

## XCIV. — DE L'INFECTION PURULENTE PUERPÉRALE.

§ 1. — La fièvre puerpérale n'est point un état morbide simple. — De l'état physiologique dit *puerpéral*. — Il dispose les nouvelles accouchées et les nouveau-nés à plusieurs affections : péritonite, phlébite, lymphangite. — Les affections puerpérales ont une grande tendance à suppurer. — Il existe chez la femme en état puerpéral une diathèse purulente primitive. — Il peut exister une diathèse purulente secondaire ; celle-ci est la conséquence de la phlébite, de l'angioloécite ou de l'absorption directe du pus de la plaie placentaire. — L'infection purulente secondaire de la nouvelle accouchée et du nouveau-né est identique avec l'infection purulente des amputés.

MESSIEURS,

On a réuni sous la dénomination générique de *fièvre puerpérale* un grand nombre d'états morbides qui tous ont un caractère commun, la purulence.

Existe-t-il, à proprement parler, une fièvre puerpérale ? Les efforts considérables que l'on a tentés à plusieurs reprises pour décrire cette *entité morbide* n'ont abouti qu'à montrer combien est étendue, variée, la pathologie de la femme récemment accouchée.

Dans une discussion académique encore récente (1), on a vu les observateurs les plus compétents différer complètement d'opinion sur ce qu'on appelle la fièvre puerpérale ; ce qui prouve que la fièvre puerpérale n'est point *une*, à la façon des fièvres telles que la rougeole, la scarlatine ou la variole.

Les uns ne voulurent voir dans la fièvre puerpérale qu'une maladie locale, une péritonite ou une phlébite. Les autres y virent une affection générale comparable au typhus, et dans laquelle les lésions n'étaient que des manifestations secondaires, variables à l'infini. D'autres encore, admettant l'affection générale, considéraient celle-ci comme la conséquence d'une infection purulente ou putride, dont l'origine se trouvait dans une altération locale, telle qu'une phlébite, une gangrène de l'utérus, etc. Enfin, les plus sages, peut-être, pensèrent que la cause des différences d'opinion était dans le milieu même où chacun avait observé.

Je crois qu'il faut être éclectique en semblable matière ; je crois que la

(1) *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement*. Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Guérard, Depaul, Beau, Hervez de Chégoin, P. Dubois, Trousseau, Bouillaud, Cruveilhier, Piorry, Cazeaux, Danyau, Velpeau, J. Guérin, etc., précédées de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858, in-8 de 464 pages.

fièvre puerpérale, en tant que fièvre ou typhus, est heureusement rare ; je crois que les accidents puerpéraux divers décrits sous les noms de *péritonite*, de *phlébite*, etc., sont au contraire très-communs. Mais avant de décrire les principales formes d'accidents puerpéraux, rappelons les conditions physiologiques de la femme enceinte et de la femme récemment accouchée. Ces conditions constituent pour la femme une disposition morbide spéciale, *une véritable diathèse*.

A peine la conception a-t-elle eu lieu que de grands changements s'opèrent dans tout l'organisme de la femme. La face prend un aspect particulier, les traits sont le plus souvent tirés, les yeux se cernent, le nez se pince, le visage se recouvre quelquefois d'éphélides. Le mamelon, la ligne blanche, la peau et la membrane muqueuse des parties génitales externes prennent une coloration brune ; les follicules du vagin, des grandes lèvres et de l'aréole mammaire s'hypertrophient. La menstruation est supprimée, bientôt les seins se gonflent et se préparent à la sécrétion lactée. Parfois il y a une salivation exagérée, des appétits bizarres, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. De plus, le foie augmente de volume, ses acini se chargent de graisse, la glande thyroïde peut acquérir un développement considérable, et le cœur lui-même subit une hypertrophie très-notable. Le sang est modifié dans la proportion de ses éléments, la fibrine augmente, les globules rouges diminuent ; on constate un bruit de souffle doux dans les vaisseaux du cou et à la base du cœur. Il existe alors une variété de chlorose qui pour la première fois a été très-bien décrite par Cazeaux (1). Enfin, dans certaines circonstances, il y a albuminurie.

Telles sont les modifications principales qui, chez la femme grosse, s'observent dans les fonctions et dans les organes. Cet ensemble de modifications est déjà l'*état puerpéral*, état physiologique, mais qui peut conduire à la maladie ; et il se traduit souvent par un état pathologique spécial, la *purulence*.

