu de jours après ses couches ; elle guérissait au bout de huit jours. C'était la première malade frappée cette année dans notre service. Le 15 janvier, une autre femme est atteinte également de métrite et elle guérit comme la première, mais plus tardivement ; elle n'entra en convalescence que le 30 janvier, et elle ne sortit guérie que le 15 février. Le 17 janvier, au n° 1, se trouve une femme qui est prise de métrite-péritonite ; l'inflammation est déjà plus étendue. Elle guérit néanmoins, mais elle ne guérit qu'après être restée au lit du 17 janvier au 27 février, jour où commence la convalescence, pour sortir de l'hôpital le 17 mars seulement ; c'est-à-dire qu'elle est restée deux mois juste dans notre service. Pendant sa maladie, cette femme nous disait qu'elle allait mourir. Elle n'est pas morte ; mais presque toujours, en pareil cas, les malades succombent. La réciproque n'est pas vraie ; il arrive souvent que des malades, présentant des accidents très graves, ont un état de béatitude intellectuelle qui contraste avec leur état général.

Le 20 janvier, nous avons une métrite puerpérale au n° 15 ; la malade guérit au bout de neuf jours. Le 18 février, un mois plus tard, une femme, couchée au n° 4, est atteinte de métrite-péritonite très grave avec double pleurésie. Elle est restée long-

(1) La malade est en effet sortie guérie trois semaines plus tard.

temps malade, mais elle a guéri néanmoins. Quand elle fut frappée, cette femme était presque exsangue, par le fait d'une hémorrhagie utérine des plus abondantes. Mais là se termine la série de nos guérisons ; à partir de ce jour, nous n'avons plus à enregistrer que des morts.

Le 27 février, une femme, couchée au n° 8, fut prise de métrite-péritonite puerpérale et mourut en quarante-huit heures. Le 3 mars, une femme, couchée au n° 10, est prise également de métrite-péritonite et meurt le quatrième jour après le début des accidents. On trouve à l'autopsie les lésions de la métrite-péritonite avec sérosité purulente dans la cavité du péritoine et du pus dans les lymphatiques des cornes utérines. Le 14 mars, une femme est prise de métrite-péritonite et meurt également avec du pus dans les lymphatiques des cornes utérines. Le 12 mars, une femme est prise de métrite-péritonite, meurt en trente-six heures et présente à l'autopsie du pus dans les cornes utérines et dans les lymphatiques prévertébraux. Le 17 mars, femme atteinte de métrite-péritonite ; à l'autopsie, lymphangite utérine suppurée et pus dans les lymphatiques prévertébraux.

Messieurs, cette statistique est d'une désespérante monotonie, mais malheureusement nous n'avons pas épuisé la liste de nos malades.

Le 23 mars, une femme est atteinte de métrite et présente un état typhoïde assez prononcé ; cependant elle guérit. Le 29 mars, chez une autre femme, métrite-péritonite avec symptômes d'infection purulente, et la malade meurt en cinq jours. A l'autopsie, on trouve du pus dans les lymphatiques prévertébraux, dans les muscles du mollet et dans les biceps. Pendant la vie, la malade s'était plainte de souffrir dans ces diverses régions. Lorsque, dans l'état puerpéral, vous voyez se manifester ces douleurs dans les masses musculaires ou dans les articulations, vous pouvez affirmer l'état pyogénique.

Le 3 avril, au n° 3, une femme meurt d'une métrite-péritonite avec symptômes typhoïdes, on trouve du pus dans les lymphatiques et dans les veines de l'utérus, ainsi que dans les lymphatiques prévertébraux. Le 10 avril, une femme, couchée au n° 4, meurt d'une métrite-péritonite compliquée de diarrhée ; on trouve du

pus dans les lymphatiques des cornes utérines. Le 12 avril, une femme, couchée au n° 8, est prise d'une métrite-péritonite ; elle a de la diarrhée et des symptômes généraux graves ; elle accuse une douleur très vive du côté droit, où nous trouvons à l'autopsie des lésions très marquées. Le 12 avril, une autre femme, âgée de dix-neuf ans, est prise de métrite-péritonite ; le mardi elle veut quitter l'hôpital, elle meurt le mercredi.

Il y a là quelque chose de très intéressant ; les accidents commencent par être bénins et finissent avec une gravité exceptionnelle. Je vous disais : Le mieux serait de ne pas recevoir de femmes en couche, parce que nous aurons très certainement une épidémie, et, dans l'espèce, une épidémie mortelle.

La femme qui était au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite, et qui a guéri, avait très certainement, comme la femme qui est encore chez nous, les signes d'une inflammation purulente ; on peut donc guérir d'une maladie purulente.

