

**Des formes diverses d'épidémies puerpérales : thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) et soutenue à la Faculté de médecine de Paris / par Charles Maygrier.**

**Contributors**

Maygrier, Ch. 1849-  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

Paris : Octave Doin, 1883.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/uqcx4et6>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.




Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

305  
1

301

DES FORMES DIVERSES  
**D'ÉPIDÉMIES**  
PUERPÉRALES



DES FORMES DIVERSES  
D. E. L. A. I. E. S.  
P. O. L. Y. G. R. A. P. H. I. E. S.  
  
Imprimeries réunies, B, Putaux

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

DES FORMES DIVERSES  
**D'ÉPIDÉMIES**  
PUERPÉRALES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

LE D<sup>R</sup> CHARLES MAYGRIER

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité  
Chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Médecine  
Accoucheur des hôpitaux  
Membre de la Société anatomique



---

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883



1842

DES BOUTONS DIVERS

# D'ÉPIDÉMIES

PLÉVRALES

THESE

PRÉSENTÉE À L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PAR M. J. B. BOUTON

DOCTEUR EN MÉDECINE

LE DOCTEUR BOUTON

DOCTEUR EN MÉDECINE  
PARIS, 1842

PARIS

OCTAVE BOIN, ÉDITEUR

1842

1842



# TABLE

1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....
6	.....
7	.....
8	.....
9	.....
10	.....
11	.....
12	.....
13	.....
14	.....
15	.....
16	.....
17	.....
18	.....
19	.....
20	.....
21	.....
22	.....
23	.....
24	.....
25	.....
26	.....
27	.....
28	.....
29	.....
30	.....
31	.....
32	.....
33	.....
34	.....
35	.....
36	.....
37	.....
38	.....
39	.....
40	.....
41	.....
42	.....
43	.....
44	.....
45	.....
46	.....
47	.....
48	.....
49	.....
50	.....
51	.....
52	.....
53	.....
54	.....
55	.....
56	.....
57	.....
58	.....
59	.....
60	.....
61	.....
62	.....
63	.....
64	.....
65	.....
66	.....
67	.....
68	.....
69	.....
70	.....
71	.....
72	.....
73	.....
74	.....
75	.....
76	.....
77	.....
78	.....
79	.....
80	.....
81	.....
82	.....
83	.....
84	.....
85	.....
86	.....
87	.....
88	.....
89	.....
90	.....
91	.....
92	.....
93	.....
94	.....
95	.....
96	.....
97	.....
98	.....
99	.....
100	.....



DES FORMES DIVERSES

# D'ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES

---

## INTRODUCTION

En présence du sujet que nous avons à traiter, il nous a semblé utile et même nécessaire d'établir, aussi brièvement que possible, au début de ce travail, de quelle façon nous avons compris chacun des termes qu'il comporte, et d'indiquer les raisons qui nous ont fait donner plus ou moins de développement aux diverses parties du plan que nous avons adopté.

Avant d'étudier les différentes formes d'épidémies puerpérales, nous devons nous demander d'abord ce qu'il faut, ce qu'on doit entendre par ces mots : *épidémie puerpérale*.

Depuis les temps les plus reculés, toutes les fois qu'on a vu une maladie s'étendre à un certain nombre d'individus d'une même population, suivre une marche progressivement envahissante, on a dit de cette maladie qu'elle était



*épidémique*. Puis, pour expliquer ces faits on a invoqué l'existence d'une influence malfaisante inconnue, d'un principe insaisissable et mystérieux, en un mot d'un *génie épidémique*. C'est ainsi que chaque fois qu'on observait dans les Maternités les mêmes phénomènes pathologiques survenant chez une collectivité de femmes récemment accouchées, l'on disait qu'une épidémie puerpérale sévissait. Il faut bien le dire, jusque vers la moitié de ce siècle, on a considéré ces épidémies comme fatales : « Qui pousse en certains lieux ce visiteur funeste ! Quelle circonstance heureuse le chasse de ceux qu'il a désolés ? » s'écrie Danyau.

Aujourd'hui, grâce aux nombreux et magnifiques travaux des hygiénistes, l'on commence à mieux connaître les épidémies et à attacher à ce mot un sens plus précis. « Au lieu d'admettre, dit le professeur Lacassagne<sup>1</sup>, que les épidémies sont tenues exclusivement sous la dépendance d'une cause mystérieuse, d'un génie épidémique qui les créerait et viendrait ensuite d'une façon tout à fait fantaisiste et inexplicable présider à leur extension et à leur terminaison, nous croyons beaucoup plus logique et plus vrai de faire jouer un grand rôle aux conditions de milieux dans lesquelles une cause morbide vient à évoluer. »

« Au lieu de constituer, dit le professeur Colin<sup>2</sup> (à propos de l'influence épidémique), un être immatériel, univoque, agissant envers et contre toutes les circonstances pathogéniques habituelles, j'y vois un groupe d'influences multiples, diverses, difficilement appréciables peut-être, mais parmi lesquelles il en est de dominantes, que chaque

1. A. Lacassagne, *Précis d'hygiène privée et sociale*. Paris, 1876, p. 316.

2. Colin, *Épidémies et milieux épidémiques* (*Annales d'hygiène*, 1874-75).



jour on reconnaît davantage, qui ne sont, le plus habituellement, que l'infection et la contagion, auxquelles il faut demander le pourquoi non pas surnaturel, immatériel, mais parfaitement matériel de la permanence et de la propagation épidémiques. »

Envisagée ainsi, la question des épidémies s'éclaire singulièrement. Nous verrons par la suite combien, pour la fièvre puerpérale, l'application de ces notions est féconde en résultats, et que c'est à elle surtout qu'on pourrait appliquer cette affirmation de M. Fonssagrives : « L'épidémicité n'est qu'une contagiosité élevée à une puissance considérable. » C'est ainsi que M. le professeur Lefort a pu dire aussi : « Toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre sous forme épidémique est contagieuse <sup>1</sup>. »

C'est ainsi enfin, qu'en démontrant l'influence nocive du milieu nosocomial d'une façon mathématique et preuves en main, M. Tarnier a déchiré une partie du voile qui recouvrait les épidémies puerpérales.

Mais l'épidémicité et la contagiosité puerpérales étant ainsi reconnues et établies, — car il faudrait être du siècle dernier pour le contester, — pouvons-nous faire un nouveau pas en avant, pouvons-nous, en un mot, préciser la nature du principe contagieux qui imprime à chaque épidémie un caractère, une allure, une forme particulières ? La cause qui produit ce groupe d'affections réunies par Strother en 1718, sous la dénomination de *fièvre puerpérale* est-elle toujours la même ? Le principe contagieux est-il virulent, est-il parasitaire ? Peut-il naître spontanément ?

1. Lefort, *Les Maternités*, 1866, p. 83.



A toutes ces questions nous ne pouvons malheureusement répondre que par des hypothèses. Sans nier en aucune façon l'importance des travaux gigantesques ayant pour but la solution de ces questions, sans les accuser aucunement de stérilité, nous pensons qu'il serait aussi audacieux que téméraire de venir affirmer aujourd'hui que nous connaissons la nature du principe contagieux. Personne plus que nous ne déplore que ce point ne soit pas encore acquis à la science. Combien notre tâche en serait rendue plus facile!

Si le principe était *unique*, nous n'aurions qu'à rechercher dans les influences telluriques, les constitutions médicales, les aptitudes plus ou moins développées à la réceptivité morbide, en un mot les *qualités du bouillon de culture*, les conditions qui impriment à la maladie évoluant sur une collectivité un cachet particulier. Si au contraire il nous était démontré que le principe contagieux fût parasitaire et d'espèces diverses, il nous eut été permis peut-être de rattacher à chaque espèce une forme particulière d'épidémie puerpérale. Nous ne pouvons donc que discuter ces points et proclamer bien haut que, tout en paraissant peut-être affirmatif en certaines parties, nous restons toujours dans le champ des hypothèses.

D'un autre côté, les grandes épidémies puerpérales meurtrières qui ont désolé si longtemps les hôpitaux et les Maternités, semblent avoir aujourd'hui disparu, grâce aux sages mesures d'hygiène hospitalière appliquées d'une façon presque universelle.

Actuellement, nous n'assistons plus que de temps à autre à de petites épidémies, localisées pour ainsi dire, qui tendent même à devenir de plus en plus rares. Aujourd'hui, en effet, dès qu'une femme devient malade dans



un service d'accouchements, on l'isole immédiatement ; à la moindre menace, on ferme les salles aux femmes du dehors, et l'on condamne ainsi le génie épidémique à mourir d'inanition.

Pour retracer exactement les formes cliniques des épidémies d'autrefois, il faudrait une grande expérience que nous ne pouvons avoir ; il nous faudrait avoir assisté à ces cruelles hécatombes dont nos maîtres ont été si souvent les témoins impuissants.

C'est dire que nous nous placerons à un point de vue purement historique, pour rechercher quelles formes ont été signalées dans les diverses épidémies, suivant pas à pas les auteurs dans leurs descriptions, et montrant que l'interprétation donnée par chacun d'eux à la fièvre puerpérale a considérablement influé sur ces descriptions. Nous arriverons enfin à la conception à peu près généralement admise aujourd'hui de la fièvre puerpérale, qui nous permettra d'envisager ces épidémies à un point de vue plus général.

Nous verrons qu'elle est le fait d'une infection, qui, ainsi que l'a très bien dit M. Raymond<sup>1</sup>, « pénètre l'organisme maternel par les mille portes ouvertes après l'accouchement, infection qui, après son imprégnation facile, détermine, sur un terrain dont les aptitudes morbides sont portées à leur summum d'intensité, des manifestations multiples et souvent complexes. » Ces manifestations ne sont autres que les formes cliniques différentes des épidémies puerpérales.

Notre plan se résume ainsi :

Dans une première partie, nous passerons en revue

1. Raymond, *De la puerpéralité*. Th. d'agr., 1880.



l'histoire des épidémies puerpérales, en montrant qu'on a de tout temps constaté leur diversité.

Dans une seconde partie, nous ferons la critique historique de la fièvre puerpérale. Nous trouverons d'une part la doctrine des essentialistes et les formes générales admises par eux; d'autre part, avec les progrès de l'anatomie pathologique, nous verrons s'affirmer la doctrine des localisateurs, qui, eux, n'admettent et ne décrivent que des affections diverses en rapport avec les différentes lésions cadavériques. En face de ces deux opinions, dont aucune ne peut nous donner une explication satisfaisante des formes diverses des épidémies, nous exposerons la phase nouvelle dans laquelle est entrée la fièvre puerpérale : nous montrerons que l'infection et la contagion viennent rendre la notion d'épidémie bien plus claire et saisissable, que la fièvre puerpérale emprunte vraisemblablement ses modalités aux degrés divers d'une intoxication dans l'étude de laquelle la science pénètre chaque jour plus avant, et dont la simple notion permet déjà de lutter d'une façon efficace contre le fléau épidémique.

Dans la troisième partie enfin, nous décrirons les formes variables de cet empoisonnement qui s'observent dans les épidémies puerpérales, et nous verrons que cet empoisonnement peut être transmis, non seulement aux femmes en couches, mais encore aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux nourrices.



## PREMIÈRE PARTIE

### HISTORIQUE DES ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES

Il suffit de parcourir les ouvrages des anciens pour se convaincre qu'ils possédaient des notions évidentes sur les maladies fébriles des nouvelles accouchées, et qu'ils avaient distingué plusieurs sortes de ces maladies.

Hippocrate<sup>1</sup> avait observé les phénomènes graves et infectieux des suites de couches. Le passage suivant l'indique nettement; il a trait aux cas dans lesquels, « à la suite de l'accouchement, le ventre se gonfle ainsi que les jambes; il y a frisson, la douleur se fait sentir dans le bas-ventre et aux lombes; parfois même, elle gagne les viscères, et la malade est prise de défaillance. Elle éprouve ces accidents au début; quand le mal se prolonge, le dessous des yeux rougit... » Dans le I<sup>er</sup> et le III<sup>e</sup> livre des épidémies, il rapporte encore huit exemples de maladies différentes, n'ayant entre elles d'autre analogie que de paraître à la suite des couches (fièvre ardente, fièvre bilieuse, fièvre avec diarrhée, etc...). Hippocrate faisait dépendre toutes ces affections de la suppression des lochies, et nous devons signaler cette hypothèse parce

1. Hippocrate, édit. Littré. *De la nature de la femme*, § 9, t. VI, p. 325.



qu'on la retrouve admise dans les écrits d'une foule d'auteurs pendant une longue période de siècles.

Celse et Galien ont connu aussi les affections puerpérales, et Galien<sup>1</sup> parle de l'inflammation de la matrice.

Aetius, Paul d'Egine décrivent cette inflammation de la même manière que Galien.

Avicenne<sup>2</sup> signale les fièvres de mauvais caractère, les dépôts, une enflure de ventre mortelle.

Albucasis<sup>3</sup>, Rhodion<sup>4</sup>, Félix Plater<sup>5</sup> ont décrit également l'inflammation de l'utérus. Mercatus<sup>6</sup> y ajoute des fièvres très meutrières.

A. Paré<sup>7</sup>, Mercurialis<sup>8</sup>, Forestus<sup>9</sup>, etc., décrivent aussi des maladies puerpérales diverses; tous considèrent, comme Hippocrate et Galien, la suppression des lochies comme pouvant causer les fièvres aiguës et les inflammations qui surviennent chez les femmes en couches.

Sans doute, dans toutes ces affections de l'état puerpéral, les anciens confondaient des faits bien différents; ils y faisaient rentrer des maladies que les modernes ont séparées; ils avaient des idées vagues et fausses sur la fièvre de lait; mais ils avaient certainement observé ce que depuis on a nommé fièvre puerpérale, et il est évident que, dans les faits nombreux dont ils nous ont légué la description, on pourrait retrouver, par une analyse patiente, certaines formes connues des modernes.

S'il est possible, comme on le voit par le rapide énoncé qui

1. Galien, *De medicina*, lib. XIII, lib. II, cap. 8, p. 74. — *Galen, Libri Isa*, p. 48.

2. Avicenne, *Canon. med. cap. de disposit. enixar*, 1000.

3. Albucasis, *In Spacchio*, cap. 78, 1085.

4. Rhodion, *De partu hominis*, etc., cap. 7, 1532.

5. Plater, *Prax. med.*, t. II, cap. 13, 1537.

6. Mercatus, *Mercati operum*, t. III, 1570.

7. A. Paré, *Livre de la génération*, cap. 34, 1575.

8. Mercurialis, *in Spacchio*, lib. IV, cap. 1, 2, 18, 1582.

9. Forestus, *Observ. med.*, 1590.



précède, de distinguer déjà des formes différentes, un peu plus tard le fait s'accroît bien plus encore. C'est ainsi que Roderic de Castro<sup>1</sup>, en 1603, pose en principe que les femmes peuvent être atteintes pendant les couches de toutes les maladies qui se déclarent hors de ce temps; il les attribue surtout à l'augmentation ou à la diminution des lochies, ou bien encore à une cause préexistante développée par l'accouchement, et il dirige sa thérapeutique d'après l'étiologie de ces diverses maladies. Schenk<sup>2</sup>, en 1606, envisage de même les maladies des nouvelles accouchées et il nous a transmis des observations de maladies puerpérales, les unes à forme abdominale, les autres à forme de pleurésies très aiguës; il cite une observation de pleuro-pneumonie avec vomique, suppuration d'un rein, et autres lésions graves.

Sennert<sup>3</sup>, en 1631, décrit les fièvres aiguës des femmes en couches. En 1640, Zacutus Lusitanus<sup>4</sup>, est plus explicite; attribuant, comme ses devanciers, une influence prépondérante à la suppression des lochies, il décrit des fièvres de diverses espèces, la pleurésie, la frénésie, la diarrhée, les convulsions, la paralysie, l'inflammation de l'utérus, etc...

Mais si ces citations nous montrent la diversité des maladies puerpérales admise par tous les anciens auteurs, il ne faut pas nous attendre à trouver au milieu de ces descriptions un peu confuses des relations véritables de maladies épidémiques; et, bien qu'ils aient dû, certainement, constater l'épidémicité pour un certain nombre des affections qu'ils ont indiquées, on en chercherait en vain l'affirmation formulée dans leurs ouvrages; les notions sont trop vagues, les textes sont trop obscurs pour qu'on puisse rien induire de positif à l'égard de vraies épidémies puerpérales.

Il faut, en réalité, arriver au XVII<sup>e</sup> siècle, pour rencontrer des

1. *De univers. mulier. med.* t. V, sect. 2, cap. 2, 1603.

2. *Observ. med.*, 1606.

3. *Opera omnia*, t. V, cap. 11, 1631.

4. *Praxis histor.*, t. II, liv. III, cap. 19, 1640.



relations indiscutables. D'après Ozanam<sup>1</sup>, qui rapporte les principales épidémies connues, la première aurait été observée à Leipzig, en 1652 :

« Une maladie inconnue jusqu'alors à Leipzig s'y déclara en 1652, et y régnait encore en 1665. Elle attaquait les femmes en couches, et elle était si meurtrière qu'à peine en échappait-il une sur dix. Elle se déclarait souvent dès le lendemain de l'accouchement, quelquefois seulement le quatrième jour, et principalement à l'époque de la sécrétion du lait, plus rarement enfin après le septième jour. Elle s'annonçait par un frisson suivi d'une grande chaleur par tout le corps, avec anxiété précordiale, inquiétude, céphalalgie récurrente, rougeur des yeux, légère sueur au front, à la poitrine et au dos ; les lochies diminuaient ou se supprimaient, les urines étaient claires, naturelles et légères, le ventre constipé. Ces symptômes étaient bientôt suivis d'une chaleur brûlante et d'une rougeur qui commençait à la région précordiale, au cou, au dos, et s'étendait ensuite par tout le corps ; la peau devenait âpre et prurigineuse, le pouls était grand et fort ; dès lors, l'appétit se perdait, la soif était plus ou moins grande, le sommeil nul ou inquiet et troublé ; les lochies se supprimaient tout à fait, une éruption miliaire couvrait tout le corps, les urines troubles déposaient un sédiment copieux, et souvent elles étaient involontaires ; les sueurs étaient spontanées et quelquefois profuses, le pouls devenait faible et inégal, la respiration difficile, avec prostration des forces, délire, épistaxis, tremblement des membres, mouvements convulsifs et même épileptiques ; les yeux devenaient fuligineux, et un catarrhe suffocant amenait une prompte mort. Mais si la maladie devait tourner à bien, elle se mitigeait vers le neuvième jour, les symptômes diminuaient de leur intensité, les forces revenaient, une moiteur et une sueur générale survenaient, accompagnées d'une diarrhée bilieuse

1. Ozanam, *Histoire des maladies épidémiques*, t. II, p. 14 et suiv.



et muqueuse, la rougeur et l'aspérité de la peau disparaissaient, l'épiderme tombait en desquamation, et les malades revenaient à leur état de santé. »

Et plus loin, le même auteur nous apprend que « la même épidémie qui avait régné si longtemps à Leipzig, s'y montra de nouveau, ainsi qu'à Francfort-sur-le-Mein, en 1723; elle attaquait les femmes en couches vers le second ou le troisième jour de leur délivrance.

» Elle débutait par des frissons suivis de chaleur et d'une grande oppression, les lochies se supprimaient; quelques jours après paraissaient des pustules miliaires, principalement sur la poitrine. Cette éruption était accompagnée de délire, de convulsions, et la plupart des malades succombaient du cinquième au neuvième jour. »

Voilà donc une relation d'épidémie régnant sur des femmes en couches, et dans laquelle il serait facile de distinguer des formes différentes : la prostration particulière des forces, et les symptômes adynamiques, d'une part; le délire, les convulsions, d'autre part; et jusqu'aux éruptions qui sont notées.

La première épidémie dont il soit fait mention en France, est celle que Peu<sup>1</sup> a rapportée. Elle se produisit en 1664 à l'Hôtel-Dieu de Paris, qui devait depuis être le siège de tant de meurtrières épidémies. Peu a noté surtout les points suivants : c'est que la salle des accouchées était au-dessus de celle des blessées, et il en tire des conséquences pour l'origine de l'épidémie, qu'il a vue aussi sévir surtout par les temps froids ou chauds, mais humides. Voilà donc une maladie infectieuse qui serait causée par des émanations miasmatiques.

Un grand nombre d'épidémies ont depuis lors eu leurs historiens, et nous pourrions, en suivant très exactement la description de chacun d'eux, voir s'en dégager l'existence de formes

1. Peu, *Pratique des accouchements*, 1726.



spéciales, caractérisées par les symptômes particuliers observés dans chacune d'elles.

En jetant seulement un coup d'œil sur les principales de ces épidémies, il nous sera facile de voir que les observateurs ont été frappés de leurs allures diverses, de leur gravité plus ou moins grande, de leurs symptômes variés, de leurs formes, en un mot.

Elles ont été relatées dans un nombre considérable d'ouvrages et des monographies diverses. Nous n'en avons voulu prendre que le résumé succinct, tantôt dans les auteurs eux-mêmes qui les ont rapportées, tantôt dans des travaux qui les embrassent dans leur ensemble : tels sont les écrits de Sédillot<sup>1</sup>, Ozanam<sup>2</sup>, Churchill<sup>3</sup>, M. Hervieux<sup>4</sup>, M. Stoltz<sup>5</sup>. Nous avons puisé des renseignements à toutes ces sources, mais sans nous préoccuper d'être complet sur un sujet qui n'est décrit complètement nulle part.

Nous allons parcourir rapidement les épidémies du siècle dernier, dans le but surtout de découvrir, au milieu des relations plus ou moins confuses des auteurs, la physionomie différente qu'elles ont présentée. Toutefois, les renseignements cliniques sont souvent fort incomplets : ainsi Thomas Bartholin, qui a observé une épidémie puerpérale à Copenhague, en 1672, nous en a laissé seulement la notice dans les actes de Copenhague; il en attribue la cause au froid et à l'humidité, mais il ne donne aucun autre détail.

De la Motte<sup>6</sup> a vu, pendant l'année 1713, la mort sévir sur les nouvelles accouchées en Normandie, surtout à Rouen et à Caen; les malades étaient atteintes même après une grossesse

1. Sédillot, *Recherches historiques sur la fièvre puerpérale*, Th. Paris, 1817.

2. Ozanam, *loc. cit.*

3. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes* (Traduct. de Wieland et Dubrisay). Paris, 1866.

