

Les cas de guérison sont la grande exception, la mort est la règle; elle survient sous l'influence de l'intoxication progressive de l'organisme, à laquelle les désordres fonctionnels amenés par les suppurations viscérales servent d'adjuvant.

3° FORME PÉRITONÉALE : **Péritonite**. — La péritonite puerpérale a pour point de départ les organes génitaux. — Tantôt elle est *consécutive* et *secondaire* à une inflammation d'abord localisée au petit bassin (pelvi-péritonite); tantôt elle est *primitive* ou *d'emblée*. — Cette péritonite généralisée est une des formes les plus fréquentes de la septicémie puerpérale.

Elle s'annonce le plus souvent par une *douleur violente* et un *frisson intense*. La douleur née de l'utérus s'irradie bientôt dans tout l'abdomen, dont le gonflement et le ballonnement sont progressifs.

La malade est couchée sur le dos, immobile pour ne pas exaspérer ses souffrances. Les jambes sont légèrement fléchies. La face exprime la douleur, et prend cette expression spéciale que l'on rencontre dans les affections péritonéales (faciès péritonitique).

La langue est sèche, la soif vive, le hoquet presque continu; les vomissements incessants, d'abord alimentaires, puis bilieux, vert porracé. La diarrhée est habituelle, symptôme qui contraste avec la constipation, compagne habituelle des péritonites non puerpérales.

La respiration devient pénible, et la dyspnée semble croître proportionnellement à la distension de l'abdomen.

La fièvre est élevée, le pouls fréquent; les lochies sont peu abondantes, ordinairement fétides.

La sécrétion lactée se tarit, ou si la montée de lait ne s'est pas encore faite, elle ne se produit pas.

La guérison peut avoir lieu quand la maladie est vigoureusement combattue au début, les symptômes alors s'amendent progressivement; mais la terminaison la plus ordinaire est la mort, qui survient soit sous l'influence de l'asphyxie progressive due à l'intoxication de tout l'organisme, et à la distension de l'abdomen, soit sous l'influence de l'extension de l'inflammation à la plèvre et au péricarde.

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie sont celles de la péritonite suppurée.

4° FORME PÉRIUTÉRINE : **Pelvi-péritonite. Phlegmon des ligaments larges**. — A mesure que nous avançons dans cette description, nous voyons la septicémie se localiser de plus en plus, et sa gravité décroître; en effet, *plus la septicémie est localisée, meilleur est son pronostic*.

Frisson suivi de *fièvre* et *douleur* sont les deux symptômes qui, ici comme dans la péritonite, ouvrent la scène, mais leur intensité est moindre que dans cette dernière maladie.

Les symptômes généraux sont à peu près les mêmes dans la pelvi-péritonite et le phlegmon des ligaments larges, et se résument en un état fébrile plus ou moins accentué, en rapport avec la gravité des accidents locaux; mais la marche locale de ces deux affections diffère essentiellement et réclame une description séparée.

a. **Pelvi-péritonite**. — La pelvi-péritonite se manifeste par une tuméfaction au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin. Il se constitue en ce point une véritable tumeur, qui repousse l'utérus en avant et en haut. Si la *résolution* a lieu, cette tumeur prend une consistance plus dure, et décroît progressivement en s'indurant davantage. Si au contraire il y a suppuration, la tumeur continue à croître en volume, et au lieu d'induration on ne tarde pas à constater de la fluctuation. Cet abcès, enkysté au milieu de fausses membranes et séparant l'utérus du rectum, peut exceptionnellement se résorber sur place, le plus souvent, il s'ouvre ou dans le vagin, ou dans le rectum, ou dans le péritoine. L'ouverture dans le vagin ou dans le rectum, qu'elle soit artificielle ou naturelle, conduit en général à la guérison après un temps variable; l'irruption du pus dans le péritoine amène une péritonite généralisée, promptement mortelle dans la plupart des cas.

b. **Phlegmon des ligaments larges**. — Ce phlegmon est en général unilatéral et occupe plus souvent le côté gauche que le droit, à cause de la plus grande fréquence de la déchirure du col à gauche. Il se forme une tumeur analogue à celle de la pelvi-péritonite; mais au lieu de siéger en arrière, elle occupe le cul-de-sac latéral droit ou gauche, faisant bomber la paroi vaginale à ce niveau et repoussant l'utérus vers le côté sain. Le rôle de la trompe dans ces phlegmons du ligament large est encore mal déterminé, mais il doit être important.

