

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

prochaine leçon, un fait qui a eu pour témoins deux des hommes les plus considérables de la clinique contemporaine, et où l'absence des vomissements me faisait croire à une guérison dont ces deux éminents collègues désespéraient, et qui eut lieu néanmoins. L'ensemble symptomatique que présentent les malades plongées dans un état typhoïde est moins effrayant que celui qui revêt la forme de métrô-péritonite et de péritonite généralisée.

Une femme de vingt ans, G. (Ernestine), est entrée le 17 mars à notre salle d'accouchements, lit n° 2. Cette femme était primipare; elle accoucha le jour même de son entrée; il y avait eu présentation du sommet; le travail dura dix heures, sans accidents. Le lendemain et le surlendemain l'état resta satisfaisant; mais dans la nuit suivante la malade ressentit de violentes douleurs abdominales, ce qui l'empêcha de dormir, et le matin elle fut prise de légers frissons. A la visite, on trouva l'utérus douloureux à la pression dans sa totalité, mais la corne droite était plus douloureuse que la corne gauche. Il n'y avait pas de vomissements, mais une céphalalgie assez vive; la langue était blanche, le teint un peu jaunâtre, et déjà le matin la température axillaire était de 40°,5. Je fis appliquer six ventouses scarifiées sur le bas-ventre: le soir l'utérus était moins douloureux, mais le mal de tête persistait. La température était alors de 40°,1; il y avait 112 pulsations et 24 respirations par minute.

Le lendemain, 21 mars, la malade nous raconta qu'elle n'avait pas dormi, la langue était blanchâtre sur les bords et rouge à la pointe. L'utérus était encore douloureux dans sa totalité; le péritoine paraissait sain à gauche, mais à droite il était douloureux jusqu'au diaphragme. Le soir, il y avait ballonnement du ventre et diarrhée abondante; la manifestation typhoïde s'accusait donc du côté de l'intestin. On trouvait de l'albumine dans les urines, mais en petite quantité. La diarrhée affaiblit la malade, qui peut à peine parler.

Messieurs, quelques mots à propos de cette diarrhée. Des auteurs ont essayé d'en faire un phénomène critique, tandis que c'est au contraire un phénomène éminemment infectieux. Il n'y a là rien de critique, l'organisme ne se débarrasse pas par cette

diarrhée du poison qui l'infecte: la diarrhée est une simple manifestation de ce poison, quel qu'il soit.

Le 22, il y avait de la submatité dans le cinquième inférieur du poumon des deux côtés, et, dans ces mêmes points, on n'entendait pas le bruit de la respiration. Il n'est pas indifférent de constater le siège de la douleur et sa prédominance de l'un ou de l'autre côté, parce qu'ordinairement le côté envahi est aussi celui où siègent dans l'utérus les lymphatiques affectés. Lorsque vous observez de la douleur et des phénomènes généraux, vous pouvez craindre de la lymphangite utérine, et, dans l'espèce, de la lymphangite purulente. Au point de vue de ce qui arrivera ultérieurement, il n'est pas sans intérêt de constater qu'un seul côté est douloureux, car c'est par une trainée purulente que le péritoine se prend de proche en proche pour déterminer d'abord une péritonite diaphragmatique, puis une pleurésie diaphragmatique.

Le 23 mars, comme nous cherchions la pleurésie chez notre malade, nous l'avons trouvée: à la base du thorax et du côté droit, nous avons entendu un souffle naissant. La malade n'avait pas de vomissements spontanés, mais elle vomissait tout ce qu'elle prenait. (A partir de ce moment, on peut dire que la situation est très grave. Le péritoine est pris dans sa presque totalité. Il y a sidération du plexus solaire, ce centre de la vie végétative.)

Le 24 mars, il y avait dans les urines un léger nuage albumineux, la malade était dans un abattement considérable et elle ne sentait plus ses souffrances, ce qui est toujours un signe très grave. La langue était très sèche et fendillée, et la dyspnée s'accusait par 60 respirations à la minute. Le 25, le pouls était très faible, la langue sèche, la figure congestionnée; il y avait des sueurs froides. Ce même jour, la malade mourut vers les quatre heures du soir. Elle avait été prise dans la nuit du 19 au 20 mars, elle a donc eu cinq jours et demi de maladie.

