

Obs. 35. M. (Louise), 31 ans, entrée le 30 novembre 1878, n° 11.
Au septième mois de la grossesse.

26 décembre. M. T. A. 36,8
T. U. 38,2
27 — M. T. A. 37,4
T. U. 38,8

T. Rectale. 38,4
15 janvier. M. T. A. 37,3
T. U. 37,6

Accouche le 27 janvier 1879.

28 — M. T. A. 37,8
T. U. 38,9

29 — S. T. A. 38,3
T. U. 39,2

30 — M. T. A. 38
T. U. 39

(Douleur ce matin à la corne utérine droite;
lymphangite utérine?)

31 — M. T. A. 37,6
T. U. 40

S. T. A. 37,7
1^{er} février. M. T. A. 38,3
T. U. 38,5

2 — M. T. A. 37,3
T. U. 39

3 — M. T. A. 37,6
T. U. 38,3

6 — M. T. A. 37,3
9 — M. T. A. 37,1
T. U. 37,5

Sort le 11 février (15^e jour) en bon état.

Obs. 36. H. (Marie), 22 ans, entrée le 30 octobre 1878, n° 7.
18 janvier 1879. Accouchement.

31 — T. A. 36,7
T. U. 37,8

1^{er} février. T. A. 37,3
T. U. 38,3

2 — T. A. 37,4
T. U. 38,8

3 — T. A. 37,4
T. U. 38,2

Sort le 8 février.

Obs. 37. P. (Marie), 19 ans, entrée le 28 janvier 1879, n° 22.
Accouche dès son entrée, normalement.

29 janvier. M. T. A. 37,4
T. U. 38,3

30 — M. T. A. 36,9
T. U. 38

31 janvier. M. T. A. 37,6
T. U. 38,6

(Douleurs abdominales diffuses assez vives.)

S. T. A. 38,9
T. U. 39,8

1^{er} février. M. T. A. 37,6
T. U. 39

S. T. A. 39,6

2 — M. T. A. 37,6
T. U. 39,1

3 — M. T. A. 38,2
T. U. 39

S. T. A. 38,8
4 — M. T. A. 37,8
T. U. 38,6

La malade sort le 8 février.

Obs. 38. C. (Olympe), 26 ans, entrée le 17 janvier 1879, n° 14.
Rétrécissement du bassin.

Accouchement le 17 janvier. Version; enfant mort au
bout de quelques heures; déchirure du périnée.

S. T. A. 38,1
T. U. 39

18 janvier. M. T. A. 37,4
T. U. 38,3

S. T. A. 38,6
T. U. 39,3

19 — M. T. A. 38
S. T. A. 39

20 — M. T. A. 37,7
T. U. 38

S. T. A. 40,2

21 — M. T. A. 37,4

22 — S. T. A. 38,9

24 — S. T. A. 37,2

28 — M. T. A. 36,8

31 — S. T. A. 37

La malade sort le 1^{er} février.

Obs. 39. É. (Alexandrine), 29 ans, entrée le 7 février 1879, n° 12.
Accouchement normal le soir.

8 février. M. T. A. 37,3
T. U. 38,1

S. T. A. 37,2

6^e espace intercost. 37,8

10 — S. T. A. 37

Frisson; malaise, céphalalgie.

41 — M. T. A. 38,3
T. U. 38,8

12 février.	M.	T. A.	40,7
		T. U.	40,5
	S.	T. A.	37,6
13 —	M.	T. A.	36,8
		T. U.	37,4
	S.	T. A.	37,1
17 —	S.	T. A.	36,8
		La malade sort le 19.	
Obs. 40. H. (Eugénie), 23 ans, entrée le 12 février, n° 7.			
12 février.	M.	T. A.	37,2
Pendant le travail,		T. U.	37,8
		Accouche à 9 heures et demie.	
13 février.	M.	T. A.	36,9
		Frisson; douleurs abdominales.	
14 —	M.	T. A.	39,3
		T. U.	40,5
15 —	M.	T. A.	37,6
		T. U.	38,2
16 —	M.	T. A.	36,8
17 —	M.	T. A.	36,4
		T. U.	37,3
18 —	M.	T. A.	37
		T. U.	37,6
19 —	M.	T. A.	37
		T. U.	37,5
22 —	M.	T. A.	37,3
		La malade sort le 23.	
Obs. 41. D. (Henriette), 28 ans, entrée le 10 février 1879, n° 19.			
		Accouchement le 10 février.	
11 février.	M.	T. A.	37,8
		T. U.	38
	S.	T. A.	37,3
		6 ^e espace intercost. 36,5	
12 —	M.	T. A.	37,5
		T. U.	37,9
		Frisson dans la journée; douleurs hypogastriques.	
13 —	M.	T. A.	39,4
		T. U.	39,9
	S.	T. A.	39,9
		6 ^e espace intercost. 40,1	
14 —	M.	T. A.	38
		T. U.	38,6
15 —	M.	T. A.	37,6
		T. U.	38,1
	S.	T. A.	38,2
		6 ^e espace intercost. 38,3	
20 —	M.	T. A.	36,4
		La malade sort.	

