

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

fièvre puerpérale, au cas où la femme a résisté à ses premières atteintes.

Enfin, dans quelques cas heureux de fièvre puerpérale, le mal s'éteint sur place; les accidents utérins (métrite, lymphangite, phlébite et péritonite) disparaissent; et, à quelques jours de là, un muscle, une articulation qui s'enflamment et suppurent, viennent témoigner de la nature pyogénique du mal: dans ces cas, qui se terminent par la guérison, les abcès ne sont pas métastatiques, ils ne sont pas dus à une infection purulente par migration du pus dans les vaisseaux sanguins; ils sont à la fièvre puerpérale ce que sont à la variole certains abcès superficiels de la convalescence de celle-ci: un dernier effort et une dernière manifestation de la tendance pyogénique.

En résumé, l'infection purulente puerpérale existe, mais dans un nombre de cas très restreint, et alors il y a des abcès métastatiques. Dans d'autres cas, au contraire, il s'agit de fièvre pyogénique. De par cette fièvre, la femme accouchée fait du pus, et elle le fait dans l'organe qui actuellement est bien près d'être malade. En effet, l'utérus est un *fatigué* et un *blesé*: deux conditions qui font qu'étant donnée l'infection de la fièvre, c'est dans cet organe que vont de préférence *se déterminer*, comme le disait Cullen, les accidents morbides.

Cette femme est infectée parce qu'elle vit dans un milieu infectieux, milieu infectieux constitué par les émanations, les exhalaisons des femmes en couche. La femme en couche sent mauvais parce qu'il s'écoule de ses parties génitales des lochies, c'est-à-dire un liquide dans lequel se trouvent du sang, des leucocytes en abondance, du pus. Tout cela se répand dans l'atmosphère. Ainsi Bright a trouvé dans des salles de maternité des globules de pus accrochés aux aspérités des murailles. On comprend que la chose s'accroche également aux narines, qui ne sentent pas seulement, mais absorbent. On peut résister pendant un, deux ou trois mois à ces exhalaisons; puis, sous une influence indéterminée, parce que la constitution médicale actuelle est mauvaise (1), vous voyez dans une salle de maternité

(1) Voir plus loin, p. 736, la coïncidence entre l'apparition des accidents puerpéraux dans mon service et le mauvais état de la constitution médicale.

ces miasmes devenir infectieux, et alors vous observez cette succession de phénomènes que je vous ai signalés.

Les formes anatomiques de la fièvre puerpérale peuvent varier suivant les épidémies ou les phases de celles-ci. Ainsi, dans celle de 1854 à la Maternité de Paris, dont M. Charrier nous a transmis l'histoire (1), pendant les quatre premiers mois de l'année, les lésions abdominales ont été de beaucoup les plus considérables; puis, vers le milieu de septembre, les manifestations du côté de la poitrine sont devenues de plus en plus fréquentes, et, au mois d'octobre, sur 61 malades soignées dans l'infirmerie, 42 succombèrent; sur ce chiffre, il y avait 13 fois pleurésie purulente double, 11 fois pleurésie purulente simple; 6 fois la pleurésie a coïncidé avec la péritonite, 4 fois la péritonite a existé seule et 6 fois la pleurésie a été antérieure à la péritonite.

Cette forme thoracique n'avait pas passé inaperçue, car l'Anglais Leake dit qu'*il est tenté de croire que la pleurésie est plus fréquente que la péritonite dans les épidémies de fièvre puerpérale*; ce qui est exagéré.

Nous avons vu ensemble comment se faisait la transmission de l'inflammation du péritoine à la plèvre par l'intermédiaire du diaphragme. Cependant il ne me répugne pas de croire à une pleurésie purulente d'emblée. M. Quinquaud a bien observé des méningites également purulentes; or, dans ce cas, on n'invoquera pas, je l'espère, la transmission de l'inflammation par voie de contiguïté de l'utérus au péritoine et de celui-ci aux méninges.

Le fait même d'une méningite prouve, s'il en était besoin, qu'il y a là une maladie générale et non locale, ne procédant pas de l'utérus au reste de l'organisme, mais frappant du coup celui-ci tout entier; n'affectant l'utérus plus fréquemment et au plus haut degré que parce qu'il est, de par son hyperémie actuelle, son hyperthermie démontrée par mes recherches (2), de par son traumatisme, dans des conditions d'opportunité morbide. Enfin, le fait de la suppuration de ces méningites démontre que cette maladie générale est, par essence, une maladie pyogénique.