A l'autopsie, on trouva dans le péritoine près de 1500 grammes d'un liquide brun rougeâtre, contenant des flocons jaunâtres fibrino-purulents. Ces flocons entouraient l'ovaire droit et la corne utérine du même côté. De là ils se prolongeaient jusqu'au foie et au diaphragme, par une longue trainée, indiquant

le chemin suivi par l'inflammation. L'utérus dépassait le pubis d'un travers de doigt; sa partie droite était manifestement plus enflammée que la gauche. On ne trouvait rien de particulier à la face interne. La pression ne faisait sourdre aucune goutte de pus des sinus utérins, mais un examen plus attentif montrait quelques gouttelettes de pus dans les lymphatiques du ligament large droit. Ceux-ci, poursuivis jusque dans leur trajet le long des vaisseaux utéro-ovariens, laissaient apercevoir quelques nodosités jaunâtres formées par un peu de pus. L'ovaire droit présentait dans son parenchyme une infiltration séro-purulente.

Les intestins étaient distendus par des gaz, ils étaient poisseux, injectés; quelques anses adhéraient déjà entre elles. Le foie, gras, était recouvert de flocons jaunâtres qui se prolongeaient jusqu'à la face péritonéale du diaphragme. Les plèvres contenaient de 100 à 150 grammes d'un liquide louche. La portion de la séreuse qui tapisse le diaphragme et la partie inférieure du poumon était couverte d'une fausse membrane jaunâtre. Les reins avaient leur volume normal; la substance médullaire était saine, mais la substance corticale était blanchâtre et fortement anémiée. Le cœur et le péricarde étaient sains.

Ainsi, voilà une femme morte au sixième jour de sa maladie puerpérale, avec ces lésions multiples et quelques gouttelettes de pus dans différents organes. Voici maintenant un fait plus terrible encore: il s'agit d'une femme couchée au même lit que la précédente et qui succomba au bout de trente-six heures de maladie. C'est la femme A. (Sophie). Elle était entrée dans nos salles le 12 mars; pour la troisième fois elle accouchait, sans accidents. Le 14 mars au matin, elle ressentit de vives douleurs dans le ventre et en même temps elle eut quelques vomissements. A l'heure de la visite, on trouva l'utérus douloureux dans toute son étendue, mais surtout à droite; il remontait jusqu'à l'ombilic. La malade n'avait eu ni frissons ni céphalalgie. Le pouls était à 116 et la température à 39°,2. La langue était humide et blanche, les yeux cernés; il n'y avait pas de dyspnée. Le soir, au contraire, il y avait une dyspnée considérable, on comptait 52 respirations par minute. Il n'y avait pas de vomissements, mais une diarrhée presque cholériforme: dix garde-robes dans

la journée. La malade se plaignait de souffrir au niveau des insertions diaphragmatiques droites, et ces douleurs s'exagéraient par la pression. Le pouls était petit, il battait 132 fois par minute; le thermomètre marquait 38°,4; le lendemain, 15 mars, la malade succombait vers six heures du matin.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine environ un demi-litre de pus mal formé; ce liquide était surtout accumulé dans le petit bassin et sous la face inférieure du foie. L'utérus était assez bien revenu sur lui-même. Sa surface interne présentait quelques débris de muqueuse. En pressant sur les surfaces de coupe, on ne voyait sourdre des sinus aucune gouttelette de pus. Une étude plus attentive des cornes utérines fit découvrir à droite, au niveau de l'insertion des trompes et du ligament rond, sur l'utérus, un petit abcès, gros comme une lentille, et développé dans les lymphatiques. Ces lymphatiques, poursuivis le long des vaisseaux utéro-ovariens, présentaient par places quelques petites nodosités purulentes. L'ovaire droit était fortement congestionné, beaucoup plus enflammé que le gauche. Les anses intestinales offraient une vive injection, qui atteignait son plus haut degré vers le cæcum. La capsule du foie était d'un gris sale, terne, par suite du liquide qui l'entourait; le parenchyme était sain. La rate et les reins étaient également sains. La cavité thoracique était un peu rétrécie par suite du refoulement du diaphragme. Les plèvres et les poumons étaient intacts et ceux-ci ne contenaient pas d'abcès métastatiques.

Ainsi, messieurs, dans ce cas les lésions étaient moins avancées, la plèvre était saine, et cependant la malade est morte en trente-six heures; tandis que, dans le cas précédent, la malade, avec des lésions plus étendues, une plèvre remplie de fausses membranes, a mis six jours à mourir.