C'est avec raison que MM. Lorain (2) et Tarnier (3) ont insisté, dans ces derniers temps, sur la solidarité morbide qui existe entre la mère et l'enfant nouveau-né, et surtout entre la mère et le fœtus. L'enfant, qu'il soit appendu au placenta ou à la mamelle, vit du sang de sa mère. On comprend alors qu'il partage les conditions morbides prédisposantes qui agissent sur la mère, et qu'il reçoive à un moment donné, en temps d'épidémie par exemple, et de la même façon, la même influence morbide. Cette solidarité morbide, l'enfant la perd à mesure qu'il s'éloigne de l'époque de la naissance. Dans la matrice, le fœtus ne vit que par la mère ; dans l'air ambiant, au contraire, l'enfant peut réagir *proprio motu* contre les conditions mauvaises qu'il a reçues de sa mère.

(1) Cazeaux, *De la chlorose des femmes enceintes* (Bull. de l'Académie de médecine. Paris, 19 février 1850, t. XV, p. 448).

(2) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Paris, 1855, in-4.

(3) Tarnier, *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*. Paris, 1858.

De sorte qu'il ressentira de moins en moins les conditions puerpérales à mesure qu'il s'éloignera de l'époque de sa naissance.

Ainsi, le fœtus partage et l'enfant conserve pendant un temps variable l'état puerpéral maternel. Il y a pour l'un et pour l'autre un état puerpéral d'emprunt avec toutes ses conséquences, dont la principale est la tendance à la purulence.

On a voulu étendre encore les limites de l'état puerpéral pour la femme : on a prétendu que cet état existait à chaque menstruation ; en effet, chaque flux menstruel est accompagné d'une exfoliation de la surface interne de l'utérus. Dans certains cas, la chute de la membrane muqueuse utérine se fait par lambeaux ou tout d'une pièce, et, lorsque cette espèce de délivrance est pénible, difficile, on remarque des phénomènes morbides analogues aux phénomènes ordinaires de l'accouchement : douleurs de reins, coliques utérines ; hémorrhagie pendant et après le décollement de la membrane muqueuse, puis écoulement de sanie purulente, et réparation consécutive ; cet accouchement incomplet, qui accompagne la ponte menstruelle, dure quelques jours, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la menstruation nouvelle. Mais pendant l'accomplissement de ces faits, on observe des modifications dans le caractère, dans les principales fonctions ; il y a un afflux de sang vers les ovaires, les trompes, et presque toujours une fluxion sympathique vers les mamelles. Tous ces phénomènes, qui ont pour localisation principale l'utérus et ses annexes, sont analogues à ceux qui se manifestent à la fin de la grossesse et après la délivrance. Cependant il faut remarquer que l'état général de la femme en menstruation diffère de l'état général de la femme récemment accouchée ; le sang, les humeurs, les organes, s'ils ont subi certaines modifications, ne les ont point subies aussi profondes ; l'état général est différent, et cela suffit pour rendre compte de la disposition morbide moins grande aux accidents puerpéraux ; il y a néanmoins, dans ce rapprochement, des considérations cliniques d'une haute importance, et les faits de péritonite et d'infection puerpérales, observés chez des élèves sages-femmes pendant l'époque menstruelle dans un milieu épidémique, viennent apporter une sanction considérable aux interprétations de MM. Lorain et Tarnier.

L'enfant nouveau-né, avons-nous dit, a reçu dans la vie intra-utérine un influx spécial, maternel, qui le dispose aux mêmes affections que la mère ; or, la plaie ombilicale, analogue à la plaie placentaire, peut être l'occasion d'une phlébite suppurative capable de donner lieu aux accidents que l'on observe dans la phlébite utérine suppurative ; de sorte qu'il peut y avoir une infection purulente chez l'enfant, identique avec cette infection chez la mère. Les conditions générales du nouveau-né sont donc à peu près les mêmes que celles de sa mère. Solidarité physiologique qui se traduit, chez celle-ci comme chez celui-là, par un excès de la *puissance organisatrice* ; solidarité pathologique qui se traduit, dans l'un et l'autre cas, par une tendance à la purulence et une similitude remarquable dans les *localisations morbides*.