De même que pour la pelvi-péritonite, on observe tantôt la résolution avec induration et diminution progressive, tantôt la suppuration. L'abcès est susceptible de s'ouvrir dans le rectum, dans le vagin, dans le péritoine, dans la vessie, où la suppuration gagnant la fosse iliaque (phlegmon de la fosse iliaque) peut à travers la paroi abdominale antérieure arriver à l'extérieur.

5° FORME UTÉRINE : **Métrite**. — La septicémie utérine, ou métrite septique, débute comme la péritonite par la *douleur* et l'*élévation de la température*, mais le plus souvent le frisson initial fait défaut.

La douleur est très vive, et au premier abord simule tellement celle de la péritonite qu'on est disposé à s'alarmer. Mais en l'étudiant plus attentivement on voit qu'elle est localisée à la *région sous-ombilicale* de l'abdomen, et la pression seule de l'utérus l'exaspère; aussitôt les limites de l'utérus franchies la pression est bien supportée par la patiente: Cette douleur diffère de celle produite par les tranchées, en ce qu'elle n'est pas intermittente mais continue, en ce qu'elle ne s'accompagne pas de durcissement de l'utérus, et enfin, en ce que, contrairement aux douleurs produites par les tranchées, elle est nettement exaspérée par la pression.

Cette métrite peut donner lieu à une inflammation du voisinage, phlegmon des ligaments larges, pelvi-péritonite, voire même péritonite généralisée, mais le plus souvent, surtout bien traitée, elle se termine par résolution, ou dégénère en métrite parenchymateuse chronique; bon nombre de cas de cette dernière maladie n'ont pas d'autre d'origine.

L'état général est d'ordinaire faiblement influencé; la fièvre est modérée,

le thermomètre, à moins de complications, dépasse rarement 39°. L'appétit est diminué; ni vomissements, ni diarrhée.

La guérison est la règle.

6° FORME VULVO-VAGINALE : **Vulvo-vaginite**. — Pendant les suites de couches, surtout du troisième au cinquième jour, on rencontre souvent à la face interne des grandes et petites lèvres, ainsi qu'à la partie terminale du vagin, au voisinage des caroncules myrtiliformes, des surfaces grisâtres d'aspect gangréneux, sortes d'exsudats d'apparence diphtérique, auxquels on a donné le nom d'*eschares vulvaires* ou *vaginales*.

Ces eschares, ainsi dénommées, parce qu'on les croyait à tort le résultat de la compression du fœtus pendant l'accouchement, ne sont autre chose que des manifestations locales de la septicémie puerpérale.

Parfois, elles ne s'accompagnent d'aucune réaction générale, ou la fièvre qu'elles causent est tellement faible, qu'à moins d'usage régulier du thermomètre, elle passe inaperçue. Sous l'influence des soins locaux, les ulcérations vulvaires se détergent, l'exsudat disparaît, et la cicatrisation se fait sans accident.

Mais, dans d'autres cas, elles deviennent le point de départ, soit exceptionnellement de phlébite, soit le plus souvent de lymphangites, qui, aboutissant aux ganglions de l'aîne, provoquent l'adénite à ce niveau, et qui, par propagation, sont parfois l'origine de phlegmons de la fosse iliaque, voire même de péritonite. La septicémie alors se généralise, et prend une gravité croissante.

7° FORME MAMMAIRE : **Mammite**. — Comme à la vulve, la septicémie peut rester absolument locale, ou s'étendre plus ou moins loin.

