

suivant les cas, on enlèvera 500, 1,000 grammes, exceptionnellement une plus grande quantité de sang.

Quant à la *déplétion utérine*, il faudra chercher à l'obtenir aussi promptement que possible, mais sans avoir recours à des moyens violents. — Si le travail n'est pas déclaré, on attendra, à moins d'indication spéciale, que les contractions surviennent spontanément : on ne fera qu'exceptionnellement l'accouchement forcé, à moins qu'un danger menaçant ne compromette l'existence de la mère, auquel cas on sera autorisé à y recourir ; toutefois, les moyens doux capables de hâter la dilatation, tels que les sacs en caoutchouc, ou la pénétration douce des doigts et de la main ne seront pas à dédaigner, mais devront être réservés pour des cas relativement graves. Les incisions larges du col à la Dührssen doivent être rejetées. Aussitôt que la dilatation est complète, il n'y a pas à hésiter à terminer l'accouchement soit par le forceps, soit par la version et l'extraction. La délivrance sera également activée dans les limites prescrites par la prudence.

A côté du grand trépied thérapeutique se place le petit trépied, qui se compose des *purgatifs, diurétiques et sudorifiques*.

Ces trois moyens, dont l'importance est secondaire, par rapport aux précédents, pourront rendre quelques services, et les négliger serait une faute.

Parmi les *purgatifs*, le choix ne manque pas, mais on a plus volontiers recours à l'eau-de-vie allemande employée à la dose de 20 grammes environ<sup>1</sup>.

La digitale est le meilleur *diurétique* à employer, sous forme de teinture par exemple, à la dose de 15 à 20 gouttes. On pourra dans le même but faire ingérer, si l'état de la malade le permet, du lait, de l'eau simple ou de l'eau minérale diurétique (Contrexéville, Vittel).

Comme *sudorifiques*, on tentera les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, à la dose d'un demi ou de 1 centigramme (?). On placera dans le même but la malade dans une pièce bien chauffée, où elle sera comme dans une sorte d'étuve.

Tels sont les moyens qu'on opposera à l'éclampsie ; on voit qu'à côté des trois indications secondaires, constituées par des sudorifiques, diurétiques et purgatifs, il en est trois principales, la déplétion utérine, la saignée et les anesthésiques, et que, parmi ces trois principales, la saignée et la déplétion utérine ne seront employées que dans certaines circonstances, et avec discernement, tandis que l'anesthésie devra être opposée à tous les cas un peu sérieux, car elle est la reine du traitement de l'éclampsie.

#### C. — TRAITEMENT CONSÉCUTIF

Le traitement consécutif se résume en une double indication :

D'une part, agir contre les différentes complications, qui ont pu succéder à l'éclampsie (morsures de la langue, congestion pulmonaire, etc.) ;

<sup>1</sup> Dans les cas où l'élimination hépatique semble surtout entravée, il y a lieu de se demander si les purgatifs *cholagogues*, podophyle, rhubarbe, aloès, ne seraient pas particulièrement indiqués et favorables.

D'autre part, empêcher le retour de la maladie, et, pour cela, combattre l'albuminurie ; nous avons vu au traitement préventif les moyens dont le thérapeute dispose à cet effet.

### III

#### SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

##### FIÈVRE PUERPÉRALE

###### SOMMAIRE

Historique. — Pathogénie. — Étiologie ;

Anatomie pathologique et symptomatologie :

1° Forme générale sans lésions. *Septicémie aiguë, non suppurée* ;

2° Forme générale avec lésions. *Septicémie aiguë, suppurée* ;

3° Forme péritonéale. *Péritonite*.

4° Forme périutérine. *Pelvi-péritonite, Phlegmon des ligaments larges* ;

5° Forme utérine. *Mérite* ;

6° Forme vulvo-vaginale. *Vulvo-vaginite* ;

7° Forme mammaire. *Mammite* ;

8° Formes spéciales. *Cystite et néphrite. Phlébite des membres inférieurs. Paralysies. Éruptions puerpérales*.