4. Hervieux, *Traité des maladies puerpérales*. Paris, 1870.

5. Stoltz, art. PUERPÉRALITÉ, in *Dictionnaire Jaccoud*, t. XXX.

6. De la Motte, *Traité des accouchements* (1765).



heureuse et un accouchement des plus simples; il survenait de la fièvre, de la diarrhée; il y avait suppression des lochies; en même temps le ventre tendu devenait douloureux, et malgré les précautions prises et les soins administrés, toutes les malades mouraient. Ces faits intéressants montrent l'épidémie régnant hors de l'hôpital, dans les campagnes.

Fodéré a signalé une épidémie qui a régné durant les mois d'hiver de 1736 et 1737, et a enlevé un grand nombre de femmes. Les purgatifs lui ont semblé utiles, alors que la saignée avait toujours été fatale.

Nous avons déjà parlé de l'apparition des épidémies à l'Hôtel-Dieu de Paris. Elles s'y succédèrent de près. Malouin a décrit celle de 1746; il a remarqué qu'elle a été surtout meurtrière en février, à tel point que sur vingt malades, on en sauvait tout au plus une. Ces observations ont été consignées dans les mémoires de l'Académie royale des sciences de Paris de 1746, par Col de Villars et Fontaine, médecins de l'Hôtel-Dieu, et par A. de Jussieu qui a recueilli des faits analogues dans la ville. En voici un extrait qui a trait à la symptomatologie :

« L'état des femmes ne présentait rien pendant la grossesse, ni même aussitôt après l'accouchement qui put faire soupçonner la maladie qui les menaçait, et tout allait régulièrement jusqu'au troisième jour, époque fatale où se déclaraient les symptômes les plus alarmants; quelquefois, ces symptômes se déclaraient quelques heures après l'accouchement. Il survenait tout à coup une attaque fébrile sensible, mais modérée; le pouls était petit, concentré et un peu accéléré, les seins se flétrissaient aussitôt; le ventre se météorisait et devenait extrêmement douloureux, sans qu'il y eût diminution ni suppression des lochies. A ces symptômes se joignaient quelquefois un frisson plus ou moins violent, des vomissements de matières vertes ou jaunâtres, et plus fréquemment encore, des nausées sans vomissements, un dévoiement laiteux et fétide; les yeux s'éteignaient, le visage se décolorait; la langue, ordi-



nairement humide, se chargeait d'un limon blanc ou jaune assez épais. La maladie augmentait d'intensité au bout de quelques heures, le pouls devenait de plus en plus concentré et petit, les seins restaient flasques, la sécrétion du lait n'avait pas lieu, et les douleurs abdominales devenaient intolérables; la tension du ventre s'augmentait de plus en plus; mais, vers la fin du second jour ou dans le troisième, ces douleurs cessaient subitement. Calme perfide! Il survenait une petite sueur froide et gluante; les évacuations alvines et les lochies donnaient une odeur insupportable, le pouls était tremblotant et misérable, la tête se perdait, et les malades ne tardaient pas à succomber.

» L'ouverture des cadavres offrait la matrice dans son état naturel, mais les parties solides du bas-ventre très altérées, avec un épanchement séreux considérable dans sa cavité. »

Comment ne pas reconnaître dans cette description tous les signes de la forme abdominale ou péritonéale de la fièvre puerpérale? Seulement, nous voyons apparaître ici l'idée de la métastase laiteuse, car les mêmes auteurs disent en un autre endroit de leur mémoire, avoir trouvé « de la sérosité laiteuse et du lait caillé attaché à la surface externe des intestins. » Cette idée existait déjà en germe dans les écrits de Senert qui, en 1631, faisait dépendre les fièvres aiguës des femmes en couches des dérangements de la sécrétion laiteuse, et dans ceux de Primerose, en 1655, qui attribuait ces mêmes fièvres à la trop grande abondance du lait. Mais c'est surtout Puzos<sup>1</sup> (1686) qui affirma l'existence de la *métastase laiteuse*, et qui vit dans la plupart des lésions observées, des dépôts laiteux. Ayant ouvert le corps d'une jeune femme morte de fièvre puerpérale, il déclare avoir constaté dans l'abdomen un épanchement de lait caillé, et il dit en propres termes, « qu'il n'y a pas de moyens humains capables de prévenir un épanchement

1. Puzos, *Premier mémoire sur les dépôts laiteux*, 1686.



aussi subit, et peut-être encore moins de dissoudre une masse laiteuse ainsi coagulée, et hors des routes de la circulation. »

Cette théorie de la métastase laiteuse vint remplacer celle de la suppression des lochies et nous la verrons admise par beaucoup d'auteurs jusqu'au jour où les connaissances anatomo-pathologiques permettront d'en faire justice.

Mais revenons aux épidémies. En 1750, Pouteau<sup>1</sup> en observe une à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et il la décrit sous le nom d'inflammation érysipélateuse du bas-ventre. Peu nous importe sa théorie que Delaroche rééditera plus tard (*Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale*, 1783), en regardant ainsi que lui la fièvre puerpérale comme une inflammation érysipélateuse des entrailles; mais, dans la relation de Pouteau nous trouvons ce passage intéressant : « La maladie se déclarait du troisième au quatrième jour après l'accouchement, et s'annonçait souvent tout à coup par les coliques les plus violentes sans aucun symptôme avant-coureur. A ces coliques se joignaient une diarrhée abondante et une tension considérable du bas-ventre. La mort survenait promptement; ou bien *il se formait des abcès très étendus qui faisaient toujours succomber les malades, mais plus tard.* »

Voilà donc une épidémie où les suppurations diverses ont prédominé; c'est là une forme nettement indiquée.

Nous trouvons dans Ozanam (*loc. cit.*) que « Lepecq de la Clôture, dans ses *Épidémies de Normandie* dit, qu'en 1767, il régna à Heugon, juridiction de Lisieux, une épidémie mortelle chez les femmes en couches, dont le nombre fut considérable cette année-là : toutes périrent misérablement. D'abord, l'accouchement était naturel, mais le second ou le troisième jour, les lochies se supprimaient, le délire survenait, *une éruption miliaire se déclarait, accompagnée d'érythèmes symptomatiques.* »

1. Pouteau, *Mélanges de Chirurgie*, 1750.



Dans cette même année 1767, Van Døeveren<sup>1</sup>, cité par M. Hervieux, « a observé dans les environs de Groningue, *une fièvre putride épidémique* parmi les femmes en couches. Les laxatifs, unis au quinquina, et *le régime antiseptique* furent employés avec succès comme moyen prophylactique. » N'est-il pas facile de retrouver là une forme d'épidémie que nous décrivions aujourd'hui comme de l'infection putride ?

Storck, puis Fauken, ont observé à Vienne une épidémie de fièvre puerpérale qui régna particulièrement à l'hôpital Saint-Marc, en 1770, et qui sévit encore sur la ville en 1771 et 1772. Il est dit, qu'au début, *la matrice se tuméfiait, devenait dure et douloureuse, puis le mal s'étendait bientôt au péritoine*, et la mort avait lieu du sixième au septième jour.

En 1766 et 1770, Bikker<sup>2</sup> a vu régner, à Rotterdam, une épidémie puerpérale, mais il ne lui assigne aucun caractère.

Leake<sup>3</sup>, nous a laissé la relation détaillée d'une épidémie qu'il a observée à l'hôpital de Westminster et dans la ville de Londres, pendant les années 1769, 1770 et 1771. Il a remarqué que toujours à l'ouverture des cadavres, l'épiploon était enflammé et détruit en partie par la suppuration et la gangrène; il y avait aussi épanchement séropurulent dans la cavité abdominale. Il conclut à une inflammation de l'épiploon avec fièvre putride. Les signes observés furent ceux de la péritonite : frissons plus ou moins violents, du deuxième au troisième jour après l'accouchement; pouls vif, faible; douleur et ballonnement du ventre, vomissements porracés, etc... Leake a observé aussi *du délire, des éruptions scarlatiniiformes, des abcès articulaires*.

Le professeur Young<sup>4</sup> a relaté la terrible épidémie de 1773 à l'hôpital d'Edimbourg. Cette fois, la maladie, qui sévit à la fin

1. Van Døeveren, *Primis lineis de cognosc. mulier morb.*, 1777.

2. Bikker, *Raadgeving vor den gemeenen man in netaad*, 1770.

3. Leake, *Practical Obs. on the Childbed Fever*, 1781.

4. Young, *Practical Essays of the Manag. of Pregnancy, etc.*, 1773.



de février, débuta chez presque toutes les femmes accouchées dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'accouchement. *Toutes les malades succombèrent.* Nous mentionnons surtout cette épidémie à cause de son extrême gravité et de la rapidité foudroyante avec laquelle la mort survenait. Ne sommes-nous pas autorisé à voir là une forme de septicémie très aiguë ?

Stoll<sup>1</sup>, en 1777, et Finke, en 1776 et 1780, ont décrit à Vienne des épidémies de fièvre puerpérale bilieuse ; ils ont traité leurs malades par les évacuants. L'épidémie observée par Stoll se compliqua vers la fin de *pleurésies*, pleurésies qui eurent la forme bilieuse.

En 1778 et 1780, il y eut à Berlin une épidémie de fièvre puerpérale dont Selle<sup>2</sup> nous a laissé la description. La forme péritonéale prédomina d'une manière non douteuse. Pour l'auteur, les lésions abdominales sont un indice certain de la métastase laiteuse.

En 1782, nous retrouvons la fièvre puerpérale à l'Hôtel-Dieu de Paris, et ici se placent des faits historiques intéressants au point de vue clinique. A cette époque, Doulcet appela l'attention sur une maladie qui sévissait avec fureur contre les femmes en couches<sup>3</sup> : du reste, cette maladie régnait épidémiquement depuis 1774, et elle reparaissait chaque année, tuant un grand nombre de femmes. Pour Doulcet, la nature laiteuse de la maladie ne fit pas l'ombre d'un doute. Les phénomènes observés étaient ceux de la péritonite. Il eut l'idée d'employer comme traitement l'ipéca. Chose curieuse, ce médicament réussit entre ses mains d'une façon remarquable, et un mémoire fut publié par les médecins de l'Hôtel-Dieu d'alors, sur la merveilleuse méthode de Doulcet, méthode qu'ils déclarent avoir été administrée avec un égal succès par ses successeurs dans le service des femmes en couches. Ce mémoire fut répandu avec profu-

1. Stoll, *Ratio medendi*, 1777.

2. Selle, *Pyrétologie méthodique*, 1789.

3. *Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps les femmes en couches à l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1783.



sion ; il devint l'objet d'un rapport fait par ordre du gouvernement, et lu à la Société royale de Médecine dans la séance du 6 septembre 1782. Nous y relevons cette phrase de la fin : « Il est sûr qu'une maladie aussi prompte, aussi généralement funeste que celle de l'Hôtel-Dieu, qui laissait aussi peu de temps à la réflexion, aussi peu d'espoir au médecin, guérie par une méthode aussi simple que celle employée par M. Doulcet, et dont les succès paraissent aussi sûrs et aussi constants, est un de ces phénomènes qui font époque en médecine, et que ce service rendu à l'humanité souffrante doit honorer à jamais la mémoire d'un citoyen... ». Toutefois, si près de *deux cents femmes* durent alors la vie à ce traitement par l'ipéca, depuis, la méthode de Doulcet eut de nombreux et constants insuccès. Nous en trouvons la raison dans la forme particulière de l'épidémie qui régna à cette époque à l'Hôtel-Dieu, forme dite saburrale, et sur laquelle nous aurons à revenir.

Cerri, médecin milanais, a relaté une épidémie qui régna à la fin de 1786 et en 1787 à Arzago, en Lombardie. Il est facile d'y voir une forme spéciale d'après les symptômes qui sont notés particulièrement : « La maladie commençait le deuxième ou le troisième jour, simulant une fièvre de lait ; puis survenaient des douleurs abdominales, le ventre était tuméfié, le visage pâle, les lochies supprimées, une diarrhée colliquative se montrait. La fièvre qui se déclarait en même temps était une fièvre quotidienne, rémittente, *parfois intermittente*, et si obstinée qu'elle ne cédait à aucun remède : il y avait tuméfaction des extrémités inférieures, émaciation des supérieures ; une phthisie consomptive amenait les malades à la mort *le deuxième ou le troisième mois*. Cette épidémie, qui disparut en juillet, fut remplacée par une dysenterie qui atteignit près de six cents habitants sur sept cents<sup>1</sup>. »

Clarke a donné une description très circonstanciée d'une

1. *Observationes quædam de puerperarum morbis, deque ipsarum epidemica constitutione*, 1787.



épidémie de fièvre maligne du genre des typhus qui régna en 1787 à l'Hôpital général des femmes en couches, à Londres. Il a noté la rapidité extrême de la maladie ; la mort survenait ordinairement le troisième jour. Comme symptômes spéciaux, nous remarquons des signes de forme typhoïde : prostration, abattement, etc... Il est encore indiqué que l'intérieur de la bouche, les amygdales, le pharynx étaient couverts d'aphtes, sécrétant un mucus gélatineux qui gênait la respiration ; d'autres fois il y avait *une éruption de taches pourprées précédant la mort*<sup>1</sup>.

Gordon a rapporté l'histoire de l'épidémie d'Aberdeen, depuis 1789 jusqu'à 1792. Elle s'est présentée avec des symptômes inflammatoires très nets<sup>2</sup>.

Mais nous ne voulons pas continuer plus longtemps cette revue historique ; aussi bien, nous aurons occasion de retrouver sur notre route bon nombre de relations d'épidémies contemporaines, bien décrites, où la forme symptomatique est évidente et qui nous serviront à étayer notre propre description.

Ce que nous venons de dire suffit amplement à prouver que du jour où on commença à observer les épidémies puerpérales on s'aperçut qu'elles pouvaient revêtir des formes multiples. Depuis celles que nous avons sommairement relatées, beaucoup d'épidémies très graves régnèrent en France, en Angleterre, en Allemagne... Nous joignons ici un tableau chronologique des plus importantes de ces épidémies, depuis le commencement du siècle, jusqu'à 1861, dressé par Churchill<sup>3</sup> et revu par ses traducteurs.

Ce tableau complète ainsi notre historique ; il offre en outre cet intérêt particulier, que toutes les fois qu'il a pu le faire, l'auteur a noté les caractères anatomo-pathologiques qu'ont présentés les épidémies.

1. Clarke, *An Essay on the Epidemic Disease of Lying-in Women, in the years 1787 and 1788*, Londres, 1788.

2. Gordon, *On the Puerperal Fever of Aberdeen, in 1789-92*. Edimbourg, 1822.

3. Churchill, *loc. cit.*

DATES	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1803-1813.	Dublin.	Péritonite.	Collins, Douglas.	
1808.	Barnsley (Yorkshire).	Péritonite.	Hey.	Hey, <i>A Treatise on the puerperal fever, illustrated by cases, which occurred in Leeds and its vicinity, in the years 1809 and 1812.</i> London, 1815, in-8°.
1811.	Heidelberg.		Nægele, Bayr-hoffer.	Bayrhoffer, <i>Bemerkungen über das Epidemische Kindbetterinnenseber.</i> Francfort, 1812, in-8°. Nægele, <i>Schilderung des Kindbettfiebers.</i> Heidelberg, 1812, in-8.
1812.	Holloway, Londres.	Péritonite.	Dun.	
1812-1813.	Leeds (Yorkshire).		Hey.	
1813.	Sunderland, comtés de Durham et de Northumberland, Dublin.	Péritonite.	Armstrong.	Armstrong, <i>Facts and observations relatives to the fever commonly called puerperal.</i> London, 1819, in-8.
1814-1815.	Edimbourg.		Hamilton.	
1816.	Paris.	Phlébite utér., métrite périton.	Tenon.	
1817-1818.	Pennsylvania (États-Unis).	Péritonite.	Dewes.	
1818-1823.	Dublin.	Péritonite.	Collins.	
1817.	Vienne.		Boer.	
1819.	Glasgow.		Burns.	
1821-1822	Edinburgh.	Péritonite.	Campbell.	Campbell, <i>A treatise on the epidemic puerperal fever, as it prevailed in</i>



DATES	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
				<i>Edinburgh in 1821-1822, with an Essay of the Dr Gordon, On the puerperal fever of Aberdeen in 1788-1792. Edinburgh, 1822, in-8.</i>
1821-1822.	Glasgow, Stirling.	Péritonite.	Campbell.	
1825-1829.	Dublin (Lying-in Hospital).		Collins.	
1827-1828.	Londres.	Péritonite.	Gooch.	Gooch, <i>An Account of some of the most important diseases of women</i> , London, 1829, in-8.
1827-1829.	Londres.	Péritonite métrite.	Ferguson.	Ferguson, <i>Essays on the most important diseases of women</i> , part. 1, <i>Puerperal fever</i> . London, 1839, 1 vol. in-12.
1828.	Paris (hôpital St-Louis).		Lugol.	Lugol, <i>Observations de péritonites puerpérales recueillies à l'hôpital Saint-Louis (Journal des progrès</i> , 1829, t. XIX, p. 187 à 230).
1829.	Paris (Maternité).	Inflammation du péritoine, de l'utérus et de ses annexes, et péritonite utérine.	Tonneié.	Tonneié, <i>Traitement de la fièvre puerpérale, et en particulier des saignées locales en général</i> , etc., Thèse Paris, 1830, in-4; <i>Des fièvres puerpérales observées à l'hospice de la Maternité en 1829 (Archives générales de médecine</i> , Paris, 1830, tomes XXII, XXIII).
1829-1840. par occasion.	Londres, Birmingham et Dublin (Lying-in Hospital).		Lincolns.	
1830-1832.	Paris (Maternité).		Cruveilhier.	Cruveilhier, <i>Anatomie pathologique du corps humain</i> , XIII <sup>e</sup> livre contenant: des maladies des femmes en couches en général et du typhus puerpéral en particulier, avec trois planches coloriées présentant les ca-

DATES	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
				caractères de la maladie observée pendant près de trois ans de pratique à l'hospice de la Maternité, 1830-1832.
1831.	Paris (Maternité).		Berier - Fontaine.	Berier-Fontaine, <i>Typhus puerpéral observé à la Maternité en 1831</i> , Thèse Paris, 1835, in-4.
1831.	Birmingham, Aylesbury.		Ceely.	
1833-1834.	Vienne.	Phlébite utérine.	Bartsch.	
1835-1838.	Londres.	Phlébite.	Ferguson.	
1836.	Paris (Clinique).		P. Dubois.	Chailly - Honoré, <i>Traité pratique de l'art des accouchements</i> . 4 <sup>e</sup> édition. Paris, 1861, p. 968.
1836-1837.	Dublin (New-Lying in Hospital).	Péritonite, pleurite.	Beatty.	
1838.	Londres.			
1828.	Paris (Cliniques).		Voillemier.	Voillemier, <i>Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838</i> ( <i>Journal des connaissances médico-chirurgicales</i> . Paris, décembre 1839-1840); <i>Clinique chirurgicale</i> , Paris, 1852.
1839.	Berne.		Herman.	
1840.	Paris (Hôtel-Dieu).		Bourdon.	Bourdon, <i>Notice sur la fièvre puerpérale et sur ses différentes formes observées à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1840</i> ( <i>Revue médicale</i> , Paris, 1841, t. II, p. 348).
1842.	Paris (Maternité).		Lasserre.	Lasserre, <i>Recherches cli-</i>



DATES	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
				<i>niques sur la fièvre puerpérale, faites à la Maternité, Thèse Paris, 1842.</i>
1842.	Rennes, Londres.			
1843.	Rouen.			
1843-1844.	Paris (Maternité), Hôtel-Dieu. Hôpital. Saint-Louis.		Moreau, Bidault et Arnoult.	Moreau, <i>Recherches sur la fièvre puerpérale épidémique observée à la Maternité de Paris en 1843 et 1844, Thèse Paris, 1844, in-4.</i> Bidault et Arnoult, <i>Note sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel Dieu, à l'Hôtel-Dieu annexe et à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1843 et 1845 (Gazette médicale, 1845).</i>
1844.	Rouen, Rennes.			
1844-1845.	Dublin.		M'Clintock	
1845.	Rouen, Paris Grratz.			
1846.	Rouen, Dublin, Ecosse.			
1848.	Kied.		Michaelis.	Arneth, <i>Note sur le moyen proposé et employé par M. Semmelweis pour empêcher le développement des épidémies puerpérales (Ann. d'hyg. publ., 1851, t. LV, p. 286).</i>
1849.	Berne.		Herman.	
1852.	Brac West- phalie.		Disse.	
	Paris (Maternité).	Péritonite,	Charrier.	Charrier, <i>De la fièvre puerpérale, épidémie obser-</i>



DATES	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
		pleurésie, gangrènes.		vée en 1854 à la Maternité de Paris. Paris 1855, in-4.
1854-1855.	Dunkerque.		Zandyck.	Zandyck, <i>Études sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque de juin 1854 à mars 1855</i> (Revue médicale, Paris, 1856).
1856.	Paris (Maternité).	Péritonite, phlébite, fièvre puerpérale (pas de lésion locale).	Tarnier.	Tarnier, <i>Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches</i> Paris, 1857, Thèse pour le doctorat. — <i>De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité</i> . Paris, 1858.
1856.	Paris (Clinique et Hôtel-Dieu)		Lepetit.	Lepetit, <i>De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1856 à l'hôpital des Cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris</i> , 1856, in-4.
1857.	Prague).		Dor.	Dor, <i>Épidémie de fièvre puerpérale à Prague</i> (Gazette hebdomadaire de médecine, 1858. t. V, p. 146).
1857.	Berlin (Charité).		Virchow.	Virchow, <i>Étude sur les maladies puerpérales qui ont régné à la Charité de Berlin</i> (Gazette hebdomadaire de médecine, 1858, t. V, p. 516).
1858.	Helzingfors.		Pippinskoeld.	
1858.	Munich.	Fièvre typhoïde.	Kerschensteiner.	
1858.	Turin.	Fièvre typhoïde.	Giordano.	
1858.	Berne.		Von Franque.	
1859.	Wurzburg.		Von Franque.	

DATES	LIEUX.	CARACTÈRES .	AUTEURS.	SOURCES.
1859.	Prague.		Herman.	
1859.	Paris.	Phlébite utérine, métro-péritonite, péritonite, érysipèle.	Témoin.	Témoin, <i>La Maternité de Paris en 1859</i> ; Thèse Paris, 1860.
1860.	Wurzburg.	Fièvre typhoïde.	Weber.	
1861.	Dublin		Denham.	Denham, <i>On the recent Epidemic of Puerperal Fever in Dublin</i> ( <i>Dublin Journal</i> , novembre 1862).