Locale, elle se manifeste sous forme de crevasses plus ou moins profondes, dont le siège est en général la base du mamelon. Ces crevasses diffèrent des gerçures ordinaires, simples traumatismes produits par la succion, en ce qu'elles sont plus profondes, recouvertes d'un enduit grisâtre, ne se fermant pas spontanément alors que l'allaitement est cessé, et souvent même augmentant d'étendue à ce moment.

Du mamelon, la septicémie peut suivre deux voies différentes ou se diriger vers la glande mammaire soit par la voie lymphatique, soit par les conduits galactophorés et produire la *mammite*, et les *abcès du sein* qui en sont une conséquence fréquente, ou gagner également par la voie lymphatique les ganglions de l'aisselle (adénite), et franchissant les ganglions, elle est susceptible d'amener une septicémie plus ou moins généralisée, mais cette généralisation ne s'observe guère.

Dans la grande majorité des cas, la septicémie mammaire se borne aux lésions du mamelon et de la mamelle, avec retentissement général, en rapport avec des accidents locaux¹.

8° FORMES SPÉCIALES : *a.* **Cystite et Néphrite**. — Cette forme de la septicémie puerpérale est rare. Pendant la grossesse, ou pendant les suites de

¹ Voir pour la septicémie d'origine mammaire mes *Travaux d'obstétrique*, t. I^{er}, p. 349.

couches, à la suite d'un cathétérisme malpropre, se déclare une cystite; l'inflammation, suivant la voie urétérianne, arrive jusqu'aux reins; une néphrite infectieuse en est le résultat, et se manifeste par le cortège de ses symptômes habituels (douleurs lombaires, fièvre, albuminurie, accidents urémiques, etc.).

La terminaison a lieu, soit par guérison après un temps variable, soit par cystite ou néphrite chronique.

Cette néphrite peut aboutir à la production de convulsions puerpérales. La septicémie donne ici la main à l'éclampsie.

b. **Phlébite des membres inférieurs**. — Cette phlébite, assez généralement connue sous le nom de *phlegmatia alba dolens*, présente deux formes, surtout différentes par leur période initiale.

La *première* débute en général vers le quinzième jour du postpartum, alors que, depuis l'accouchement, l'apyrexie avait été complète et l'état de l'accouchée aussi satisfaisant que possible. A ce moment surviennent simultanément une douleur, soit dans la fosse iliaque, soit dans le mollet, et une fièvre modérée; puis la phlegmatia suit son cours et dure de un à trois mois.

La *seconde* succède à d'autres manifestations septicémiques, fièvre et frissons, début de péritonite, etc. Ces divers symptômes apparaissent trois ou six jours après l'accouchement; on ne trouve d'abord aucune localisation nette, puis la phlébite se déclare et la septicémie se localise dans les veines des membres inférieurs.

Dans ces deux catégories de cas d'aspect clinique si différent, l'origine serait la même, c'est-à-dire microbienne; seulement, dans le premier cas, on aurait à faire à une septicémie atténuée sommeillant quelque temps dans l'utérus pour envahir ensuite les veines du membre inférieur¹.

c. **Paralysies**. — En dehors des paralysies, se déclarant pendant l'état puerpéral, sous l'influence de causes indépendantes de cet état, et en dehors des paralysies des membres inférieurs, qui, résultant de la compression pendant l'accouchement, se montrent durant le postpartum, il existe des *hémiplegies* et *paralysies*, encore incomplètement connues, qui surviennent à une époque variable des suites de couches, et qui paraissent de nature septicémique. Leur pronostic est en général bénin.

d. **Éruptions puerpérales**. — Outre la miliaire, et l'érythème mercuriel, ou autres éruptions indépendantes de la puerpéralité, on voit survenir pendant les suites de couches des plaques érythémateuses² dont la confluence rappelle l'aspect de la peau dans la scarlatine (scarlatinoïdes de GUÉNIOT, scarlatine puerpérale de KAPOSI, roséole utérine de KIDD, érythème polymorphe de HÉBRA). — La nature de cette éruption est encore incomplètement inconnue, mais elle est distincte de la scarlatine vraie, et semble une simple manifestation cutanée de la septicémie puerpérale.

