

quelles il constatait une absorption beaucoup plus rapide des poisons par les animaux soumis à l'influence de cet anesthésique. Dans le cas qui nous occupe, l'hémorrhagie a été arrêtée en quelques minutes, et la malade est revenue presque instantanément à elle. Jamais cas ne fut plus pressant ni plus grave; il était d'ailleurs impossible de faire boire quoi que ce fût à la malade, et nous n'avions pas sous la main l'appareil nécessaire pour la transfusion.

Maintenant, puisque l'occasion m'est offerte de dire incidemment ce que je pense de la transfusion du sang, je n'hésite pas à déclarer que cette opération n'agit pas autrement que l'injection sous-cutanée d'éther, c'est-à-dire en stimulant. Il y a là une action *qualitative* et non *quantitative*. Je m'explique : une femme a perdu *plusieurs litres* de sang, on lui en transfuse *une centaine de grammes* dans une veine (le plus souvent la totalité ou la plus grande partie dans le tissu cellulaire sous cutané), et voilà la mourante qui ressuscite!! Or, n'est-il pas absolument et mathématiquement invraisemblable que ce soit la centaine de grammes de sang injecté qui remplace *numériquement* les quelques mille grammes de sang perdu? Et n'est-il pas naturel de concevoir que le sang injecté n'a agi qu'à la façon d'un stimulant, c'est-à-dire, comme je l'énonçais tout à l'heure, non pas quantitativement, mais qualitativement, non pas parce qu'il est du sang, mais parce qu'il est un liquide absorbable et assimilable en même temps que l'*irritant* naturel du système vasculaire? Mais si (ce qui est démontré par l'expérience maintes fois répétée depuis) l'injection d'éther produit les mêmes effets de *remontement* que la transfusion; cette injection, si facile à pratiquer, n'est-elle pas alors mille fois préférable à la transfusion, dont chacun connaît les énormes difficultés?

QUATRE-VINGT-UNIÈME LEÇON

Clinique obstétricale de la ville et de l'hôpital : celle-ci bien autrement lugubre que celle-là. — Les maternités et leurs méfaits. — Si ne tuent pas toujours, estropient souvent. — Mal social nécessaire, qu'il importe d'amoindrir; ce qu'on peut.

MESSIEURS,

Avant d'aborder le fond de la question des maternités, il n'est pas sans intérêt d'opposer l'innocuité relative des opérations sur l'utérus à la nocuité absolue, rapide, excessive de ces mêmes opérations sur l'utérus gravide et surtout sur l'utérus « à terme », alors que l'hypérémie locale est à son maximum par le fait plastique des échanges moléculaires avec le fœtus ou par le fait physique et dynamique à la fois du « travail » de la parturition.

Il serait plus intéressant encore d'opposer les opérations obstétricales de la ville à celles de l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, sur un total de 317 accouchements depuis le 1^{er} janvier 1875 jusqu'au 4^{er} mai 1879, M. Charpentier, agrégé de notre Faculté, est intervenu 58 fois soit dans sa propre clientèle, soit dans celle d'autrui. Il pense donc que l'intervention doit être l'exception et non la règle. Aussi, sur les 274 accouchements qui lui sont tout à fait personnels, il n'a perdu que 3 malades : 1 d'éclampsie; 1 de métrite gangréneuse, après un accouchement dans lequel on avait été forcé de faire dix débriements du col utérin avant de pouvoir appliquer le forceps; la troisième d'infection purulente après un accouchement simple, par manque de soins de propreté de la part de la sage-femme.

Sur 30 applications de forceps faites dans la clientèle d'autrui, M. Charpentier n'a eu aucun accident; sur 3 détronca-

tions il a eu 2 guérisons, sur 5 céphalotripsies 4 guérisons; c'est-à-dire que sur 8 embryotomies il y a eu 2 morts.

Ces résultats de la pratique civile de M. Charpentier sont des plus remarquables, en ce qu'ils prouvent que des opérations même les plus sérieuses ont pu être accomplies sans entraîner nécessairement d'accidents ultérieurs. Cependant il y a eu mort de femme une fois sur cinq pour la céphalotripsie et une fois sur trois pour la détroncation. Mais la mortalité est bien autrement fréquente à la suite de semblables opérations pratiquées à l'hôpital; ce qui prouve, s'il en était besoin, contre le milieu nosocomial.