Diagnostic :

a. *Septicémie localisée* ;

b. *Septicémie généralisée* ;

Pronostic ;

Traitement. — ANTISEPSIE :

1° Armes antimicrobiennes. — 2° Locaux. — 3° Literie. Linge.

— 4° Accoucheur. Sage-femme. Garde. — 5° Instruments. —

6° Femme. — 7° Enfants.

#### HISTORIQUE, PATHOGÉNIE, ÉTILOGIE

1° *Antiquité*. HIPPOCRATE. — La fièvre puerpérale est le résultat d'un accouchement incomplet ; elle est causée par la rétention de débris ovulaires. Simple relation admise entre cette rétention et les accidents qui en résultent sans explication pathogénique.

2° 1700. PUZOS. — Le lait s'épanche en différents points de l'économie, d'où les accidents de la fièvre puerpérale. Théorie du *lait répandu*, ou de la *métastase laiteuse*.

3° 1718. STROTHER. — Cet auteur crée et fait accepter le terme de *fièvre puerpérale* ; il croit à l'influence de *miasmes aériens*, dont la nature reste d'ailleurs indéfinie.

4° 1810. CAPURON. — La fièvre puerpérale a pour cause unique une maladie localisée, métrite, métrô-péritonite. L'affection locale est la source des troubles généraux.



5° 1837. EISEMAN. — La fièvre puerpérale n'est autre chose qu'un érysipèle interne; remarque clinique exacte, mais dont l'auteur ne peut tirer parti, ne connaissant pas la nature de l'érysipèle.

6° 1858. DUBOIS, CAZEAUX. — Discussion célèbre à l'Académie de médecine de Paris, où DUBOIS, continuant les idées de STROTHER, considère comme *essentielle* la fièvre puerpérale, tandis que CAZEAUX, adepte de CAPURON, la fait dépendre d'une lésion locale. Les académiciens se divisent en *essentialistes* (DUBOIS, DEPAUL, HERVIEUX), et en *localisateurs* (CAZEAUX, VELPEAU et TROUSSEAU).

7° *Epoque actuelle*. SEMMELWEIS, TARNIER, PASTEUR. — En 1847, à la suite d'une autopsie, SEMMELWEIS émet l'idée de la contagiosité<sup>1</sup> de la fièvre puerpérale, et fait prendre des précautions en conséquence dans la maternité de Buda-Pesth; mais ce n'est qu'en 1861<sup>2</sup> qu'il publie le résultat de sa découverte. En 1857, avant la publication de SEMMELWEIS, M. TARNIER soutient en France la même idée dans sa thèse inaugurale<sup>3</sup>.

Ces deux auteurs admettent que la fièvre puerpérale est une *fièvre de résorption*, c'est-à-dire produite par la pénétration dans l'économie d'un principe étranger nuisible. Leurs travaux mettent en évidence deux points importants: 1° l'existence d'un agent extérieur, cause de la fièvre puerpérale (élément causal); 2° sa pénétration dans l'organisme de la femme par l'intermédiaire d'un contact (élément contagieux).

Il était réservé à M. PASTEUR de nous faire connaître la nature de cet élément causal deviné avant lui, et de faire accepter dans ce cas particulier, comme dans toute la pathologie, les doctrines microbiennes. C'est en 1880 que M. DOLERIS publia dans sa thèse inaugurale le résultat des recherches de notre illustre compatriote et des siennes propres.

Les microbes qu'on rencontre dans la fièvre puerpérale sont au nombre de quatre variétés:

1° Le bacille en bâtonnets, bactérie cylindrique, cause de la septicémie rapide;

2° Le micrococcus en chapelet, source de la septicémie atténuée;

3° Le micrococcus en points doubles. Diplococcus, cause de la suppuration;

4° Le micrococcus en points isolés, dont le rôle est mal établi.

Si le rôle respectif joué par chacun de ces microbes peut encore prêter à contestation, il n'en est pas de même de l'influence microbienne considérée d'une façon générale.

