

ment de son quinzième enfant hier, 4 juin. Douleurs atroces dans les reins et coliques violentes dans le bas-ventre depuis midi. Utérus très douloureux, céphalalgie intense qui persiste le lendemain. On applique six ventouses scarifiées sur le bas-ventre. Les douleurs sont enlevées « comme avec la main ». Mais la céphalalgie et la fièvre persistent jusqu'au jour de son départ volontaire, le 12 juin.

Le 6, n° 3. Enfant d'une femme primipare accouchée hier et bien portante jusqu'ici. Ophthalmie purulente commençante de l'œil droit. Liquide jaune citrin. Une seule cautérisation avec le nitrate d'argent au centième suffit pour enrayer le mal.

Le 7. Deux femmes atteintes dans la même nuit :

L'une, n° 3, accouchée l'avant-veille, sans accidents, est prise brusquement, vers une heure du matin, d'un cauchemar (premier effet de l'infection déjà existante), cauchemar pendant lequel elle se figure que son enfant est mort. Elle se réveille en sursaut, a de la fièvre, et le lendemain nous la trouvons dans un état très grave. (Son enfant, atteint la veille d'ophthalmie muco-purulente inquiétante, va mieux aujourd'hui.) Six ventouses scarifiées. Mort le 11.

L'autre femme, atteinte le 7, n° 16, a été prise la nuit, vers la même heure, mais moins gravement que le n° 3. Elle n'a que 38° 6, un peu de céphalalgie et de douleurs dans le ventre. Six ventouses scarifiées. La péritonite marche rapidement, mais sans grandes douleurs. Elle meurt le 11, presque à la même heure que sa compagne de misère, le n° 3.

En résumé, en moins de quinze jours, toutes nos accouchées, sauf une, ont été atteintes : 12 femmes sur 13, dont 9 depuis le 2 juin. Trois étaient un peu malades depuis quelques jours, mais comme le sont à toutes les époques certaines malades de la salle, sans que rien annonçât l'épidémie. Ajoutons-y les trois femmes de la salle Sainte-Adélaïde, dont deux avaient été prises le 29, la troisième le 2 juin.

En tout :	1 cas de fièvre puerpérale	le 24 mai.
	2	— le 29 —
	1	— le 1 <sup>er</sup> juin.
	3	— le 2 —
	4	— le 3 —
	4	— le 4 —
	2	— le 5 — (dont un enfant).
	1	— le 6 — (c'est l'enfant du n° 3).
	2	— le 7 —

Le 8, on ferme la salle, et l'épidémie s'éteint faute d'aliments.

On fait partir, dès le 7, la seule femme de la salle d'accouchements qui n'ait pas été prise; c'est une femme très forte, très vigoureuse, qui n'a nullement souffert elle-même, mais dont l'enfant a eu un commencement d'ophthalmie purulente.

On fait partir aussi une femme qui a eu seulement de l'angioleucite des seins pendant deux jours.

Enfin une femme atteinte de péritonite le 2 meurt le soir (n° 9).

Le 8, il reste dans la salle, sur 10 femmes, 3 qui sont sérieusement prises (les n° 3, 6 et 16), 2 qui ont encore de la fièvre (n° 4 et 14), 4 qui sont convalescentes (n° 2, 8, 12 et 13), 1 complètement guérie (le n° 15).

Le 9 (temps pluvieux et froid), le n° 15 s'en va; le n° 3 et le n° 16, prises le même jour, sont très gravement atteintes. Les autres vont mieux.

Chez la sage-femme Louise, une femme, accouchée le 7 sans accidents, est prise de frissons dans la nuit du 8 au 9 (péritonite); on l'apporte à l'hôpital, salle Sainte-Cécile. Elle meurt de péritonite le 13. Autopsie le 14. — Il y a dans une autre chambre de la même sage-femme deux autres accouchées très bien portantes aujourd'hui.

Dans la salle, deux malades qui allaient mieux depuis quelques jours, le 8 et le 12, sont reprises de frissons et de fièvre.