# 1880-1881

<p>                         Date                     </p>	<p>                         Description                     </p>	<p>                         Amount                     </p>	<p>                         Balance                     </p>
<p>                         Jan 1                     </p>	<p>                         To Balance                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         100.00                     </p>
<p>                         Jan 10                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         150.00                     </p>
<p>                         Jan 20                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         25.00                     </p>	<p>                         175.00                     </p>
<p>                         Jan 30                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         75.00                     </p>	<p>                         250.00                     </p>
<p>                         Feb 10                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         350.00                     </p>
<p>                         Feb 20                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         400.00                     </p>
<p>                         Feb 30                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         550.00                     </p>
<p>                         Mar 10                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         650.00                     </p>
<p>                         Mar 20                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         700.00                     </p>
<p>                         Mar 30                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         850.00                     </p>
<p>                         Apr 10                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         950.00                     </p>
<p>                         Apr 20                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         1000.00                     </p>
<p>                         Apr 30                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         1150.00                     </p>
<p>                         May 10                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         1250.00                     </p>
<p>                         May 20                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         1300.00                     </p>
<p>                         May 30                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         1450.00                     </p>
<p>                         Jun 10                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         1550.00                     </p>
<p>                         Jun 20                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         1600.00                     </p>
<p>                         Jun 30                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         1750.00                     </p>
<p>                         Jul 10                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         1850.00                     </p>
<p>                         Jul 20                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         1900.00                     </p>
<p>                         Jul 30                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         2050.00                     </p>
<p>                         Aug 10                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         2150.00                     </p>
<p>                         Aug 20                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         2200.00                     </p>
<p>                         Aug 30                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         2350.00                     </p>
<p>                         Sep 10                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         2450.00                     </p>
<p>                         Sep 20                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         2500.00                     </p>
<p>                         Sep 30                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         2650.00                     </p>
<p>                         Oct 10                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         2750.00                     </p>
<p>                         Oct 20                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         2800.00                     </p>
<p>                         Oct 30                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         2950.00                     </p>
<p>                         Nov 10                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         3050.00                     </p>
<p>                         Nov 20                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         3100.00                     </p>
<p>                         Nov 30                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         3250.00                     </p>
<p>                         Dec 10                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         100.00                     </p>	<p>                         3350.00                     </p>
<p>                         Dec 20                     </p>	<p>                         By Cash                     </p>	<p>                         50.00                     </p>	<p>                         3400.00                     </p>
<p>                         Dec 30                     </p>	<p>                         To Cash                     </p>	<p>                         150.00                     </p>	<p>                         3550.00                     </p>
<p>                         Total                     </p>	<p>                         3550.00                     </p>	<p>                         3550.00                     </p>	<p>                         3550.00                     </p>

## DEUXIÈME PARTIE

### APERÇU CRITIQUE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

#### I. HISTORIQUE GÉNÉRAL

Dans l'historique qui précède, nous avons eu pour but de démontrer que les épidémies puerpérales présentent de grandes variétés dans leur marche et leurs symptômes. Nous avons prouvé, par les documents légués par les auteurs, l'existence de ces formes diverses que nous avons à décrire.

Mais, quand du domaine de l'histoire, on veut passer sur le terrain de la clinique, on est immédiatement arrêté par de grandes difficultés.

C'est que pour décrire des formes diverses, il faut établir des divisions, suivre un ordre méthodique qui corresponde aux faits observés, et pour cela il nous faut un fil conducteur, qui nous guide au milieu du dédale des opinions et des descriptions des auteurs. Ce fil conducteur il nous est impossible de le demander aux anciens dont les connaissances étaient trop imparfaites, et qui, au milieu des renseignements exacts qu'ils nous ont laissés, ont souvent émis des jugements erronés.

Trouverons-nous une interprétation plus logique des faits



chez les modernes, et leurs relations vont-elles nous permettre d'aborder une description nette et précise? Il faut bien le dire, dans cette description, tout doit dépendre de l'interprétation donnée à la fièvre puerpérale; c'est là qu'est le nœud de la question. Quelques mots d'historique sont donc encore indispensables ici pour nous renseigner sur ce point.

Sans nous arrêter aux opinions qui attribuaient la fièvre puerpérale à la rétention des lochies ou à la métastase laiteuse, opinions que nous avons déjà eu l'occasion de signaler, disons tout de suite que deux théories principales ont été émises et soutenues chacune par des défenseurs convaincus. C'est surtout depuis le commencement de ce siècle, que les médecins se sont divisés en deux groupes, les uns admettant une maladie essentielle, les autres croyant à des affections multiples correspondant à des lésions variables, ou bien à une simple affection comme la péritonite, mais susceptible de complications diverses.

Arrivons immédiatement à la grande et célèbre discussion de 1858, suscitée à l'Académie de médecine par Guérard, et qui roula sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale<sup>1</sup>. Il faut bien l'avouer, la question ne fut nullement élucidée, et la confusion resta plus grande que jamais. Il y eut de nombreux et brillants discours; des théories séduisantes furent émises; d'intéressantes descriptions furent données; mais en réalité, il n'y eut aucune entente; chaque orateur resta dans son camp avec ses idées particulières.

On a pu approximativement établir, à la suite de cette discussion, parmi les médecins qui y prirent part, la distinction déjà existante dans le monde médical entre les essentialistes et les localisateurs: les uns, en effet, comme Guérard, P. Dubois Danyau, Trousseau, M. Depaul se montrèrent essentialistes,

1. *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement*, Communication à l'Académie de médecine par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, etc. J.-B. Baillière, 1858.



avec des nuances diverses; ils croient à une altération primitive du sang qui domine tout; les lésions inflammatoires constatées à l'autopsie résultent de l'état général. Les autres, tels que Bouillaud, Cazeaux, Cruveilhier, Velpeau, Piorry se montrèrent localisateurs, c'est-à-dire admirent que la lésion est le fait primordial qui est le point de départ des accidents généraux.

Un nombre considérable de publications suivit cette discussion importante, et témoigna de l'intérêt que la question de la fièvre puerpérale avait suscité parmi les médecins.

C'est alors surtout que les épidémies furent envisagées sous mille aspects divers, les uns s'occupant d'en décrire les symptômes généraux, les autres recherchant avant tout les phénomènes locaux, les uns décrivant des formes correspondant à un état morbide essentiel, les autres décrivant des affections diverses.

De là découlent deux grandes sortes de descriptions dans la forme des épidémies puerpérales régnantes : nous allons les passer en revue toutes deux, car elles ont un grand intérêt historique.

Envisageons d'abord les formes basées sur l'existence de tel ou tels symptômes généraux.

Ici, chacun avait sa division particulière. Trousseau, assimilant les femmes en couches à des blessés véritables, admettait trois formes : l'infection purulente, l'infection putride, et le typhus nerveux puerpéral, où apparaissaient, dit-il, les accidents nerveux les plus effrayants. Hervez de Chégoin pensait qu'il s'agit toujours ou d'infection putride ou d'infection purulente. M. Depaul, au contraire, purement essentialiste, s'attachait à différencier ces deux affections d'avec la fièvre puerpérale. P. Dubois admettait une forme inflammatoire, une forme bilieuse et une forme typhoïde.

Parmi les auteurs des mémoires ou des thèses nombreuses traitant de la fièvre puerpérale, un peu avant ou après la dis-



cussion académique, nous voyons Lepetit<sup>1</sup> admettre aussi trois formes, une inflammatoire, une typhoïde, et une mixte; Leborgne<sup>2</sup> reconnaître la division de P. Dubois; Roque<sup>3</sup> décrire une forme inflammatoire, une forme adynamique et une forme ataxique, etc., etc.... Mattei<sup>4</sup>, dans un mémoire spécial, déclare que dans toutes les épidémies puerpérales, les formes observées peuvent se ramener à cinq types : 1° la fièvre puerpérale éphémère, dite à tort fièvre de lait, due à une inflammation légère d'un point de la muqueuse utérine avec congestion sympathique fréquente des seins; 2° la fièvre puerpérale inflammatoire, autrement appelée péritonite puerpérale, phlébite, lymphite; 3° la fièvre puerpérale à infection purulente; 4° la forme d'infection putride localisée; 5° la forme d'infection putride généralisée, promptement mortelle.

Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer toutes les formes générales admise par les différents auteurs. Chacun avait raison à son point de vue particulier. Ces formes existent réellement, et nous devons en parler; mais elles n'ont plus pour nous qu'un intérêt historique, car si nous pouvons les observer encore aujourd'hui dans les épidémies, nous les interprétons et les désignons différemment.

Essayons de ramener toutes ces formes générales à quelques types principaux et suivons la division de P. Dubois qui est en somme la plus clinique et la plus simple.

*Forme inflammatoire.* — L'infection générale peut être suivie de congestions inflammatoires locales, mais qui sont toutes secondaires; ce sont des épiphénomènes. Suivant Dubois, cette forme diffère des autres en ce que l'empoison-

1. Lepetit, *De la fièvre puerpérale épidémique observée en 1856 à l'hôpital des Cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris*. Th. Paris, 1856.

2. Leborgne, *Quelques observations recueillies dans une épidémie de fièvre puerpérale*, Th. Paris, 1856.

3. Roque, *De la fièvre puerpérale*, Th. Paris, 1868.

4. Mattei, *Etude sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales*. Paris, 1858.



nement a été léger ou limité dès le principe et que la réaction a été prompte et énergique, et reste telle jusqu'à la fin, quelle que soit l'issue; seulement, les symptômes varient suivant l'organe ou le tissu enflammé, suivant l'étendue et l'intensité de l'inflammation. « Cette sorte de fièvre est celle que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique civile; elle s'observe quelquefois aussi dans les grands établissements; elle ne peut donner aux médecins qui n'en ont point observé d'autres, une idée exacte de l'horrible gravité de la maladie. »

Cette forme est caractérisée localement par des métrites, périmétrites, métro-péritonites, ovarites, lesquelles, ordinairement limitées, peuvent prendre exceptionnellement un développement considérable et par conséquent dangereux. Quant aux symptômes généraux, ce sont les suivants : un frisson intense ouvre la scène; cependant, Lasserre<sup>1</sup> a vu ce frisson précédé par des malaises, par la diminution du volume des seins, par la modification et la presque cessation des lochies. Puis survient une réaction fébrile; la peau est brûlante et sudorale, la respiration un peu accélérée; mais il y a un calme relatif, peu de météorisme habituellement et une douleur hypogastrique plus ou moins localisée; la constipation est ordinaire, la diarrhée rare. La curabilité est fréquente, et la terminaison a lieu par résolution. Dans quelques cas rares, la terminaison est fatale; la diarrhée survient, la face pâlit, les traits se grippent; et la mort survient.

*Forme saburrale, bilieuse, muqueuse.* — C'est là, certainement, celle que Doulcet a dû voir, où l'embarras des premières voies prédominait et où l'ipéca faisait des miracles. Martin de Lyon, cité par Ozanam, admettait deux formes saburrales, l'une la forme gastrique saburrale, dans laquelle il y a météorisme de la région épigastrique, douleur à la pression, céphalalgie, langue d'un blanc jaunâtre, poulx plein, ondulant,

1. Lasserre, *Recherches cliniques sur la fièvre puerpérale faites à la Maternité*. Th. Paris, 1842.



rarement suppression des lochies; l'autre, la forme saburrale intestinale, confondue, disait-il, souvent avec la précédente, mais où le météorisme est général; il y a diarrhée; la langue est grisâtre, le pouls petit, serré; les seins sont affaissés, les lochies très séreuses, fétides, peu abondantes, quelquefois supprimées. Cette dernière forme nous semble plutôt se rapporter à la forme typhoïde.

Quoi qu'il en soit, la forme bilieuse ou saburrale serait passagère le plus souvent et pourrait devenir typhoïde, si nous nous en rapportons aux descriptions.

« Elle peut donner cependant un cachet spécial à la maladie, a dit Dubois; elle est surtout caractérisée alors par des phénomènes d'embarras gastrique très prononcé. »

En voici l'aspect dans l'épidémie observée par Doulcet (*loc. cit.*) : « C'est souvent après les grossesses les plus exemptes d'accidents, après les accouchements les plus heureux, que cette maladie se déclare tout à coup sans qu'aucun symptôme précurseur en ait annoncé le développement; elle paraît ordinairement le troisième jour des couches, quelquefois plus tôt, rarement plus tard; alors, le ventre se météorise, devient excessivement douloureux, sans aucune diminution des lochies qui continuent à couler; les seins, qui devraient augmenter de volume, se flétrissent, et, en général, la révolution du lait n'a point lieu. Les malades ont une fièvre sensible, quoique peu forte; le pouls est petit, concentré, accéléré, les forces sont abattues. Ces premiers signes, qui caractérisent essentiellement la maladie, sont communs à toutes les femmes qui en sont attaquées. A ceux-là, se joignent souvent, mais moins constamment, plusieurs autres symptômes; tels sont un frisson plus ou moins violent qui se déclare dès le principe; des vomissements de matière verte ou légèrement teints de jaune, et souvent encore, des nausées sans vomissements, un dévoiement laiteux et très fétide; les yeux étincelants, le visage décoloré; la langue est ordinairement humide.



mais chargée d'un limon blanc épais et quelquefois d'un jaune verdâtre à la base. Tous ces symptômes ont lieu dès les premiers jours de la maladie; ils s'aggravent promptement, et bientôt les douleurs de ventre deviennent intolérables. Cet état violent est remplacé, vers la fin du deuxième jour par un calme trompeur auquel succèdent une sueur froide et gluante, des selles et des vidanges d'une fétidité insupportable, un pouls tremblotant et misérable, le délire, enfin la mort qui a lieu le plus souvent à la fin du troisième jour ou au commencement du quatrième. »

*Forme typhoïde, putride, infectieuse.* — Celle-là est l'ordinaire et la plus grave de toutes. Elle débute du deuxième au quatrième jour, et a une invasion quelquefois foudroyante; la terminaison est d'ordinaire rapide et funeste. Il y a un frisson initial assez long, intense; et avec lui, une douleur se fait sentir dans tout l'abdomen en général, douleur telle que les malades ne peuvent la supporter; une diarrhée fétide survient; il y a des vomissements continus, une céphalalgie générale et rebelle; le pouls est faible, ondulant, très dépressible de 120 à 150. La respiration est accélérée, courte, gênée, haletante. Il existe de l'angoisse, de la prostration, de la stupeur; puis l'intelligence devient moins nette, les malades tombent dans le coma et meurent.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que cette forme répond bien aux formes septiques que nous retrouvons aujourd'hui avec la même physionomie et le même aspect.

On a signalé encore une forme bien singulière, et que nous ne pouvons mieux placer qu'ici, à côté des formes générales qui précèdent : nous voulons parler de la *forme intermittente*.

Le type ordinaire de la maladie est continu; de légères rémissions se remarquent quelquefois dans la maladie, et le soir il y a des exacerbations. Mais on a signalé un véritable type intermittent, et Oslander, en 1787, a donné la relation d'une



*épidémie de fièvre puerpérale intermittente* qu'il dit avoir observée en 1781 à Göttingue. M. Stoltz pense qu'Osiander a probablement confondu avec la fièvre intermittente les redoublements fébriles que provoquent la pyohémie et la septicémie si fréquentes dans la deuxième période de la maladie.

Pour lui, il admet la possibilité d'accès de véritable fièvre intermittente chez les nouvelles accouchées, et il cite l'exemple de Doublet<sup>1</sup>, qui déclare avoir vu ces accès se produire chez les accouchées de Vaugirard, où il a observé une épidémie. « Mais, jamais, dit M. Stoltz, je n'ai vu la fièvre puerpérale affecter ce type. »

Cependant, le fait a été signalé par quelques auteurs encore, et M. le professeur Pajot<sup>2</sup>, en particulier, a vu certains faits qui paraissent indiscutables. « Pendant près de vingt années, dit-il, j'ai pu suivre les malades de la Clinique sans rencontrer un seul exemple des accidents fébriles intermittents de l'état puerpéral, auxquels, je l'avouerai, je ne croyais guère, n'ayant garde de les confondre avec les frissons irréguliers de l'infection. Mais il fallut bien un jour se rendre à l'évidence des faits.

Alors que le Dr Charrier remplissait les fonctions de chef de clinique à la Faculté, pendant que je suppléais P. Dubois, dans une période de temps dont la durée ne s'étendit pas au delà de deux mois, nous fûmes frappés, lui et moi, par l'apparition de frissons suivis de chaleur, de sueurs, et accompagnés de fièvre chez quelques-unes des femmes du service, entre les cinquième et quinzième jours après l'accouchement. Ces malades furent mises en surveillance attentive, et une fois l'absence de toutes douleurs abdominales ou autres, de toutes lésions génitales bien et dûment constatée, nous acquîmes la certitude du retour périodique, tous les jours pour les unes,

1. Doublet, *Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale*. Paris, 1791.

2. Pajot, *Gazette obstétricale*. Paris, décembre 1874.



tous les deux jours pour les autres, du même ensemble de phénomènes, vers la même heure.

« Je prescrivis le sulfate de quinine; les accès cessèrent très rapidement, et toutes les femmes guérirent.

» En trente-deux ans, trois cas semblables seulement se sont offerts à moi dans la pratique de la ville; le sulfate de quinine a encore réussi, mais, contre l'infection, il a *toujours* échoué ».

## II. HISTORIQUE DES LÉSIONS ANATOMIQUES

Maintenant que nous avons envisagé la fièvre puerpérale dans ses formes générales, les seules admises par les essentialistes, voyons comment l'ont décrite les localisateurs, et pour cela, analysons la fièvre puerpérale dans ses lésions. Elles sont multiples, et en s'appuyant uniquement sur leur existence, on a pu décrire des formes cliniques variables. — Suivons la même marche que précédemment, c'est-à-dire faisons l'historique des lésions dans une digression anatomo-pathologique courte, mais nécessaire.

Dès qu'on fit l'ouverture des cadavres de femmes mortes de fièvre puerpérale, une des premières lésions qui fut signalée, et elle était presque constante, fut la péritonite.

Presque tous les auteurs anciens s'accordèrent à dire qu'on trouvait dans le péritoine une certaine quantité de liquide puriforme, de couleur blanchâtre et lactescente, et la surface péritonéale de l'intestin et de l'utérus offrait très souvent par sa rougeur les traces d'une inflammation aiguë. — Toutefois, pendant longtemps ces lésions, nous l'avons vu, furent prises pour du lait épanché, et de là était née la théorie de la métastase laiteuse, admise par Willis, Puzos, Doulcet, Doublet, etc., pour ne signaler que ses principaux adeptes.

Ce serait, d'après Mercier<sup>1</sup>, Chomel qui aurait le premier

1. Mercier, *La fièvre puerpérale existe-t-elle ?* Th. Paris, an XII.



reconnu l'inflammation du péritoine et en aurait donné une observation en 1729. — Mais ce sont surtout Johnston<sup>1</sup> en Angleterre et Walter<sup>2</sup> en Allemagne qui ont, les premiers, placé d'une façon précise le siège de la fièvre puerpérale dans la séreuse abdominale. Puis, Pinel<sup>3</sup> fit de cette fièvre une espèce, sous le nom d'entérite aiguë à la suite des couches, et la décrivit comme une phlegmasie séreuse. Bichat, par la puissante impulsion donnée à l'anatomie générale, montra nettement la péritonite, en isola l'inflammation des organes voisins, confondue avant lui avec celle de la séreuse et localisa la fièvre puerpérale dans le péritoine.

Gasc<sup>4</sup> admit de même la péritonite puerpérale épidémique, et la décrivit avec grand soin; il nia la fièvre puerpérale, et indiqua les formes diverses que pouvaient revêtir les épidémies, « formes dues, dit-il, à des complications avec les fièvres primitives, et qui répondent aux types de fièvre puerpérale inflammatoire, muqueuse, adynamique ou putride, ataxique ou maligne, intermittente. »

Il nous faut signaler la même opinion formelle, à l'égard de la péritonite de Gordon (1795), de Gardien<sup>5</sup> et de Baudelocque<sup>6</sup> qui a laissé un traité sur la péritonite puerpérale.

Dans la majorité des cas, en effet, l'autopsie a permis de constater la péritonite soit circonscrite, soit généralisée, et, sur 222 faits d'examen cadavériques, Simpson l'a trouvée 193 fois. Béhier<sup>7</sup> l'a rencontrée 114 fois sur 133 autopsies. Mais les auteurs qui n'ont voulu voir que la péritonite ont été beaucoup trop exclusifs, comme nous allons le montrer.

1. Johnston, *De febre puerperali*, Dissert. Edimb., 1779.

2. Walter, *De morbis peritonei et apopl.*, Berolini, 1785.

3. Pinel, *Nosographie méd.*, 1803.

4. Gasc, *Dissertation sur la maladie des femmes à la suite des couches*, connue sous le nom de fièvre puerpérale. Paris, 1801.

5. Gardien, *Traité complet d'accouchement*, 1824, t. III.

6. Baudelocque, *Traité de la péritonite puerpérale*. Paris, 1830.

7. Béhier, *Leçons de clin. méd. de la Pitié*, 1864.



Une étude attentive des lésions a démontré depuis longtemps que les vaisseaux utérins étaient très souvent atteints, enflammés et contenaient du pus.

En 1826, Louis<sup>1</sup> avait trouvé du pus dans les veines utéro-ovariennes d'une femme morte trente jours après un accouchement naturel, et ce fait paraît être la première observation de ce genre qui ait été signalée. Bientôt, un travail important parut sur ce sujet : Dance<sup>2</sup> étudia avec soin la phlébite en général et la phlébite utérine en particulier; il montra, dans une série d'observations, les mêmes lésions, la suppuration intra-veineuse et l'existence d'abcès viscéraux et d'arthrites purulentes. Il plaça le point de départ de ces accidents dans les veines situées au niveau de l'insertion du placenta, et dans les veines utéro-ovariennes. Dès lors, l'attention d'un bon nombre d'auteurs se porta sur ces phlébites, et Béhier<sup>3</sup>, en 1858, fut un des plus ardents défenseurs de la phlébite puerpérale. Il nous faut citer aussi comme partisans résolus de la phlébite M. Courty, M. Hervieux. Elle fut étudiée dans une thèse spéciale par Billoir<sup>4</sup>. M. Tarnier<sup>5</sup> y insista aussi particulièrement. Français<sup>6</sup>, dans sa thèse, fit une large part à la phlébite dans les accidents puerpéraux.

A côté de l'inflammation des veines, et parallèlement à elles, on s'occupait aussi de celle des vaisseaux lymphatiques. Il nous faut signaler ici tout d'abord le nom de Tonnelé<sup>7</sup>, ancien interne de la Maternité, qui étudia la phlébite, mais qui montra

1. Louis, *Arch. gén. de méd.*, 1826.

2. Dance, *De la phlébite utérine et de la phlébite en général, considérées sous le rapport de leurs causes et de leurs complications.* (*Arch. de Méd.*, 1828, t. XVIII et XIX).