Pour en revenir au n° 1 de notre salle de femmes en couche, entrée le 17 janvier, et qui a guéri en deux mois (1), cette jeune femme était accouchée le 31 janvier ; le même jour, à dix heures du soir, elle fut prise de frissons, puis de douleurs qui allèrent en augmentant pendant la nuit ; elle avait donc une métrite-péritonite. A l'heure de la visite, nous trouvâmes une douleur abdominale très vive, surtout marquée à gauche et occupant la totalité de l'utérus et le péritoine qui le recouvre. La malade avait la peau sèche, la figure abattue, le pouls était à 120. Le lendemain, le thermomètre marquait 39°,2 ; il y avait 132 pulsations et 40 mouvements respiratoires. La peau était chaude, la langue sèche ; à gauche, le péritoine était pris jusqu'au diaphragme ; à droite et à gauche, le phrénique était douloureux. Il y avait donc eu métrite, puis métrite-péritonite, puis péritonite diaphragmatique. Nous donnâmes à la malade une potion de Todd à 50 pour 100, c'est-à-dire tiers d'alcool, puis 1 gramme de sulfate de quinine. Le 3 février au matin, le pouls est à 112, la langue sèche, la peau plus humide : il y a encore de la douleur à la pression dans tout le petit bassin ; on est forcé de sonder la malade, et on retire un plein vase

(1) Voir, plus haut, p. 717.

d'urine ; la malade est convaincue qu'elle va mourir. Le 4 février, le phrénique est moins douloureux, le péritoine l'est également moins ; la langue est plus humide ; à partir de cette époque, la langue le devient de jour en jour davantage, il y a moins de douleurs, moins d'oppression, et le phrénique droit seul est encore un peu douloureux. On ne trouve pas les signes d'une pleurésie diaphragmatique. A partir du 6 février, la malade trouve qu'elle va de mieux en mieux ; le 13 février, il y a toujours un peu de douleur à la pression dans la partie droite du bassin ; cependant la malade entre en convalescence, et le 19 elle quitte l'hôpital en très bon état.

On peut donc guérir de ces accidents, bien qu'à l'autopsie de toutes les femmes qui succombent on trouve du pus dans les parties enflammées. Cet état fébrile, qui peut s'appeler une *fièvre pyogénique*, embrasse la totalité des cas. Il y a un trait commun dans toutes ces affections, la purulence, qui a pour condition protopathique la leucocytose de la femme en état puerpéral. Un autre caractère commun, c'est la tendance à une extension rapide, ce qui tient à l'état de pléthore de la femme enceinte.

Il s'élève ici, messieurs, une grosse question doctrinale : la femme meurt-elle parce qu'elle a du pus dans ses lymphatiques, parce qu'elle a du pus dans ses sinus utérins, parce qu'elle a une métrite-péritonite purulente ; ou bien, au contraire, meurt-elle parce qu'elle a une *maladie pyogénique* ?

Voici ce que je veux dire : Plaçons-nous au point de vue des faits : une femme est morte ; on trouve dans un ou deux lymphatiques de son utérus du pus de quoi remplir un cure-oreilles, le quart d'une cuiller à café. Est-il sensé de croire qu'elle soit morte des méfaits de ce pus ? Et comment ? Allez plus loin : une autre femme a du pus dans ses lymphatiques utérins et dans ses lymphatiques prévertébraux ; on peut en trouver même, comme j'en ai observé cette année, dans la citerne de Pecquet ; mais il n'y en a pas dans le sang, et il n'existe ni les lésions ni les signes d'une infection purulente. Mais du pus dans les lymphatiques de l'utérus n'est pas plus méchant que du pus dans les lymphatiques d'une autre région, comme cela se voit, par exemple, dans un érysipèle.

Quand, maintenant, vous trouvez du pus dans les muscles, dans les articulations, dans les poumons, vous pouvez dire que la malade est morte d'infection purulente ; mais généralement on met beaucoup de temps, trois ou quatre semaines, pour mourir d'une infection de ce genre par la voie lymphatique.

Je prends un autre exemple, celui d'une femme qui n'a pas de pus dans ses lymphatiques, mais qui en présente quelques grammes dans les sinus utérins. Dira-t-on : Voilà la cause de la mort ? Eh bien ! il est impossible de comprendre et d'admettre qu'une femme meure, parce qu'elle a quelques grammes de pus dans son utérus. Si, au contraire, nous nous plaçons au point de vue de l'état général, de l'infection, on comprend très bien que la femme a une *fièvre pyogénique*, parce qu'elle a de la tendance à faire du pus de par sa pléthore quantitative, d'une part, qui crée la tendance aux congestions et aux phlegmasies, et de par sa leucocytose, d'autre part, qui fait que ces phlegmasies suppurent volontiers. Ce n'est donc pas le pus qui a fait la fièvre, c'est la fièvre qui a fait le pus.

Qu'il y ait ainsi de la tendance à la suppuration, cela va donc de soi ; mais comment se comprend la lymphangite ? Dans l'espèce, ce n'est pas une maladie protopathique, c'est une maladie deutéropathique. Vous avez une piqûre, la peau s'enflamme, les lymphatiques se prennent ; pour qu'il y ait lymphangite, il faut qu'il y ait irritation ou maladie primitive de la peau ; de même, pour qu'il y ait lymphangite utérine, il faut qu'il y ait irritation de l'utérus. Mais, dans la majorité des cas, un vésicatoire placé sur la peau ne détermine pas de lymphangite purulente ; vous n'observez cette lymphangite purulente que lorsque, dans une salle de blessés, par exemple, il y a une épidémie d'infection purulente. De même encore pour la phlébite utérine : normalement, le sinus utérin s'oblitére par un caillot ; pathologiquement, étant données les conditions infectieuses, le caillot devient purulent, ou bien il provoque un travail, non plus adhésif et physiologique, mais phlegmasique, et cette phlegmasie de la veine utérine va passer à la purulence. La phlébite utérine est ainsi une déviation du travail physiologique d'oblitération, et elle ne suppure que parce qu'il y a *fièvre pyogénique*.