Le 10 (temps pluvieux, vent violent et froid du nord), le n° 6, qui ne souffrait plus depuis avant-hier, a été reprise cette nuit de céphalalgie avec douleur rénale gauche; elle est très abattue.

Le 11, le n° 3 et le n° 16, accouchées le même jour, le 5 juin, à la même heure, meurent le même jour. Mais la première est agitée, a du délire, tandis que la seconde est plus calme et souffre moins. Mort à 2 heures.

Le 12, il ne reste plus que quatre femmes; deux, le n° 2 et le n° 6, s'en vont aujourd'hui; elles ont encore un peu de fièvre le soir, mais aucune manifestation locale. Le n° 6 n'a plus que mal à la tête ce matin.

Les deux autres femmes, encore un peu souffrantes, passent dans la salle Sainte-Adélaïde (salle des malades ordinaires).

En résumé, nos huit accouchées qui sont mortes ont eu des péritonites suppurées à formes cliniques très variées, mais chez la plupart on a pu constater : de la douleur dans les gouttières et aux attaches du diaphragme, une dyspnée très forte, un ballonnement très accusé de l'abdomen avec indolence dans la dernière période de la maladie.

Deux de ces femmes, le n° 3 et le n° 16, prises le même jour, mortes le même jour et à la même heure, ont présenté un aspect général cholériforme, sans que pourtant les évacuations intestinales eussent rien qui ressemblât à la diarrhée du choléra.

D'ailleurs, la diarrhée a été très marquée chez toutes, au moins dans les premiers jours de la maladie. La plupart ont eu des vomissements verts, les traits tirés de la péritonite.

Ce ne sont pas seulement des ophthalmies purulentes ou des érysipèles, ce sont des phlegmasies bien autrement graves, par exemple des *pleurésies purulentes*, qu'ont eues quelques-uns des nouveau-nés plongés dans le milieu infectieux. Ces cas rappellent ceux qu'a signalés Lorain.

Ainsi, dans l'épidémie de 1876, chez un enfant de huit jours : la mère, âgée de vingt ans, entrée le 10 avril dans la salle d'accouchements, n'accouche que le 26; le 27, elle est prise de



frisson, de douleur le long du bord gauche de l'utérus, de céphalalgie, fièvre assez vive (38°,4); on lui fait mettre le soir trois ventouses scarifiées qui enlèvent la douleur « comme avec la main »; le lendemain, elle va beaucoup mieux; n'a plus de fièvre le surlendemain, et guérit. C'est une forte fille, bien constituée, et qui sort parfaitement guérie le 10 mai.

Mais son enfant, qui était très vigoureuse, est prise à son tour, un soir, le 4 mai, huit jours après sa naissance, d'une affection fébrile grave, surtout à forme dépressive. Elle tombe dans un grand abattement, interrompu seulement par de violents accès de toux. Elle dépérit rapidement, et le lendemain n'était plus reconnaissable; la figure pâle, défaits, les traits tirés. On l'ausculte pendant qu'elle crie, et l'on constate une résonnance considérable de la voix du côté gauche. Nous supposons l'existence d'une pleuro-pneumonie. Mort le soir à dix heures.

A l'autopsie, on trouve, du côté gauche, un épanchement dans la plèvre d'une cuillerée à soupe environ de pus bien lié; les parois de la cavité pleurale sont tapissées de fausses membranes crémeuses jaunes. Il n'y a aucune autre lésion.

Ainsi encore, dans l'épidémie de 1879, à la Pitié, *pleurésie et péricardite purulentes* développées chez un enfant de deux mois; thoracocentèse et mort.

Cette enfant, née le 28 mars, dans le service, vaccinée quelques jours après sa naissance, se portait parfaitement, lorsque, le 9 mai, un *érysipèle* apparaît sur le bras gauche. A partir de ce jour, pendant trois semaines, les plaques érysipélateuses se succèdent, couvrent les deux bras et le tronc. Grâce aux soins dévoués de sa mère, qui avait eu cependant un accès de *manie puerpérale* ayant duré vingt-quatre heures (1), et un *abcès profond* de la fesse, pour s'être simplement cogné cette région dans son délire (tant est grande la tendance pyogénique chez les femmes en couche!), l'enfant donc s'était remise.