3. Béhier, *Étude sur la maladie dite fièvre puerpérale. Lettres adressées à M. le professeur Trousseau.* Paris, 1858.

4. Billoir, *De la phlébite utérine puerpérale.* Th. Paris, 1857.

5. Tarnier, *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches.* Th. Paris, 1857.

6. Français, *Du frisson dans l'état puerpéral.* Th. Paris, 1868.

7. Tonnelé, *Arch. de méd.*, 1830.



en même temps la fréquence d'une autre lésion : la suppuration des lymphatiques. Sur cent vingt autopsies, Tonnelé a signalé trente fois la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques.

De même que les travaux de Dance avaient été le point de départ de recherches et d'études sur la phlébite, le mémoire de Tonnelé fut le signal d'une série de publications sur la lymphangite.

Danyau<sup>1</sup> y avait consacré un chapitre intéressant dans sa thèse; Nonat<sup>2</sup> publia un travail important sur ce sujet. Mais c'est surtout Cruveilhier<sup>3</sup> qui a étudié avec soin la lymphangite utérine, la distinguant nettement de la phlébite, lui donnant une importance capitale, et montrant combien elle est plus fréquente que cette dernière. Cruveilhier s'était appliqué à démontrer que la lymphangite ne donnait pas naissance à des abcès métastatiques, ou que, si ceux-ci se produisaient, c'est qu'il y avait en même temps de la phlébite. Duplay<sup>4</sup> a insisté sur ce point, en établissant que les lymphatiques peuvent être ectasiés sur leur trajet, et pleins de pus, et qu'on avait, à tort, considéré ces dilatations comme des abcès du tissu utérin.

Le mémoire de Botrel<sup>5</sup> sur l'angioleucite utérine puerpérale est intéressant à divers titres. D'abord, l'auteur signale un fait que Cruveilhier avait déjà noté comme une simple coïncidence : c'est la production de la péritonite consécutivement à la lymphangite. Voici comment il l'explique : « Le col utérin va devenir le siège d'une épine inflammatoire ; les lymphatiques qui en partent s'enflamment ; puis ceux des ligaments larges se prennent à leur tour et le péritoine est bientôt atteint ; la membrane séreuse est, dans plusieurs points, uniquement sé-

1. Danyau, *De la métrite gangréneuse*, Th. Paris, 1829.

2. Nonat, *Sur la métrite-péritonite puerpérale compliquée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus*, Th. Paris, 1832.

3. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 13<sup>e</sup> livraison, 1832.

4. Duplay, *Arch. de méd.*, 1836.

5. Botrel, *Arch. gén. de méd.*, 1845.



parée par un tissu cellulaire plus ou moins lâche des vaisseaux, et la propagation inflammatoire est facile et fréquente. *La péritonite est donc une conséquence de l'agioleucite.* » Un autre point qui nous intéresse particulièrement dans le mémoire de Botrel, c'est l'observation qu'il a faite que, dans certaines épidémies puerpérales à Rennes, en 1842 et 1844, il n'y eut que des lymphangites.

C'est en effet le lieu de faire remarquer que dans cet historique, nous ne perdons pas de vue notre sujet; or, si la péritonite, la phlébite, la lymphangite peuvent être observées isolément chez quelques femmes en couches à titre de lésions purement inflammatoires, chacune d'elles a été souvent aussi signalée comme étant la forme presque exclusive revêtue par certaines épidémies de fièvre puerpérale.

Revenons à la lymphangite. Les remarquables recherches que nous venons de signaler restèrent un peu oubliées jusqu'à ces dernières années. Mais, de nouveau, les lymphatiques utérins ont été l'objet des recherches les plus intéressantes, aussi bien anatomiques que pathologiques, et il nous suffira de rappeler la thèse de M. L.-J. Championnière<sup>1</sup>, les travaux anatomiques de P. Fridolin (de Saint-Petersbourg), et de Léopold (de Leipzig), les publications de M. Siredey<sup>2</sup> et les thèses de ses élèves, Stoïcesco<sup>3</sup>, Fioupe<sup>4</sup>, Auger<sup>5</sup>.

De l'ensemble de toutes les études modernes faites sur la lymphangite utérine, il ressort que cette lésion est infiniment plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois; que si on l'a si longtemps méconnue, c'est qu'on ne savait pas la chercher là où elle se trouve habituellement, c'est-à-dire sur les bords de l'utérus, et surtout au niveau des angles et du col; c'est aussi

1. L.-J. Championnière, *Lymphatiques utérins*, Th. Paris, 1870.

2. Siredey, « La fièvre puerpérale n'existe pas ». Paris, *Ann. de gynéc.*, 1875.

3. Stoïcesco, *Du frisson*, Th. Paris, 1875.

4. Fioupe, *Lymphatiques utérins. Lymphangite et phlébite utérine*, Th. Paris, 1876.

5. Auger, *Lymphadénite périutérine*, Th. Paris, 1876.



que les vaisseaux lymphatiques enflammés ont dû être pris souvent pour des veines malades. Aujourd'hui, des caractères anatomiques bien connus ne permettent plus de commettre cette erreur.

Enfin, il résulte encore de tous ces travaux, que la péritonite puerpérale n'est, comme l'avait indiqué Botrel, dans l'immense majorité des cas, que l'extension d'une angioleucite. Les découvertes des histologistes modernes, en particulier de Ranvier sur les rapports intimes du système lymphatique avec le tissu cellulaire et les séreuses, nous rendent très bien compte de cette propagation, ainsi que de la fréquence des inflammations du tissu cellulaire des ligaments larges et du bassin à la suite de lymphangite utérine; ainsi s'expliquent le phlegmon diffus sous-péritonéal, le phlegmon du ligament large ou lymphadénite périutérine d'Auger, les adéno-lymphites de M. Guérin, etc.

Le tissu utérin lui-même avait été très souvent trouvé lésé autrefois, dans les autopsies de fièvre puerpérale : la métrite et surtout la métro-péritonite ont été signalées dans un grand nombre d'épidémies. Les recherches que nous venons de résumer sur la phlébite et la lymphangite ont démontré que ce qu'on avait pris pour l'inflammation des parois utérines n'était autre chose qu'une altération des vaisseaux qui les traversent, et que la métrite proprement dite doit être extrêmement rare, que la métro-péritonite doit être regardée comme de la lymphangite combinée avec de la péritonite.

Toutefois, nous devons faire une mention spéciale de la métrite gangréneuse. Observée pour la première fois par Boër qui la décrivit sous le nom de putrescence de l'utérus, elle fut étudiée par Luroth (de Strasbourg)<sup>1</sup>, qui la considéra comme un ramollissement gangréneux des parois utérines. Puis Danyau lui consacra sa thèse inaugurale (1829). Cette affection, caractérisée anatomiquement par un ramollissement grisâtre de la

1. Luroth, Th. de Strasbourg, 1827.



face interne de la matrice qui prend une odeur fétide, s'accompagne de symptômes caractéristiques qu'on a observés dans plusieurs épidémies. Hervez de Chégoin, puis Dumontpallier<sup>1</sup> ont vu dans les conditions où se trouve alors l'utérus, des éléments favorables à la production de l'infection putride.

Telles sont les lésions les plus habituellement observées dans les autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale; telles sont les phases par lesquelles a passé l'histoire de ces lésions. Mais bien d'autres altérations cadavériques ont encore été signalées dans les différentes relations d'épidémies, et nous ne voulons qu'indiquer les pleurésies, la pneumonie, la péricardite et l'endocardite, les lésions des méninges, les arthrites, etc., etc...

Ajoutons que des cas ont été rapportés où aucune lésion n'a été trouvée à l'autopsie. Tels sont les faits signalés par MM. Tarnier<sup>2</sup>, M. Depaul<sup>3</sup>, Tardieu<sup>4</sup>, Tessier<sup>5</sup>, Bourdon<sup>6</sup>, Lasserre (thèse citée), Bouchut<sup>7</sup>, Voillemier<sup>8</sup>, Témoin<sup>9</sup>, etc... Nous devons dire que ces observations ont été très vivement discutées par MM. Béhier, Gallard<sup>10</sup>, Siredey, etc., et passées par tous les localisateurs au crible d'une critique rigoureuse. Aujourd'hui, comme nous le verrons, on peut trouver l'explication de pareils faits dans les altérations du liquide sanguin lui-même, dans les produits ou les germes infectieux qu'il charrie.

Quoi qu'il en soit, en présence de la multiplicité des lésions

1. Dumontpallier, *De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement*, Th. Paris, 1857.

2. Tarnier, Th. Paris, 1857, p. 41 et suiv.

3. *Bulletin Ac. de méd.*, t. XXIII, p. 395.

4. *Journal des connaissances méd. et chirurg.* décembre, 1841, p. 233.

5. *De la diathèse purulente*. (*L'Expérience*, 1838, p. 312).

6. *Notice sur la fièvre puerpérale*; (*Revue méd.*, 1838, t. II).

7. *Etude sur la fièvre puerpérale*, 1844, p. 18 (extr. de la *Gaz. méd.*).

8. *Journal des connaissances méd. et chirurg.*, janvier 1840, p. 3.

9. Témoin, *Épidémie de fièvre puerpérale à la Maternité*, Th. Paris, 1850.

10. Gallard, *Qu'est-ce que la fièvre puerpérale?* Paris, 1857, p. 26.



sur laquelle nous avons cru devoir insister, il est facile de comprendre la doctrine des localisations appliquée à la fièvre puerpérale. Autant de lésions, autant de maladies différentes pour les localisateurs, et si plusieurs lésions coexistent, c'est la principale, la plus accusée qui imprime à l'épidémie sa forme distincte. « Les accidents observés chez les femmes en couches, a dit Béhier (*loc.cit.*), ne sont pas d'un ordre particulier sans analogue dans la pathologie; ils sont nettement expliqués par les lois applicables à d'autres affections non puerpérales; la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée, essentielle. » — Plus tard, M. Siredey dans son mémoire *La fièvre puerpérale n'existe pas!* a affirmé la même opinion; il insiste sur la différence des lésions, et il cherche à démontrer qu'il est possible de faire le diagnostic de lymphangite, de phlébite, etc., au lit des malades, fait sur lequel Fioupe est revenu dans sa thèse...

Aussi, de même que nous avons vu les essentialistes décrire les épidémies qu'ils observaient en leur donnant des formes générales, de même beaucoup d'épidémies sont décrites, dans lesquelles on trouve signalées les formes de péritonite, de lymphangite, de phlébite, de pleurésie, etc.; et il nous serait facile d'en donner de nombreux exemples, si nous ne craignions pas d'accumuler les détails historiques.

### III. CONCEPTION MODERNE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

En présence des deux doctrines que nous venons d'exposer, quel ordre devons-nous suivre et de quel nom appellerons-nous les manifestations diverses des épidémies puerpérales? Décrivons-nous des formes générales ou des maladies distinctes? De quelque côté que nous nous tournions, nous nous heurtons à des descriptions absolument différentes, et basées avant tout



sur une idée préconçue, sur une interprétation particulière de la nature même des accidents puerpéraux.

N'est-il donc pas possible de concilier deux opinions en apparence si dissemblables ? Quand on se place uniquement sur le terrain clinique, qu'observe-t-on en réalité ? Dans certaines épidémies, on voit prédominer des phénomènes généraux graves, d'ordre infectieux ; les symptômes locaux sont masqués par l'intensité des premiers ; dans d'autres, au contraire, on observera très nettement des phénomènes inflammatoires, sans que la réaction générale soit aussi considérable, et le diagnostic local pourra être établi assez facilement ; et cependant, dans toutes ces épidémies, il s'agit toujours de ce qu'on a appelé la fièvre puerpéral .

Pour établir à quoi peuvent tenir ces différences, il nous est indispensable de dire comment on comprend aujourd'hui la fièvre puerpérale. Alors se trouveront expliquées et justifiées des descriptions en apparence contradictoires. De cette manière seulement, il nous sera permis d'entrer dans une énumération logique des diverses formes des épidémies puerpérales.

Il y a longtemps que la remarque a été faite que la femme accouchée est assimilable à un blessé ; cette opinion a été émise, pour la première fois, en 1763, par Van Swieten, et depuis, elle a été soutenue par Cruveilhier, par Trousseau, etc.

En 1857, M. Gallard<sup>1</sup>, après avoir battu en brèche le dogme de l'essentialité, déclarait qu'il ne devait subsister de la fièvre puerpérale que sa marche et son aptitude à revêtir des formes diverses à chaque épidémie. Et il ajoutait, à la fin de son mémoire : « *Comme les autres malades porteurs d'une vaste plaie suppurante*, les femmes en couches peuvent, sous une influence épidémique, être atteintes d'infection purulente, d'infection putride ou de pourriture d'hôpital ; tous les cas de ce genre

1. Gallard, *loc. cit.*, p. 30.



ont été réunis à tort dans une seule et même description, pour former le groupe pathologique inferme et confus auquel on a, jusqu'à présent, imposé le nom de fièvre puerpérale. »

On peut dire qu'aujourd'hui, presque tous les médecins ont actuellement remplacé le mot de fièvre puerpérale par celui de septicémie puerpérale. Tous se rattachent à l'idée d'une infection pouvant déterminer, par sa pénétration dans l'organisme, des accidents multiples ; c'est là le puerpérisme infectieux de M. Quinquaud<sup>1</sup>, le typhus puerpéral de M. Péter<sup>2</sup>, la septicémie puerpérale de MM. D'Espine<sup>3</sup>, Playfair<sup>4</sup>, etc.

Il n'y a donc pas une maladie essentielle spécifique, reconnaissable à des lésions et à des symptômes qui soient toujours les mêmes. « La fièvre puerpérale, a dit M. le professeur Pajot, en 1874 (*loc. cit.*), s'en est allée depuis longtemps enrichir la collection des fièvres essentielles, au cabinet des antiques. » Au lieu de cette maladie spécifique, insaisissable des essentialistes, au lieu de ces affections multiples et différentes des localisateurs, il y a une septicémie analogue à la septicémie chirurgicale.

Le Dr G. Hunter<sup>5</sup> a lu à ce sujet un remarquable mémoire à la Société de médecine et de chirurgie d'Édimbourg. Il a observé dans sa clientèle six cas d'infection puerpérale ; quatre femmes ont succombé. Or, cette épidémie fut accompagnée d'accidents infectieux se développant chez les personnes qui soignaient les femmes malades ou qui étaient en contact avec elles : abcès de l'aisselle, phlegmon du bras, lymphangites multiples et graves, inflammation érysipélateuse, etc. Aussi, G. Hunter conclut-il logiquement à l'identité de la fièvre puerpérale avec la septicémie ; et la main de l'accoucheur ou des

1. Quinquaud, *Essai sur le puerpérisme infectieux*, Th. Paris, 1872.

2. Peter, *Leçons de clinique médicale*, Paris 1879.

3. D'Espine, *Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale*, Th. Paris, 1872.

4. Playfair, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1879.

5. G. Hunter, *Identité probable de la fièvre puerpérale et de la septicémie*, (*Edimb. Med. Journal*, 1876).



gardes joue, selon lui, le même rôle dans la propagation des accidents, que l'éponge impure qui propage la septicémie dans les salles de chirurgie.

Cependant l'infection puerpérale présente, avec la septicémie chirurgicale, des différences qui tiennent au terrain même sur lequel vont évoluer les accidents. « Elle emprunte, en effet, comme l'a dit très bien M. Perret<sup>1</sup> dans sa thèse d'agrégation, d'une part, un cachet clinique aux modifications anatomiques et physiologiques que subissent les organes du fait de l'état puerpéral; d'autre part, elle a en quelque sorte un cachet étiologique particulier qui tient aux conditions spéciales de réceptivité, de transmission du poison septique, qui résultent pour la femme du milieu où elle se trouve, des soins que réclame son état. On s'explique très bien, en adoptant les conclusions précédentes, l'éclosion de ces épidémies nombreuses qui ont tant de fois ravagé les Maternités, et il n'est point nécessaire d'admettre l'intervention d'un génie épidémique derrière lequel on se retranche et qui n'explique rien. Du moment où nous avons une blessée dont la plaie peut, à un moment donné, devenir le siège de modifications septiques, les faits de dissémination se comprennent d'eux-mêmes, et c'est dans la contagion que nous en trouvons l'explication. »

C'est en effet la contagion qui est le véhicule de l'infection puerpérale. Bien que nous n'ayions point à traiter à fond cette question, nous ne croyons pas sortir de notre sujet en montrant le grand rôle que joue la contagion dans le développement des épidémies puerpérales.

Cette notion de la contagion n'est pas née d'hier; nous avons trouvé à ce sujet une publication fort intéressante de Samuel Kunland<sup>2</sup> datant de 1846. Elle présente en certains points un tel cachet d'actualité, que nous croyons devoir en rapporter ici les principales conclusions :

1. Perret, *De la septicémie*. Thèse d'agrégat., Paris, 1880.

2. Samuel Kunland, *The American Journal of Medical Sciences*, 1846.



« 1° Les personnes qui séjournent auprès d'une femme atteinte de fièvre puerpérale, s'imprègnent de miasmes susceptibles de communiquer la maladie à une nouvelle accouchée que ces mêmes personnes seraient appelées à visiter. Les médecins et les nourrices, par conséquent, peuvent devenir les véhicules de cette affreuse maladie.

» 2° L'affection peut être propagée par l'inoculation directe de fluides pris sur une femme infectée morte ou vivante, par les effluves émanées des parties malades, ou par les miasmes dont s'imprègnent les vêtements.

» 3° Le transport de la maladie par les médecins aux accouchées, et l'ordre suivant lequel les cas se succèdent en temps d'épidémie, montrent que *l'épidémie est l'effet et non la cause de la contagion*.

» 4° Un cas en apparence sporadique peut communiquer la maladie ; un cas médiocre peut engendrer un cas grave, et vice versa.

» 5° L'immunité dont jouissent certaines personnes ne prouve rien contre la contagion ; elle peut être l'effet d'une inaptitude à contracter, soit permanente, soit temporaire.

» 6° La rapidité de la propagation démontre que la maladie est contagieuse à son début.

» 7° En conséquence de ces principes, un médecin ne doit ni mettre la main, ni assister à l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale. S'il est forcé de le faire, il doit veiller à se tenir et à tenir ses vêtements d'une extrême propreté. S'il a dans sa pratique un ou plusieurs cas de fièvre puerpérale, il doit se considérer, suivant l'expression du Dr Hulmes, comme un foyer pestilentiel, et régler sa conduite en conséquence. Enfin, les personnes qui ont touché des objets salis par les matières de la décharge vaginale, principalement les nourrices, ne doivent pas approcher une nouvelle accouchée. Quand la maladie est déclarée, on doit éloigner immédiatement le médecin ou les autres personnes imprégnées du miasme contagieux. »



C'est surtout en Angleterre qu'a été affirmée nettement la contagion. Elle y était déjà connue et admise quand M. Tarnier, le premier en France, vint à son tour en établir et en démontrer l'existence. Les recherches sur la mortalité des femmes en couches, à la Maternité d'une part, et dans le XII<sup>e</sup> arrondissement d'autre part, établissant la proportion d'un décès sur dix-neuf accouchements à l'hôpital, et de un sur trois cent vingt-deux en ville, ont surabondamment prouvé « qu'on ne peut pas attribuer au génie épidémique une action élective pour les hôpitaux, et que c'est dans l'infection et la contagion qu'il faut chercher la cause qui seconde si puissamment la force productrice de la maladie. »

M. Lefort a singulièrement contribué, de son côté, à répandre l'idée de la contagion, et, malgré les oppositions qui se sont produites tout d'abord, aujourd'hui, tout le monde à peu près l'admet.

Il y a donc une infection primitive, et elle se transmet par contagion.

Mais, quelles sont les sources de cette infection ? Quels sont les agents qui la transmettent, et quels sont les modes de propagation ? Quelle est enfin la nature du principe infectieux ? Ce sont là des questions dont l'étude est actuellement à l'ordre du jour. Nous ne pouvons que résumer très brièvement l'état de la science sur tous ces points.

Quelles sont les sources de l'infection ? On admet les deux modes d'auto-infection et d'hétéro-infection.

Dans le premier cas, la femme s'empoisonne pour ainsi dire elle-même, soit par suite de lésions des organes génitaux qui deviennent gangréneuses, soit parce que des fragments de placenta sont restés dans l'utérus après la délivrance, etc.

Toutefois, ainsi que le fait remarquer M. Raymond (*loc. cit.*), il y a presque toujours hétéro-infection, et l'on pourrait en réalité, l'admettre, même pour le fait que nous venons de signaler, puisque « les corps (débris de placenta



caillots, etc...) qui vont provoquer les accidents sont devenus étrangers à l'organisme maternel. »

L'hétéro-infection est due à la pénétration d'agents morbides, venus du dehors, dans l'organisme maternel.

Ses sources sont multiples ; il faut d'abord citer évidemment le poison puerpéral lui-même ; dans l'immense majorité des cas, c'est une femme malade qui est le foyer infectieux d'où la septicémie va être transmise aux autres accouchées.

Le poison cadavérique est aussi une source incontestée d'infection. Les recherches de Semmelweis<sup>1</sup> l'ont bien établi. Déjà, M. le professeur Depaul en avait rapporté à la tribune académique, en 1858, deux exemples indiscutables ; depuis, les faits se sont accumulés pour démontrer le danger mortel que courent les femmes en couches lorsqu'elles sont mises en contact avec les produits infectieux émanés d'autopsies, surtout si les sujets ont succombé à une maladie puerpérale.

On a signalé bien d'autres sources d'infection, mais nous ne pouvons les discuter longuement ici. Cependant nous devons les mentionner, au moins à cause des controverses nombreuses qu'elles ont soulevées et des travaux multiples qui ont été publiés à leur sujet.

L'érysipèle, les fièvres éruptives, et surtout la scarlatine, la diphtérie, etc... ont été regardés comme pouvant être la cause de l'infection puerpérale. Une discussion fort intéressante a été soulevée à ce sujet à la Société obstétricale de Londres, en 1875, par Spencer Wells<sup>2</sup>. Un certain nombre d'orateurs anglais émirent l'opinion que la transmission du poison érysipélateux, scarlatineux, etc., à des femmes accouchées, pouvait provoquer chez elles l'apparition de la fièvre puerpérale.