Enfin, si l'état puerpéral chez la femme commence avec la menstruation, et surtout avec la menstruation fécondée, pour se terminer, suivant quelques pathologistes, avec la lactation, il est incontestable que les accidents puerpéraux sont surtout fréquents et graves au moment où l'état puerpéral est le plus accusé, c'est-à-dire dans les trois ou quatre premières semaines qui suivent l'accouchement, au moment où existe la plaie utérine. Chez l'enfant, cet état puerpéral a moins de durée et ne s'étend guère au delà de la cicatrisation de la plaie ombilicale.

Pour la nouvelle accouchée, de même que pour le nouveau-né, il y a donc un état général qui crée la *prédisposition morbide*, et un état local qui peut être l'occasion de manifestations morbides diverses, lesquelles ont toutes un caractère commun, la tendance à la purulence : ainsi les péritonites, les phlegmons, la métrite. Puis, lorsque la purulence envahira le système veineux placentaire ou ombilical, la maladie locale pourra, à son tour, devenir le point de départ d'une infection générale, analogue à l'infection purulente des amputés.

La phlébite et l'infection purulentes ne sauraient néanmoins être pour nous toute la fièvre puerpérale, pas plus que cette affection n'est pour nous la péritonite de Gasc, de Pinel, de Beau, ou l'angioleucite de MM. Cruveilhier, Nonat, Botrel. Il existe une fièvre, un typhus puerpéral épidémique, mais pour cause déterminante, il lui faut dans tous les cas une plaie.

On doit donc faire des distinctions cliniques ; vouloir soutenir que tous les accidents puerpéraux sont la résultante d'une fièvre ou ne sont qu'une inflammation à localisations variées, ce serait aller contre l'observation.

Nous admettons donc des accidents puerpéraux et une fièvre puerpérale proprement dite. Je ne vous parlerai point aujourd'hui de celle-ci, parce que nous n'en avons point d'exemple dans notre salle Saint-Bernard ; mais je veux appeler votre attention sur l'infection purulente des nouvelles accouchées, infection fréquente, et dont nous voyons chaque année plusieurs cas.

C'est à cette affection qu'a succombé la jeune femme dont je vais vous rappeler l'observation :

Elle était accouchée le 29 novembre à la Maternité. L'accouchement n'avait présenté rien d'anormal. Le troisième jour après l'accouchement, il y eut un peu de fièvre de lait, mais l'appétit était conservé.

La malade sort le dixième jour et retourne chez elle à pied. Cinq jours après son retour au logis, cette jeune femme est prise de frissons qui reviennent les jours suivants, et elle entre le 15 décembre à l'Hôtel-Dieu. Aussitôt après son arrivée, elle est reprise de frissons. Elle dit cependant n'être pas malade et ne souffrir en aucun endroit du corps. Le pouls est fréquent, petit, facile à déprimer ; la malade demande à manger ; elle n'a point de diarrhée ni de vomissements. Cependant les frissons qui se sont répétés plusieurs fois nous font redouter une infection purulente.

La palpation de la région hypogastrique et le toucher vaginal ne déterminent aucune douleur. Cette absence de douleur n'est point chose normale chez une

femme accouchée depuis seulement quinze jours. Le col utérin est mollassé, béant, et laisse écouler encore un peu de sanie fétide. L'utérus est mobile. Placé à droite de la malade, le toucher me permet de reconnaître qu'il n'y a aucune tuméfaction du ligament large correspondant, — et comme il n'y avait point de douleur lors de l'introduction du doigt, je néglige d'explorer avec soin le ligament large du côté gauche. — Pronostic grave établi sur la fièvre, les frissons multiples et l'optimisme de la malade.

Dans la nuit du 16 au 17 décembre, nouveaux frissons; le 17, à la visite du matin, altération des traits, douleur dans l'épaule droite, et comme le bras pouvait être remué, j'en conclus que l'articulation de l'épaule est libre et que la douleur est due très-probablement à un dépôt purulent autour de l'articulation.

Le lendemain 18, nouveaux frissons, douleurs dans l'épaule gauche, point de douleurs en aucune autre partie. Pouls fréquent, sueur abondante, rougeur des pommettes, intelligence conservée, point de strabisme, point de surdité. Respiration anxieuse, râles dans les deux poumons, surtout du côté droit, à la partie inférieure, mais point de souffle ni d'égophonie. Point de vomissements, pas de diarrhée, aucune tache sur le ventre.