Elle est emmenée au Vésinet, le 4 juin, bien portante et fraîche. Trois jours après, la mère nous la rapporte mourante à midi. Dyspnée extrême, pâleur de la face. *Matité absolue* dans

(1) Voir, plus haut, leçon LXXVI, p. 701.

toute la hauteur du côté droit du thorax, en avant comme en arrière. Souffle pleurétique dans toute l'étendue de la matité. Bruits du cœur faibles; pouls petit, mais régulier.

A cinq heures, l'enfant est mourante: on pratique la thoracocentèse dans le cinquième espace, et l'on retire 40 grammes environ de liquide purulent; mais l'enfant succombe un quart d'heure après.

A l'autopsie, quantité considérable de liquide purulent séreux, avec fausses membranes récentes et blanchâtres remplissant la plèvre droite. Broncho-pneumonie dans le poumon droit. Le péricarde est distendu par une quantité considérable de liquide purulent, laiteux, et rempli de fausses membranes blanches et très élastiques. On peut évaluer à 30 grammes la quantité de pus contenue dans le péricarde. Cœur et endocarde sains (1).

En fait, c'est le milieu infectieux qui fait l'infection. Ce milieu étant constitué, l'épidémie étant en pleine activité, l'infection se fait par contagion; mais la contagion par contact immédiat n'est pas la forme la plus ordinaire; la contagion peut avoir lieu par un contact indirect, par l'air. De même que vous entendez parce qu'il y a des vibrations dans l'air, de même vous êtes infectés parce qu'il y a des miasmes dans l'air. Ce qui ne veut pas dire que l'on ne puisse être infecté beaucoup plus directement. Nous avons vu dans notre service, à vingt-quatre heures de distance, ce fait se produire: une femme meurt d'accidents terribles; on change le linge de son lit, mais non le reste de la literie ni les rideaux. Vingt-quatre heures après, une femme entre et est placée dans le même lit; elle accouche, puis succombe au bout de six jours.

Pendant que j'étais interne de Monneret à l'hôpital Necker, j'avais l'honneur d'avoir obtenu la confiance d'un infirmier dont la femme, bien portante et sur le point d'accoucher, demeurait dans la rue de Sèvres, à quelques portées de fusil de l'hôpital. Un jour où j'étais de garde, cet infirmier me pria de recevoir sa femme d'urgence pour que je pusse l'accoucher moi-même. Un

(1) Observation recueillie par le docteur Letulle, mon interne (médaille d'or).



seul lit était vacant dans le service de la maternité; une femme venait d'y mourir, on refit le lit en toute hâte et l'on y coucha la femme de l'infirmier. Sans que j'eusse à intervenir, la délivrance se fit de la façon la plus naturelle; mais à douze heures de distance cette femme fut prise d'un frisson violent et vingt-quatre heures après elle mourait. On ne fit pas l'autopsie, mais la malade était bien morte de métrô-péritonite purulente. Il y a donc transmission possible d'une femme atteinte d'accidents puerpéraux à une femme en couche (1).

Le milieu puerpéral n'est pas seulement infectieux pour la femme en couche, il l'est pour la femme enceinte; témoin ce fait que nous avons observé ensemble, et autour duquel on pourrait grouper de nombreux faits analogues (par exemple, comme nous allons le voir tout à l'heure, chez les infirmières enceintes): il s'agit d'une femme qui eut une fièvre puerpérale pour avoir séjourné dans mon service pendant les deux derniers mois de sa grossesse. Voici sommairement son histoire:

Une femme, âgée de 26 ans, domestique, enceinte de sept mois, primipare, est admise le 23 avril dans mon service à la Pitié. Cette femme, qui est sans asile et sans ressources, demande à passer à l'hôpital les deux mois qui la séparent de son accouchement. Dans le courant du mois, une épidémie de fièvre puerpérale sévit non dans la salle, mais dans le pavillon où se trouve cette malade. Du reste, le service d'accouchements étant fermé, elle n'est plus exposée à aucune influence nocive positive pendant le dernier mois de sa grossesse.