La chose paraît peu douteuse pour l'érysipèle. De si nom-

1. Semmelweis, *Étiologie et prophylaxie de la fièvre puerpérale* (Arch. gén. de méd., 5<sup>e</sup> série, t. XIX).

2. *Discussion sur les rapports existant entre les fièvres puerpérales d'une part et les maladies infectieuses et la pyohémie d'autre part* (Soc. obst. of London, 1875).



breuses preuves en ont été fournies qu'il nous faudrait tout un chapitre pour les rapporter. D'une part, on a signalé la coïncidence fréquente des épidémies d'érysipèle et de fièvre puerpérale<sup>1</sup>. D'autre part, un grand nombre d'observations sont venues témoigner de la transmission de l'érysipèle aux nouvelles accouchées sous forme de fièvre puerpérale, à tel point que M. Raynaud<sup>2</sup> a pu se demander si les accidents observés en pareil cas chez les femmes en couches n'étaient pas dus à un véritable érysipèle interne.

A l'appui de cette transmission singulière, nous ne voulons apporter que deux exemples, l'un parce qu'il est tout à fait caractéristique, et l'autre qui est encore inédit. Le premier nous est fourni par Julius A. Post<sup>3</sup> qui a observé à trois reprises différentes l'origine érysipélateuse d'accidents puerpéraux. Dans un premier cas, une femme accouchée, soignée par une garde atteinte d'érysipèle de la face, est prise de fièvre puerpérale : elle guérit ; dans un deuxième cas, un médecin porteur d'un érysipèle au pied soigne trois femmes en couches qui contractent la fièvre puerpérale et meurent ; dans le troisième cas, un médecin a un érysipèle de la face, et continue à donner ses soins à ses accouchées ; huit tombent malades, et six succombent.

Le second exemple que nous citerons nous a été communiqué de vive voix par M. le professeur Herrgott. Au mois de janvier et février 1883, il y a eu à la Maternité de Nancy une épidémie puerpérale dont le point de départ a été une femme venue du dehors et atteinte d'érysipèle. Dix femmes ont été malades, six ont succombé ; toutes ont présenté des accidents de forme infectieuse.

Nous n'insisterons pas pour les fièvres éruptives ; la scarlatine en particulier qui a été si fréquemment incriminée ne

1. A. Moreau, Th. Paris, 1844. — Masson, Th. Paris, 1849. — Pihan-Dufeillay *Union médicale*, 1861. — Duncan, *North American Medico-Chirurgical Review*, novembre 1857, etc., etc.

2. M. Raynaud, art. ÉRYSIPÈLE, *Dict. Jaccoud*, t. XIV.

3. Julius A. Post, *New-York Med. Journal*, septembre 1876.



paraît se transmettre que sous forme de scarlatine plus ou moins modifiée et non de septicémie puerpérale.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que les sources de l'hétéro-infection peuvent être nombreuses et variées.

Mais quels sont maintenant les agents de la contagion? La transmission par les médecins, les sages-femmes, les gardes n'est pas douteuse; elle est prouvée par des faits nombreux, et il est avéré aujourd'hui que les mains des personnes qui soignent les femmes en couches, que les bassins, les linges, les instruments, etc., sont les véhicules habituels du principe infectieux. Un fait pris entre mille va nous suffire pour montrer comment une épidémie puerpérale peut naître et se propager de cette façon : MM. Hallopeau et Stackler<sup>1</sup>, ont relaté une petite épidémie qui a eu lieu à l'hôpital Ténon en 1880. Chez une femme accouchée, l'utérus contenait des débris de placenta. Il y eut putréfaction de ces fragments, et elle tomba malade. C'est dans sa chambre que naquit l'infection qui fut transportée dans les chambres voisines par les personnes du service. « En effet, toutes les femmes du premier étage, soignées par l'infirmière qui avait accouché la malade infectée par la rétention du placenta, ont été atteintes à divers degrés, tandis que celles du rez-de-chaussée, soignées par une autre infirmière, sont toutes restées indemnes. Sur six femmes infectées, la moitié a succombé! »

C'est ainsi que les choses se passent habituellement. Mais nous devons ajouter que la contagion peut s'exercer autrement. M. Lefort, en particulier, admet que le plus souvent la propagation se fait directement d'une femme malade à une autre.

Quel est maintenant le principe infectieux lui-même qui est ainsi transmis? Bien des hypothèses ont été émises à ce propos, et les miasmes, les virus... ont été invoqués tour à tour. Depuis les travaux remarquables de M. Pasteur, la question

1. *Note sur les premiers cas d'infection puerpérale observés à la Maternité de l'hôpital Tenon par Hallopeau et Stackler (Un. méd., 7 octobre 1880).*



est entrée dans une voie nouvelle, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à la thèse de M. Doléris<sup>1</sup>, qui est un fidèle exposé des idées de ce savant. Rappelons seulement que M. Pasteur<sup>2</sup> a trouvé dans les lochies de femmes atteintes de l'infection, dans le service de M. Hervieux à la Maternité, et dans celui de Maurice Raynaud à l'hôpital Lariboisière, un très grand nombre d'organismes inférieurs. Ces microbes, cultivés par les procédés habituels, se sont toujours présentés sous le même aspect, sous forme de points doubles ou de chapelets de grains. M. Pasteur a pu même, par le simple examen des lochies, prédire l'invasion de la fièvre puerpérale et l'événement lui a donné raison. Ce qui fait surtout le danger, c'est le grand nombre de ces vibrions : lorsqu'ils sont rares, la septicémie est moins à craindre.

Le sang examiné après la mort de femmes atteintes d'infection puerpérale a présenté les mêmes organismes.

Ce sont ces microbes qui, en pénétrant dans les vaisseaux utérins, détermineraient l'infection. Déjà, du reste, avant les recherches de Pasteur, Delore<sup>3</sup> en 1869, Orth<sup>4</sup> en 1872, Heiberg<sup>5</sup> surtout, en 1873, avaient vu de nombreux parasites dans les lochies, les exsudats péritonéaux, etc... Heiberg les avait suivis dans les veines, les lymphatiques, etc...

Dans un autre ordre de recherches, des expériences ont été faites par M. Tarnier (*Th. citée*, p. 70), qui injecta sous la peau d'un lapin et de trois chiens du liquide recueilli à la face interne de l'utérus et dans la cavité péritonéale : deux de ces animaux survécurent sans malaise, tandis que les deux autres succombèrent très rapidement, et leur autopsie n'a montré aucune lésion ; ces faits démontrent l'activité de l'empoisonnement putride dans ces circonstances.

1. Doléris, *La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs*. Th. Paris, 1880.

2. Pasteur, *Discussion à l'Académie de médecine sur la nature du poison de la fièvre puerpérale*. Paris, 1879.

3. Delore, *Lyon médical*, 1869.

4. Orth, *Recherches sur la fièvre puerpérale* (*Revue Hayem*, 1872-73).

5. Heiberg, *Les processus puerpéraux et pyohémiques* (*Revue Hayem*, 1873).



Des expériences analogues de Quinquaud, de d'Espine (*Thèses cit.*) de Hausmann et d'autres ont montré que l'injection faite à des animaux de lochies prises sur les femmes malades a déterminé chez eux des accidents fébriles, septicémiques, à marche plus ou moins rapide.

Il semble donc bien logique d'appliquer à la septicémie puerpérale la doctrine parasitaire, et d'attribuer tous les accidents observés à l'introduction dans l'organisme de la femme accouchée de germes infectieux...

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce sujet, ni relever les objections qui ont été faites aux théories pastoriennes. On a dit que ces théories ne rendent pas encore exactement compte de tous les accidents observés, comme des cas d'infection survenant chez les femmes enceintes, chez les femmes hors de l'état de grossesse, ainsi que M. Depaul et M. Tarnier en ont rapporté des exemples, chez les nouveau-nés, etc... On s'est demandé, dans tous les cas, par quelle voie les germes s'introduisaient dans l'économie... Il n'en est pas moins vrai que la doctrine parasitaire jette une lumière éclatante sur la plupart des phénomènes pathologiques de l'état puerpéral.

Si, dans certains cas, le poison semble venir de sources diverses, si l'infection peut avoir son origine dans des foyers de nature différente, ne pouvons-nous admettre avec F. Barker que ce poison, en venant exercer son action sur un organisme qui est dans une condition particulière va produire une affection distincte ? Ne pouvons-nous admettre que la femme accouchée est un terrain spécial sur lequel vont évoluer, d'une façon constante, en se modifiant toujours de manière à produire les mêmes accidents, tous les germes morbides, de quelque source qu'ils viennent ? Ainsi le poison cadavérique, érysipélateux etc., se transformerait en pénétrant dans cet organisme doué d'une aptitude particulière à la réceptivité, et y évoluerait comme le poison puerpéral lui-même.

Enfin, il y a encore à considérer les conditions particulières



qui peuvent favoriser ou entraver l'action de ce poison, quel qu'il soit. Le degré de résistance de la femme, suivant que l'accouchement a été plus ou moins pénible, suivant l'état antérieur de sa santé, les conditions météorologiques dans lesquelles elle se trouve placée, sont des éléments importants dont il faut tenir compte.

Si nous résumons maintenant rapidement tout ce qui précède, nous arrivons à la conception suivante de la fièvre puerpérale. Il y a en réalité une septicémie puerpérale, dont la source est dans des foyers infectieux divers ; l'infection se transmet par contagion ; ainsi se trouve constituée une épidémie puerpérale.

Les germes infectieux transmis par la voie de contagion s'introduiraient dans l'organisme maternel par les voies génitales, le plus habituellement, soit au niveau des solutions de continuité des déchirures qui peuvent exister, soit au niveau de l'insertion placentaire elle-même.

On a dit aussi que l'absorption des germes infectieux pouvait se faire par les voies respiratoires ; de là, l'existence possible de pleurésies consécutives à des lymphangites pulmonaires ; mais ce sont là des faits qui paraissent rares et qui sont encore discutés.

Tout récemment, Kaltenbach<sup>1</sup>, de Fribourg, vient d'attirer l'attention sur la possibilité de la pénétration de l'infection puerpérale par les gerçures du sein. Il en rapporte une observation intéressante, et rappelle cette opinion de Spiegelberg, « que les abcès du sein des femmes en couches se produisent toujours sous l'influence d'une substance septique. » Il signale que, dans son cas, l'infection avait été transmise par une sage-femme qui venait de soigner deux malades atteintes de fièvre puerpérale.

On pourrait admettre que, si le principe infectieux suit la route des lymphatiques, on assistera à une série de phénomènes

1. *Centralblatt für Gynäkologie*, 3 février 1883.



variables suivant le degré et la rapidité de l'absorption, suivant la nature du terrain, etc... ; tantôt une simple lymphangite en sera la conséquence, puis le péritoine sera atteint à son tour ; tantôt enfin, il y aura des signes généraux d'infection dominant la scène.

Le poison suivra-t-il la voie veineuse, nous observerons des symptômes de phlébite et bientôt d'infection purulente.

Mais ce n'est pas tout ; des complications diverses, relevant encore de l'infection pourront se montrer ; c'est ainsi que certaines épidémies seront caractérisées par des gangrènes localisées, des éruptions, etc.

Dans d'autres cas, l'absorption aura été si rapide, si intense, qu'il n'y aura aucune localisation dans les organes et que, la mort survenant d'une façon foudroyante, on aura, si l'on néglige l'examen du sang, une autopsie négative.

En somme, nous nous trouvons, grâce à cette interprétation de la fièvre puerpérale, guidés au milieu des formes si diverses que peuvent présenter les épidémies.

Nous pourrions, désormais, rester dans le domaine de la clinique pure et de l'observation, tout en nous basant sur les importantes données que nous venons d'exposer, dans ce qu'elles paraissent avoir de plus certain.



## TROISIÈME PARTIE

### DESCRIPTION DES FORMES DIVERSES DES ÉPIDÉMIES

#### PUERPÉRALES

Dans l'histoire que nous avons faite des lésions de la fièvre puerpérale, nous avons vu que les travaux modernes ont nettement établi la fréquence de l'inflammation et de la suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, et des ligaments larges. L'infection doit donc, le plus habituellement, pénétrer l'organisme par cette voie ; et, en raison des connexions bien connues des lymphatiques avec le tissu cellulaire et les séreuses, on comprend que les lésions puissent, en gagnant de proche en proche, s'étendre bien loin de leur point de départ.

Aussi, peut-on admettre qu'il existe une forme lymphatique, séreuse, de l'infection puerpérale, forme qui se traduit par des manifestations isolées ou multiples, ici par de la lymphangite simple, là par de la péritonite, ou bien par de la pleurésie, des arthrites, etc., avec une tendance particulière à la suppuration. C'est l'observation de faits semblables qui avait conduit Voillemier à les englober sous le terme de *fièvre pyogénique des femmes en couches*.

Ajoutons que l'infection peut étendre son action sur les viscères eux-mêmes : cœur, poumons, etc., et que, s'ils sont



profondément atteints, la symptomatologie pourra s'accroître dans le sens d'une endocardite, d'une pneumonie. Enfin, l'infection peut se traduire par des gangrènes, des éruptions, etc.

On voit combien de variétés cliniques pourront s'en suivre, variétés suivant le siège prédominant de la lésion, variétés suivant le degré de l'empoisonnement; les unes légères, les autres graves; les unes caractérisées surtout par des symptômes inflammatoires, les autres par les signes d'une infection générale. Toutes peuvent s'observer dans les épidémies puerpérales, auxquelles elles impriment un cachet particulier, une allure spéciale.

Telles sont les variétés que nous nous proposons de passer en revue.

Nous n'en ferons qu'une description rapide, car nous ne devons pas oublier que nous avons bien moins à étudier dans tous leurs détails des affections différentes, qu'à insister surtout sur l'aspect particulier que prennent les épidémies suivant le degré de l'infection, suivant qu'elle se localise, pour ainsi dire, ou qu'elle envahit l'économie tout entière.

#### *Forme légère de lymphangite utérine.*

Dans certaines épidémies, on n'observe que des phénomènes de peu de gravité; ce sont là des faits rares, il est vrai, mais ils existent; les symptômes sont ceux de la lymphangite utérine, qui, depuis les descriptions cliniques de M. Siredey et de Fioupe, est bien connue, et ne doit pas être confondue avec la métrite simple ou la métrite-péritonite.

Les femmes sont prises, du deuxième au cinquième jour après l'accouchement, d'un frisson plus ou moins intense, le plus souvent unique; puis survient une douleur, siégeant ordinairement sur les parties latérales de l'utérus, plus pro-



noncée d'un côté que de l'autre, douleur réveillée par la pression. En même temps, les lochies prennent une légère odeur; il y a un état saburral plus ou moins prononcé, la langue est blanche, la bouche amère, la peau sudorale, et les malades se plaignent d'une céphalalgie plus ou moins vive. Mais, généralement, sous l'influence d'un traitement révulsif local, tel que sangsues, ventouses scarifiées ou vésicatoires, à la suite de quelques injections antiseptiques et de l'administration du sulfate de quinine, les accidents cessent rapidement, la fièvre tombe, et au bout de quelques jours, les malades guérissent.

Toutefois, il n'est pas rare de voir, chez un certain nombre de femmes, la convalescence se faire assez lentement; un peu de douleur persiste sur l'un des côtés de l'utérus, et bientôt la palpation révèle en ce point un empâtement plus ou moins notable, que permet de constater aussi le toucher vaginal. Ce sont là les signes d'un phlegmon du ligament large ou de la lymphadénite périutérine, et comme, malheureusement, les malades se croyant guéries, commettent souvent l'imprudence de se lever trop tôt, un frisson survient tout à coup, et elles sont obligées de reprendre le lit pour un temps plus ou moins long.

Sans faire ici l'histoire du phlegmon du ligament large, rappelons sa marche lente, ses terminaisons variables par résolution, par induration, ou par suppuration, et l'on comprendra combien sont variés les symptômes que présentent les malades qui en sont atteintes.

Tel est le tableau de ces épidémies de lymphangite à forme légère, qui peuvent s'observer dans les services d'accouchements, et dont, pour notre part, nous avons vu plusieurs exemples à la Clinique de la Faculté.

Il peut arriver que ces formes « frustes » pour ainsi dire, de l'infection puerpérale, comme les appelle M. Rendu<sup>1</sup>, précèdent

1. *La fièvre puerpérale* (Revue des sciences de Hayem, 1883, t. XXI, 1<sup>re</sup> fasc.).



l'apparition d'une épidémie beaucoup plus grave. Il semble que le principe infectieux subit, en se répandant, une sorte de culture, et qu'il acquiert une énergie plus grande. Alors éclatent, tout à coup, des accidents qui enlèvent rapidement les malades atteintes.

C'est là un fait que M. Viollet<sup>2</sup>, en particulier, a observé et rapporté dans sa thèse, à propos d'une épidémie qui régna à l'hôpital Saint-Antoine en 1875. Pendant un mois, environ, ce fut une épidémie de lymphangite utérine légère. Puis survint tout à coup une série d'accidents infectieux des plus graves, frappant de mort toutes les malades.

C'est le lieu d'ajouter ici que presque toujours les épidémies sont précédées de signes avant-coureurs qui décèlent l'infection puerpérale. Ce sont, en particulier, des diarrhées qui se montrent chez plusieurs femmes accouchées, des ophtalmies purulentes qui atteignent les nouveau-nés, etc.; et après une période d'incubation plus ou moins longue, l'épidémie éclate avec une forme et une intensité variables.

La lymphangite utérine reste rarement isolée; le plus souvent, elle ouvre la scène, et se complique rapidement de péritonite.

### *Forme péritonéale.*

La péritonite puerpérale est la plus fréquente des formes observées dans les épidémies; il suffit de se reporter à notre historique pour s'en convaincre.

Elle est, dans la majorité des cas, précédée de lymphangite utérine; mais elle peut aussi survenir d'emblée, et on a supposé que, dans ce cas, les germes infectieux ont traversé les

2. Viollet, Th. Paris, 1876.



lymphatiques sans y déterminer des lésions, et sont arrivés directement à la séreuse abdominale.

Les symptômes sont donc variables suivant les cas, variables suivant les épidémies. S'il y a eu d'abord lymphangite, on observera tous les signes que nous avons indiqués plus haut; puis, rapidement, la douleur de ventre, partie des bords de l'utérus, se généralisera, les symptômes s'aggraveront notablement et deviendront ceux de la péritonite.

Lorsque celle-ci est primitive, elle survient environ vers le troisième jour, quelquefois cependant, dès le second jour; quelquefois plus tard.

Dans certaines épidémies, elle a une allure franchement inflammatoire, et l'on peut, quoique rarement, la voir guérir sous l'influence d'un traitement énergique. Dans ces cas, le début est brusque; un frisson violent, unique, se produit; puis la réaction fébrile est intense; le thermomètre marque immédiatement 40 ou 41 degrés. La douleur abdominale apparaît aussitôt généralisée, extrêmement violente; la moindre pression la rend insupportable. Le ventre se météorise; il y a des nausées, du hoquet, des vomissements aqueux d'abord, puis bilieux, enfin verdâtres, porracés; la constipation est habituelle. La température reste toujours élevée le soir (40 degrés environ); le matin, il y a une rémission assez marquée; le pouls est fréquent, petit, filiforme, le faciès plus ou moins grippé. Les lochies se suspendent ou continuent de couler, mais exhalent, d'ordinaire, une odeur fétide; la sécrétion lactée reste souvent à peu près normale.

Telle est la forme qu'on pourrait appeler *inflammatoire*, et qui était autrefois décrite sous le nom de fièvre puerpérale inflammatoire. — Elle se termine, souvent, par la mort; dans quelques cas, par la guérison; dans d'autres cas, la péritonite peut se circonscrire, et c'est une pelvipéritonite qui va évoluer.

Dans l'épidémie observée à l'Hôtel-Dieu par Doulcet, les



symptômes d'embarras gastrique se sont accusés nettement; langue large, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, etc. Nous avons vu que, se basant uniquement sur cet aspect de la maladie, les médecins d'alors en firent une forme saburrale.

Mais à côté de cette forme péritonéale franche, il est des cas plus graves, où les symptômes infectieux dominent tous les autres. Le frisson manque alors souvent, ainsi que l'a constaté M. Depaul, et comme l'ont observé Clarke et M. Hervieux dans plusieurs épidémies. Le début est insidieux, la douleur abdominale est peu accusée, et, cependant le ventre est considérablement ballonné. Au lieu de constipation il existe une diarrhée abondante, continuelle, fétide.

L'ensemble des symptômes est celui d'une affection typhoïde. — La fièvre est continue, l'altération des traits est considérable, les yeux sont enfoncés, les muscles de la face sont agités de tremblements fibrillaires, le regard est fixe, la langue est rouge et sèche, les lèvres sont fuligineuses, les narines pulvérulentes. Des troubles cérébraux surviennent rapidement : il y a de l'insomnie, des rêvasseries, du subdelirium; quelquefois des soubresauts de tendons et une agitation qui rend les malades difficiles à maintenir; mais la stupeur et la somnolence s'accusent de plus en plus.

A. Moreau (*thèse citée*) a vu, dans l'épidémie qu'il a relatée, les femmes tourmentées par une dyspnée considérable, se refroidir vite et mourir comme foudroyées.

L'abaissement de la température survient fréquemment à la fin de la maladie; une sueur froide envahit le corps, les extrémités se glacent, et le coma survient. La mort est la terminaison constante de cette forme péritonéale grave. C'est là *la forme septique ou typhoïde*. Souvent, les formes abdominales que nous venons de décrire se compliquent d'accidents pleuro-pulmonaires, soit que ceux-ci soient dus à une simple expansion inflammatoire de la séreuse péritonéale à la plèvre, ou bien qu'ils soient le fait de l'infection générale de l'organisme.



Dans ce dernier cas, les phénomènes thoraciques pourront même exister seuls, sans que le péritoine soit touché. Ceci nous amène à parler des formes pleurétique et pulmonaire.

### *Forme pleurétique.*

Nous avons vu les pleurésies signalées dans un certain nombre des épidémies dont nous avons relaté l'histoire. Leake et White les appelaient pleurésies laiteuses, et le premier de ces médecins en observa un si grand nombre dans l'épidémie de Londres (1769-70-71) qu'il fut tenté de croire que la pleurésie était plus fréquente que la péritonite chez les nouvelles accouchées.

Dans l'épidémie de la Maternité qu'il a décrite, Moreau insiste sur ce fait, qu'il a trouvé la plèvre très fréquemment affectée.