Quant à la prophylaxie de la fièvre puerpérale, elle semble bien simple; c'est au fond le *delenda Carthago*, l'abolition des maternités. Puisque l'encombrement fait la gravité des maladies puerpérales, plus grand sera l'encombrement, plus grande sera l'infection. Voilà qui est vrai logiquement. Eh bien, même dans une petite salle de maternité une épidémie peut se produire et se produire redoutable. Ainsi dans ma petite salle Sainte-Marguerite, placée entre deux jardins, où il n'y a que dix-huit lits, et où douze seulement au maximum sont occupés, de telle sorte que nous n'avons parfois que cinq ou six femmes en couche; en dépit de ces précautions, en dépit d'une ventilation qui se fait jour et nuit, malgré l'hiver et malgré les malades, nous avons eu, en 1875 et en 1876, l'épouvantable série d'accidents que vous savez (1). Notre salle d'accouchement a été fermée, mais le milieu de l'hôpital était resté infecté. Ce qui le démontre, le voici.

La nécessité force l'administration à recevoir d'urgence à l'hôpital quelques femmes en couche; et on les met dans les salles ordinaires en les y disséminant. Eh bien, voici ce qui est arrivé: Le 15 avril 1875 notre salle est fermée; le 17, accouchement à la salle Sainte-Cécile, pas d'accident. Le 20, second accouchement dans la même salle. Le 22, accouchement à la salle Sainte-Jeanne, périlone purulente et mort le 5 mai. Le 27, accouchement à la salle Sainte-Thérèse, accidents puerpéraux, pleurésie purulente, qui met en péril les jours de la malade. Le 29, dans cette même

(1) Voir plus haut, leçon LXXX, p. 755.

salle Sainte-Thérèse, accidents puerpéraux et mort le 30. Le 28, accouchement dans la salle Sainte-Cécile, pas d'accidents. Enfin, le 9 mai, accouchement dans une salle voisine, pas d'accidents consécutifs.

Ainsi, sur 7 femmes disséminées dans un milieu qui paraissait sain, 3, c'est-à-dire près de la moitié, ont éprouvé des accidents de la plus haute gravité. Elles étaient entrées bien portantes et deux sont sorties mortes. La dissémination est donc loin d'être satisfaisante, quand un hôpital est ainsi infecté. Alors, il faut le fermer à toute femme enceinte pour deux ou trois mois.

A ce sujet, il n'est pas sans intérêt d'opposer les résultats obstétricaux de la ville et de la maternité de Saint-Pétersbourg. Cette maternité est très bien située et toutes les lois de l'hygiène y sont parfaitement observées. Or, en ville, le nombre des accidents puerpéraux est de 0,6 pour 100, c'est-à-dire de 6 pour 1 000; à la maternité il est de 2 pour 100, c'est-à-dire de 20 pour 1 000; C'est déjà trois fois plus. Mais à la clinique d'accouchements de Paris il y en a 9 pour 100, c'est-à-dire 90 pour 1 000. Après cela est-il besoin d'insister?

Dans une très bonne thèse, destinée à réhabiliter quelque peu les maternités, M. de Beurmann est arrivé à fixer d'une manière exacte le nombre des accouchements faits depuis 1854 dans la salle Sainte-Anne de l'hôpital Lariboisière et le nombre des décès qu'ils ont entraînés. Ces derniers sont divisés en trois classes: 1° décès de cause accidentelle; 2° décès de cause puerpérale, consécutifs à des accouchements compliqués; 3° décès de cause puerpérale à la suite d'accouchements simples.

Dans l'année qui a suivi l'ouverture de l'hôpital Lariboisière, cet hôpital, entièrement neuf, construit dans des conditions exceptionnellement bonnes, suivant les principales règles de l'hygiène, la mortalité brute a été de 1 femme pour 10,4 accouchées, et la mortalité puerpérale de 1 femme pour 11,8 accouchées. Ces chiffres effrayants n'ont jamais été dépassés ni même atteints depuis dans la même salle pour des femmes couchées dans les mêmes lits. Cette proportion descend au contraire dans l'ensemble de 1854 à 1878. On ne peut cependant admettre que l'influence nosocomiale soit à son maximum dans un hôpital entiè-

rement neuf. C'est donc, suivant M. de Beurmann, que la réunion d'un certain nombre d'accouchées dans un espace restreint et le milieu créé par cette accumulation ne sont pas la seule cause de l'élévation de la mortalité dans les salles de femmes en couche des hôpitaux. Cette mortalité résulte de plusieurs facteurs, parmi lesquels le mode de recrutement de la population des salles joue le plus grand rôle. Les femmes qui viennent pour accoucher, si elles sont bien conformées et bien portantes, sont réparties entre les sages-femmes de l'administration et l'hôpital lui-même; si au contraire il y a lieu de craindre une complication pendant l'accouchement, on les garde toujours à l'hôpital. Il est donc impossible de comparer les résultats obtenus dans les deux cas.