(1) Charrier, *De la fièvre puerpérale observée à la Maternité de Paris en 1854*. Paris, 1855.

(2) Voir, plus haut, leçon LXXVIII, p. 722.

M. Charrier fait observer avec raison « que la fièvre puerpérale n'est pas une fièvre essentielle sans lésion, mais que les symptômes généraux dans un grand nombre de cas sont les premiers à apparaître; les symptômes locaux ne viennent qu'ensuite, et souvent même la gravité des accidents est si grande, si foudroyante, que les lésions n'ont pas le temps de se produire. (Rien n'est plus vrai: j'ai vu des cas de cette sorte.)

« Comme *altération anatomique*, le cœur est mou, flasque; on trouve quelquefois des ecchymoses sous le péricarde, très rarement sous l'endocarde; au contraire, les ecchymoses sous-pleurales sont fréquentes. La rate, comme dans les maladies infectieuses, est d'une diffuence extrême.

« Du côté de l'appareil génito-urinaire peuvent se produire du jour au lendemain des eschares gangréneuses qui ont deux formes distinctes: la forme diphthérique et la forme gangréneuse proprement dite. »

En 1854, ajoute judicieusement M. Charrier, le choléra régnait à Paris; aussi la diarrhée manqua-t-elle rarement parmi les malades entrées dans les infirmeries de la Maternité pendant les six premiers mois de cette année. L'influence cholérique était très manifeste à la Maternité, comme partout ailleurs. En novembre et décembre, le choléra avait presque entièrement disparu de la capitale, et les diarrhées diminuèrent sensiblement.

Je dois rappeler ici que la diarrhée se montre habituellement dans les formes graves, en dehors de toute influence cholérique; elle est une des expressions de la maladie infectieuse (1), seulement l'influence cholérique peut l'augmenter.

« Le frisson initial, dit encore M. Charrier, se montre généralement soit avant, soit pendant la sécrétion laiteuse, rarement après. Pendant le frisson, la face est livide, les lèvres bleuâtres, les yeux profondément excavés, si la diarrhée est intense ou dure depuis longtemps; ce qui n'arrive pas dans la forme thoracique. La langue est sèche, râpeuse, souvent froide, et ne redevient humide que pendant la réaction. Le pouls est petit, serré. Dans l'épidémie de 1854, la langue a toujours été sale, l'haleine

(1) Voir, plus haut, p. 742.

fétide, la bouche amère; le foie était douloureux à la palpation et augmenté de volume.

« La sécrétion laiteuse peut s'établir irrégulièrement, surtout quand il y a eu de la diarrhée. Les *lochies* se suppriment très rarement.

« Les *phénomènes critiques* se produisirent uniquement dans la forme abdominale, jamais dans la forme thoracique. Ce furent des arthrites *purulentes*, des phlébites, des phlegmons de la parotide, du bras, de l'avant-bras, de la paume de la main, des hémorrhagies passives: épistaxis ou métrorrhagie. »

Voici maintenant l'énumération des cas d'accidents puerpéraux observés au commencement de 1875; dans mon service de maternité de l'hôpital Saint-Antoine:

*En janvier.*

- Le 9. S. (Eugénie), n° 8. Métrite puerpérale; guérison au bout de huit jours.  
 Le 15. S. (Marie), n° 2. Métrite puerpérale; guérison. La malade n'entre en convalescence que le 30 janvier, et ne sort guérie de l'hôpital que le 15 février.  
 Le 17. C. (Marie), n° 4. Métro-péritonite puerpérale; guérison. Convalescence vers le 27 février; sortie de l'hôpital, guérie, le 17 mars.  
 Le 20. P. (Blanche), n° 15. Métrite puerpérale; guérison au bout de neuf jours.

*En février.*

- Le 18. V. (Victorine), n° 4. Métro-péritonite et double pleurésie; guérison.  
 Le 27. D. (Euphrasie), n° 8. Métro-péritonite puerpérale; mort en quarante-huit heures.