Bidault et Arnould (voir notre tableau) ont noté que, dans l'épidémie de la fièvre puerpérale dont ils ont laissé la relation, « les épanchements pleurétiques étaient fréquents à l'Hôtel-Dieu annexe ; quelquefois simples, le plus souvent doubles, ils offraient les altérations connues de la pleurésie suppurée. — Sur six malades, quatre fois ils furent doubles. Ils se développaient dans le courant de la maladie, en vertu de cette tendance qu'ont les phlegmasies, dans l'état puerpéral, à envahir les séreuses. »

Bouchut, dans l'épidémie de l'hôpital Necker, en 1844, a signalé un certain nombre de pleurésies.

Mais c'est surtout Charrier<sup>1</sup> qui a observé une des épidémies les plus curieuses sous ce rapport. Elle a sévi à la Maternité, en 1854, et il en a fait le sujet de sa thèse de doctorat. Cette

1. Charrier, Th. Paris, 1855.



épidémie fut caractérisée par une singulière alternance entre les accidents abdominaux et les accidents thoraciques.

Dans la forme qui nous occupe, les malades peuvent présenter déjà des symptômes de péritonite infectieuse, au moment où survient la pleurésie ; mais la pleurésie peut exister d'emblée, comme la première et quelquefois l'unique trace de l'empoisonnement puerpéral, ainsi que l'a observé Charrier.

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer les signes nets et ordinaires de la pleurésie. Si l'on a pu assister au début de sa formation, si l'on a eu soin d'ausculter chaque jour les malades, peut-être aura-t-on pu saisir les phénomènes de frottement, indiquant les premières traces du processus inflammatoire.

Mais, habituellement, l'épanchement se fait avec une rapidité telle qu'on ne peut pas assister aux premières phases de l'affection.

D'après la description de Charrier, dans les cas où la pleurésie s'est montrée primitivement, on a constaté l'ensemble symptomatique suivant : C'est d'ordinaire un peu plus tard que pour la forme péritonéale que les accidents se déclarent ; c'est-à-dire du sixième au huitième jour après l'accouchement. Un frisson plus ou moins prolongé, une réaction fébrile intense marquent l'invasion du mal ; et presque aussitôt, un symptôme constant survient : la dyspnée. Ce signe a ici une importance d'autant plus grande, que le point de côté manque fréquemment. Mais la gêne respiratoire attire immédiatement l'attention du côté de la poitrine. « Les mouvements respiratoires ne dépassaient pas encore vingt à vingt-quatre par minute, que déjà la percussion et l'auscultation venaient nous révéler un vaste épanchement pleurétique ; deux, trois, quatre, cinq heures suffisaient pour la production d'une lésion considérable. » (Charrier.)

Nous n'avons pas à insister ici sur les signes physiques de l'épanchement : matité, souffle, égophonie, etc... Ce qui est surtout remarquable et ce que nous tenons à faire ressortir, c'est



la marche insidieuse, pour ainsi dire latente, de ces pleurésies sur l'apparition desquelles la dyspnée vient nous mettre en éveil, dyspnée considérable lorsque les deux plèvres sont envahies. Notons aussi la rapidité presque foudroyante avec laquelle se produit l'épanchement.

Aussi M. Hervieux <sup>1</sup> a-t-il pu dire avec raison : « Pour ceux qui douteraient que la pleurésie eût été, dans tous ces cas, l'expression d'un empoisonnement, il suffirait d'interroger, d'une part les symptômes, d'une autre part les lésions cadavériques. Est-ce une pleurésie vulgaire que celle qui s'accompagne de tous ces phénomènes généraux si alarmants : diarrhée, enduit saburral de la langue, vomissements, frissons répétés, fièvre intense, pouls variant de 120 à 160, abattement, altération des traits, excavation des yeux, face terreuse, parole brève et saccadée, carphologie, agitation, délire, etc... ? Est-ce une pleurésie vulgaire, que celle qui, si rapidement, donne lieu à des épanchements séro-purulents plus ou moins considérables, et parfois purulents?... Evidemment, dans cet ensemble de circonstances, il y a l'estampille indéniable de l'empoisonnement puerpéral. »

C'est qu'en effet, ces épanchements dans les plèvres s'accompagnent des phénomènes généraux septiques de l'infection puerpérale. C'est que la terminaison est subordonnée, avant tout, à la gravité de l'empoisonnement, au degré de la résistance de la femme, etc... Aussi, ces formes pleurétiques sont-elles graves et souvent mortelles, surtout si elles sont accompagnées, en même temps, de péritonite.

Quand l'épanchement pleurétique existe seul, il est possible de voir les malades guérir. Il semble, dans ce cas, que la femme doit son salut à ce que les germes infectieux n'ont pas envahi tout l'organisme, mais se sont localisés dans la plèvre.

Quelquefois, on observe des symptômes dus à des congestions pulmonaires concomitantes. Quelquefois même, il survient de

1. Hervieux, *loc. cit.*, p. 926.



véritables pleuro-pneumonies; mais généralement, les symptômes pleurétiques prédominent.

*Forme pulmonaire.*

L'infection puerpérale peut se fixer particulièrement sur le poumon, et, dans certains cas, les phénomènes thoraciques deviennent assez intenses pour donner à l'épidémie un aspect particulier. Ce sont des pneumonies, des broncho-pneumonies, qu'on va observer.

Les pneumonies ont été signalées, dans les épidémies puerpérales par Tonnelé, Bouchut, Béhier, mais dans une proportion relativement minime.

Pour M. Hervieux, la pneumonie primitive est extrêmement rare. Le plus souvent, elle est secondaire, et survient à la suite d'une lymphangite, d'une péritonite..., en un mot, d'accidents pelvi-abdominaux.

Il en distingue deux formes absolument différentes.

Tantôt, la pneumonie vient, pour ainsi dire, prendre la place de l'affection déjà existante; au moment où elle apparaît, les phénomènes abdominaux s'amendent et disparaissent. Elle vient faire une sorte de diversion salutaire, contre laquelle la thérapeutique aura plus de prise que sur les autres accidents. « Le poumon, comparé aux organes primitivement envahis, joue, dans ce cas, vis-à-vis du malin pathologique, le même rôle que remplissent des troupes fraîches comparées à des troupes épuisées vis-à-vis de l'ennemi. Il supporte le choc là où les autres auraient succombé. » (Hervieux, *loc. cit.*, p. 938).

Les symptômes sont nets, évidents; cependant le début n'a jamais l'acuité et la franchise de la pneumonie ordinaire; la douleur thoracique est souvent peu marquée, mais la toux, la



dyspnée, les crachats visqueux, rouillés, caractéristiques, les signes fournis par l'auscultation, râles crépitants, souffle tubaire, bronchophonie, permettent facilement le diagnostic. — Les malades guérissent souvent.

Tantôt, au contraire, la pneumonie est véritablement secondaire, en ce qu'elle survient dans la dernière période de l'infection puerpérale. « Mais alors, elle apporte son contingent de gravité, sans amoindrir en quoi que ce soit la gravité des accidents primitifs. »

De plus, ce n'est plus une pneumonie à peu près franche comme tout à l'heure. Son début est bien plus insidieux, et les symptômes généraux prédominent. Il faut la rechercher pour la découvrir.

C'est ainsi qu'on voit certaines épidémies caractérisées par l'apparition, après d'autres manifestations morbides, de pneumonies bâtarde, de broncho-pneumonies venant terminer la scène. Elles sont de nature éminemment infectieuse, et s'accompagnent de symptômes typhoïdes : adynamie prononcée, altération des traits, sécheresse de la langue, dyspnée, etc., et la mort arrive très rapidement.

### *Formes cardiaques.*

Simpson<sup>1</sup>, le premier, a signalé l'influence de l'état puerpéral sur la production de l'endocardite. Mais c'est Virchow<sup>2</sup>, qui appela surtout l'attention sur les manifestations cardiaques dans le cours des épidémies puerpérales. Dans celle de 1856 à 1858, qu'il observa à la Charité de Berlin, il vit chez plusieurs femmes, survenir des phénomènes d'endocardite, et il en con-

1. Simpson, *The obstetric memoirs and contributions*. Édimb. 1856, p. 69.

2. Virchow, *Monaschrift für Geburtskunde*, 1858, t. II, p. 409.



clut que cette endocardite pouvait être une forme d'épidémie et que les lésions parenchymateuses observées à l'autopsie étaient consécutives et dues à des infarctus multiples.

Ces endocardites ont encore été étudiées par MM. Vaille<sup>1</sup>, Lancereaux<sup>2</sup>, Decornière<sup>3</sup>, Michel, etc.

Quand l'endocardite survient sans qu'il y ait de lésions péritonéales antérieures, quand elle est primitive, en un mot, voici ce qu'on constate. Dans le cours d'une épidémie, un certain nombre de femmes sont prises, du troisième au dixième jour après leur accouchement, de frissons répétés (Virchow, Vaille), de fièvre persistante avec redoublement le soir. Le ventre reste souple et indolore; mais il existe de l'angoisse précordiale, de la douleur au creux épigastrique, de la dyspnée. Les palpitations ne sont pas ordinaires dès le début, et c'est surtout l'auscultation qui permet d'affirmer le diagnostic. On entend alors, quelquefois, un léger frottement péricardique, car il existe dans quelques cas de la péricardite concomitante, mais surtout un bruit de souffle habituellement doux, au premier temps, localisé à la pointe, et lié à une insuffisance valvulaire.

Il s'en faut de beaucoup que cette forme d'endocardite primitive soit fréquente dans les épidémies. Le plus souvent, le début de l'endocardite passe presque inaperçu au milieu des symptômes d'une infection qui a déjà envahi l'organisme; elle survient secondairement, et l'aggravation des symptômes généraux, la dyspnée surtout, puis l'irrégularité qui survient bientôt dans les battements du cœur sont les faits qui mettent sur la voie du diagnostic que confirmera alors l'auscultation. Cette endocardite est infectieuse, et comme telle elle suit absolument la marche des endocardites ulcéreuses; c'est-à-

1. Vaille, *Rhumatisme puerpéral*, Th. Paris, 1867.

2. Lancereaux, *Gaz. méd.*, 1862.

3. Decornière, *De l'endocardite puerpérale*, Th. Paris, 1869.

4. Michel, *De l'endocardite dans l'état puerpéral, la fièvre puerpérale simple et infectieuse*, Th. Paris, 1873.



dire qu'elle va évoluer, soit avec un cortège de symptômes typhoïdes, soit avec des symptômes de pyohémie.

Nous ne voulons point insister sur tous les signes particuliers qui surviendront alors.

Qu'il nous suffise de rappeler que la forme typhoïde est caractérisée par des symptômes généraux d'adynamie, et des symptômes locaux dus aux infarctus produits par les embolies septiques dans les différents viscères : rate, reins, encéphale, intestin, etc. Aussi, peut-on voir se produire des hémiplegies, de l'hématurie et de l'albuminurie, du gonflement de la rate, de la diarrhée et des hémorragies intestinales, etc.

Dans la forme pyohémique, la marche est celle de l'infection purulente; les abcès métastatiques dans les différents viscères, les arthrites purulentes donnent alors lieu à des signes bien connus. Nous retrouverons la pyohémie à propos de la phlébite.

Nous devons signaler ici la présence possible dans certaines épidémies, de lésions du myocarde entraînant la mort subite. M. Coste<sup>1</sup> a étudié spécialement ces faits dans sa thèse. Le diagnostic est évidemment très difficile; cependant, lorsque, dans une épidémie, on voit, au milieu d'accidents infectieux d'ordres divers, une femme présenter un pouls petit, dépressible, intermittent, irrégulier, lorsque l'impulsion cardiaque est faible, le choc de la pointe peu marqué, et que l'auscultation révèle un bruit de souffle à la pointe et à la base; lorsque des palpitations se montrent accompagnées de vertige, de lypothymies, de syncopes, et que la mort survient brusquement, on est en droit de penser à une myocardite septique. Il se passe là des faits analogues à ceux qu'on peut rencontrer dans toutes les maladies infectieuses, et que M. Hayem a particulièrement signalés dans le cours de la fièvre typhoïde. Pour M. Coste, les faits de morts rapides rapportés dans les

<sup>1</sup> 1. Coste, *De la myocardite puerpérale comme cause la plus fréquente de morts subites après l'accouchement*, Th. Paris, 1876.



épidémies observées par John Clarke, en 1793, par Voillemier, en 1838, doivent être considérés comme des exemples de myocardite.

### *Forme arthritique.*

Parmi les manifestations inflammatoires qu'on peut observer du côté des séreuses dans les épidémies, les arthrites occupent une place assez importante.

Il n'est pas très rare, en effet, de voir un certain nombre de femmes présenter, au milieu d'autres symptômes de l'infection puerpérale, des signes de phlegmasie d'une ou de plusieurs articulations.

Ces faits ont été observés par Bourdon, Monneret, M. Depaul, Tardieu, Cruveilhier. Deux thèses, celle de Vaille déjà citée, et celle de Ragot<sup>1</sup>, inspirées par Lorain, ont traité ce sujet. Ces deux derniers auteurs tentent de rattacher ces localisations articulaires au rhumatisme. M. Hervieux les fait dépendre d'un état particulier qu'il désigne sous le nom de diathèse purulente puerpérale.

M. Quinquaud<sup>2</sup>, dans un mémoire intéressant, rapporte ces arthrites au puerpérisme infectieux, et s'attache, avec raison selon nous, à démontrer qu'elles ne sont ni le fait de l'infection purulente, ni le fait d'un vice rhumatismal; nous lui empruntons la plupart des détails suivants.

Chez des malades, prises depuis un temps variable de phénomènes infectieux : frissons, état fébrile plus ou moins intense, diarrhée, douleur abdominale, etc., on voit survenir

1. Ragot, Th. Paris, 1867.

2. Quinquaud, *Note sur les manifestations rhumatismales du puerpérisme infectieux* (*Gaz. méd.*, 1872).



un gonflement notable, soit dans plusieurs petites articulations, soit dans une ou deux grosses articulations.

Les jointures atteintes sont le siège d'une douleur ordinairement très vive qui va en augmentant pendant 15 à 24 heures; au bout de ce temps, il existe des signes de phlegmon articulaire manifeste. La peau est le siège d'une rougeur érysipélateuse; la tuméfaction est plus ou moins considérable; la douleur est augmentée par la pression; les mouvements sont douloureux et les membres atteints se placent dans une demi-flexion.

On peut constater l'épanchement articulaire avec ses signes habituels; mais, fréquemment, le tissu périarticulaire s'enflamme également, et la douleur devient plus superficielle, il y a plus d'empâtement, et un léger œdème.

M. Quinquaud donne à ces arthrites deux formes cliniques, et en rapporte des observations.

Dans l'une, ce sont les petites articulations qui sont prises, ou plutôt qui se prennent tour à tour, absolument comme dans le rhumatisme, et l'erreur pourrait être commise avec d'autant plus de raison que les malades présentent souvent des symptômes d'anémie plus ou moins prononcée, des sueurs profuses, un souffle d'endocardite à la pointe du cœur. Mais il n'y a chez elles aucun antécédent rhumatismal, et ces manifestations articulaires surviennent dans le cours de lymphangites, péritonites, etc., preuve évidente de leur nature infectieuse.

Au bout de sept à huit jours ces inflammations articulaires se terminent ordinairement par résolution.

Nous devons, toutefois, établir une distinction clinique importante. Si ces arthrites surviennent chez une femme déjà très gravement atteinte, le pronostic est tout autre; dans les cas où l'infection est générale, la mort est toujours la règle.

Dans la seconde forme, il n'y a qu'une ou deux grosses articulations de prises : le genou par exemple. Les symptômes locaux sont d'abord les mêmes que précédemment, mais il



n'y a pas la même tendance à la résolution; au contraire, ces arthrites durent fort longtemps, et se terminent fréquemment par ankylose. Leur pronostic doit donc être réservé.

Ajoutons que, dans quelques cas, en même temps que ces arthrites, on observe des inflammations, des gaines tendineuses voisines de l'articulation malade; il y a des traînées rougeâtres à leur niveau, du gonflement, de la douleur; généralement la résolution survient au bout de quelques jours, mais il est possible de voir la suppuration s'établir et se faire jour au dehors, d'où une série d'accidents divers sur lesquels nous n'avons pas à insister.

#### *Forme méningitique.*

Nous avons trouvé peu de renseignements sur cette forme de l'infection puerpérale. Elle a cependant été observée un certain nombre de fois. Eug. Martin<sup>1</sup> l'a vue dans l'épidémie qu'il a relatée, et M. Quinquaud en rapporte aussi plusieurs faits.

Peu de jours après l'accouchement, en temps d'épidémie, surtout si elle est grave, plusieurs accouchées sont successivement atteintes des symptômes suivants : un frisson survient, le pouls s'élève vers 112, la température monte à 39°,5 et au delà. E. Martin a observé, avant le début du frisson, pendant les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement, une bizarrerie particulière du caractère, et un léger mouvement fébrile.

Dès que la fièvre est établie, des symptômes cérébraux se manifestent; de l'agitation, du délire, qui vont généralement augmentant. En même temps, l'abdomen se gonfle; il y a un tympanisme notable, mais sans douleur de ventre; ou bien la

1. E. Martin, *Épidémie de fièvre puerpérale*, Th. Paris, 1869.



douleur, si elle existe, est à peine marquée. La fièvre augmente rapidement et la température s'élève à 40°, 41° et plus. La langue se sèche, il y a quelques vomissements bilieux. Le délire peut devenir très violent, surtout la nuit; de petites attaques convulsives ont souvent lieu; il n'est pas rare d'observer aussi une oppression assez considérable, et l'auscultation permet de constater l'existence d'une congestion pulmonaire plus ou moins intense.

A l'agitation, au délire, aux cris et aux convulsions, succèdent rapidement une torpeur et une somnolence marquées : à ce moment, le ventre est très ballonné, toujours indolore, il y a des eschares sucrées, de la diarrhée, des selles involontaires; les malades succombent sans reprendre connaissance.

Cette forme est extrêmement grave et ne pardonne pas. Dans les cinq cas cités par M. Quinquaud, la terminaison a été fatale, et l'autopsie a démontré des lésions des méninges, injection, plaques ecchymotiques, suppuration, etc., avec ou sans lésions péritonéales, quelquefois un peu de pus seulement dans les lymphatiques ou les sinus utérins.

#### *Forme gangréneuse.*

Dans notre historique des épidémies puerpérales, nous avons rencontré, à diverses reprises, certaines gangrènes signalées par les auteurs : gangrène de l'épiploon et des intestins (Leake, Fauken, Selle, Delaroche, etc.).

Aujourd'hui que le mot gangrène a un sens précis, nous savons ce qu'il faut penser de cette prétendue altération gangréneuse de l'épiploon. Mais, depuis la thèse de Danyau sur la métrite gangréneuse, des observations nombreuses sont venues attester qu'on pouvait rencontrer de véritables gan-



grènes siégeant sur différents points du corps, dans le cours des épidémies puerpérales.

Boivin et Dugès<sup>1</sup>, ont décrit les gangrènes des organes génitaux, et les ont divisées les premiers, d'après leurs causes, en gangrènes traumatiques, et gangrènes produites par une intoxication générale. A. Moreau a rapporté des faits d'eschares vulvaires et vaginales profondes, dans l'épidémie de la Maternité, de 1843-44. Jacquemier<sup>2</sup> signale aussi ces gangrènes dans son traité. Citons encore la thèse de Chavanne<sup>3</sup>, les faits de Charrier, ceux de Béhier<sup>4</sup>, de M. Tarnier, la thèse de Bous-sugue<sup>5</sup>. La gangrène a été observée encore dans l'épidémie de 1868 à l'hôpital Saint-Louis, dont Thierry a donné la relation dans sa thèse; dans celle de 1873 à l'hôpital des Cliniques<sup>6</sup>, et à l'hôpital Necker<sup>7</sup>.

Les accidents gangréneux qui peuvent survenir chez les nouvelles accouchées se montrent, tantôt comme signes précurseurs d'une épidémie, tantôt dans le cours même d'une épidémie régnante. Quelquefois ils constituent à eux seuls toute l'épidémie.

La relation de Vaillard va nous renseigner très exactement sur la marche et l'allure de ces gangrènes, qu'il a décrites avec soin.

A la Clinique, à la fin de l'année 1872, un grand nombre de femmes furent atteintes de gangrènes des organes génitaux, sans présenter d'autres lésions; des gangrènes d'abord très limitées se montraient même chez les accouchées qui n'avaient subi aucun traumatisme, et dont les organes génitaux n'avaient

1. Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, 1833.

2. Jacquemier, *Manuel d'accouchements*, 1846.

3. Chavanne, *Diphthérie gangréneuse de la vulve et du vagin*, Th. Paris, 1851.

4. Béhier, *Clin. méd.*, Paris, 1864.

5. Boussugue, *De la diphthéroïde*, etc., Th. Paris, 1860.

6. Vaillard, *Étude sur une épidémie de gangrène des organes génitaux*, etc., Th. Paris, 1873.

7. Taurin, *Des manifestations puerpérales observées*, etc., Th. Paris, 1873.



aucune déchirure un peu étendue. La plus petite solution de continuité devenait le point de départ d'une eschare. Puis, à mesure que l'épidémie progressa, les accidents devinrent plus graves; la gangrène, au lieu de rester limitée, s'étendit au vagin, pénétrant profondément et déterminant alors de graves symptômes de septicémie. Quelques soins de propreté qu'on prit, quelle que fut la médication employée, le mal survenait cependant et faisait de rapides progrès; en même temps, d'autres manifestations infectieuses firent irruption, et l'on observa des phénomènes de péritonite chez les nouvelles accouchées; du muguet et des ophthalmies chez les nouveau-nés...

L'épidémie devint ainsi très violente, et il y eut de nombreux cas de mort par infection putride résultant de la grande étendue des eschares.

Des faits analogues ont été observés par Taurin qui a vu, à Necker, la gangrène coïncider avec des lymphangites, des phlegmons des ligaments larges, etc..., et avec des phénomènes infectieux chez les nourrices (abcès du sein, compliqués ou non d'érysipèle).

Ces gangrènes peuvent occuper les différents points du corps. Leur siège plus fréquent au sacrum, aux fesses et aux grands trochanters, s'explique par ce que, outre l'infection, il y a une cause mécanique qui les entretient, et qu'elles sont incessamment en contact avec des liquides irritants. On les a vues siéger sur la paroi antérieure de l'abdomen (Thierry), sur la paroi thoracique où leur apparition avait été déterminée par l'application d'un vésicatoire (Charrier). M. Tarnier a vu, à la suite d'un abcès du sein, la gangrène s'étendre à la peau et à la glande mammaire.

Tonnelé, Béhier, etc., ont constaté l'existence de gangrènes des membres.