*La septicémie puerpérale est, à n'en pas douter, une affection microbienne.*

<sup>1</sup> Par maladie *contagieuse*, on entend celle qui se transmet par contact direct, comme la syphilis par exemple: la maladie *infectieuse* se transmet par l'air comme la malaria. Une maladie *épidémique* est celle qui s'attaque à la fois à un assez grand nombre de personnes; les maladies *contagieuses*, comme les *infectieuses*, peuvent donc être épidémiques; toutefois on applique plus volontiers le terme d'épidémique aux maladies infectieuses. Maladie *endémique* signifie maladie provenant du sol ou dépendant de causes locales.

<sup>2</sup> *Die Oetologie, der Begriff und Prophylaxis der Kinbdett-febers*. Pesth, 1861.

<sup>3</sup> *De la fièvre puerpérale*. Thèse de Paris, 1857.

Nous devons maintenant nous demander comment ces microbes arrivent jusqu'à l'organisme de la femme, c'est-à-dire examiner l'*étiologie* de la septicémie puerpérale.

Comparons la gestante à une ville fortifiée et assiégée: un projectile produit une brèche aux remparts, de même que l'accouchement une série de plaies à la surface génitale de la femme. Que va-t-il résulter de cette brèche?

Si l'ennemi est loin, les assiégés auront le temps de réparer les dégâts avant son arrivée; de même pendant le postpartum la nature cicatrise les plaies génitales à l'abri de toute agression des microbes.

Si au contraire l'ennemi est proche, il va tenter de pénétrer dans la place, une lutte vive s'engage. Cette lutte sur la brèche représente l'inflammation au niveau des plaies génitales (septicémie localisée). — Si l'assiégé est vainqueur la ville est libérée; si l'organisme est victorieux, les microbes repoussés, la femme est sauvée, tout s'est borné à de la septicémie locale. — Mais, au contraire, l'assiégeant l'emporte-t-il, la ville est envahie, le combat se généralise, de son issue dépend le sort de la place, victoire ou défaite, salut ou reddition. De même si le microbe pénètre dans l'économie (septicémie généralisée), son triomphe amène la mort de la femme (septicémie mortelle), sa défaite, la guérison (septicémie guérie).

Pour bien comprendre cette lutte, nous avons à examiner:

1° L'état de la ville assiégée (état puerpéral de la femme);

2° La brèche (plaies génitales);

3° L'ennemi ou les assiégeants (microbes);

4° Les voies conduisant à la ville ou dans son intérieur (voies d'arrivée et de pénétration).

1° *Etat puerpéral de la femme*. — Les modifications apportées par la puerpéralité dans l'organisme féminin et en particulier dans la composition du sang, semblent prédisposer la femme à l'envahissement du microbe septémique. Toutefois, la puerpéralité n'est pas indispensable à son développement, car on a vu la contagion des accidents septémiques se faire à des femmes à l'état de vacuité, et même à des hommes par l'intermédiaire de plaies digitales, par exemple.

2° La *plaie génitale* est multiple et composée de la surface d'insertion placentaire, ainsi que de toutes les solutions de continuité existant au col utérin, sur le vagin, à la vulve. Toute plaie en dehors de la sphère génitale, notamment celles qui se produisent au niveau des mamelons<sup>1</sup>, de la peau (excoriations des fesses, etc.), peuvent conduire au même résultat. Parfois la pénétration se fera par les voies urinaires (cystite, néphrite infectieuses), notamment à la suite d'un cathétérisme septique; les microbes peuvent-ils également entrer par une solution de continuité des voies digestives et respiratoires? La chose est possible mais non démontrée.

En somme, on peut admettre comme voie de pénétration l'ordre de fréquence décroissante que voici:

<sup>1</sup> Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. 1<sup>er</sup>, p. 349. — Il existe deux variétés de gerçures de mamelon, les unes simplement traumatiques, et les autres septémiques.



- 1° Organes génitaux;
- 2° Seins;
- 3° Organes urinaires;
- 4° Peau, — tube digestif, voies respiratoires (?).

3° Les microbes ont été précédemment décrits; inutile d'y revenir. Chaque invasion brusque qu'ils font dans l'organisme est marquée par un frisson.