*En mars.*

- Le 3. S. (Marguerite), n° 10. Métro-péritonite; mort le quatrième jour. (Pus dans les lymphatiques des cornes utérines.)  
 Le 12. And. (Sophie), n° 2. Métro-péritonite et lymphangite utérine; mort en trente-six heures. (Pus dans les lymphatiques prévertébraux.)  
 Le 14. P. (Adèle), n° 12. Métro-péritonite; mort le troisième jour. (Pus dans les lymphatiques des cornes utérines; les lymphatiques prévertébraux ne paraissent pas en contenir.)  
 Le 17. G. (Ernestine), n° 2. Métro-péritonite et lymphangite utérine; mort en six jours. (Pus dans les lymphatiques prévertébraux.)  
 Le 22. B. (Mathilde), n° 5. Métrite avec symptômes typhoïdes prononcés. Guérison.  
 Le 23. E. (Irma), n° 18. Métro-péritonite et infection purulente; mort en cinq jours. (Pus dans les lymphatiques prévertébraux.)

*En avril.*

- Le 3 Elisabeth, n° 3. Métro-péritonite avec symptômes typhoïdes; mort en douze jours. (Pus dans les veines utérines et dans les lymphatiques prévertébraux.)
- Le 10. L. (Berthe), n° 4. Métro-péritonite avec diarrhée et symptômes généraux graves; mort au sixième jour. (Pus dans les lymphatiques des cornes utérines.)
- Le 12. M. (Clémence), n° 8. Métro-péritonite avec diarrhée et symptômes généraux graves; mort au cinquième jour. (Pus dans les lymphatiques des cornes utérines et dans les lymphatiques prévertébraux.)
- Le 12. A. (Thérèse), n° 15. Métro-péritonite; guérison.
- Le 12. G. (Valérie), n° 5. Guérison.

Dans sa thèse inaugurale, mon interne, M. Viollet, signale quelques particularités intéressantes de cette petite et navrante épidémie de fièvre puerpérale de 1875:

Cette fièvre se déclara au mois de mars; depuis deux mois il existait dans la salle un milieu vicié révélé par la présence continuelle de métrites, de métro-péritonites, et même par quelques cas de fièvre puerpérale (1). Pendant l'épidémie survenue en 1865, dans le même service, alors dirigé par Lorain, épidémie racontée par M. Quinquaud dans sa thèse inaugurale, ces auteurs ont également remarqué un prélude épidémique consistant dans l'apparition d'érysipèles chez les mères et d'ophtalmies purulentes chez les enfants.

L'épidémie de 1875 a coïncidé avec un mauvais état de la constitution médicale de Paris; la mortalité générale du premier trimestre de 1875 a été supérieure à celle de la période correspondante des trois années précédentes. C'est à quoi M. Viollet attribue le caractère épidémique que prirent tout à coup les affections puerpérales endémiques de la salle d'accouchements.

Il y avait eu dans mon service de maternité, du 4 au 12 avril, 5 accidents puerpéraux, 4 morts.

A partir du 15 avril on ne reçut plus de femmes enceintes dans ma salle d'accouchements; cependant du 15 avril au 16 mai il entra à Saint-Antoine sept femmes dont l'accouchement était tellement avancé, qu'il était impossible de les envoyer chez des

(1) En janvier et février, 6 malades sont prises d'affections puerpérales, 1 seule succombe;

En mars, 6 accidents puerpéraux, 5 morts.

sages-femmes. Sur ce nombre, trois succombèrent rapidement à des accidents puerpéraux. Les éléments de contagion étaient loin, on le voit, d'avoir disparu de l'hôpital.

La salle fut ouverte de nouveau le 18 mai, mais dès le 23 il fallut cesser les admissions; sur onze femmes accouchées dans la salle, cinq furent atteintes d'accidents puerpéraux, auxquels trois succombèrent. Il y eut ainsi plusieurs alternatives d'ouverture et de fermeture de la salle. En voyant se perpétuer l'épidémie malgré toutes les précautions hygiéniques, je prescrivis l'évacuation complète de la salle de maternité et j'y fis placer des malades ordinaires. Pendant six semaines, tuberculeuses et fiévreuses de toute sorte y dégagèrent leurs miasmes et, chose curieuse, du 6 octobre (époque à laquelle on commença à recevoir quelques femmes enceintes) jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier, on n'eut à déplorer la mort que d'une seule accouchée, et dans cet espace de temps plus de 80 femmes accouchèrent.