Obs. 42. L. (Clémentine), 30 ans, entrée le 14 février 1879, n° 8.			
15 février.		Accouchement normal à 5 heures du matin.	
	M.	T. A.	37
		T. U.	37,9
17 —	M.	T. A.	36,5
		T. U.	37,7
18 —	M.	T. A.	38,7
		T. U.	39,7
		Frisson violent le matin; lymphangite utérine droite.	
19 —	M.	T. A.	38,8
		T. U.	39,3
20 —	M.	T. A.	39,1
		T. U.	39,5
21 —	M.	T. A.	37,3
		T. U.	38
22 —	M.	T. A.	37,3
		La malade sort le 24.	
Obs. 43. C. (Alexandrine), 23 ans, entrée le 30 janvier 1879, n° 16.			
30 janvier.		Accouchement normal à 6 heures du matin.	
9 heures.	M.	T. A.	37,4
		T. U.	37,8
31 —	M.	T. A.	36,9
		T. U.	37,8
1 ^{er} février.	M.	T. A.	39,1
		T. U.	40
		Ce matin, fièvre sans aucune douleur utérine.	
2 —	M.	T. A.	38,3
3 —	M.	T. A.	38,5
		T. U.	38,2
	S.	T. A.	38,7
4 —	M.	T. A.	37
		T. U.	37,8
		La malade sort.	
Obs. 44. D. (Eugénie), 20 ans, entrée le 23 janvier, n° 31.			
		Enceinte de six mois.	
11 décembre.		T. A.	36,6
		T. 5 ^e espace interc.	36,1
		Accouchement le 26 janvier.	
27 janvier.	M.	T. A.	38
		T. U.	38,4
29 —	M.	T. A.	37,8
		T. U.	38,9
		Malaise général, puis frissons légers.	
31 —	M.	T. A.	38
		T. U.	38,8
		Lymphangite utérine droite.	
1 ^{er} février.	M.	T. A.	38,1
		T. U.	39

2 février.	M.	T. A.	38
		T. U.	39,8
3 —	M.	T. A.	38,1
		T. U.	38,9
4 —	M.	T. A.	38,5
		T. U.	39,7
5 —	M.	T. A.	38,9
		T. U.	39,8
6 —	M.	T. A.	38,2
		T. U.	39
8 —	M.	T. A.	39,4
	S.	T. A.	40
		T. 5 ^e espace interc.	39,8
9 —	M.	T. A.	39,5
		T. U.	39
		Érysipèle chez l'enfant.	
10 —	M.	T. A.	38,4
	S.	T. A.	39,6
12 —	M.	T. A.	38,3
		T. U.	39,2
16 —	M.	T. A.	37,6
17 —	M.	T. A.	38,3
		Érysipèle de la face chez la mère.	
	S.	T. A.	39,5
18 —	M.	T. A.	37,4
19 —	M.	T. A.	37,7
	S.	T. A.	40,3
20 —	M.	T. A.	37,5
	S.	T. A.	40,2
21 —	M.	T. A.	37,2
		Ouverture d'un abcès du sein.	
	S.	T. A.	38,2
25 —	M.	T. A.	36,8
		La malade se lève.	
		Elle sort le 8 mars avec les températures suivantes :	
		T. A.	36,4
		T. U.	37,2

On remarquera que la température axillaire fut ici une température basse (36°,4) et qu'elle était redevenue à peu près ce qu'elle était à l'entrée de la malade dans le service (36°,6). On remarquera encore que la température utérine était de 37°,2, c'est-à-dire une température également peu élevée.

Ce qu'il y eut de non moins intéressant chez cette femme, c'est que la température axillaire, le jour de l'accouchement, était de 38 degrés, alors qu'elle n'était que de 36°,6 le 11 dé-

cembre, jour de l'entrée de la malade dans notre salle de maternité.