Pour réduire au minimum possible la mortalité des femmes en couche dans son service de Lariboisière, M. Siredey emploie et recommande des soins de propreté rigoureuse et des précautions hygiéniques aussi nombreuses que nécessaires. Aussi la mortalité puerpérale s'est-elle notablement abaissée, et les chiffres cités par M. de Beurmann montrent que dans ces conditions le séjour de l'hôpital est moins fatal pour les femmes en couche qu'on ne l'avait cru. La mortalité est tombée à 1 pour 145 en 1877, et à 1 pour 199 en 1878 pour les accouchements simples; ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux qu'on obtient en ville, et l'on peut espérer les améliorer encore.

A la maternité de Cochin, à peu près isolée du reste de l'hôpital et possédant un personnel spécial, M. Polaillon, de 1873 à 1878, a obtenu des résultats meilleurs encore, puisqu'il n'a eu que 1 décès pour 229,9 accouchements simples.

Ainsi, sans aller jusqu'à prétendre que l'hôpital soit un milieu favorable pour les accouchées, M. de Beurmann est disposé à croire que son influence nocive a été très exagérée et que le traitement chez les sages-femmes, par lequel on a essayé de le remplacer, ne vaut pas mieux que lui.

M. Siredey a été successivement amené à prendre des mesures dont les unes ont pour but d'assainir le local et le matériel, les autres tendent à purifier de tout germe morbide les personnes qui approchent les malades.

Il insiste beaucoup sur ces dernières; pour lui un des agents de contamination les plus actifs étant le personnel, et surtout le personnel médical (1).

La salle n'est jamais remplie, vingt lits à peine sur vingt-huit sont ordinairement occupés; ce qui permet de reposer la literie et d'atténuer la viciation de l'air.

Chaque femme à son entrée prend un bain. Aussitôt après la délivrance, et pour éviter les secousses, elle est transportée sur un chariot du lit de misère à celui qu'elle doit occuper dans la salle. Celui-ci est disposé de la façon suivante: sous le drap est placé un paillason de balle d'avoine séparé du matelas par une toile cirée imperméable. Ce paillason ne sert jamais que pour une seule malade; la balle d'avoine est brûlée et l'enveloppe lessivée. Le matelas n'est jamais souillé; cependant il est renouvelé chaque mois.

Le linge souillé ne séjourne jamais dans la salle.

M. Siredey commence toujours sa visite par la salle des accouchements. A ce moment le nombre des élèves est moindre, et d'autre part on ne transporte pas de germe morbide des autres salles dans celle des femmes en couche.

Les femmes sont *touchées aussi peu que possible* avant et surtout après l'accouchement; on emploie pour graisser les mains l'huile phéniquée, qui est renouvelée pour chaque femme.

Les personnes qui pratiquent le toucher doivent préalablement laver leurs mains dans une solution antiseptique: mélange d'acide phénique, d'essence de thym et d'eau alcoolisée. On veille particulièrement à la propreté des ongles.

Il est interdit aux élèves du service d'assister aux autopsies, de toucher aux pièces anatomiques, de disséquer; ou bien ils doivent redoubler de précautions.

La chose est très légitime de rapprocher ces précautions si judicieuses de l'abaissement considérable du chiffre mortuaire. Il n'est pas douteux, pour quiconque sait associer deux idées ou comparer deux faits successifs et logiquement enchaînés, que la mortalité moindre est la conséquence des précautions prises; et,

(1) Voir plus haut, leçon LXXX, p. 758 et 766, des faits confirmatifs de cette opinion.

pour ma part, je n'hésite pas à faire honneur à M. Siredey des heureux résultats de ses minutieuses précautions hygiéniques.

Mais peut-être la question est-elle posée d'une façon incomplète par M. de Beurmann. Il ne s'agit pas seulement, en effet, et exclusivement de la mortalité dans les services de maternité, mais des affections puerpérales survenues dans ces milieux. Or, la statistique administrative ne nous donne que les *décès*, mais ne nous fournit pas les cas de maladie puerpérale chez des femmes accouchées à l'hôpital, et qui sont sorties guéries de leurs accidents puerpéraux et nosocomiaux au bout d'un temps plus ou moins long, et après en avoir été plus ou moins gravement mises en péril.

La question tout entière est donc celle-ci : Y a-t-il dans les maternités, et sur un nombre donné de femmes accouchées, plus d'accidents puerpéraux que l'on n'en observe sur un même nombre de femmes accouchées chacune isolément, soit en ville, soit dans un service d'hôpital ordinaire; que ces accidents puerpéraux aient été ou non suivis de mort? Eh bien, la question ainsi posée est facilement résolue, et résolue contre les maternités.