Vers le soir, la respiration s'embarrasse, les râles se généralisent et deviennent plus gros, la malade ne peut plus expectorer, et elle meurt dans la nuit.

A l'autopsie on constate que l'utérus est plus gros et plus flasque que cela ne s'observe quinze à vingt jours après l'accouchement; ses parois sont cependant saines. La surface interne de l'utérus est lisse et ne présente de rugosités qu'au niveau de l'insertion placentaire; en ce point cependant il n'y a pas de plaie suppurante, les sinus de la portion correspondante de l'utérus sont revenus sur eux-mêmes, oblitérés par de petits caillots fibrineux, et au delà de ces caillots il n'y a point traces d'inflammation, non plus que de pus dans leur cavité. Le col utérin est bleuâtre, mollassé, déchiqueté sur ses lèvres, toutefois sa section ne dévoile point d'inflammation de la veine circulaire du col. Une double incision pratiquée le long des bords de l'utérus, là où les sinus s'abouchent avec les veines utéro-ovariennes, ne met à nu aucune collection purulente.

Mais on aperçoit sur la paroi gauche du vagin, dans la portion la plus voisine du col utérin, huit à dix pustules, de la grosseur de belles pustules de variole; incisées, elles laissent écouler un pus crémeux. Dans le tissu cellulaire qui double le vagin, et dans la portion correspondante aux pustules, on constate une multitude de petits abcès qui, par leur présence, avaient transformé ce tissu en une espèce d'éponge purulente. La veine hypogastrique du côté gauche est alors disséquée avec soin, et dans sa cavité nous rencontrons du pus crémeux, libre, non mélangé à du sang; au delà, point de caillot oblitérateur ni de phlébite, bien qu'à partir du point où le pus intra-veineux a été rencontré, la dissection ait été poursuivie jusqu'à la veine iliaque primitive. Ce pus ne pouvait venir que des parties voisines du vagin ou du vagin lui-même;

et il avait été porté dans la veine hypogastrique pour être entraîné ensuite dans la circulation par les autres affluents de la même veine. Ce fait nous paraît un des plus favorables à la démonstration du passage direct du pus dans la circulation générale. C'était en ce point qu'il fallait voir la source de l'infection purulente, dont les poumons, le foie, la rate et les articulations devaient encore fournir des preuves irrécusables.

En effet, le poumon présentait grand nombre de taches ecchymotiques qui empruntaient une grande valeur à l'existence de petits abcès entourés eux-mêmes d'ecchymoses et de petits foyers apoplectiques. De plus, il y avait à la base du poumon et sur les bords de cet organe des abcès de la grosseur d'un haricot, les uns fluctuants, d'autres à l'état concret. Dans le foie et dans la rate, il existait seulement des ecchymoses superficielles et des taches jaunâtres.

Dans les deux épaules, grande quantité de pus situé dans la cavité même des articulations.

Point de péritonite ni de pleurésie purulentes.

Assurément, messieurs, vous avez été frappés de la ressemblance, de l'identité pour ainsi dire qui existent entre cette observation et celles que vous avez pu recueillir dans les services de chirurgie. N'avez-vous pas reconnu là l'infection purulente des amputés? L'étude clinique, l'autopsie ne peuvent, ce me semble, laisser aucun doute dans votre esprit. Chez la nouvelle accouchée, comme chez l'amputé, frissons multiples répétés plusieurs fois par jour; douleurs en diverses parties du corps; troubles cérébraux; état général qui témoigne d'une maladie générale; abcès superficiels appréciables répandus dans les articulations ou dans le tissu cellulaire sous-cutané; prostration extrême; mort rapide. Puis on trouve des abcès métastatiques disséminés dans les principaux viscères; des épanchements purulents dans plusieurs cavités synoviales. Enfin, pour compléter la ressemblance entre l'infection des nouvelles accouchées et celle des amputés, on trouve en un point du système veineux une porte d'entrée à l'infection.

Dans une plaie chirurgicale, une plaie placentaire, une déchirure du col, une violente contusion du vagin, un phlegmon, une phlébite, là se trouve la source de l'infection générale; là est l'origine du pus, qui, porté dans le torrent circulatoire, va, soit à titre de corps étranger, soit à titre de ferment, déterminer dans l'organisme un état morbide tel, que la mort en est presque toujours la conséquence fatale.