Mais c'est surtout aux organes génitaux qu'on les observe. Non seulement, elles se localisent aux grandes lèvres, au périnée, mais encore au vagin, au col de l'utérus lui-même,



et elles peuvent pénétrer jusque dans le corps de l'utérus, — donnant lieu alors à l'endométrite putrescente, à la métrite gangréneuse; la face interne de la matrice est recouverte d'un putrilage verdâtre, qui donne lieu à un écoulement d'une fétidité extrême.

Ces gangrènes passent par trois périodes; l'escharification, l'élimination, et enfin la cicatrisation.

Lorsqu'elles ne sont pas très étendues, le pronostic de l'épidémie paraît moins grave, comme Charrier l'a observé. Mais quand elles sont profondes, qu'elles gagnent l'utérus, des accidents septiques des plus graves éclatent, et les malades meurent rapidement.

A côté de ces gangrènes vraies, nous devons citer la présence possible, en temps d'épidémie, de dépôts pseudo-membraneux sur les organes génitaux.

C'est ainsi que Lusk, a observé, en 1874, une épidémie à Bellevue-Hospital dans laquelle des membranes diphtéritiques siégeaient surtout sur les organes génitaux externes. L'examen de ces produits les fit voir remplis d'une myriade de micrococcus. Les cautérisations réussirent d'abord à Lusk, mais bientôt les conditions miasmatiques devinrent telles qu'elles furent inefficaces; les lésions s'étendirent et plusieurs femmes moururent.

Bousseau<sup>1</sup> a décrit une forme de vulvite pultacée. Il n'admet pas que les fausses membranes qu'on peut observer, dans le cours des épidémies puerpérales, sur les organes génitaux externes, soient constituées par de la diphtérie vraie; il compare ces faits à la pourriture d'hôpital des blessés.

Ces dépôts passent par trois phases; il y a une période d'éruption pour ainsi dire, de petites plaques blanchâtres ressemblant à du muguet apparaissent sur les grandes lèvres, les petites lèvres, etc.; puis survient une période d'ulcération, et enfin une période de cicatrisation.

1. Bousseau, *De la vulvite pultacée*, Th. Paris, 1878.



Quelle que soit l'interprétation exacte de ces dernières manifestations, qu'il s'agisse de diphtéroïde, de gangrène vraie, d'affection ulcéro-membraneuse, le fait important à considérer, est qu'elles relèvent de l'infection puerpérale et comme telles elles peuvent avoir une gravité considérable. Aussi, dans l'épidémie observée à Lyon par Chavanne, le professeur Bouchacourt a-t-il institué contre les accidents un double traitement; local, consistant en cautérisations et en lotions détersives; et général, pour soutenir les forces des malades et lutter contre les phénomènes d'infection générale.

### *Formes éruptives.*

Déjà, nous avons noté, dans bon nombre d'épidémies, l'apparition d'éruptions diverses. Elles ne sont pas rares en effet, et si elles ne suffisent pas à caractériser absolument la forme d'une épidémie, il nous a semblé, cependant, nécessaire d'en dire quelques mots, à cause de l'intérêt qui s'attache à leur histoire.

Ces éruptions ont en effet donné lieu à un grand nombre de discussions, et il s'en faut qu'aujourd'hui même tous les auteurs s'accordent à les considérer de la même manière.

Ce sont surtout les épidémies de scarlatine observées chez les femmes en couches qui ont déterminé les plus vifs débats, dans la discussion qui eut lieu à la Société obstétricale de Londres, en 1875. Un certain nombre d'orateurs, Braxton Hicks, et A. Farre, en particulier, émirent l'opinion que la scarlatine puerpérale est identique à la fièvre puerpérale. Mais nous devons dire que presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'un avis contraire, et admettent que la scarlatine n'a aucun rapport avec l'infec-



tion puerpérale, qu'elle peut survenir accidentellement et épidémiquement chez les nouvelles accouchées qui y semblent particulièrement prédisposées, et qu'elle évolue, chez elles, avec une allure un peu particulière, en raison même du terrain sur lequel elle se développe. C'est là l'opinion soutenue en particulier par Olshausen<sup>1</sup>, et par M. Raymond.

Mais en dehors de la scarlatine vraie, il peut survenir, chez les femmes en couches, des éruptions scarlatiniformes: et, depuis le jour où M. Guéniot<sup>2</sup> les a étudiées dans sa thèse, sous le nom de scarlatinoïde puerpérale, en les différenciant de la scarlatine, les opinions émises à leur sujet ont été très contradictoires. Les uns veulent y voir une forme fruste de la scarlatine, de la scarlatine vraie, mais bénigne; c'est là ce qu'admet Lesage<sup>3</sup>, en se basant sur des faits observés à Cochin; c'est aussi à cette interprétation que se rallie M. Raymond (*loc. cit.*). Les autres les considèrent, ainsi que M. Guéniot, comme une affection distincte de la scarlatine, et les regardent comme étant d'origine septicémique.

Dans une thèse récente, M. Legendre<sup>4</sup> arrive aux conclusions suivantes: la scarlatinoïde puerpérale et les exanthèmes dits scarlatiniformes, ne sont, *très probablement*, que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leur allure.

Nous ne pouvons qu'indiquer l'état actuel de la question, tout en faisant remarquer qu'elle ne pourrait être réellement résolue que si l'on arrivait à connaître exactement la nature du poison scarlatineux.

Mais il est un certain nombre d'exanthèmes, d'éruptions septicémiques sur la nature desquelles tout le monde est à peu près d'accord.

1. Olshausen, *Revue d'Hayem*, t. IX, 1876.

2. Guéniot, *De la scarlatinoïde puerpérale*, Th. Paris, 1862.

3. Lesage, *Scarlatine des femmes en couches*, Th. Paris, 1877.

4. Legendre, *Etude sur la scarlatine chez les femmes en couches*, Paris, 1881.



Ces éruptions ont été étudiées à propos de la septicémie chirurgicale par M. Verneuil<sup>1</sup>, et elles ont fait l'objet des travaux de plusieurs de ses élèves, Picaud<sup>2</sup> et Tremblez<sup>3</sup>, en particulier.

Elles ont été aussi observées par les médecins dans certaines maladies infectieuses, dans la diphtérie par exemple.

Depuis longtemps, on les a signalées dans le cours des épidémies puerpérales, sous le nom de miliaire des femmes en couches. Gastellier<sup>4</sup> est le premier qui, en 1779, ait combattu l'essentialité de la miliaire, adoptée par les anciens accoucheurs, et montré qu'elle n'était que secondaire, atteignant les femmes déjà malades.

A partir du moment où on signala des épidémies de scarlatine, et avant qu'il ne fût question de la scarlatinoïde, Helm<sup>5</sup> admit que, le plus souvent, les manifestations cutanées étaient un indice d'infection de l'économie. Il les décrivit sous le nom de *fausse scarlatine* pour réagir contre l'opinion qui en faisait de la scarlatine vraie, et il leur assigna les caractères suivants :

« Ces éruptions ne sont pas un effet de la contagion ; elles apparaissent après des frissons et de la fièvre ; elles ne s'accompagnent pas de symptômes à la gorge ; elles débutent sur un point variable du corps ; elles ne font qu'une courte apparition et disparaissent sans laisser de traces. » Helm a observé deux cas mortels où ces éruptions coïncidaient avec des pleurésies ou des méningites.

Retzius<sup>6</sup> décrivit ces éruptions comme lui, et leur donna le nom de porphyra.

1. Verneuil, *Éruptions septicémiques*, (Gaz. hebdomadaire, 1868).

2. Picaud, *Éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques*, Th. Paris, 1875.

3. Tremblez, *Éruptions dans le cours des affections chirurgicales*, Th. Paris, 1876.

4. Gastellier, *Traité de la fièvre miliaire chez les femmes en couches*, Paris, 1779.

5. Helm, *Les maladies puerpérales*, Paris, 1840.

6. Retzius, *Arch. de médecine*, t. I, 1863.



M. Guéniot a signalé aussi des éruptions propres à l'infection puerpérale, car il parle de rougeurs érythémateuses, restreintes sur des régions très diverses, observées particulièrement dans le cas de phlébite et de péritonite.

Nous allons passer rapidement en revue ces manifestations cutanées de l'infection puerpérale qui peuvent être d'aspects très variés.

Mais, disons tout de suite un mot des éruptions scarlatiniformes, quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur leur nature, et en laissant de côté la scarlatinoïde de M. Guéniot. Elles apparaissent sous forme de points rouges, très rapprochés les uns des autres, siégeant habituellement sur la poitrine, le ventre et la face interne des cuisses. Elles ont pour caractère particulier d'être extrêmement fugaces, et de ne s'accompagner d'aucune desquamation.

Dans d'autres cas, on observe des plaques d'érythème, des pseudo-érysipèles; nous n'avons point à parler de l'érysipèle franc, qui peut, comme la scarlatine vraie, survenir accidentellement chez les femmes en couches. Ces plaques érythémateuses sont habituellement peu nombreuses; quelquefois il n'y en a qu'une. Elles ont un diamètre variable, une forme irrégulière, une coloration rosée ou rouge; la pression peut y déterminer de la douleur. M. Hervieux les considère comme l'indice d'un état grave.

L'une des éruptions les plus fréquemment observées dans les épidémies, est la miliaire blanche ou rouge. Elle se montre sur la poitrine, le ventre, les cuisses, le dos et les lombes. Elle paraît liée, ainsi que les sudamina, aux sueurs profuses qu'ont souvent les femmes atteintes de septicémie puerpérale.

L'urticaire se montre aussi quelquefois dans les épidémies puerpérales; nous rappelons seulement son aspect sous forme de larges plaques saillantes, blanches, entourées d'une auréole rouge, et s'accompagnant de démangeaisons très vives.

D'autres fois, ce sont des taches ecchymotiques qui appa-



raissent sur le corps; ce purpura est caractérisé par des taches isolées, violacées ou bleuâtres, et siège surtout sur les membres. M. Hervieux le considère comme indiquant une mort prochaine.

Enfin, on a encore observé des éruptions pemphigoïdes siégeant surtout au niveau des fesses et de la région sacrée, mais susceptibles de se généraliser. Ces bulles sont d'un volume variable; elles sont arrondies et contiennent un liquide séropurulent ou purulent. Leur généralisation entraîne un pronostic grave.

Telles sont les différentes variétés de manifestations cutanées qu'on peut rencontrer dans les épidémies puerpérales.

Elles n'existent jamais seules et accompagnent le plus ordinairement la péritonite.

---

Nous avons maintenant à étudier une forme tout à fait spéciale de l'infection puerpérale. C'est celle dans laquelle les germes infectieux semblent avoir suivi, non pas la route des lymphatiques, mais celle des veines. Ici, l'empoisonnement septique présente ceci de particulier, qu'il va le plus habituellement se compliquer des phénomènes de l'infection purulente.

La septicémie va devenir pyohémique comme cela peut se produire chez les blessés. Est-il besoin de rappeler, à l'appui de cette conception, que M. Verneuil, se basant sur les expériences célèbres de Gaspard, Sédillot, Billroth, etc. (injections de liquides septiques chez les animaux), a établi que : « l'infection purulente n'est point une maladie spéciale, mais seulement une terminaison de la septicémie; c'est l'empoisonnement, plus des lésions fortuites surajoutées, qui, par leur nature et par leur siège, aggravent le pronostic, jusqu'à le rendre presque inévitablement mortel. »

1. Verneuil, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1871.



*Forme phlébitique.*

Nous avons suffisamment insisté sur l'historique de la phlébite utérine, pour n'avoir pas à y revenir maintenant.

Il existe des épidémies dans lesquelles la phlébite prédomine d'une façon presque exclusive, et nous en avons rapporté des exemples. Mais autrefois, le diagnostic restait bien souvent incertain, et ce n'est que lorsque l'infection purulente survenait, et surtout lorsque l'autopsie venait démontrer l'existence du pus dans les veines utérines et utéro-ovariennes que la forme de l'épidémie était reconnue.

Quelques auteurs avaient bien essayé de démontrer que le diagnostic était possible entre la lymphangite, la péritonite et la phlébite, et il faut citer en particulier, Témoin (*loc. cit.*) qui déclare que, dans l'épidémie qu'il a observée : « les symptômes ont offert des différences assez tranchées (phlébite, lymphangite, métro-péritonite), pour qu'on pût asseoir un diagnostic qui, le plus souvent, fut certifié par l'autopsie. »

Mais c'est surtout M. Siredey, ainsi que nous l'avons déjà dit à propos de la lymphangite, qui établit d'une façon nette et précise le diagnostic différentiel de cette affection d'avec la phlébite utérine, montrant que chacune de ces maladies a des symptômes bien caractérisés et distincts.

En même temps que lui, Chiarleoni<sup>1</sup>, démontrait aussi, par des observations probantes que ce diagnostic est possible.

Les femmes atteintes de phlébite utérine pendant une épidémie, sont prises, du cinquième au dixième jour, jamais avant, quelquefois plus tard, d'un frisson ordinairement très violent, avec claquement de dents, qui peut durer un quart d'heure, et

1. Chiarleoni, *Observations de thermométrie clinique dans l'état puerpéral* Th. de concours, Turin, 1875.



qui est suivi de sueurs abondantes. Puis, rapidement, la température qui s'était considérablement élevée, 40° à 41°, redevient à peu près normale, et les malades éprouvent une sensation de bien-être notable. Mais, bientôt, un nouveau frisson survient, et les mêmes phénomènes reparaissent, suivis d'une rémission analogue; de sorte que la courbe thermométrique présente de grandes oscillations entre les différents frissons. Le pouls présente les mêmes irrégularités que la température.

Le ventre reste ordinairement souple et plat; les malades n'accusent que rarement de la douleur, et, quand elles en ressentent, cette douleur est peu marquée, et siège sur l'un des bords de l'utérus. Si l'on cherche à la provoquer, il faut exercer une pression assez profonde au niveau de l'insertion des ligaments larges pour la produire. Elle est très circonscrite et toute différente de celle qu'on observe dans la lymphangite.

Autant la péritonite est fréquente à la suite de la lymphangite, autant il est rare et presque exceptionnel de voir apparaître des signes d'inflammation de la séreuse abdominale, consécutivement à la phlébite.

En même temps, des symptômes généraux ne tardent pas à se montrer; ils sont caractérisés par de l'abattement, de la prostration des forces, de la stupeur. Le visage, pâle dès le début, s'altère; la langue d'abord blanche et humide se sèche. Ces symptômes ont donc un aspect typhoïde.

Dans les cas rares où la maladie se termine par résolution, on les voit s'amender peu à peu, et la guérison survient plus ou moins rapidement.

Fioupe a signalé deux phénomènes particuliers annonçant l'amélioration; d'une part les frissons s'espacent de plus en plus, la fièvre tombe tout à fait dans l'intervalle; d'autre part des collections purulentes qu'on peut qualifier de critiques et sur lesquelles nous aurons à revenir, apparaissent sur différents points du corps, surtout à la périphérie.



Mais, dans la majorité des cas, l'état général s'aggrave, et, alors, la phlébite peut évoluer de façons différentes.

Il peut ne pas survenir d'infection purulente, et M. Quinquaud en a observé des faits dans l'épidémie de 1869 à l'hôpital Saint-Antoine; alors, l'adynamie augmente et l'état typhoïde s'accroît; des signes de broncho-pneumonie se montrent fréquemment, il survient du subdelirium, un peu d'agitation, de la diarrhée, et la mort arrive rapidement.

Quelquefois une mort subite vient interrompre le cours de la maladie, et les femmes succombent à une embolie pulmonaire.

Mais la terminaison la plus ordinaire est l'infection purulente qui survient soit assez rapidement, soit peu à peu, insidieusement, et après avoir été précédée d'un calme trompeur et d'une apparente amélioration.

Les frissons se répètent, la température continue à présenter de grandes oscillations. Puis, les malades ont des troubles intellectuels, de l'agitation, du délire; et elles tombent peu après dans un accablement profond. Le teint devient pâle, subictérique, et les douleurs localisées aux articulations, aux gaines synoviales des tendons, au périoste, aux muscles, etc., annoncent l'apparition d'abcès métastatiques. Des signes d'épanchements purulents se montrent du côté des séreuses, péritoine, plèvre. De l'endocardite peut survenir; à ce moment des douleurs plus ou moins vives se font sentir, au niveau des viscères, foie, rate, et témoignent de la suppuration qui s'y établit. La respiration s'embarrasse, de la toux, des crachats sanguinolents indiquent l'existence d'une congestion pulmonaire plus ou moins intense.

Puis, la température s'abaisse, la somnolence et le coma s'accroissent; et, après une durée variable, deux, trois, ou quatre semaines, quelquefois davantage, les malades succombent.

D'après le tableau qui précède, il est facile de voir que les épidémies qui revêtent la forme de phlébite avec infection



purulente ont un aspect tout particulier, bien différent des premières que nous avons passées déjà en revue.

Cependant, dans quelques cas, rares à la vérité, exceptionnels même, l'autopsie a fait reconnaître, chez certaines malades mortes d'infection puerpérale, l'existence d'une suppuration occupant à la fois les lymphatiques et les sinus utérins. — Il y a lymphangite et phlébite réunies.

M. Siredey pense, que dans des cas aussi complexes, le diagnostic est encore possible pendant la vie. — Ici nous lui laissons la parole : « Dans la première période de la maladie, les symptômes sont ceux de la lymphangite. Comme nous l'avons dit, celle-ci s'annonce par un frisson, un état fébrile violent, et une douleur vive paraissant dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Puis, bientôt, la péritonite concomitante domine la scène. Plus tard, généralement après six à huit jours, si de violents frissons se manifestent en même temps que de véritables accès fébriles irrégulièrement intermittents, séparés par des rémissions d'une durée variable, on devra penser au développement simultané d'une phlébite. D'ailleurs, la marche de la maladie apporte, chaque jour, de nouveaux signes qui caractérisent de plus en plus l'infection purulente.

» Ainsi, quand la lymphangite coexiste avec la phlébite utérine, on observe les signes de l'une et de l'autre affection, avec cette particularité, que la première période de la maladie semble appartenir à la lymphangite, et la seconde à la phlébite. »

Il serait donc possible, dans une épidémie où les lésions des veines et des lymphatiques utérins coexisteraient, d'établir par une analyse attentive des symptômes, la forme clinique de cette épidémie.

Nous ne faisons qu'indiquer le fait, car jusqu'à présent, c'est, dans le plus grand nombre des cas, à l'ouverture seule des cadavres que la coïncidence des altérations des deux ordres de vaisseaux a pu être constatée.



*Des phénomènes critiques survenant dans le cours  
des épidémies puerpérales.*

Il n'est pas rare de voir survenir, chez un certain nombre de femmes atteintes de septicémie puerpérale, des phénomènes particuliers qu'on peut qualifier de critiques; car leur apparition coïncide avec la cessation d'accidents plus graves qui mettaient les malades en danger de mort, et souvent ils jugent la maladie et sont l'indice d'une guérison prochaine. Il semble que l'organisme fasse tous ses efforts pour se débarrasser par des voies diverses du principe infectieux qui l'a envahi.

Quand ces symptômes se manifestent sur plusieurs accouchées, dans le cours d'une épidémie régnante, cette épidémie prend une allure spéciale, une forme particulière; et c'est pourquoi nous avons cru devoir les signaler avec quelques détails.

Ils ont été entrevus par plusieurs auteurs dans diverses épidémies.

Leake a remarqué, dans le cours des épidémies de l'hospice de Westminster et des hôpitaux de Londres, 1769-1771, que, lorsque chez les femmes malades il survenait des abcès du sein, elles ne mouraient pas.

Doublet déclarait, en 1791, que les abcès et les dépôts laitux terminaient favorablement les maladies des femmes en couches.

Plus tard, en 1829, Dupuytren signala, d'une façon générale, la terminaison favorable de certaines affections par des abcès critiques (art. ABCÈS du *Dictionnaire de médecine et de chirurgies pratiques*, 1829). De même, Tanquerel (*Journal de médecine*, 1844), affirma que les abcès qui se produisent au déclin de certaines maladies, sont une véritable crise dépuratrice.



Castelnau et Ducret<sup>1</sup> ont insisté aussi sur les abcès critiques et ils les ont signalés, en particulier, dans le cours de la fièvre puerpérale.

M. Charrier, relatant les terminaisons des différents cas qu'il a observés dans l'épidémie de 1854, signale un certain nombre de phénomènes critiques intéressants : « Dans certains cas, ce sont des vomissements bilieux où une diarrhée bilieuse très abondante qui ont jugé la maladie ; dans d'autres, ce sont des suppurations partielles, qui, d'abord crises favorables, deviendront, à leur tour, causes de faiblesse, d'intoxication putride, et feront périr secondairement les malades. L'organisme a été épuisé par le suprême effort qu'il a fait pour se soustraire au poison qu'il avait absorbé ; il reste en route, et ce qui devait hâter la guérison est cause de la mort. Des érysipèles ambulants se sont vus à la fin de nos épidémies, en 1854. Mais, parmi ces phénomènes critiques, le plus commun qu'il nous a été donné d'observer est la phlébite spontanée et ulcé-ratrice des veines du membre abdominal, des saphènes internes et externes ; puis, par ordre de fréquence, les phlegmons de la parotide, les abcès dans les muscles, les arthrites suppurées.

» Deux malades seulement, sur vingt-six qui présentèrent ces exemples de suppuration spontanée, succombèrent : Ce furent deux femmes qui furent atteintes d'arthrite, arthrite qui sup-pura et qui donna lieu, dans la suite, à tous les accidents toxiques de la résorption purulente. Les vingt-quatre autres guér-rirent dans un laps de temps plus ou moins considérable, mais qui ne fut jamais plus court que deux septénaires.....

» Le mode de développement de ces collections purulentes est très curieux à étudier ; les femmes qui avaient des douleurs abdominales assez vives, un peu de météorisme, étaient prises

<sup>1</sup> 1. Ducret et H. de Castelnau, *Recherches sur les cas dans lesquels on observe des abcès multiples, et comparaison de ces cas sous leurs différents rapports.* (Mém. de l'Acad. de méd., Paris, 1846, t. XII).



d'une diarrhée bilieuse abondante ou de vomissements; la douleur disparaissait, la fièvre tombait, et les malades accusaient alors une douleur plus ou moins lancinante, une sensation de chaleur, de tuméfaction, dans le point ou les points qui étaient le siège de la fluxion. Souvent, pas de gonflement appréciable; douleur au toucher, chaleur; si c'était une phlébite, le trajet de la veine était rouge, douloureux, et l'on pouvait constater la dureté de la veine oblitérée par des caillots.