Elle accouche sans accident le 23 juin. Mais dès le lendemain elle est prise de frisson, de fièvre et de quelques douleurs de ventre. Le traitement mis en œuvre, vésicatoires, sulfate de quinine, injections vaginales phéniquées, etc.; vient à bout de ces accidents, qui durent huit jours.

Il n'y a pas eu de péritonite à proprement parler, mais fièvre intense avec *diarrhée* abondante.

La convalescence paraissait bien établie, quand, vers le 15 juillet, la malade se plaint de douleurs vives dans le mollet et

(1) Voir plus haut, p. 745, un fait analogue de contagion dans un même lit.

dans le creux poplité. Il n'y a pas encore d'œdème, mais la localisation précise de la douleur sur le trajet des veines fait craindre le début d'une *phlegmatia alba dolens*. Celle-ci se caractérise bientôt, et peu de jours après, les douleurs augmentant et rendant tout sommeil impossible, le membre inférieur droit se tuméfie, devient le siège de l'œdème, dur, blanc, chaud, douloureux, caractéristique de la phlegmatia. Du reste, la santé générale de la malade reste assez satisfaisante, mais le moindre mouvement provoque de violentes douleurs et le sommeil n'est possible qu'au prix de préparations opiacées.

Actuellement (29 juillet), les douleurs sont moins vives, les veines collatérales du tégument externe sont dilatées et donnent à la peau son aspect marbré caractéristique; mais le membre inférieur reste chaud, douloureux et œdématié. En même temps, on remarque que la malade a notablement maigri et pâli.

Il peut donc y avoir transmission ou contagion des accidents puerpéraux, de l'infection puerpérale à une femme enceinte, c'est-à-dire à une femme qui n'a pas de plaie utérine. Voici encore ce qui est arrivé sous mes yeux et ce qui a été observé également par d'autres que par moi. En 1869, il y avait ordinairement dans mon service de la Pitié, qui n'était pas un service de maternité, quatre femmes en couche. Une femme atteinte d'accidents puerpéraux entre dans ma salle de femmes, au milieu de laquelle se trouvaient quatre femmes en gésine. Cette femme meurt d'accidents puerpéraux, et à partir de ce moment une petite épidémie se développe dans ce service de quatre lits dissimulés. Il y avait alors dans mes salles une infirmière clandestine, une femme qui s'était réfugiée à l'hôpital comme en un lieu d'asile, pour y cacher sa grossesse et y accoucher sans que sa famille le sût. Cette femme, très chagrine de son accident physiologique, était très intelligente, et elle écoutait avidement les paroles que je prononçais au lit des malades. Mais un jour je ne vis plus l'infirmière: la veille elle avait été prise d'un violent frisson, de vomissements, d'une très vive douleur dans la totalité du ventre et de tous les symptômes d'une métrô-péritonite suraiguë; elle accoucha d'un fœtus de cinq ou six mois;



puis, à la suite de cette fausse couche, les accidents ne firent que s'aggraver et cette femme mourut en quarante-huit heures. A l'autopsie nous constatons une péritonite purulente généralisée, une double pleurésie diaphragmatique, avec du pus dans la cavité des deux plèvres et de la lymphangite utérine. Le fœtus avait aussi de la péritonite purulente et du pus dans ses lymphatiques.

Examinons ce fait de très près. Cette femme a eu sa métro-péritonite avant d'être accouchée, avant d'avoir eu une plaie utérine. Elle était grosse, plongée dans un milieu infectieux ; elle contracte une fièvre pyogénique et elle accouche par le fait de ces accidents. Comment se fait-il qu'il y ait eu de préférence quelque chose du côté de l'utérus ? Comment, sinon parce que cet organe était le siège d'une hyperémie fonctionnelle nutritive ? Il en est de même chez la femme qui a ses règles, chez laquelle il existe une hyperémie, hémorragique cette fois, et non plus trophique. Ainsi, M. Depaul et M. Tarnier racontent que des élèves sages-femmes de la Maternité ont été prises dans le cours de leur menstruation d'accidents puerpéraux terribles, les foudroyant en vingt-quatre heures. Or, on n'a jamais cité le cas d'une jeune fille vierge chez laquelle les règles se seraient accompagnées de métro-péritonite purulente, même en cas de menstruation très difficile ; et dans les autopsies des sages-femmes ainsi infectées il y avait métro-péritonite purulente !