L'infection purulente de l'accouchée est la même affection que celle de l'amputé; mais pourquoi la plaie placentaire ou la plaie chirurgicale ne donne-t-elle pas toujours lieu à l'infection purulente?

Depuis longtemps, messieurs, l'affection générale connue sous les noms d'*infection purulente*, de *pyohémie*, de *résorption purulente*, etc., etc., paraissait être du domaine exclusif de la chirurgie, les médecins avaient plus rarement l'occasion de l'observer, et la plupart des travaux sur la phlébite

sont dus à des chirurgiens. Cependant, à une époque encore rapprochée de nous, M. Tessier avait soutenu avec un rare talent la théorie de la fièvre purulente contre la théorie de la phlébite.

Plus tard, des expériences furent faites sur les animaux par MM. Darcet, de Castelnau et Ducrest, puis répétées par M. Sédillot; les questions de l'absorption purulente, de la phlébite, de la lymphangite, furent soutenues, puis combattues, et si l'on se donne la peine de lire les principaux travaux rédigés sur cet intéressant sujet, il en résulte que le clinicien peut être conduit à admettre une doctrine qui doit, ce me semble, se rapprocher beaucoup de la vérité.

Je veux traiter avec vous cette question de pathologie générale: tout médecin doit l'étudier à fond, et un examen attentif des conditions prédisposantes et déterminantes de l'infection purulente, nous conduira, je l'espère, à comprendre la marche de cette affection, son étiologie, et à saisir l'indication d'un traitement préventif.

Dans toute affection qui commence, il y a deux éléments: la cause proprement dite et l'économie qui reçoit l'impression morbide. Ces deux éléments sont toujours en présence: le premier, pour poursuivre ses effets; le second, pour réagir, lutter contre la cause. La cause agira surtout, soit par sa quantité, soit par sa qualité. L'économie réagira différemment, suivant chaque individu, avec des aptitudes de résistance qui peuvent varier à l'infini.

Les causes spécifiques elles-mêmes rencontrent des économies réfractaires à leur puissance morbide. Cette aptitude réfractaire peut être naturelle ou acquise. Naturelle, lorsque, dans une épidémie, nous voyons grand nombre d'individus rester indemnes; acquise, lorsque, en vertu d'une attaque antérieure de la même maladie ou en vertu d'un antidote préventif, la cause morbide devra rester sans action. Ainsi celui qui a eu la variole une fois, ne l'a point ordinairement une seconde fois, et l'homme vacciné est à l'abri de la variole pendant un temps plus ou moins long.

Il est des organismes auxquels l'habitude du contact morbide confère une immunité relative ou absolue. Rarement les médecins, les sœurs hospitalières, les infirmiers contractent les fièvres éruptives, et cependant ils se trouvent toujours en présence de la contagion.

L'homme qui, chaque jour, s'habitue aux poisons, peut, à une certaine époque, prendre des quantités considérables de ce même poison sans en éprouver le moindre malaise. Vous savez qu'en Hongrie on fait un grand usage de l'arsenic à titre de médicament reconstituant, et ne vous ai-je pas plusieurs fois rapporté l'observation de ces pauvres malades qui, affectés de névralgie épileptiforme de la face, étaient arrivés à ce degré de tolérance des préparations opiacées, que l'un d'eux put prendre un jour un litre de laudanum, et qu'un autre prenait en vingt-quatre heures, 30 et 40 centigrammes d'extrait d'opium?

L'opium et l'arsenic ont cependant comme agents toxiques une action déterminée, presque spécifique, et néanmoins vous les voyez quelquefois

n'atteindre leur but qu'à la condition que vous augmenterez les doses. Il en est de même des causes morbides spécifiques. Si, le plus souvent, un élément spécifique agit à coup sûr et amène toujours des manifestations prévues à l'avance, quelquefois cependant la spécificité réclame la quotité pour agir. Ainsi, tel résiste à la contagion en temps d'endémie, qui ne saura y résister à une époque de grande épidémie, parce que, dans cette dernière condition, la cause spécifique est plus considérable ou agit plus longtemps; ainsi pour les épidémies de choléra, de variole.