Maintenant, ce qu'il y a de plus lamentable, le voici: c'est que cette femme (A. Sophie), qui mourait au bout de trente-six heures de sa fièvre puerpérale, était entrée le 12 mars dans mon service; qu'elle y avait occupé le lit n° 2; que, le 17 mars (*trois jours* après qu'elle l'avait quitté pour l'amphithéâtre), une autre femme (G. Ernestine) y était venue accoucher, et que *trois jours* plus tard celle-ci était prise des mêmes accidents que la première

occupante et y succombait en six jours. Il est difficile de ne pas voir là un fait de contagion, et de contagion rapide.

Mais, au lieu de nous arrêter plus longtemps sur des faits qui ont été mortels, laissez-moi vous entretenir maintenant de deux cas de guérison. Et d'abord je vous parlerai de la femme que vous avez pu voir couchée au lit n° 6 dans le courant de février. C'était une jeune fille de dix-sept ans, primipare — on n'est guère enceinte avant cet âge — et qui, entrée le 18 février dans notre service, accoucha après six heures de fortes douleurs. Cet accouchement fut suivi, à dix minutes d'intervalle, d'une hémorragie tellement abondante, que la malade en devint exsangue ; il s'écoula près de 3 litres de liquide, et l'hémorragie ne fut arrêtée que par la compression de l'aorte. La délivrance se fit quelques minutes après ; l'écoulement sanguin diminua, mais pour durer encore une demi-heure, puis la malade dormit pendant quatre heures. Le lendemain, le 19, le pouls était petit, l'utérus n'était pas douloureux. Le 20, l'état était le même que la veille ; il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Le 21, à sept heures du matin, la malade fut prise de frissons violents qui ne cessèrent qu'à trois heures, à la suite de l'application de linges chauds sur tout le corps. L'utérus n'était pas douloureux. Le 22, on appliqua des cataplasmes laudanisés. Le 23, la température s'élevait à 40°,4, le pouls à 132 ; l'utérus était douloureux à la pression dans sa totalité, mais surtout au niveau de ses attaches. Je fis appliquer six ventouses scarifiées sur le bas-ventre ; il s'ensuivit une diminution notable de l'intensité de la douleur abdominale, mais l'inflammation poursuivit sa marche. A quelques jours de distance, nous constatons l'apparition d'une double pleurésie. Comme la malade a eu le bonheur de survivre à ces accidents, nous avons pu observer chez elle le développement d'un épanchement pleurétique avec matité, faiblesse du bruit respiratoire, absence des vibrations thoraciques, souffle pleurétique, égophonie typique.

Cette malade a guéri, mais elle y a mis un certain temps. Les accidents se sont développés du côté du thorax le 2 mars, c'est-à-dire neuf jours après le début de l'affection utérine. Le 2 mars, nous constatons de la fièvre, de la dyspnée, de la

matité à la base de la cavité thoracique du côté gauche, un léger souffle avec égophonie. A partir de ce moment, la pleurésie a suivi sa marche habituelle, l'épanchement paraissait diminuer ; mais le 5 mars il y avait, à la base du thorax du côté droit, un peu de matité, et en un point on n'entendait que faiblement la respiration. Le 8, la dyspnée s'accroît de nouveau, la malade a de la fièvre ; on trouve de la matité dans le tiers inférieur de la poitrine du côté droit ; la malade est très abattue ; elle est prise d'une toux sèche et pénible. Cette femme a de la dyspnée pour trois raisons : elle a une pleurésie double, de la péritonite, un ballonnement considérable du ventre et de la parésie du muscle diaphragme, qui se trouve pour ainsi dire placé entre deux feux. Il y avait donc toutes sortes de raisons pour que cette dyspnée fût très grande. Par suite de l'anémie de la malade, de sa dyspnée, de la nature si grave de sa maladie, de sa diarrhée, de la céphalalgie qu'elle ressentait, pour toutes ces raisons il y avait lieu de craindre qu'elle ne succombât, et cependant elle a guéri. L'épanchement se résorba peu à peu, la péritonite disparut, et nous pûmes faire passer la malade à la salle Sainte-Adélaïde, où elle entra graduellement en convalescence, en conservant toujours un peu de dyspnée. Le pouls restait fréquent, mais la température baissait assez rapidement. Le 8 avril, la guérison était certaine et la malade quittait l'hôpital. Cependant, en arrière et à droite il y avait encore un peu de matité dans la cage thoracique. Cette femme était tombée malade le 21 février, elle a quitté l'hôpital le 8 avril, c'est-à-dire qu'elle a eu quarante-sept jours de maladie ; mais, enfin, elle a guéri. Le 4 avril, elle avait encore 38°,9 le matin et 39°,4 le soir ; c'était loin des 40 degrés qu'il y avait eu au début ; cependant, il y avait encore 120 pulsations et 53 respirations à la minute. Que la respiration fût fréquente, la raison en était toute matérielle ; que le pouls fût rapide, cela était dû à son anémie et à l'état général infectieux dans lequel les maladies puerpérales jettent les femmes qu'elles atteignent. Le surlendemain il y avait 120 pulsations ; à quelques jours de distance, nous constatons la même fréquence du pouls, et quand la malade est partie, le nombre des pulsations montait encore à près de 100.