Voici, par exemple, la relation d'une petite épidémie puerpérale observée dans mon service de la Pitié. Cette épidémie se manifesta peu après le développement d'une péritonite traumatique survenue chez une femme opérée de céphalotripsie. C'est le 14 janvier que cette femme subit la céphalotripsie pour un rétrécissement rachitique du bassin; quarante-huit heures plus tard, le 16 janvier, elle mourait de péritonite. Cette femme fut opérée dans une chambre à part, dont elle ne sortit que pour aller à l'amphithéâtre d'autopsie, et cette chambre est séparée de la salle de maternité par une cloison (1).

(1) Voici l'observation résumée de la malade qui fut l'occasion de cette épidémie puerpérale :

Une jeune femme de vingt-deux ans, Marie Pic., entre le 20 décembre 1878 à la salle Notre-Dame. Elle est enceinte de plus de huit mois; la grossesse n'a rien présenté d'anormal, mais au toucher on reconnaît une déformation du bassin; l'os iliaque droit, projeté en dedans, entraîne un rétrécissement du détroit supérieur; la ligne innominée de ce côté est presque rectiligne.

Les douleurs commencent à se faire sentir le 11 janvier; le 14, elles deviennent intolérables. Au toucher, on retrouve la saillie très marquée de l'épine sciatique droite et l'effacement de l'excavation de ce côté. La tête jusque-là,

A partir de ce moment, mon service de femmes en couche, qui n'avait présenté aucun accident puerpéral depuis deux mois, en offrit une succession non interrompue. Ainsi le 16 janvier, le jour même où mourait cette femme, une autre, accouchée le 15, au lit n° 22, était prise de fièvre, éprouvait des douleurs utérines à gauche et devait être traitée par des ventouses scarifiées. Elle a guéri.

très mobile, est maintenant fixée au détroit supérieur et ne s'engage pas. Les bruits du cœur du fœtus sont un peu affaiblis. M. Polaillon et moi, nous sommes d'avis d'intervenir si les choses restent en l'état.

A la visite du soir, à cinq heures, la tête s'est un peu engagée, mais sans pouvoir franchir le détroit supérieur. M. Letulle fait infructueusement trois tentatives d'application de forceps sans pouvoir articuler les deux branches.

A sept heures, M. Polaillon, appelé, fait sous le chloroforme l'embryotomie et il peut extraire le fœtus, mais après des difficultés de toute sorte, et au bout d'une heure et demie seulement. On constate alors un mince lambeau qui semble faire partie du col et qui sort de 2 centimètres en dehors de la vulve.

Le 15 janvier au matin, la température axillaire est à 37°,8, la température utérine à 39 degrés, le pouls à 96. La malade n'a pas dormi, elle se plaint beaucoup de douleurs abdominales; le ventre est dur, ballonné, douloureux. Le soir, le thermomètre, placé dans l'aisselle, marque 39°,5; le pouls est à 140. La malade est prise de vomissements bilieux. On applique des ventouses scarifiées, de la glace sur le ventre, et l'on fait des frictions mercurielles.

Le 16 janvier, l'état est resté le même, les vomissements se sont répétés pendant toute la nuit. La température axillaire est de 38°,4, la température utérine de 39°,8; le pouls est encore à 140. Les insertions du diaphragme sont particulièrement douloureuses; les nerfs phréniques ne sont pas sensibles dans leur trajet le long des bords du sternum, mais la pression au niveau de leur origine au cou provoque de vives douleurs.

Le soir, la température axillaire est de 38°,1, la température utérine de 39°,8, le pouls est toujours à 140; les douleurs sont très vives, les vomissements incessants; la malade meurt à trois heures du matin.

A l'autopsie, on trouve, à l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales très distendues, sans traces d'adhérences entre elles ni avec le grand épiploon. A la surface de l'intestin, du foie, sur le diaphragme, on voit des dépôts blanchâtres, irrégulièrement disséminés, peu adhérents, et que l'on peut enlever avec le doigt.

La cavité de l'intestin contient une grande quantité de liquide jaunâtre floconneux.

En décollant la paroi droite du vagin, au niveau de la branche ischio-pubienne, qui faisait obstacle à la manœuvre du forceps, le doigt pénètre facilement dans cet endroit, soit qu'il y ait eu perte de substance de la paroi, soit plutôt que les tissus meurtris et friables aient cédé facilement sous le doigt.

L'utérus est ouvert dans sa longueur: le col n'existe plus que dans sa partie postérieure; le reste de sa circonférence constitue le lambeau allongé que l'on avait vu pendre en dehors de la vulve.