Mais l'infection peut avoir lieu même en dehors de la menstruation. En 1839, à la Maternité, dit M. Depaul, une élève sage-femme, vierge, et qui n'était pas à l'époque menstruelle, lavant les parties génitales d'une malade atteinte de fièvre puerpérale grave, fut prise brusquement elle-même de tous les symptômes de cette fièvre, et à son autopsie on trouva les lésions qu'on observe ordinairement dans cette maladie.

Il y a plus encore : la contagion peut avoir lieu, même en dehors de quoi que ce soit d'un acte physiologique quelconque ressortissant à la génération. Ainsi M. Bucquoy a cité le fait navrant d'une femme de son service atteinte d'un prolapsus utérin considérable et qui, *après avoir été touchée* par les élèves attachés à la maternité de l'hôpital Cochin, pendant une épidémie

grave de fièvre puerpérale, fut bientôt prise des symptômes d'une péritonite « qui se termina fatalement en quatre jours, avec tous les caractères d'une péritonite puerpérale infectieuse, c'est-à-dire, ajoute M. Bucquoy, d'une véritable *fièvre puerpérale* ». Que ce soit le milieu où se trouvait cette femme depuis quinze jours ou le toucher répété qui l'ait infectée et contagionnée, la chose est au fond de médiocre importance ; le fait n'en est pas moins un exemple d'infection et de contagion, en dehors de toute influence physiologique prédisposante.

Une chose plus lamentable encore, c'est l'infection par l'accoucheur. Le fait n'est pas douteux.

Dans la grande discussion académique de 1838, M. Depaul a cité les deux faits suivants qui montrent bien la contagion directe par l'accoucheur lui-même. En 1839, pendant son internat à la Maternité, un jour qu'il venait de faire plusieurs autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale, on vint le chercher pour donner des soins à une femme en travail dont l'habitation était assez éloignée de la Maternité. Il prit toutes les précautions recommandées en pareille circonstance, changea de vêtements et se lava les mains avec le plus grand soin ; cependant les mains conservaient encore cette odeur si tenace dont les imprègnent, pour plus de vingt-quatre heures, les autopsies de ce genre. La dame accouchait pour la seconde fois ; sa délivrance fut naturelle et des plus faciles. Cependant le soir même, sans qu'il y ait eu la moindre imprudence, un frisson se déclara, et bientôt apparurent les phénomènes habituels de la fièvre puerpérale, qui se terminèrent par la mort.

Le second fait se passa en 1847, alors que M. Depaul était chef de clinique d'accouchement. Il était occupé à faire une autopsie de fièvre puerpérale lorsqu'on vint le prier de donner ses soins à une dame demeurant dans une rue voisine. Il prit les mêmes précautions que dans le cas précédent, mais les mains emportèrent la même odeur ; et quoiqu'il s'agit d'une septième grossesse, terminée sans complication, la femme mourut encore d'accidents puerpéraux.

Il me reste à vous parler d'un fait tout personnel. Pendant notre petite épidémie puerpérale, j'assistais un dimanche à l'au-



topsie d'une femme qui avait succombé rapidement à des accidents puerpéraux. Je n'y mis pas les doigts. Je savais en effet que j'allais voir une jeune femme de vingt-quatre ans, grosse pour la première fois et qui était sur le point d'accoucher. *Je la touchai* ce jour-là. Le mardi, avec intention, je ne vins pas à l'hôpital. Le mercredi elle accoucha. Dix-huit heures après l'accouchement elle fut prise d'un violent frisson avec claquement de dents, douleur dans la corne utérine gauche, 120 pulsations, puis céphalalgie et altération des traits. Le lendemain, la diarrhée se montra. Il n'y avait plus de frissons, mais un état fébrile continu, avec une température de 40 degrés dans l'aisselle. A deux jours de là l'état devint tellement grave, que je fis prier l'un de nos professeurs de clinique, qui s'est beaucoup occupé de maladies puerpérales, de venir m'aider de ses conseils.