4° Voies d'arrivée et de pénétration des microbes.

a. Arrivée jusqu'à la femme. — Dans un certain nombre de cas, peut-être plus fréquemment qu'on ne le suppose, les microbes puerpéraux se trouvent pendant la grossesse dans le vagin et le canal cervical, attendant simplement les conditions favorables pour pulluler et pénétrer dans l'organisme maternel. Cette pullulation sera favorisée pendant la grossesse par toute suppuration locale (vaginite), par l'écoulement et la stagnation du sang (hémorragies); après l'accouchement par la putréfaction de débris retenus dans l'utérus (rétention du placenta, membranes, caillots). D'où la précaution indispensable et facilement compréhensible de pratiquer la désinfection soignée du canal génital (col, vagin, vulve) pendant les derniers temps de la grossesse et pendant le travail. Cette préexistence de microbes dans les organes génitaux peut expliquer les cas de septicémie, où la cause de la contagion reste introuvable.

En dehors de ces cas, le véhicule des microbes jusqu'à la femme sera, soit un corps liquide (injection non stérilisée), soit un corps solide (objets de pansement, canule à injection, instrument d'obstétrique, doigts de l'accoucheur ou de la sage-femme, contact du nourrisson atteint d'ecthyma, d'ophtalmie purulente, et couchant dans le lit de sa mère, etc.). — Un corps gazeux, l'air, par exemple, peut-il servir de véhicule aux microbes puerpéraux, ou, en d'autres termes, la septicémie puerpérale est-elle une affection non seulement contagieuse, mais aussi infectieuse (dans l'acception précédemment indiquée en note, p. 396)?

La généralité des accoucheurs admet, à l'heure actuelle, que la transmission par l'air est impossible et qu'il faut un contact par l'intermédiaire d'un solide ou d'un liquide. Il sera cependant sage, en pratique, de se comporter comme si la contagion aérienne existait, bien qu'elle ne soit pas démontrée; et malgré les idées régnantes sur ce point, tout médecin considérerait comme une imprudence de laisser dans la même pièce deux accouchées, dont l'une serait atteinte de septicémie puerpérale, même quand tout contact indirect serait sûrement empêché entre ces deux femmes; c'est faire pressentir l'importance de l'isolement en pareille circonstance.

b. Pénétration dans l'organisme de l'accouchée. — Les microbes, après avoir franchi la brèche ouverte à travers les remparts épithéliaux, qui leur fermaient l'accès du corps, pénètrent dans l'organisme:

Soit par la voie sanguine, veines; — phlébite, symptômes de généralisation rapide (triomphe apparent des essentialistes);

Soit par la voie lymphatique, vaisseaux lymphatiques — lymphangite, phlegmon, adénite, inflammation des séreuses (et notamment péritonite). — Symptômes de diffusion en général beaucoup plus lents, les ganglions

formant souvent une barrière infranchissable, tels sont les cas où la septicémie évolue surtout comme une affection locale avec faible retentissement général (triomphe apparent des localisateurs).

On a fait à la théorie microbienne de la septicémie puerpérale quelques objections, aujourd'hui à peu près oubliées.

Pourquoi, à la campagne, où les mesures antiseptiques ne sont pas prises, la fièvre puerpérale est-elle très rare? — Cette rareté n'est pas prouvée, et le serait-elle qu'elle s'expliquerait par l'isolement naturel des accouchées, et par les conditions de grand air où elles vivent.

Les microbes de la fièvre puerpérale existent dans les lochies normales, sans amener de complications. — DOLERIS s'est inscrit en faux contre cette assertion; mais existeraient-ils à l'état physiologique (ce qui est probable pour un certain nombre de cas) que leur présence, sans apparition d'accident, serait très explicable par le fait de leur non-pénétration dans l'organisme, le processus cicatriciel s'opposant à leur entrée.