Le 17 janvier, au n° 8, une femme grosse de huit mois, accouchée de deux fœtus, dont l'un mort-né macéré, est atteinte elle-même d'accidents abdominaux avec fièvre; puis elle a des manifestations pyohémiques, un abcès de la région métacarpophalangienne, plus tard un abcès du mollet; et le survivant de ses deux enfants est bientôt lui-même atteint de dacryocystite purulente de l'œil droit. Ils guérissent tous deux.

Le 20 janvier, au n° 14, une jeune femme ayant un bassin rétréci qui nécessite la version le 17 janvier, laquelle version est suivie de déchirure du périnée; le 20 janvier, dis-je, cette femme est prise de douleurs utérines pour lesquelles on lui applique des ventouses scarifiées. Elle guérit.

Le 21 janvier, une femme, au n° 7, accouchée le 18 janvier, est prise de fièvre et de douleurs abdominales. Elle est traitée par les vésicatoires et guérit.

Le 28 janvier, une femme couchée au n° 10 est prise, deux jours après son accouchement, de douleurs utérines avec fièvre pour lesquelles on applique des ventouses scarifiées. Elle guérit.

Le même jour, une femme couchée au n° 11, accouchée la veille, éprouve des douleurs utérines avec fièvre. On a recours aux ventouses scarifiées. La malade guérit.

Le même jour, une femme couchée au n° 21, accouchée depuis le 13, est prise d'un phlegmon de la mamelle, dont elle guérit.

Le 30, une femme couchée au n° 12, accouchée depuis quatre jours, est prise de frissons, de douleurs utérines; traitée par les ventouses scarifiées, elle guérit.

Le 31, une femme couchée au n° 22, accouchée le 28 janvier, est prise de douleurs utérines avec fièvre; elle est traitée par les ventouses scarifiées et guérit.

Le même jour, une femme couchée au n° 16, accouchée la veille, est prise de douleurs utérines avec fièvre; elle est traitée par les ventouses scarifiées et guérit.

Enfin un avorton de sept mois et demi, né le 9 janvier, rentré avec sa mère couchée au n° 18, le 21 janvier dernier, est pris dès le lendemain (22 janvier) d'une conjonctivite purulente de l'œil gauche; il guérit par la cautérisation au nitrate d'argent.

Ainsi, dans mon petit service de maternité où il n'y a que seize lits (du n° 6 au n° 22), alors que depuis deux mois il n'y avait eu aucun accident puerpéral, tout à coup, à la suite d'un traumatisme utérin violent auquel succombe l'opérée, apparaît une succession d'accidents puerpéraux qui frappent deux enfants et dix femmes dans l'espace de quinze jours. Je dois ajouter que, depuis cette époque, j'observe une succession d'accidents puerpéraux dont quelques-uns assez graves, bien que moins rapprochés les uns des autres que dans la seconde quinzaine de janvier, et que tous se sont terminés par la guérison, en février et mars; la série des morts n'est venue que plus tard. Voici d'ailleurs l'exposition sommaire de ces cas :

Femmes en couche ayant présenté des accidents puerpéraux dans les mois de février et de mars 1879, à la Pitié, et qui ont guéri.

- | | | |
|----------------|--------------------------|--|
| <i>Obs.</i> 1. | Pic. (Marie), n° 22. | |
| | 28 janvier. | Accouchement. |
| | 31 — | Accidents locaux. Ventouses.
Métrite parenchymateuse. |
| <i>Obs.</i> 2. | M. (Louise), n° 11. | |
| | 27 janvier. | Accouchement. |
| | 30 — | Accidents locaux. Ventouses.
Lymphangite utérine. Douleur à la corne utérine droite. Lochies fétides. |
| <i>Obs.</i> 3. | C. (Alexandrine), n° 16. | |
| | 30 janvier. | Accouchement. |
| | 1 ^{er} février. | Accidents.
Pas de détermination locale. Fièvre. Températures élevées. |
| <i>Obs.</i> 4. | H. (Anaïs), n° 8. | |
| | 28 janvier. | Accouchement. |
| | 8 février. | Accidents.
Métrite parenchymateuse. |
| <i>Obs.</i> 5. | D. (Marie), n° 22. | |
| | 7 février. | Accouchement. |
| | 10 — | Températures élevées. Pas de douleurs.
Pas de détermination locale. Températures très élevées. |
| <i>Obs.</i> 6. | É. (Alexandrine), n° 12. | |
| | 7 février. | Accouchement. |
| | 11 — | Accidents.
Lymphangite utérine, précédée de phénomènes généraux. Deux poussées successives. |