¹ Voir Vidal. *Gazette des hôpitaux*, 1^{er} juin 1889 et *Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*. — Paris, 1889.

² Voir Arnaud. *Scarlatine et éruptions scarlatiniformes dans l'état puerpéral*. *Arch. de Tocologie*, 1892, p. 688.

DIAGNOSTIC

Il est deux symptômes que le médecin devra toujours rechercher avec soin pendant le postpartum, car ils indiquent le plus souvent une septicémie imminente, et permettent de recourir à un traitement préventif, susceptible de conjurer les accidents ou d'atténuer leur gravité; ce sont : un *malaise généralisé* dont le *mal de tête* est la localisation la plus nette, la *fétidité des lochies*.

Lorsque la fièvre est déclarée, précédée ou non d'un ou de plusieurs frissons, le diagnostic variera suivant que la septicémie est d'emblée *généralisée* ou *localisée*.

a. SEPTICÉMIE LOCALISÉE. — Toute *péritonite*, *pelvi-péritonite*, tout *phlegmon des ligaments larges*, toute *métrite*, *lymphangite* d'origine vulvo-vaginale, ou *mammite*, doivent être, pendant les quinze premiers jours du postpartum, considérés comme des manifestations de la septicémie puerpérale; les exceptions qui existent à cette règle sont tellement rares, qu'on peut les oublier en pratique.

Le simple traumatisme, sans pénétration d'éléments septiques, est incapable de produire ces complications. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir l'apyrexie complète, qui est actuellement la règle après les accouchements ayant nécessité les interventions les plus pénibles, alors que l'antisepsie a été rigoureusement observée.

Chacune de ces inflammations est donc d'origine microbienne, et toutes les fois que le médecin diagnostiquera leur existence, il portera par là même le diagnostic de septicémie puerpérale.

b. SEPTICÉMIE GÉNÉRALISÉE. — Une fièvre plus ou moins intense se déclare pendant les premiers jours du postpartum, un examen attentif ne permet de découvrir aucune localisation, il importe de savoir si cette élévation de température est due à la septicémie ou à une autre affection.

Je laisse de côté la *fièvre hystérique* et la *fièvre saisonnière*.

Le *rhumatisme articulaire aigu* possède en commun avec la septicémie les manifestations articulaires; mais ces manifestations sont initiales dans le rhumatisme, tardives dans la septicémie. La douleur articulaire est le symptôme dominant dans le rhumatisme, très accessoire dans la septicémie. Antécédents rhumatismaux.

La *fièvre typhoïde* sera le plus souvent difficile à distinguer de la septicémie, qui parfois, comme nous l'avons vu, revêt elle-même l'aspect typhoïde.

Le début dans la fièvre typhoïde a en général lieu sans frisson, et avec des épistaxis, distinct par conséquent de celui de la septicémie. Les autres symptômes ne présentent pas de différences caractéristiques, et ce n'est guère que l'apparition de taches rosées lenticulaires, qui, dans les cas douteux, indiquera l'existence de la fièvre typhoïde.

La *diphthérie* ne peut prêter à confusion que lorsque les lésions de cette maladie siègent à la vulve, c'est là d'ailleurs une localisation assez rare de

cette affection, qui choisit de préférence le pharynx ou le larynx. On reconnaîtrait la diphthérie à la blancheur des fausses membranes, au lieu de l'aspect grisâtre de celles rencontrées dans la septicémie. L'erreur du diagnostic n'aurait d'ailleurs qu'une importance secondaire pour la diphthérie vulvaire, le traitement différant peu de celui appliqué à la septicémie puerpérale de cette région.