Dans certains cas de fièvre puerpérale, les voies de la contagion sont impossibles à découvrir, et la septicémie semble s'être déclarée spontanément. — C'est là une fausse interprétation, les voies de la contagion sont multiples et parfois fort difficiles à reconnaître, elles peuvent exister sans que nous les trouvions, et la contagion est d'ailleurs possible par l'intermédiaire de microbes séjournant depuis un certain temps dans les organes génitaux, bien que leur absence doive être considérée comme la règle.

Enfin la septicémie puerpérale paraît plus fréquente à certaines époques de l'année, au printemps, par exemple, ce que ne peut guère expliquer la doctrine microbienne. — Si cette plus grande fréquence est exacte, on ne peut s'en servir comme d'une arme contre la doctrine microbienne, car il est vraisemblable que les conditions de vitalité des microbes encore incomplètement connues ne sont pas insensibles aux variations atmosphériques et notamment aux conditions d'électricité aérienne<sup>1</sup>.

La septicémie puerpérale est donc, sans contestation possible, une maladie microbienne, une hétéro-infection, absolument contraire comme essence à l'éclampsie due à des agents chimiques produits par l'organisme et dont l'élimination insuffisante cause une auto-intoxication.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SYMPTOMATIQUE

La septicémie puerpérale débute exceptionnellement pendant la grossesse ou l'accouchement, mais presque toujours du deuxième au dixième jour des suites de couches. Elle peut revêtir des formes cliniques très variées, ce qui rend sa description difficile. Pour jeter quelque clarté dans ce sujet, j'adop-

<sup>1</sup> Société de Biologie. *Semaine médicale*, 1886, p. 409. Exp. de Dubois: Deux aimants très puissants étant placés en regard l'un de l'autre, de façon que leurs pôles de nom contraire se correspondent, l'auteur a disposé entre ces pôles un certain nombre de petites capsules de verre contenant des cultures de microcoques. Après un certain temps, on a pu constater que le semis de microcoques, contenu dans ces capsules, s'était développé dans une direction constante, suivant une ligne allant du nord-est au sud-ouest.



terai sept types, qui résument les formes principales, et qu'il suffira de connaître pour deviner les formes secondaires ou mixtes. Je dirai quelques mots en terminant sur *certaines formes spéciales*.

1° FORME GÉNÉRALISÉE SANS LÉSIONS : **Septicémie aiguë non suppurée.** — Frisson intense le lendemain et le surlendemain de l'accouchement. Ascension rapide et élevée du thermomètre 40-41°. Grande accélération du pouls qui bientôt devient irrégulier, imperceptible. Dyspnée intense et progressive. — Face pâle, livide, bientôt cyanique; langue rouge, sèche. — Ventre à peine ballonné. — Vomissements tantôt existents, tantôt manquant; diarrhée noire extrêmement fétide. — Urine rare, très albumineuse. — *Pas trace de localisation.* — Délire aigu terminal, quelquefois faisant place à du coma dans les derniers moments. — Mort en trente-six heures, quarante-huit heures ou trois jours. *L'autopsie reste négative*; l'examen bactériologique du sang démontre seul la présence des microbes coupables.

Parfois, au lieu de ce début précoce et de cette marche *foudroyante*, on voit la fièvre, précédée d'un ou plusieurs frissons, commencer un peu plus tard; les symptômes prennent une certaine analogie avec ceux de la *fièvre typhoïde* (septicémie à forme typhoïde) à prédominance tantôt *ataxique*, tantôt adynamique. La malade succombe en quelques jours dans le coma qui a succédé au délire, ou avec des complications pulmonaires (œdème et congestion); à l'autopsie on ne trouve autre chose que des lésions pulmonaires, quand elles existent. Rarement la guérison se produit par cessation progressive des symptômes.

Dans cette forme (*foudroyante* ou *typhoïde*) de septicémie aiguë, il est vraisemblable que la pénétration des microbes dans l'économie se fait le plus souvent, sinon toujours, par la voie veineuse (phlébite infectieuse), la pénétration par les lymphatiques donnant plutôt lieu aux formes localisées.