- Obs.* 7. D. (Henriette), n° 19.
10 février. Accouchement.
12 — Accidents.
Métrite parenchymateuse, précédée d'accidents généraux.
- Obs.* 8. H. (Eugénie), n° 7.
12 février. Accouchement.
14 — Accidents.
Métrite et lymphangite. Lochies fétides.
- Obs.* 9. M. (Rose), n° 13.
11 février. Accouchement.
14 — Températures élevées. Pas de douleurs.
Pas d'accidents locaux. Fièvre. Langue tremblotante.
- Obs.* 10. S. (Berthe), n° 21.
8 février. Accouchement.
15 — Accidents légers.
Métrite légère. Fièvre.
- Obs.* 11. S. (Henriette), n° 16.
16 février. Accouchement.
17 — Accidents.
Lymphangite utérine et fièvre. Deux poussées successives. Anémie.
- Obs.* 12. P. (Marie), n° 22-40.
16 février. Accouchement.
18 — Accidents prolongés.
Phénomènes généraux très marqués. Douleurs utérines tardives. Deuxième reprise de fièvre, état typhique, puis douleurs vives. Phlegmon des ligaments larges.
- Obs.* 13. L. (Clémentine), n° 8.
15 février. Accouchement.
18 — Accidents.
Lymphangite utérine. Fièvre.
- Obs.* 14. M. (Valentine), n° 18.
19 février. Accouchement.
21 — Accidents.
Métrite. Fièvre vive.
- Obs.* 15. L. (Rose), n° 20.
25 février. Accouchement.
26 — Accidents.
Lymphangite utérine. Peu de phénomènes généraux.
- Obs.* 16. D. (Louise), n° 15.
22 février. Accouchement.
1^{er} mars. Accidents.
Lymphangite utérine légère. État typhique très accentué et prolongé.

- Obs.* 17. R. (Charlotte), n° 17.
5 mars. Accouchement.
7 — Accidents.
Lymphangite légère.
- Obs.* 18. J. (Honorine), n° 22.
3 mars. Accouchement.
9 — Accidents généraux. Pas de douleurs.
Pas de déterminations locales. Fièvre. Températures élevées.
- Obs.* 19. M. (Rose), n° 20.
10 mars. Accouchement.
13 — Accidents.
Lymphangite utérine (1).

Jusqu'ici, vous le voyez, il n'y a que des accidents puerpéraux plus ou moins redoutables, mais sans qu'il y ait mort de femme. Puis, voici que l'épidémie se continue en suivant la loi des épidémies, c'est-à-dire en s'aggravant par sa continuité même, et, au lieu de guérisons constantes, des cas de mort apparaissent. Du 18 mars au 25 juin, l'épidémie persiste et nous tue 4 femmes, plus 1 enfant.

Voici l'énumération de ces cas, du 18 mars au 25 juin 1879.

- Obs.* 20. R. (Émilie), salle Notre-Dame, n° 16, entrée le 28 février, accouche le 18 mars. Dès le lendemain, céphalalgie, sueurs, lochies fétides, épistaxis. La T. A. monte à 41°,3. Au bout de six jours, tous les accidents ont disparu.
- Obs.* 21. B. (Pauline), entrée le 18 mars, grosse de sept mois. Fièvre, malaise avant l'accouchement. Accouche le 21 mars, l'enfant n'a pas vécu. Douleur sur la corne utérine droite, disparaissant au bout de quelques jours.
- Obs.* 22. A. (Blanche), entrée le 24 février, accouche le 24 mars. Le surlendemain, frissons, céphalalgie, lochies fétides, 40°,4. Au bout de six jours, les douleurs abdominales et la fièvre ont disparu.
- Obs.* 23. G. (Caroline), entrée le 21 mars, accouche le 8 avril. Le 11, épistaxis, fièvre, langue typhique, lymphangite utérine. Trois jours après, guérison.
- Obs.* 24. E. (Marguerite), n° 11, entrée le 24 mars, accouche le même jour. Le 28, frissonnements, douleurs abdominales : ventouses. Les douleurs disparaissent.
- Obs.* 25. T. (Irma), entrée le 15 mars, accouche le 28. Forceps dans l'excavation, à cause d'inertie utérine. Fièvre dans la soirée. Manie puerpérale durant vingt-quatre heures. Un abcès profond de la fesse se développe ultérieurement. Incision, guérison (2).

(1) Observations recueillies par M. Raymond Durand-Fardel.

(2) Voir cette observation, leçon LXXVI, p. 701, et aussi p. 762.