A telle cause morbide ordinaire ou spécifique, l'économie résistera avec une puissance variable, suivant les individus et l'action de la cause, de même que l'action de la résistance pourra varier à l'infini, non-seulement sur des individus différents, mais aussi sur le même individu, parce qu'il se trouvera dans des conditions de réceptivité ou de résistance très-variables.

Ce sont là, messieurs, des principes de pathologie générale sans lesquels vous seriez arrêtés à chaque pas de la médecine pratique. Ils vous permettront de comprendre combien varient les effets morbides suivant les épidémies, les constitutions médicales et les idiosyncrasies.

L'infection purulente chez l'amputé et chez la nouvelle accouchée nous permettra de faire l'application des principes que je viens de rappeler à votre mémoire. Comment, sans ces principes, comprendre l'extrême fréquence de l'infection purulente à une époque déterminée? Comment comprendre sa gravité relative suivant le milieu où elle sévit? Comment comprendre au contraire sa bénignité dans certaines circonstances où le doute ne pouvait être permis sur la nature de l'affection purulente, puisque des abcès articulaires et des abcès sous-cutanés multiples étaient là pour témoigner de la réalité de l'infection? Ne saisissez-vous pas immédiatement l'importance de cette bénignité et de cette gravité relatives? Il n'est point de chirurgiens et de médecins qui ne sachent parfaitement qu'il y a des infections purulentes susceptibles de se terminer par le retour à la santé; et cependant que de fois on a écrit que l'infection purulente était toujours fatalement mortelle! Nous verrons plus tard si l'étiologie, si la marche de l'infection, si les épiphénomènes morbides dont elle est accompagnée peuvent nous fournir des indications pour le pronostic et le traitement.

On ne saurait nier, messieurs, l'existence d'une diathèse purulente, c'est-à-dire d'une disposition en vertu de laquelle certains individus font du pus avec une grande facilité. Il est des sujets qui ne peuvent avoir une plaie sans que celle-ci suppure pendant un temps considérable; d'autres, au contraire, voient chez eux toute solution de continuité marcher avec rapidité vers la cicatrisation. Chez les premiers, il y a une disposition persistante à faire du pus; chez les autres, une tendance naturelle à sécréter la matière plastique qui agglutine les lèvres des plaies, ou recouvre leur surface d'un enduit cicatriciel. Il y a donc bien manifestement dans ces deux cas une disposition différente, laquelle le plus souvent est en rapport avec un état général particulier

impossible à définir, car les sujets peuvent se trouver alors dans des conditions de santé apparente.

D'autres fois, cet état général, qui fait la disposition purulente, sera consécutif à une simple violence extérieure; d'autres fois à une fièvre continue éruptive dont la convalescence ne s'établira pas avec franchise. La crase du sang sera modifiée si bien, que, à la suite de la variole, de la dothiéntérie ou d'une pneumonie grave, vous verrez le corps se couvrir successivement d'un grand nombre d'abcès sous-cutanés et sous-muqueux. La diathèse purulente, dans ces cas, semble limiter ses manifestations au tissu cellulaire sous-dermique; cependant, quelquefois les autopsies permettent de constater que, à la suite de la fièvre typhoïde, il existe des abcès multiples parenchymateux: rappelez-vous l'observation de ce jeune homme qui avait reçu les soins du docteur Horteloup, et qui succombait aux progrès d'une infection purulente; celle-ci avait eu pour origine probable les ulcérations des plaques de Peyer, et vous avez eu la preuve de l'infection générale dans les abcès multiples pulmonaires et intra-musculaires. La piqûre anatomique peut aussi, mais rarement, donner lieu à l'infection purulente; plus souvent, vous le savez, elle est l'occasion de phlegmons ou d'une infection générale spéciale, putride, qui se juge presque toujours par des selles dont l'odeur rappelle la source première de l'infection.