2° FORME GÉNÉRALISÉE AVEC LÉSIONS : **Septicémie aiguë suppurée; pyohémie.** — Cette forme est caractérisée par l'apparition plus ou moins tardive d'abcès multiples, vraisemblablement d'origine veineuse (phlébite infectieuse) et pouvant occuper tous les points de l'organisme. Les symptômes généraux existent seuls au début pendant un certain temps, puis surviennent les divers abcès, manifestations locales de l'infection générale, sortes d'oasis microbiennes au milieu de l'économie.

L'apparition des symptômes est plus tardive que dans la septicémie aiguë non suppurée. Le frisson initial ne survient guère qu'après le cinquième jour, et se fait parfois attendre jusqu'à dix, quinze jours et même davantage. Ce frisson est d'habitude intense, prolongé, interrompant les suites de couches, qui jusque-là avaient paru presque normales, ou n'avaient été compliquées que par quelques malaises, par une fièvre légère et surtout par la fétidité des lochies.

Après ce premier frisson, le calme semble renaître, et, sauf la fièvre qui présente d'assez grandes variations, l'état ne semble pas grave. Mais un second, puis un troisième frisson ne tardent pas à survenir, le plus souvent

très violente et se montrant sans périodicité. L'état général s'aggrave: la peau est sèche; le visage pâle, abattu, parfois plombé, ou teinte feuille morte, l'appétit nul, la langue rouge, la soif vive.

Diarrhée abondante et fétide, l'urine rare, presque toujours albumineuse, les frissons se succèdent en nombre variable. SIREDEY en a observé jusqu'à trente-quatre. Leur intervalle au début est marqué par des périodes d'apyrexie complète, rémission trompeuse pendant laquelle l'espoir renaît dans l'esprit de la famille, et même quelquefois dans celui du médecin, alors que l'expérience lui fait défaut. Bientôt la fièvre devient continue, intense, et contribue à l'aggravation de l'état général.

Jusqu'ici l'examen le plus attentif n'a révélé aucune lésion localisée, et sauf un endolorissement léger, qui existe parfois au niveau des ligaments larges, les manifestations de la maladie ne se révèlent à l'état distinct dans aucun organe.

Mais après un nombre de jours, qui varie le plus souvent de huit à quinze à partir du premier frisson, survient une seconde période où des abcès multiples vont se montrer, deuxième stade ou de localisation succédant au premier ou de généralisation.

Ces suppurations peuvent occuper tous les points de l'économie; je ne mentionnerai ici que leurs sièges de prédilection.

*Organes génitaux.* — Abcès des ligaments larges, grosseur d'un pois à une pomme et même davantage. — Pus dans les sinus utérins, et dans les trompes.

*Système nerveux.* — Suppuration des méninges craniennes et rachidiennes — Phlébite suppurée des sinus. — Abcès dans le parenchyme cérébral ou médullaire.

*Système respiratoire.* — Pleurésie purulente. — Infarctus et abcès des poumons.

*Système circulatoire.* — Péricardite suppurée. — Endocardite ulcéreuse. — Abcès dans la paroi cardiaque. — Petits abcès phlébitiques ou périphlébitiques en un point quelconque du corps. — Infarctus et abcès de la rate.

*Système digestif.* — Abcès dans les glandes qui en dépendent, notamment dans la parotide et surtout dans le foie, dont les infarctus (abcès miliaires ou plus considérables) sont excessivement fréquents.

*Système urinaire.* — Outre les complications vésicales, on note fréquemment des infarctus et abcès multiples des reins, de même qu'une suppuration périnéale (phlegmon périnéphrétique).

*Régions.* — Abcès du tissu cellulaire. — Eschares au niveau des régions saillantes (trochanter, sacrum). Abcès articulaires donnant pendant un certain temps les symptômes d'un rhumatisme articulaire, — suppuration des synoviales tendineuses. — Abcès ostéo-périostiques.

Ces suppurations variées se manifestent par leurs symptômes ordinaires, noyés ici dans les symptômes généraux dont l'importance domine la scène. Notons simplement l'ictère dans les complications hépatiques, et les phénomènes stéthoscopiques dans les complications pulmonaires.