- L'enfant est atteint d'érysipèle vaccinal et succombe ultérieurement à une pleurésie purulente compliquée de péricardite purulente (1).
- Obs. 26. H. (Augustine) entre le 11 mars. Hémorrhagie de la délivrance arrêtée par injection sous-cutanée d'ergot d'Yvon. Le 3 et le 4 février, fièvre, douleurs utérines. Guérison.
- Obs. 27. B. (Joséphine), n° 14, entre le 1^{er} avril, accouche à cinq heures du soir. Hémorrhagie de la délivrance. Injection ergot Yvon. Le 3 avril, frissons, douleurs utérines; le 5, deuxième frisson; le 9, la fièvre cesse.
- Obs. 28. R. (Adèle) entre le 2 avril; est accouchée dans la rue. Fièvre le 3. Albuminurie; douleurs utérines; arthrite du genou droit le 4. Phlegmatia alba dolens du membre droit au bout de douze jours. Au bout d'un mois, subluxation du tibia sur le fémur: passage en chirurgie.
- Obs. 29. G. (Louise) entre le 4 avril. Hémorrhagie post partum: injection ergot Yvon. Le 5, frisson; douleurs utérines, fièvre, douleurs musculaires du tronc et des membres gauches. Le 19, toute fièvre a disparu.
- Obs. 30. B. (Benoite) entre le 5 avril; le 8, accouchement. Hémorrhagie de la délivrance: injection ergot Yvon. Le 12, fièvre et douleurs utérines. Le 16, guérison.
- Obs. 31. M. (Marie) entre le 7 avril. Grossesse à sept mois et demi. Hémorrhagie le 8: tamponnement. Accouchement le 8 à minuit. Fièvre le 9; persiste jusqu'au 19 avec douleurs utérines. La malade demande son *exeat* ce jour. (Pas de nouvelles.)
- Obs. 32. M. (Victorine) entre le 9 avril. Grossesse gémellaire; le premier enfant était mort depuis plusieurs jours. Hémorrhagie de la délivrance; péritonite, fièvre violente. *Meurt* le 29 avril, vingt jours après l'accouchement.
- Obs. 33. T. (Léonie) entre le 10 avril; est accouchée le 10 avril au forceps. Fièvre vive dès le lendemain; péritonite; diarrhée incoercible. *Meurt* le 18 avril.
- Obs. 34. B. (Pauline) entre le 10 avril; accouchement laborieux. Fièvre dès le lendemain; vomissements, péritonite, diarrhée. *Meurt* le 20 avril.
- Obs. 35. B. (Clémentine) entre le 13 avril, accouche le 13 d'un avorton de sept mois. Le 15, fièvre: ventouses. Guérison, malgré tuberculose pulmonaire avancée.
- Obs. 36. K. (Augustine) entre le 20 avril et accouche. Grossesse gémellaire de six mois à peine. Le 23, céphalalgie, fièvre, utérus douloureux: ventouses scarifiées. Guérison.
- Obs. 37. H. (Henriette) entre le 20 avril, accouche le 2 mai d'un enfant mort depuis deux ou trois jours. Fièvre, douleurs dès le soir. La fièvre tombe le 6 mai.
- Obs. 38. G. (Marie) entre le 5 mai et accouche. Le 12, fièvre, lochies fétides; le 17, la fièvre tombe.
- Obs. 39. B. (Louise) entre le 23 mai, accouche le 24. Le 26, frisson, céphalalgie, cornes utérines douloureuses. La fièvre persiste jusqu'au 2 juin. Guérison.
- Obs. 40. M. (Marie) entre le 17 mai et accouche ce jour même. Le 23, fièvre jusqu'au 3 juin. Guérison.

(1) Voir cette observation, p. 762.

- Obs. 41. Sueurs profuses persistant pendant quinze jours après l'accouchement. L'enfant succombe à une bronchopneumonie.
- Obs. 42. C., entrée le 21 mars, accouchée le 30 mai. Accidents puerpéraux sans localisation abdominale. Encore dans le service le 24 mai.
- Obs. 43. C. (Marie), vingt ans, entrée le 21 mai, accouchée au forceps le 22. Le 25, fièvre, frisson, douleur abdominale; le 1^{er} juin, reprise des accidents. Éruption scarlatiniforme sur le thorax, le 11 juin; persiste pendant cinq jours. Guérison.
- Obs. 44. A. (Françoise), entrée dans les premiers jours d'avril. *Morte* de lymphangite utérine suppurée et de péritonite purulente.
- Obs. 45. B., entrée le 5 février, accouchée le même jour, a eu des accidents puerpéraux dès le 8 février; depuis lors, reste dans le service avec phlegmon induré persistant dans la région de l'aîne droite. Etat général assez bon (25 juin) (1).