Il y aurait de nombreuses déductions à extraire de ces chiffres thermiques (et ce sera l'objet d'un travail spécial ultérieur); les seules conclusions que j'en veuille actuellement tirer au point de vue qui nous occupe, c'est qu'en général, au cas de fièvre puerpérale, la surélévation thermique relative est plus considérable dans l'aisselle que dans l'utérus au début des accidents; ce qui démontre bien que l'état général précède et prime la lésion locale.

Ainsi, dans un cas, au début des accidents :

La surélévation axillaire =	1°,5
— utérine =	1°

Le lendemain, au contraire, quand la maladie s'est localisée, qu'il y a lymphangite utérine, la surélévation utérine dépasse la surélévation axillaire :

Surélévation axillaire =	0°,8
— utérine =	1°,8

Dans un autre cas, celui de E. (Alexandrine), au début des accidents :

Surélévation axillaire =	1°
— utérine =	0°,7

Le lendemain, la surélévation axillaire est encore relativement et absolument plus considérable que l'utérine :

Surélévation axillaire =	3°,4
— utérine =	2°,4

Ainsi encore, dans le cas de D. (Henriette), au début des accidents :

Surélévation axillaire =	1°,6
— utérine =	1°,1

Chez une autre femme, L. (Ernestine), la surélévation axillaire et l'utérine marchèrent parallèlement :

Le 1^{er} jour :

Surélévation axillaire =	1°
— utérine =	1°

Le 2^e jour :

Surélévation axillaire =	2°,1
— utérine =	2°,1

Tandis qu'au contraire, quand le traumatisme utérin a été le point de départ des accidents, nous voyons la surélévation utérine dépasser, au début comme pendant la durée des accidents, la surélévation axillaire.

Ainsi chez la femme P. (Marie), qui fut, par son embryotomie et les suites formidables de celle-ci, l'occasion des accidents puerpéraux de mon service de la Pitié, dès après l'opération, la température intra-utérine s'éleva et la surélévation thermique intra-utérine fut, dès le début comme pendant la durée des accidents, plus grande que l'axillaire :

Ainsi, au début :

Surélévation axillaire =	0°,4
— utérine =	1°

Le lendemain :

Surélévation axillaire =	1°
— utérine =	1°,8

Le soir de ce même jour :

Surélévation axillaire =	0°,7
— utérine =	1°,8

On voudra bien remarquer que ces recherches thermiques locales promettent d'être fécondes, l'utérus étant un des rares viscères où l'on peut pénétrer le thermomètre à la main.

Ces chiffres étant posés, et les éléments d'instruction qu'ils comportent étant admis, je répète que :

Toute femme en couche est à une autre femme en couche une occasion de maladie.

Une réunion de femmes en couche constitue une réunion idéale de causes de maladies.

Ces deux propositions dominent la pathogénie de la fièvre puerpérale.

Nous avons vu déjà surabondamment que l'état de grossesse ou *gravité* crée la *pléthore quantitative* et qu'il en résulte, pour la femme grosse, d'une part, la tendance aux congestions, aux hémorragies, et même aux phlegmasies; d'autre part, en raison de la leucocytose de cette forme de pléthore, la suppuration si facile de ces phlegmasies.

Nous avons déjà vu et nous allons voir plus évidemment encore que l'état puerpéral ou *puerpérisme*, qui commence avec l'accouchement et finit avec le sevrage, crée surtout la *tendance pyogénique*.

On a très judicieusement rapproché l'état d'une femme qui vient d'accoucher de celui d'un blessé : chez elle il y a une plaie physiologique, et chez elle, nous l'avons vu, une leucocytose également physiologique.

Cette leucocytose physiologique se produit et augmente pendant tout le cours de la grossesse ; plus le fœtus devient volumineux, plus il a besoin de leucocytes, lesquels jouent un rôle très important dans la nutrition, soit qu'ils se transforment en hématies, soit qu'ils deviennent du tissu conjonctif. Cette leucocytose offre son maximum au dernier terme de la grossesse. Ainsi, cette femme, débarrassée de son fœtus, a cependant une plus grande masse de leucocytes dans le sang ; et elle est blessée.

Quant à la femme qui vient d'accoucher et qui allaite, il n'est pas douteux que ses leucocytes ne contribuent à cette nouvelle fonction, l'allaitement.