La *tuberculose*, soit qu'elle existe depuis un certain temps, soit qu'elle débute avec la puerpéralité, peut, durant les suites de couches, amener une fièvre plus ou moins intense, dont le diagnostic étiologique embarrasse le médecin. Les antécédents de la malade, l'absence de frisson au début de la fièvre, l'état normal des organes génitaux, les lochies n'ayant aucune odeur fétide, enfin les localisations qui surviennent après un certain temps dans l'une ou l'autre maladie, permettent cette distinction parfois difficile.

La *malaria*, soit que la femme ait été atteinte de cette maladie antérieurement, soit que l'action du poison paludéen se fasse sentir au moment même, peut se manifester pendant les suites de couches, constituant un réveil de la maladie dans le premier cas, et une apparition dans le second. Le volume de la rate, les antécédents, l'action du sulfate de quinine renseigneront le médecin.

La *syphilis* pourrait également, sous l'influence de traumatismes causés par l'accouchement, donner lieu à une faible élévation thermique de quelques heures. Se méfier de cette cause possible de fièvre chez les syphilitiques.

La *stercorémie*, c'est-à-dire la résorption des principes toxiques des matières fécales, chez les femmes constipées, amène parfois pendant les suites de couches une légère fièvre, justiciable d'un purgatif, ou simplement d'un lavement.

PRONOSTIC

La gravité du pronostic variera :

Avec la forme de la maladie : *plus la septicémie est localisée, meilleur est le pronostic*;

Avec la période de début : *en général le pronostic est d'autant meilleur que le début est plus éloigné du moment de l'accouchement*;

Avec l'intensité de la fièvre : *plus l'élévation thermique est prononcée, plus le pronostic est grave*;

Avec le milieu où se trouve la malade : si le cas est isolé, il a plus de chance d'être bénin que s'il survient à la suite de plusieurs cas sérieux. Dans une série de contagions successives, le poison semble gagner d'intensité;

Avec le traitement : le traitement joue ici un rôle considérable; la plupart des septicémies (sauf les formes généralisées d'emblée), bien traitées doivent guérir.

TRAITEMENT (Antiseptie)¹

1° Armes antimicrobiennes. — 2° Locaux. — 3° Literie, linge. — 4° Accoucheur, sage-femme, garde. — 5° Instruments. — 6° Femme. — 7° Enfant.

1° ARMES ANTIMICROBIENNES.

a. Agents physiques.

Aération.

Propreté.

Pulvérisation, avec de l'eau simple ou avec un liquide antiseptique : l'avantage de ces pulvérisations ou *spray* est d'enlever toute la poussière et particules flottant dans l'air de la pièce, qui sont balayées par ce moyen artificiel.

Etuves pour les vêtements, linges, pièces à pansement, etc.

b. Agents chimiques.

Parmi les nombreux antiseptiques solubles je n'en mentionnerai que trois, les plus sûrs, les plus généralement acceptés, et qui peuvent suffire à tous les besoins de l'obstétrique ; ce sont :

Le *bichlorure de mercure*, employé en solution de $\frac{1}{1000}$ à $\frac{1}{4000}$; prescrire la liqueur de VAN SWIETEN (solution à $\frac{1}{1000}$) ou plus simplement des paquets de bichlorure de mercure, qu'on fera dissoudre dans un litre d'eau préalablement bouillie ou filtrée.

Bichlorure de mercure 0 gr. 23 ;
Acide tartrique 1 gr.
Solution de carmin d'indigo, 5 p. 100. . II gouttes.

Je me sers également de pastilles ayant la même composition avec une substance agglutinante en plus. — Ces pastilles sont commodes à transporter dans une trousse, mais dangereuses à prescrire dans une famille où les enfants peuvent les prendre pour des bonbons.

L'*acide phénique*, solution forte $\frac{1}{30}$ pour les instruments seulement, solution $\frac{1}{50}$, $\frac{1}{100}$, $\frac{1}{300}$, pour l'antiseptie directe de la femme ou de l'accouchée.

Prescrire : solution {
Acide phénique 240
Alcool 240
Essence de thym 5

Une cuillerée à soupe de cette solution dans un litre d'eau donne une solution à $\frac{1}{100}$.