Or, dans cet espace de temps, nous n'avons eu, dans notre service de femmes en couche, que 160 admissions; c'est-à-dire que, sur 160 femmes accouchées, nous avons eu, en cinq mois, 45 accidents puerpéraux; ou 1 cas d'accidents de cette nature sur 3,5 accouchements; et, sur ces 45 cas, 4 morts, ou 1 mort sur 11. (Et je ne parle pas des petits enfants, victimes de l'épidémie!)

Quant aux femmes qui sont sorties guéries, est-il donc indifférent pour elles d'avoir eu ou de n'avoir pas eu une métrite, une métro-péritonite, une lymphangite, disons mieux, une fièvre puerpérale qui, plusieurs jours durant, a ébranlé leur organisme, au risque de le terrasser, et n'a disparu qu'en laissant à sa suite dans le petit bassin, et par le fait de ses localisations morbides, autour de l'utérus, des ovaires et des trompes, des reliquats sans nombre, point de départ possible d'accidents ultérieurs?

Eh bien, ce que je veux dire, le voici: supposons qu'on ait pris purement les registres administratifs de l'hôpital, on y trouverait ce fait incontestable que le 16 janvier une femme est morte dans mon service à la suite d'une embryotomie et qu'il n'y a eu en trois mois que ce cas de mort dans mon service, et l'on serait en droit d'en conclure: 1° que ce fait est la conséquence d'une opération redoutable; 2° qu'il n'est pas d'origine puerpérale à proprement parler; 3° que mon service de maternité est l'idéal que les femmes en couche pourraient rêver, attendu qu'on n'y

(1) Observations recueillies par M. le docteur Letulle.

meurt pas, car en bonne logique ce n'est pas au service qu'on peut attribuer la mort dans ce fait d'embryotomie, mais à l'opération.

Tel est le résultat auquel pourrait conduire la seule investigation des statistiques administratives, tandis qu'il est de la plus rigoureuse évidence qu'il a suffi d'un cas lamentable, consécutif à une opération, laquelle a déterminé une péritonite purulente généralisée, pour provoquer, d'une part, une série non interrompue pendant trois mois d'accidents puerpéraux, dont quelques-uns fort graves, qui se sont, il est vrai, terminés par la guérison (à laquelle une médication énergique n'a peut-être pas été étrangère, au moins je le crois); et, d'autre part, une série non moins ininterrompue pendant trois mois d'accidents plus redoutables encore, dont cinq terminés par la mort.

De sorte qu'en dernière analyse il est bien évident que le milieu nosocomial a été, pour chacune des femmes atteintes, l'occasion d'une maladie puerpérale dont la contagion, ou, si l'on aime mieux, l'influence du milieu a été la condition pathogénique.

En résumé, les maternités ne sont pas seulement malfaisantes par la mort qu'elles peuvent provoquer, mais par les accidents puerpéraux qui s'y engendrent et qui, d'une part, ébranlent pendant un temps plus ou moins long et d'une façon plus ou moins grave la santé des femmes qui y sont venues accoucher; qui, d'autre part, en raison des adhérences pelviennes consécutives, immobilisent les trompes et peuvent stériliser les femmes. Telle est, suivant moi, la véritable position de la question, et la question ainsi posée est facilement résolue; les services de femmes en couche sont pernicieux aux femmes en couche. C'est une affaire de plus ou de moins.

Maintenant, comme on ne peut pas les supprimer, que c'est un mal social nécessaire, le moins mal sera le mieux. C'est à quoi tendent les efforts contemporains, et il faut y applaudir.

Cependant je suis persuadé pour mon compte que les femmes qui sont forcées d'accoucher à l'hôpital se trouveraient mieux de le faire dans les salles ordinaires; le voisinage de malades quelconques étant pour elles moins malfaisant que celui d'autres

femmes en couche. En fait, il suffit de considérer de quel personnel se compose un service de femmes à l'hôpital: 1° un grand nombre de phthisiques; 2° des dyspeptiques; 3° des chloro-anémiques; 4° des affections utérines aussi nombreuses que peu graves; 5° des affections nerveuses; 6° des affections aiguës thoraciques ou abdominales; 7° enfin, quelques cas de fièvres éruptives et continues ou d'érysipèles, et plus rarement encore de diphthérie. (Ce sont là les maladies contagieuses et elles sont relativement rares.)

Eh bien! je dis que, dût-on exposer de temps à autre une femme en couche à contracter une de ces dernières affections, l'éventualité n'est en aucune façon comparable à celle du développement et de la transmission de la fièvre puerpérale, toujours plus ou moins imminente dans un service spécial d'accouchement.

Et je termine par où j'ai commencé: « Une 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. »

La conclusion va de soi.