M. Viollet en conclut avec moi que ce qu'il faut opposer à la fièvre puerpérale épidémique, c'est l'évacuation complète et prolongée. Les demi-mesures sont inefficaces.

Dans le typhus puerpéral, M. Viollet a presque toujours rencontré des urines albumineuses dès les premiers jours de l'invasion de la maladie, pendant l'épidémie de 1875.

Dans deux cas de fièvre puerpérale à forme pyohémique, l'analyse quotidienne des urines n'a donné que des résultats négatifs. Cette forme est d'ailleurs plus rare.

C'est surtout dans le typhus puerpéral avec détermination du côté des lymphatiques que M. Viollet a étudié l'albuminurie de la fièvre puerpérale.

Le premier jour de la fièvre, l'analyse des urines a toujours été négative. Dans quelques cas les urines étaient albumineuses dès le second jour, mais le plus souvent l'albumine est apparue le troisième jour, quelquefois pendant le quatrième.

Cette albuminurie ne se révèle par aucun des signes habituels de l'albuminurie brightique, il faut la chercher pour la trouver. Une seule chose coïncide avec son apparition, c'est l'aggravation de l'état local et général. Cette albuminurie persiste jusqu'à la terminaison fatale, qui est de règle. La proportion d'albumine

n'est jamais abondante et le microscope n'y découvre pas d'éléments anatomiques dégénérés.

Voici, d'autre part, l'exposition faite par mon interne d'alors, le docteur Chesnel, d'une petite épidémie de fièvre puerpérale observée en juin 1876, dans ce même service de maternité de Saint-Antoine :

*Fin mai.*

Le premier accident remonte au 24 mai. Une femme couchée au n° 14, salle Sainte-Marguerite, accouche après un jour d'attente dans la salle du travail, le 21 mai. Trois jours après, pelvi-péritonite, d'abord assez inquiétante, puis qui se résout lentement.

Le 29. Une femme forte, bien constituée, entre dans la journée du 26; elle est en travail depuis la nuit précédente. Présentation des pieds. L'enfant est extrait très facilement; il est petit et déjà un peu macéré. On conduit la malade à la salle Sainte-Adélaïde, n° 19. Frissons le 29. Morte de péritonite le 3 juin, après de violentes douleurs.

Le 29 (salle Sainte-Adélaïde). Une femme de quarante ans avorte le 28. Le 29 au soir, fièvre assez vive, mais qui diminue les jours suivants, ne s'accompagne d'aucune localisation et laisse à sa suite une violente céphalalgie. Elle guérit parfaitement et s'en va au Vésinet le 11 juin.

*Juin.*

Le 1<sup>er</sup>, accouchement, chez la sage-femme Louise, d'une femme qui n'avait passé à l'hôpital que *pour se faire toucher*. Elle est prise d'accidents fébriles très graves dans la nuit du 2 au 3 juin, entre ici salle Sainte-Agathe, où elle meurt le 9 de péritonite puerpérale (1).

Le 1<sup>er</sup>, accouchement clandestin de huit mois, suivi d'infanticide. La femme accouche seule, se délivre elle-même, se lève le lendemain. Elle est admise le jour même, salle Sainte-Adélaïde, n° 3, le 29 mai. Le 1<sup>er</sup> juin au soir, frisson, fièvre très vive; cependant la température ne dépasse pas 39 degrés, et après l'application de ventouses scarifiées elle ne souffre plus du ventre.

Le 1<sup>er</sup>, meurt une femme en travail depuis quatre jours, et qui n'accouchait pas, sans doute à cause du volume énorme de la tête de l'enfant. Mort deux heures après la céphalotripsie. Congestion générale des organes.

Le 2, n° 6, salle Sainte-Adélaïde. Avortement datant de quarante jours; grossesse de trois mois. Entrée pour une hémorragie persistante le 31 mai et presque guérie aujourd'hui par l'ergotine. Frisson le 2 juin; fièvre intense. La malade s'affaiblit rapidement et présente tous les symptômes d'une fièvre infectieuse sans aucune localisation, sans douleur ni ballonnement du ventre. Elle a une fièvre continue avec exacerbation le matin, mais sans frisson autre que celui du premier jour. La langue devient tremblante, vomissements de matières alimentaires, puis bilieuses. Diarrhée très abondante, subdélirium. Elle sort, sur sa demande, *mourante*, le 8 juin.