L'*acide borique*, solution à $\frac{3}{100}$. Prescrire des paquets de 30 grammes. Un paquet pour un litre d'eau préalablement bouillie.

Parmi les antiseptiques pulvérulents, le meilleur est incontestablement l'*iodoforme*. Son odeur pénétrante et désagréable en rend l'emploi difficile dans la clientèle, où on pourra le remplacer par l'*iodol* ou le *salol* dont l'ac-

¹ Consulter *De l'antiseptie en gynécologie et en obstétrique*, Auvard. Paris, 1891.

tion est malheureusement moins sûre que celle de l'iodoforme. Les nombreux mélanges préconisés pour masquer l'odeur de ce dernier médicament sont peu employés, car la pureté de l'iodoforme semble être une des conditions essentielles de son pouvoir antiseptique.

Quant aux *antiseptiques internes* donnés par le tube digestif (naphtol, bétol, benzo-naphtol), ils ne semblent pas donner de résultat appréciable dans la lutte contre la septicémie puerpérale, et j'en déconseille l'emploi.

2° LOCAUX.

a. **Hôpitaux, Maternités.** — Les salles, contenant peu de malades à la fois, sont préférables ; les chambres isolées ne sont nécessaires que pour les femmes atteintes de septicémie. Eviter le voisinage des amphithéâtres d'autopsies, de services de médecine où existent des affections contagieuses. Plafonds, murs, parquets pouvant se laver facilement ; suppression autant que possible des angles. Importance du chauffage et de la ventilation.

b. **Maisons particulières.** — La chambre la plus nue est la plus favorable à l'antiseptie, c'est dire combien les appartements luxueux sont propices à la septicémie. Eviter pendant l'accouchement et les suites de couches tout prétendu nettoyage, qui amènerait le déplacement ou la circulation de poussière contenue dans les tapis, les tentures. Surveiller la désinfection des cabinets d'aisances¹ ; surveiller également dans certains cas spéciaux (bouchers, charcutiers), la putréfaction possible de détritrus, oubliés dans un coin.

Une chambre, où il y aurait eu précédemment soit une fièvre puerpérale, soit une maladie contagieuse, devra être préalablement désinfectée [par une fumigation sulfureuse².

3° LITERIE. LINGE.

Dans une maternité la literie sera en fer, aussi simple que possible et facile à laver. Tout objet de literie, matelas, couverture, etc., ayant été au contact d'une septicémie puerpérale ou de maladie contagieuse quelconque, devra être autant que possible changé, sinon lavé ou passé à l'étuve, après avoir été défait, s'il s'agit d'un matelas.

Le linge joue dans la pratique nosocomiale un rôle important pour la contagion ; incomplètement lavé, il peut être le véhicule de microbes provenant d'autres malades. Autant que possible le linge en usage dans une maternité

¹ Lavage avec solution de sulfate de cuivre, ou de chlorure de chaux à 5 p. 100. Mettre 50 grammes de l'une ou l'autre substance dans 1 litre d'eau.

² Après avoir collé des bandes de papier sur toutes les fissures, après avoir enlevé ou protégé en les recouvrant de vaseline, de papier ou d'étoffe imperméable, tous les objets métalliques, et après avoir enlevé les tentures, faire brûler, dans un vase de grès placé lui-même dans un vase plus grand contenant de l'eau (afin d'éviter l'incendie), du soufre concassé en petits morceaux (quantité 30 grammes par mètre cube), l'enflammer en le recouvrant d'alcool auquel on met le feu. Se retirer immédiatement pour éviter de respirer les vapeurs qui se dégagent ; fermer les portes en collant à l'extérieur des bandes de papier pour éviter les fissures, et ne rouvrir la pièce qu'au bout de vingt-quatre heures. Laver le parquet à la potasse, et les murs *si possible* avec une solution de chlorure de chaux à 5 p. 100. Passer les tentures à l'étuve avant de les remettre en place.