Cette malade a donc présenté tous les symptômes que l'on observe chez les femmes qui succombent, et nous trouvons comme particularité une hémorrhagie considérable. Malgré cette hémorrhagie, les six ventouses scarifiées que je lui ai fait appliquer lui ont apporté un soulagement très notable. Ce qui prouve d'abord qu'une perte énorme de sang n'empêche pas le développement d'une phlegmasie intense; ensuite, que cette perte n'est pas sans influence sur la possibilité d'une issue favorable de la maladie; enfin, qu'il ne faut pas trop craindre les émissions sanguines chez les femmes qui, étant anémiées, ont une phlegmasie puerpérale.

Une autre malade qui a guéri d'une métrite puerpérale avec symptômes typhoïdes, est entrée dans notre service le 12 avril 1875. Cette femme accouchait pour la première fois. L'accouchement fut normal, et cependant, dans la nuit du 14 avril, cette malade fut prise d'une violente douleur dans le bas-ventre et de frissons qui durèrent de minuit à six heures du matin. Le lendemain matin, l'utérus était douloureux dans sa totalité; la température était alors de 38°,4, le soir il y avait 40 degrés. Le lendemain, le ventre était ballonné, l'utérus remontait jusqu'à l'ombilic; il était douloureux, surtout du côté droit; les lochies coulaient très peu, le lait était très peu abondant. Le thermomètre marquait 38°,6; il y avait 120 pulsations au lieu des 140 de la veille. Le ventre était ballonné comme dans la fièvre typhoïde; il n'y avait pas de vomissements. Ce qui dominait, c'était la diarrhée, la céphalalgie, les mouvements vermiculaires des lèvres, et, pour cette raison, je vous disais que c'était là un état typhoïde puerpéral. J'ai donné un ou deux verres d'eau de Sedlitz de temps à autre et du sulfate de quinine, comme je fais dans la fièvre typhoïde, et cette femme a guéri. Il n'est pas douteux qu'elle n'ait eu de la lymphangite utérine purulente; elle est sortie néanmoins guérie, mais le 1^{er} mai seulement, au bout de six semaines, présentant encore 38°,9 le matin, 39°,9 le soir; elle a désiré quitter l'hôpital pour retourner chez elle. Maintenant, paraît-il, elle va un peu mieux, mais sans être encore entièrement rétablie.

Telle est, messieurs, la gravité de cette maladie: on meurt au

bout de cinq ou six jours ou l'on ne guérit qu'après un très long temps. Ici des femmes succombent avec du pus dans les lymphatiques de l'utérus, ou dans les sinus utérins, ou dans ces deux ordres de canaux à la fois. Dans d'autres circonstances nous trouvons du pus dans les poumons sous forme d'abcès métastatiques, du pus dans les mollets, dans le triceps brachial, dans le foie, dans les articulations. Alors on a le droit de dire qu'il s'agit d'une infection purulente comme pour les amputés chez lesquels il se produit une phlébite suppurée.

Il existe une différence anatomique et pathogénique entre ces faits où nous découvrons quelques gouttelettes de pus dans les lymphatiques de l'utérus, et ceux où nous trouvons une véritable infection du sang par le pus. Il faut conserver à ces derniers le nom d'*infection purulente*, infection purulente produite par l'état puerpéral, au lieu de l'être par une amputation. Mais les autres sont des faits de purulence et non pas d'infection purulente, le pus restant circonscrit dans les lymphatiques de l'utérus.