Le 2, n° 4, salle Sainte-Marguerite. Accouchement prématuré, récidive de

(1) Voir les faits de contagion par le toucher, p. 766 et 768.

pelvi-péritonite, sans frisson. Le thermomètre est à 40 degrés au moment de l'accouchement et se maintient à ce chiffre le 4; puis la résolution se fait par oscillations descendantes. Elle va au Vésinet le 19 juin.

Le 2, n° 15. Accouchement le 31 mai d'un enfant mort; version pour cause de procidence du bras et du cordon. Frisson vers une heure: ventouses sur le ventre. Défervescence presque verticale le 5 et le 6. Guérison parfaite; rentre chez elle le 9 juin. (En réalité, simple accès infectieux.)

Le 3, n° 8. Autre accès infectieux. Femme très pâle, très amaigrie, accouchée sans accident le 24 mai. Bonne santé jusque-là. Elle est prise, le soir, 3 juin, de frisson, fièvre très vive, sans douleur de ventre. Céphalalgie violente, face très rouge; 124 pulsations, 40 respirations, 41 degrés. Le 4, elle est un peu améliorée et, le 5, va très bien. Le 8, elle se lève et est prise de fièvre. 120 pulsations, 30 respirations, 40 degrés. Le 9, elle n'a plus de fièvre et veut retourner chez elle.

Le 3, n° 9. Femme de trente ans, accouchée le 1<sup>er</sup> sans accident; mais il survient une perte très abondante après la délivrance. Frisson à une heure et demie du soir. Douleurs très vives le long des bords de l'utérus et dans tout le ventre. Un peu de ballonnement. Péritonite grave qui emporte la malade en quatre jours. Meurt le 7 au soir. 88 respirations. (On trouve à l'autopsie du pus dans toute l'étendue du péritoine.)

Le 4, *dimanche* (visites peu nombreuses par ordre). N° 2, femme accouchée le 2 juin. Ventre très flasque, douloureux le premier jour. Fièvre sans frisson, d'ailleurs; la douleur du ventre n'est pas assez vive pour que l'on applique des ventouses, et dès le troisième jour elle ne souffre plus; mais la fièvre persiste jusqu'au moment de son départ, revenant par accès le soir et ne lui donnant qu'un peu de céphalalgie, de courbature, d'anorexie. Le thermomètre oscille autour de 40 degrés, le pouls autour de 120. Le matin, au contraire, elle est apyrétique. — Départ le 10 juin, non guérie et sur sa demande.

Le 4, n° 7. Femme accouchée la veille. Le soir, très agitée, tout en larmes, très rouge, couverte de sueurs. Sein droit très douloureux au niveau de l'aréole. Petites traînées rouges remontant vers l'aisselle. 39°,1; 108 pulsations. Mais la résolution se fait rapidement et la malade sort à peu près complètement guérie.

Le 4, n° 12. Femme bien constituée, à son cinquième enfant. Coliques toute la nuit; constipation, tranchées très fortes, utérus douloureux sur ses bords. Le 5 au matin, rougeur de la face, grande agitation; le soir, 39 degrés, 88 pulsations. Le 6, apyrexie complète. État général excellent. Sort guérie le 10. (Accès infectieux.)

Le 4, n° 13. Accouchée le 31 mai; allait très bien jusqu'au 4 juin; ce jour-là, céphalalgie vive le soir, sueurs, pouls plus fréquent, légère douleur au sein droit (crevasses). Le lendemain, 5 juin, rougeur vive de l'aréole. La rougeur persiste jusqu'au 8; la fièvre se maintient à 38°,6 jusqu'au 7. Sort guérie le 10.

Le 5, n° 5. Ophthalmie purulente double chez un enfant né il y a deux jours et qui avait présenté un peu de blépharite ciliaire dès sa naissance. La sécrétion muco-purulente est arrêtée par une seule cautérisation au nitrate d'argent; mais les yeux restent rouges, et le 12 juin la sécrétion purulente recommence. *Sa mère était morte la veille de péritonite puerpérale*. On emporte l'enfant sans que nous ayons pu suivre l'évolution de sa maladie.

Le 5, n° 6. Femme de quarante ans, forte, vigoureuse, accouchée normale-