Le professeur déclara que cette dame avait une « infection purulente » et qu'elle était perdue. Dès le premier jour et dès la première manifestation de la douleur, j'aurais voulu faire mettre des ventouses scarifiées, mais le milieu timoré dans lequel vivait la malade ne me l'avait pas permis. Je fis alors donner 1 gramme de sulfate de quinine, et la famille, vouée tout entière à l'homœopathie, s'empessa d'attribuer aux médicaments les accidents qu'elle observait. Mais le professeur insista pour que l'on fit une médication antiphlogistique; il prescrivit de plus des toniques, de l'alcool, du champagne frappé; on maintint sur le ventre de la malade une vessie remplie de glace, enfin nous combattîmes comme nous le pûmes les accidents puerpéraux. Je priai le consultant de venir tous les jours, et chaque jour son pronostic était de plus en plus funèbre. Le pouls restait à 140. Au bout de quatre jours il s'était fait une pleurésie diaphragmatique du côté gauche, correspondant à la corne utérine primitivement frappée. Je fis appliquer un vésicatoire pour combattre la pleurésie dans ce qu'elle avait de matériel et pour diminuer la dyspnée. Mais voici qu'au cinquième jour la malade se mit à cracher du sang pur; il y avait une congestion pulmonaire avec hémoptysie (1); 72 respirations à la minute, pouls

(1) Voir plus haut, p. 680, la leçon sur l'*Hémoptysie post-puerpérale*, dont ce fait est encore un exemple.

presque impossible à compter; on entendait une pluie de râles crépitants fins dans tout ce qui restait du poumon gauche, refoulé par l'épanchement. A la base, à droite et en arrière, on percevait les mêmes râles crépitants; de sorte que la malade ne respirait plus que par les deux tiers antérieurs de son poumon. J'appelai une ventouseuse, qui appliqua six ventouses scarifiées; celles-ci apportèrent une amélioration très notable; je fis mettre de plus deux vésicatoires, un de chaque côté. J'avais fait demander en consultation un second professeur; il devait venir le lendemain matin. Mais, à dix heures du soir, les accidents étaient devenus tels, que je me demandais comment je pourrais faire prévenir mes deux consultants pour les empêcher de venir se heurter à une porte close. Le lendemain la malade n'était cependant pas morte, mais « en vingt-quatre heures, disait l'un des consultants, cette jeune femme n'existera plus. » Néanmoins, resté seul, je continuai ma médication; je fis donner une potion au kermès, alternant avec la potion de Todd, et je fis poser un troisième vésicatoire sur la poitrine. A partir de ce moment les accidents diminuèrent, la congestion pulmonaire s'amenda. La malade se mit à cracher comme on crache à la première période de la pneumonie. La congestion semblait se localiser; les râles étaient moins abondants et moins étendus. La malade était un peu mieux, et les râles, au bout du troisième jour de cette médication, avaient presque entièrement disparu. Le nombre des mouvements respiratoires tombait de 60 à 50, puis à 42, puis à 36, pour devenir ensuite normal. Le pouls resta à 140 pendant trois jours; puis il tomba à 130, 120, 100, et finalement la fièvre cessa. La température avait suivi la même marche décroissante: elle était tombée de 40 degrés à 39°,6, puis à 39°,2 le matin et 39°,6 le soir; enfin, le quatrième jour de cette médication, elle tombait à 37 degrés. Cette femme a guéri, mais elle était dans un milieu admirable au point de vue de l'hygiène; placée au contraire à l'hôpital, dans un milieu infecté, cette malade se serait infectée de nouveau à chaque inspiration, et certainement elle aurait succombé. Il faut donc ne pas désespérer alors que le milieu est favorable, et faire un traitement suffisamment énergique.