La mort peut avoir lieu dans les deux cas, mais non de la même manière. Vous pouvez espérer guérir les malades qui n'ont encore que la fièvre pyogénique des femmes en couche; vous ne le pouvez pas pour celles qui ont une infection purulente. La fièvre pyogénique a lieu d'emblée, la malade est infectée comme dans l'infection par la variole, la scarlatine ou la rougeole. Alors la femme a une maladie générale en même temps qu'une manifestation locale, et la maladie générale qu'elle a, fait du pus. Le pus des lymphatiques utérins, des sinus utérins s'est produit sur place, en vertu de la dérivation du travail physiologique qui s'opère dans les sinus ou dans les lymphatiques utérins.

Dans une autre théorie, l'on admet que, lorsqu'on trouve du pus dans les sinus ou dans les lymphatiques de l'utérus, ce pus a été résorbé; il proviendrait de la plaie utérine suppurée et ce serait lui qui ferait la gravité du cas. Mais, à l'encontre de cette théorie, il est facile de démontrer que la fièvre puerpérale proprement dite n'affecte pas la même marche que lorsqu'il y a transport du pus dans une veine, lorsqu'il y a infection pu-

rulente : dans la fièvre puerpérale, grand frisson qui peut durer quatre ou cinq heures ; au contraire, dans l'infection purulente, série de petits frissons. D'un autre côté, comment comprendre que cette malade qui a succombé au bout de trente-six heures, et dans les lymphatiques utérins de laquelle vous avez trouvé du pus, soit morte parce qu'elle a quelques gouttelettes de pus dans ses lymphatiques ? Ce n'est pas une infection purulente à proprement parler. Si vous l'admettiez, en invoquant la migration du pus par la plaie utérine, vous ne pourriez pas comprendre la mort. Mais, de même qu'un varioleux meurt quelquefois dans la période prodromique, avant qu'il se soit produit de pustules ; de même la femme en état puerpéral peut mourir dans la période prodromique de la fièvre pyogénique, avant qu'il se soit formé du pus dans son péritoine. Le premier meurt parce qu'il a trop de poison varioleux, la seconde succombe à l'intensité de son état puerpéral. Mais de même encore que des varioleux, après avoir échappé à tous les accidents possibles de leur variole, meurent pendant la convalescence par résorption du pus ; de même il y a des femmes qui sont reprises après trois semaines ou un mois, et meurent d'une véritable infection purulente à la suite de leur fièvre puerpérale et parce que le pus de leurs lymphatiques suppurés a fini par se mêler à leur sang. Ainsi les accidents puerpéraux peuvent se diviser en deux catégories bien distinctes : dans le premier cas vous pouvez encore espérer guérir la malade ; dans le second cas, jamais.

QUATRE-VINGTIÈME LEÇON

Fièvre pyogénique à *forme purulente*. — Variété possible des formes anatomiques de la fièvre puerpérale. — Épidémies successives de fièvre puerpérale à l'hôpital Saint-Antoine. — Fièvre puerpérale des nouveau-nés. — Infection et contagion plus ou moins directe. — Traitement des phlegmasies puerpérales. — Traitement de l'hémorrhagie utérine puerpérale ; injections sous-cutanées de solution d'ergot et d'éther. — La transfusion du sang et les injections d'éther.

MESSIEURS,

Par tout ce que nous venons de voir, la femme accouchée est exposée à deux sortes d'accidents de purulence générale : purulence par la fièvre puerpérale, essentiellement, fondamentalement pyogénique ; purulence par l'infection purulente. Dans le premier cas, purulence d'emblée et sur place ; dans le second cas, purulence par migration du pus dans le système vasculaire. Dans le premier cas, la fièvre faisant le pus ; dans le second, le pus faisant la fièvre. Dans le premier cas, les accidents généraux précédant la détermination morbide locale ; dans le second, les accidents locaux précédant les phénomènes généraux. Dans le premier cas, les accidents survenant quelques heures ou à peine quelques jours après l'accouchement ; dans le second, ces accidents se produisant deux ou trois semaines au moins après la délivrance. La première affection est la production spontanée d'une typhisation dont la réunion des femmes en couche est la condition habituelle ; la seconde est la conséquence du passage du pus dans le sang. On peut donc éviter la première ; on ne le peut pour la seconde.

L'infection purulente des accouchées peut résulter de la résorption du pus de la plaie utérine ou du passage dans le sang du pus sécrété par les lymphatiques ou les veines de l'utérus. L'infection purulente peut être ainsi un résultat tardif de la