Cette disposition à faire du pus, qui succède à une fièvre continue, n'est pas ordinairement grave dans son pronostic, si ce n'est, bien entendu, les cas exceptionnels où, à la suite de ces fièvres, les abcès multiples ont pour siège les parenchymes viscéraux et les muscles. Peut-être trouverait-on la cause de la gravité exceptionnelle de l'infection purulente consécutive aux fièvres, dans quelque modification spéciale des plaies qui servent accidentellement d'origine à l'infection, soit dans une phlébite suppurative mésentérique, soit dans une phlébite ulcéralive, permettant le passage direct du pus dans le torrent circulatoire; tandis que la bénignité de la diathèse purulente serait due, dans d'autres circonstances, à la *digestion du pus*. Comment comprendre, en effet, que dans la variole, où le derme se trouve en contact avec une si grande quantité de matière purulente, il n'y ait point d'infection purulente, si l'on n'admet pas que cette même matière est modifiée d'une façon qui lui enlève ses propriétés nuisibles? Il faut bien supposer que dans chaque pustule, avant la dessiccation, il se fait un travail modificateur susceptible de soustraire au liquide purulent sa qualité infectieuse.

Quoi qu'il en soit des explications, il faut reconnaître qu'il est une classe de faits où, malgré l'abondance du pus qui baigne la surface du derme ou la profondeur des tissus organiques, l'infection purulente est une très-rare exception, tandis qu'il est une autre catégorie de faits où l'infection prend sa source dans une plaie de peu d'étendue, dans un érysipèle. Remarquons que, dans la plupart des observations qui servent de base à cette catégorie, on a noté une influence épidémique fâcheuse, se manifestant quelquefois

par une suppuration de mauvaise nature, des érysipèles, des phlébites, et une mortalité considérable sévissant sur les femmes en couches et les enfants nouveau-nés.

Mais, tout en faisant la part du génie épidémique, il faut bien reconnaître qu'il existe des dispositions individuelles telles, que beaucoup d'amputés ou de nouvelles accouchées, ne succombent pas, à la même époque, aux conséquences de l'influence générale; c'est qu'alors ceux qui résistent se trouvent dans des conditions favorables de résistance organique; il faut donc toujours tenir compte et de l'influence générale étiologique, et de la résistance individuelle. Et s'il ne nous est pas permis d'agir sur la cause épidémique elle-même, nous verrons, à l'occasion du traitement, s'il n'est pas possible au médecin de placer l'individu dans des conditions personnelles qui lui permettent de résister avec succès à l'influence épidémique.

§ 2. — Principales théories de l'infection purulente: — 1° Résorption du pus en nature par les vaisseaux absorbants. — Inadmissible pour le globule purulent, admissible seulement pour le sérum du pus. — Oscules vasculaires de van Swieten et sections transversales des veines devenant des bouches absorbantes. — 2° Fièvre purulente de de Haen et de Tessier. — Fièvre pyogénique des femmes en couches de M. Voillemier. — 3° Phlébite suppurée faisant l'infection purulente de Dance, Velpeau, Blandin, Maréchal. — Phlébite capillaire de Ribes. — Pus dans le canal thoracique. — 4° Absorption du sérum du pus. — Expériences de Darcet, de MM. de Castelnau et Ducrest, de M. Sédillot.

Avant de vous exposer mon interprétation de l'infection purulente, il ne sera pas sans intérêt de vous rappeler les principales théories de cette infection.

La théorie de la résorption consiste à penser que le pus d'un abcès ou d'une plaie superficielle peut être résorbé en nature par les vaisseaux absorbants qui le portent dans le torrent circulatoire; le pus ainsi transporté par le sang est déposé en différents endroits du corps et y fait les abcès métastatiques. Boerhaave et van Swieten professent que cette absorption a lieu par des oscules vasculaires ou des sections transversales des veines. Le pus se mêle au sang, le vicia, *inquinat sanguinem*, et devient ainsi la source de mauvais dépôts dans les viscères dont les fonctions sont alors troublées à ce point qu'on voit survenir les maladies les plus graves. Pour Boerhaave et son commentateur, le pus était absorbé en nature. Vous savez combien cette théorie a suscité de critiques sévères. Les recherches anatomiques ne permettent guère d'admettre le passage direct du pus à travers des oscules ou bouches absorbantes qui n'existent pas; mais le passage du pus à travers des lésions vasculaires n'en reste pas moins possible, comme le fait observer Boerhaave, *à la suite des amputations, de l'opération des anévrysmes*, et lorsqu'on fait des plaies étendues et profondes, « *ingens vulnus factum* ». Hunter (1) vint défendre l'opi-

(1) Hunter, chapitre DE LA PHLÉBITE ULCÉRATIVE.