J'ai dit tout à l'heure que la puerpéralité créait la pléthore quantitative : indépendamment de toutes les preuves que j'en ai données dans les leçons précédentes, il ne sera pas sans intérêt, ni sans utilité pour ce qui va suivre, de mentionner les faits suivants :

Au mois de janvier et le 10 février sont entrées dans le service deux femmes grosses qui toutes deux avaient des épistaxis et des phénomènes de congestion cérébrale ; elles étaient entrées parce qu'elles avaient un tel mal de tête, que le sommeil leur était absolument interdit. Mais, dira-t-on, on sait que l'anémie donne mal à la tête, qu'elle engendre des vertiges, qu'elle provoque l'insomnie. Soit, mais comment comprenez-vous les épistaxis de ces femmes ? Elles étaient pléthoriques dans le département de la carotide externe, qui fournit le sang à la muqueuse nasale ; comment auraient-elles pu être anémiques dans le département de la carotide interne, dont dépend la circulation du cerveau ? Et comment auraient-elles été soulagées par un écoulement de sang qui augmentait leur anémie ? Or, après plusieurs jours, je

saignai ces femmes ; le même jour les épistaxis et la céphalalgie disparurent et le sommeil revint. Si la saignée les soulageait, c'est donc que ces phénomènes étaient dus à une congestion cérébrale ; la proposition me semble démontrée.

Ainsi l'augmentation de la masse du sang contenue dans le système circulatoire de la femme enceinte ou de la femme en couche détermine une tendance à la congestion ; et, de plus, l'augmentation de la quantité des leucocytes entraîne la tendance à la suppuration.

Si une femme dans l'état puerpéral, même dans les conditions hygiéniques les plus parfaites, a une métrite, c'est une métrite qui tend à suppurer ; de plus, c'est une métrite du corps et non plus une métrite du col, comme dans l'état de vacuité ; c'est, en effet, le corps qui joue le rôle le plus actif pendant la grossesse et pendant les contractions de l'accouchement. Dans cette métrite, toute l'épaisseur du corps est envahie, il y a alors une métrite-péritonite qui pourra déterminer la mort, parce qu'il y aura suppuration. Soit, au contraire, la métrite chez une femme en état de vacuité, métrite due par exemple à des excès de coït. Il pourra y avoir des frissons violents, une douleur intense, un sentiment de pesanteur dans l'organe, du gonflement du col et du corps, avec tous les symptômes réactionnels d'une fièvre inflammatoire ; mais dans la presque totalité des cas, cette femme guérit, parce que sa métrite ne suppure pas. Et si, de par sa métrite, cette femme a une métrite-péritonite, elle guérira encore dans l'immense majorité des cas.

Dans les salles de nos hôpitaux, dans nos maternités, la femme en état puerpéral peut être exposée, en outre, à toutes les conséquences de l'encombrement, c'est-à-dire à l'infection putride et à l'infection purulente. En vertu de sa disposition pyogénique, en un espace de temps très court, la femme accouchée fera du pus, elle aura une métrite-péritonite purulente à laquelle elle pourra succomber rapidement.

Nous l'allons voir bientôt.

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME LEÇON

Fièvre puerpérale à forme typhoïde. — Valeur pronostique des vomissements et signification pathogénique de la diarrhée. — Contagion de la fièvre puerpérale dans un même lit. — La fièvre puerpérale n'est pas l'infection purulente.

MESSIEURS,

Chez toute femme en état puerpéral, nous avons vu qu'il existe une tendance aux phlegmasies, aux phlegmasies rapidement envahissantes, aux phlegmasies purulentes : rapidité dans la marche et suppuration, telle est la double caractéristique des phlegmasies puerpérales.

Dans la succession des accidents qui se sont développés dans mon service d'accouchements, vous avez pu voir la marche progressivement croissante des altérations : métrite, puis métrite-péritonite, puis péritonite généralisée, enfin phlegmasie s'étendant aux autres séreuses, et, dans tous ces cas, de la suppuration. Dans notre petite épidémie, les lymphatiques utérins étaient envahis ; dans d'autres cas ce sont les sinus ; mais qui ne voit que c'est là un fait accessoire, secondaire ? L'important à l'autopsie, c'est de constater l'existence du pus.

Nous avons eu des malades qui ont guéri de leurs accidents ; d'autres, en plus grand nombre, qui ont succombé. Celles qui ont guéri ont plutôt présenté des accidents d'aspect typhoïde que des accidents paraissant dus à la suppuration. Les analogies cliniques étaient telles, qu'on doit en déduire les analogies anatomiques, et cependant ces femmes ont guéri. Elles n'ont pas vomi, c'est-à-dire que, chez elles, il semble que le péritoine ait été moins fortement frappé que chez celles qui ont vomi et qui sont mortes. L'absence des vomissements dans ces cas nous faisait espérer la guérison, et, à ce sujet, je vous citerai, dans une