» La phlébite était externe et interne, le tissu cellulaire de la gaine suppurait, en même temps qu'il se formait un travail ulcératif, une gangrène moléculaire de dedans en dehors dans les tuniques du vaisseau. Si l'on abandonnait ce travail aux forces de l'organisme, si le médecin n'intervenait pas, on voyait, petit à petit, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon se former. Quelquefois plusieurs tumeurs se formaient ensemble, et si la malade était affectée de varices, c'était aux nodosités que se faisait la collection; puis, le travail ulcératif détruisant toujours de la partie la plus profonde à la plus superficielle, la peau s'amincissait à un tel point, qu'il ne restait plus que l'épiderme soulevé par de la sérosité sanguinolente et puriforme.

» Ces phlyctènes ressemblaient à celles qui surviennent sur un membre fracturé, dans certains cas de fractures multiples avec lacération des parties molles par les fragments; bientôt ces phlyctènes se rompaient et donnaient passage à du pus toujours mêlé à du sang altéré. Une fois, nous fûmes obligé de faire une compression méthodique, pour arrêter une hémorragie de la saphène interne.....

» Des suppurations peuvent exister dans plusieurs endroits à la fois; ainsi nous avons vu un phlegmon énorme de la parotide, et les deux saphènes internes furent prises tour à tour, suppurèrent, et cependant la malade guérit.

» Pendant l'année 1854, nous observâmes, comme terminaison de la fièvre puerpérale, quatre phlegmons de la parotide,



huit phlegmons du bras et de l'avant-bras, un phlegmon profond de la paume de la main, et qui entraîna la mort, accompagné qu'il était d'une arthrite du coude et du genou. »

Cette citation un peu longue nous indique bien la forme spéciale que prend une épidémie, quand surviennent les terminaisons critiques particulières qui nous occupent, et c'est pourquoi nous avons tenu à la reproduire.

Ces terminaisons ont été encore étudiées dans les thèses de doctorat de Blain<sup>1</sup> et de Staes<sup>2</sup>, auxquels nous emprunterons quelques-uns des détails qui vont suivre.

Quelle que soit l'idée qu'on se fasse de la nature de ces accidents singuliers, qu'on les considère comme un effort d'élimination de la part de l'organisme malade, ou comme un mode de terminaison particulier, il est certain qu'ils coïncident habituellement avec une issue favorable ; — aussi leur laissons-nous l'épithète de critiques que leur ont donnée les auteurs qui les ont observés.

Ils peuvent être très variés, et nous allons passer en revue ceux qu'on observe le plus ordinairement.

Tantôt ce sont des éliminations qui se font du côté des téguments. Il est certain, qu'à côté des éruptions que nous avons déjà décrites, et dont plusieurs sont d'un fâcheux augure, il en est qui semblent avoir une toute autre signification.

Ainsi les éruptions miliaires qui sont, comme nous l'avons dit, sudorales, entraînent généralement, avec leur apparition, un pronostic favorable pour les malades.

On voit aussi, quelquefois chez des femmes qui ont été prises d'accidents puerpéraux une éruption d'herpès survenir, habituellement sur les lèvres, mais aussi en d'autres points du corps, parfois même sur les organes génitaux externes. Cet

1. Blain, *Des éliminations critiques dans les affections puerpérales et de leur valeur pronostique*, Th. Paris, 1873.

2. Staes, *Des collections purulentes dans les métrites puerpérales*, Th. Paris, 1875.



herpès est critique; il semble bien être le signe d'un empoisonnement léger, et il annonce un prochain retour à la santé.

D'autres fois, le processus éliminatoire s'accomplit du côté du tube digestif. Nous avons vu plus haut les vomissements bilieux, la diarrhée signalée par Charrier. La diarrhée est un phénomène critique qui s'observe assez fréquemment. Elle a des caractères absolument typiques : elle est séreuse, profuse, ne s'accompagne d'aucune espèce de douleurs, et ne détermine pas de prostration, pas d'abattement, pas de dépression des forces. C'est bien là le cachet d'une crise favorable; quelle différence énorme avec ces diarrhées fétides, septiques que nous avons vues survenir dans le cours des péritonites infectieuses, et qui font porter un pronostic des plus graves ! Ici, rien de semblable; la diarrhée cesse peu à peu; en même temps qu'elle est apparue les accidents qui existaient ont cessé, et les malades entrent rapidement en convalescence.

Enfin, ce sont des suppurations diverses qui peuvent se montrer comme signes critiques, marquant la terminaison des accidents infectieux qui règnent sur les malades.

Ce sont des collections purulentes périphériques, ou des phlegmons ordinairement à marche très rapide. La suppuration est souvent énorme, et les malades, même atteints des phénomènes les plus graves, lorsque ces abcès surviennent, guérissent brusquement.

Les foyers purulents peuvent occuper toutes les régions, mais leur situation est toujours périphérique; ils sont sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, on les observe à la fesse, aux membres inférieurs, aux bras; ou bien ils ont pour siège la glande mammaire, la parotide, etc.....

Si nous résumons leurs caractères principaux, nous voyons qu'ils se présentent avec une allure toute spéciale et bien nette : ils apparaissent brusquement; ils siègent dans les parties périphériques; ils s'accompagnent d'une défervescence presque instantanée et de la cessation des phénomènes mor-



bides antérieurs. Nous n'avons donc pas à insister beaucoup, en présence de cet aspect si particulier qu'ils présentent, pour les différencier de ceux de l'infection purulente. Est-il besoin de rappeler l'état général si grave des femmes atteintes de pyohémie, la coïncidence avec des abcès périphériques, de suppuration dans le poumon, le foie, la rate, etc. ? Les faits sont tellement dissemblables qu'il serait puéril de s'arrêter davantage à un diagnostic différentiel.

Nous devons signaler, toutefois, que chez quelques malades qui ont été atteintes d'accidents très graves, infectées à un haut degré, les phénomènes critiques peuvent déterminer une issue fatale, parce que toute résistance fait absolument défaut chez ces femmes épuisées. Elles ne sont plus capables alors de supporter ce choc nouveau, quelque salulaire qu'il puisse être pour elles, et elles succombent. Le passage cité plus haut de la thèse de Charrier en fournit des exemples.

Enfin, dans d'autres cas, il y a chez certaines malades, une sorte de balancement singulier entre des phénomènes alternativement graves et bénins. Blain a attiré l'attention sur ces formes singulières. Il cite des cas où une séreuse, en s'enflammant brusquement, libère, pour ainsi dire, une autre séreuse. C'est ainsi qu'une pleuro-pneumonie peut survenir presque instantanément et remplacer une péritonite qui disparaît aussitôt. Nous avons déjà signalé ce fait à propos de la forme pulmonaire, et rapporté l'opinion de M. Hervieux à cet égard. Ajoutons, que le poumon et la plèvre peuvent être, à leur tour, libérés par une inflammation périphérique, un phlegmon quelconque.

Voici le résumé, le titre, pour mieux dire, d'une observation rapportée par Blain et qui est un très curieux exemple de cette alternance entre les manifestations morbides. Chez une femme en couche atteinte de péritonite aiguë survient un phlegmon du bras gauche ; la péritonite est enrayée aussitôt ; elle se termine par résolution, et au même moment apparaît



une pleuro-pneumonie. Le phlegmon du bras s'abcède ; immédiatement il y a sédation des accidents thoraciques. Plusieurs abcès se forment et s'ouvrent encore. Une rechute de pneumonie a lieu ; mais un volumineux abcès de la fesse se forme ; tous les autres accidents disparaissent alors et, finalement, la malade guérit.

### *Formes complexes.*

Jusqu'ici, nous avons eu surtout en vue dans les différentes manifestations des épidémies puerpérales, une forme unique, et prédominante. Mais, nous devons dire quelques mots de faits singuliers qui peuvent s'observer épidémiquement et qui sont caractérisés par l'évolution de plusieurs formes chez les mêmes sujets.

C'est ainsi que M. Bouchut rapporte l'histoire d'une femme qui, accouchée à la Maternité, « fut prise trois jours après sa couche, de coliques, de douleurs dans l'hypogastre, sans phénomènes fébriles marqués, et qui sortit de l'hôpital au neuvième jour ; il se développa un abcès du bassin, pour lequel elle entra à l'hôpital Necker. Elle succomba au bout de deux mois, ayant eu l'abcès dont nous venons de parler, et successivement une pleuro-pneumonie fort grave, une phlegmatia alba-dolens du membre inférieur gauche, une phlegmatia-alba du membre droit, une variole, et enfin une hémiplégie produite par abcès du cerveau. »

Nous tenons à faire immédiatement ressortir que ces faits n'ont aucun rapport avec ceux dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. Il ne s'agit plus du tout, ici, d'éliminations critiques ou de balancements entre des phénomènes périphériques et des inflammations centrales : il s'agit de formes mul-



tiples, complexes dues à l'empoisonnement puerpéral, et la mort est la terminaison presque constante.

M. Charpentier<sup>1</sup> décrit ces faits sous le titre de *septicémie vraie*. Il en rapporte deux observations. Dans la première « la malade présenta successivement des phénomènes cérébraux, abdominaux, cardiaques, pleurétiques, et enfin des phénomènes cutanés se traduisant par un érysipèle des parties génitales et des fesses qui gagna tout le tronc et les membres inférieurs jusqu'aux genoux, et qui enleva définitivement la malade. »

La deuxième observation est celle d'une malade « qui eut successivement de la métro-péritonite, de la méningite avec hémiplégie, de la congestion pulmonaire, et qui a fini pourtant par survivre à tous ces accidents, les exsudats péritonéaux ayant formé d'abord une masse indurée énorme, remplissant presque les deux tiers de la cavité abdominale, et ayant fini par disparaître au bout de plusieurs mois par résolution. »

Ce qui caractérise cette forme de l'infection puerpérale, c'est la mobilité extrême des différentes manifestations, en même temps que leur gravité; c'est aussi l'absence d'amélioration, la fièvre restant toujours aussi intense. Ici, dit M. Charpentier (*loc. cit.*, p. 927) « l'infection est à son summum. Les altérations du sang sont le phénomène capital, et les diverses manifestations locales ne sont que l'expression d'un véritable empoisonnement puerpéral. Aussi, les malades succombent-elles presque fatalement, sans que l'on puisse accuser plus particulièrement telle ou telle manifestation morbide locale de ce dénouement funeste. »

1. Charpentier, *Traité pratique des accouchements*, Paris, 1883, t. II, p. 902.



*Forme de septicémie suraiguë.*

Ce qui précède nous amène à parler enfin d'une forme rare, extrêmement grave, la plus grave de toutes celles qu'on peut observer dans les épidémies. C'est une forme foudroyante en quelque sorte et si nous disons que cette variété est rare, c'est qu'on ne l'observe plus guère aujourd'hui, à cause du fait, que nous avons déjà eu soin de signaler, de la disparition des grandes et violentes épidémies qui sévissaient autrefois.

Cette forme a été signalée dans un certain nombre des relations d'épidémies qui nous ont été laissées. Il est certain que c'est elle qui a dû prédominer dans la cruelle épidémie de 1773, à Edimbourg.

Ici, l'empoisonnement est tel, son absorption est si rapide qu'il n'a pas le temps pour ainsi dire, de se localiser en un point quelconque. Aussi il n'y aura que des symptômes généraux sans manifestation vers un organe en particulier, et à l'autopsie, fait capital, on ne trouvera aucune lésion.

Voici comment M. Perret a décrit cette forme dans sa thèse d'agrégation : « Cette forme a une analogie remarquable avec les accidents que nous avons observés chez les animaux, à la suite d'injections de doses considérables de substances septiques. Nous avons montré que, dans ces conditions, ils pouvaient être foudroyés en quelques instants et sans que l'autopsie vînt révéler la présence de lésions capables d'expliquer leur apparition ; la même chose s'observe aussi dans la puerpéralité : C'est principalement dans les Maternités, au milieu d'un foyer épidémique, que notre forme se présente d'ordinaire.

Les accidents apparaissent rapidement, quelques heures après l'accouchement ; parfois, si ce dernier se prolonge, l'organisme est déjà frappé avant sa terminaison ; souvent il



n'existe pas de frissons, le premier symptôme est une élévation de la température qui atteint, dès le premier jour, un niveau élevé. Le lendemain, on trouve parfois une rémission matinale assez accusée, puis, à partir de ce moment, elle prend une marche définitivement ascendante sans aucune rémission jusqu'au moment de la mort.

» Le pouls suit la marche de la température, il est très rapide, faible, parfois presque imperceptible et présente des irrégularités.

» Il y a peu de vomissements, formés alors seulement par les boissons; jamais on n'y constate la présence de la bile, point de ces matières porracées de la péritonite généralisée; ce sont plutôt des éructations fréquentes, un état nauséux.

» La malade présente une diarrhée abondante, des selles parfois cholériformes, comme chez les animaux en expérience.

» Elle n'accuse aucune douleur, ou ne trouve pas de ballonnement du ventre.

» Bientôt des signes considérables surviennent du côté de la respiration, dyspnée intense, mouvements respiratoires très accélérés, avec une véritable sensation d'angoisse.

» Si la malade ne meurt pas dès le deuxième jour, le lendemain les symptômes s'accroissent encore d'avantage, il s'y joint un abattement des plus marqués, un affaissement graduel, une altération profonde des traits, du refroidissement des extrémités, et la mort survient dans un véritable collapsus.

» A l'autopsie on ne constate rien, nous l'avons dit; tout au plus de la congestion du côté des poumons, des organes abdominaux. La dose du poison a été assez considérable ou son activité assez grande pour que des lésions caractérisées n'aient pas eu le temps de se produire. »

Nous n'avons rien à ajouter à ce tableau clinique, que nous avons reproduit, vu l'absence de toute description classique de ces faits exceptionnels. On voit que les symptômes sont en



réalité ceux de la septicémie aiguë chirurgicale, modifiée dans son aspect et ses allures par l'état puerpéral.

M. Rendu (*loc. cit.*) après avoir fait une rapide esquisse de cette septicémie aiguë diffuse, comme il la nomme, ajoute en terminant : « C'est dans ces cas qu'on trouve les sécrétions bronchiques remplies de microbes, et la rate et les reins gonflés comme chez les animaux morts de l'infection charbonneuse. »

C'est en effet la découverte des germes infectieux qui pourrait seule nous rendre compte de la nature d'accidents aussi rapides. M. Doléris (*loc. cit.*) admet que, dans ces faits, il y a introduction précoce dans le sang et la lymphe de la *longue bactérie septique*, microbe décrit par Pasteur comme l'agent de la septicémie.

Quoi qu'il en soit, on comprend qu'en présence d'une marche aussi foudroyante de la maladie, devant une terminaison constamment fatale et en face d'une autopsie négative, dans laquelle on constate seulement un état poisseux particulier du liquide sanguin, un certain nombre de médecins aient conclu à l'essentialité de la fièvre puerpérale. Aujourd'hui qu'il est démontré que les accidents puerpéraux sont de nature infectieuse, septicémique, probablement parasitaire, nous nous servons des arguments mêmes des essentialistes, c'est-à-dire de ceux qu'ils tirent de la marche suraiguë de l'affection et de l'absence de lésions, pour l'envisager comme une forme de septicémie puerpérale arrivée à son degré le plus élevé, décelant, en un mot, un empoisonnement immédiatement généralisé et frappant les femmes de mort avant qu'aucune localisation organique ait eu le temps de se produire.

#### *Épidémies puerpérales chez les nouveau-nés.*

Nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de signaler,



en relatant certaines épidémies qui régnaient sur des femmes en couches, la coïncidence d'accidents infectieux s'étendant à d'autres personnes, aux nouveau-nés en particulier.

Nous croyons devoir consacrer un chapitre spécial à la description de ces accidents qui présentent un grand intérêt à beaucoup de points de vue.

C'est un fait absolument certain que des femmes dont l'utérus est en état de vacuité peuvent être atteintes de phénomènes d'infection analogues à ceux que présentent les nouvelles accouchées malades. On sait que M. Tarnier, M. Depaul ont rapporté, le premier deux cas, le second un seul, d'accidents de ce genre survenus chez des jeunes filles élèves de la Maternité. Ces femmes sont tombées malades en donnant leurs soins à des accouchées qui avaient la fièvre puerpérale. Deux d'entre elles sont mortes, et l'examen nécroscopique a permis de constater les lésions qu'on rencontre habituellement chez les femmes qui ont succombé à l'infection puerpérale.

Les femmes enceintes elles-mêmes peuvent être prises des mêmes accidents ; si on a pu, en temps d'épidémie, voir des femmes rester bien portantes pendant leur grossesse au milieu de femmes en couches malades, et ne tomber malades, à leur tour, que lorsqu'elles étaient accouchées, il n'en est pas moins vrai que des observations ont été rapportées en assez grand nombre, dans lesquelles les accidents infectieux se sont développés pendant la grossesse.

Les nourrices sont aussi exposées à devenir malades dans les services d'accouchements où elles sont en contact avec des femmes infectées.

La contagion seule peut être ici invoquée, quelle que soit la voie par laquelle elle s'exerce, quelle que soit la porte d'entrée du principe infectieux, fait que nous n'avons pas à discuter. Disons toutefois, que pour les femmes enceintes, la voie vaginale peut être facilement admise, car il suffit que ces femmes aient été examinées, touchées par les mains de per-



sonnes qui ont soigné des femmes malades, pour que l'infection leur ait été communiquée.

Mais ce sont surtout les nouveau-nés qui sont fréquemment atteints par l'épidémie; le fait est indéniable depuis les travaux de Lorain, en particulier.

Déjà des cas de ce genre avaient été signalés par plusieurs observateurs, Trousseau, Underwood, Rayer, Bouchut, Dugès, Billard, etc. On avait constaté l'apparition d'érysipèles, même de péritonites. A. Moreau, P. Dubois, Danyau s'étaient bornés à signaler la grande fréquence de la mortalité des enfants dans le cours des épidémies; mais Simpson avait observé des péritonites *in utero*. Schilder, en 1845, et Hueter (de Marbourg), en 1851, cités tous deux par Danyau dans la discussion académique de 1858, s'étaient préoccupés des rapports qui existent entre les états pathologiques des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.

Mais c'est Lorain<sup>1</sup> qui étudia le mieux, le premier, cette question en 1855, et qui rapporta un certain nombre de faits bien observés et indiscutables: il a vu « que sur 193 enfants viables, morts peu de temps après la naissance, 50 ont succombé à des maladies qui étaient précisément celles auxquelles succombaient les femmes en couches. »

Depuis Lorain, il faut citer en particulier le mémoire de Hecker et Buhl<sup>2</sup> sur ce sujet. Ils rapportent un grand nombre de cas de mort chez des nouveau-nés dont les mères avaient été malades, et Hecker les attribue à un empoisonnement du sang.

M. Quinquaud a décrit avec soin les accidents survenus chez les enfants, pendant l'épidémie qui a régné dans le service de Lorain, et il établit, dans l'étude du puerpérisme infectieux des nouveau-nés, les mêmes distinctions que pour la mère, c'est-

1. Lorain, *La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, Th. Paris, 1855.

2. Hecker et Buhl, *Étude de Clinique obstétricale*, Leipzig, 1861.



à-dire qu'il relate des faits légers et des accidents graves.

M. Peter a rapporté dans ses cliniques des faits semblables observés à l'hôpital Saint-Antoine.

Les objections qu'on pourrait faire pour nier que tous ces faits relèvent de l'infection puerpérale sont basées sur ce que, les maladies des nouveau-nés étant mieux connues aujourd'hui, un certain nombre d'entre elles peuvent s'expliquer par la syphilis congénitale, par exemple... Toutefois ces objections n'ont qu'une valeur relative, et si, dans quelques cas, on a pris pour des accidents infectieux puerpéraux des affections qui relèveraient d'une autre origine, l'affirmation de Lorain n'en subsiste pas moins tout entière. C'est, en effet, comme l'a fait remarquer M. Tarnier, « à la même époque, et seulement à la même époque, pendant les mêmes épidémies qu'on observe cette extension. Peut-on voir des maladies différentes dans une affection qui naît sous la même influence, qui présente exactement les mêmes symptômes, la même marche et la même gravité? » (Tarnier, *mém. cité*, p. 125).

Nous avons tenu à établir par ce qui précède qu'il existe, pendant les épidémies puerpérales qui règnent sur les mères, des épidémies analogues qui règnent sur les enfants, et qui peuvent même s'étendre à d'autres personnes. Ces épidémies relèvent de la même origine; c'est ici encore avant tout, et en laissant de côté les questions inconnues de terrain, de réceptivité, etc., une infection qui se transmet par contagion. Les personnes placées dans le milieu infectieux, toxique, peuvent y contracter les germes d'accidents infectieux, et, à plus forte raison s'il s'agit des nouveau-nés, qui sont eux-mêmes dans une sorte d'état puerpéral, ainsi que l'a démontré Lorain.

La conclusion à tirer de tout ceci, c'est que des épidémies pouvant se montrer chez les nouveau-nés, elles vont affecter, comme chez les femmes malades, des allures variables, qu'elles



pourront, en un mot, présenter des formes diverses. Aussi devons-nous les énumérer rapidement.

Un des phénomènes les plus fréquents qu'on observe dans les services d'accouchements et que nous avons déjà signalé, consiste en ce fait que, lorsqu'une épidémie va éclater, des symptômes infectieux légers se montrent chez les femmes ou chez les nouveau-nés, véritables avant-coureurs du fléau.

Ce sont des ophtalmies purulentes plus ou moins graves qui frappent plusieurs enfants à la fois; ou bien c'est le muguet qui fait son apparition chez un certain nombre d'entre eux. On a encore signalé des érythèmes, l'érythème des fesses en particulier, de la diarrhée, des panaris sous-épidermiques, etc.

Puis, lorsque l'épidémie a élu domicile dans un service d'hôpital, les nouveau-nés vont être pris d'accidents infectieux ordinairement analogues à ceux qui règnent sur les femmes accouchées; il y aura donc similitude de forme entre les deux épidémies, qui, en réalité, n'en font qu'une seule.

Nous ne pouvons décrire en détail tous ces accidents, toutes ces formes et nous nous bornerons à les indiquer d'après l'excellente étude qu'en a faite M. Quinquaud.

Les phénomènes infectieux, lorsqu'ils sont légers, présentent la physionomie suivante: vers le troisième jour de la naissance, les enfants refusent le sein, s'agitent, pleurent; puis à cette période d'excitation, qui peut manquer, succède de la somnolence, un peu de stupeur; l'abdomen se ballonne, la respiration devient fréquente, superficielle, irrégulière; la température monte à  $39^{\circ}$ ,  $39^{\circ}8$ ; le poids diminue notablement, puis, au bout de trois ou quatre jours, la diarrhée survient, jaune, séreuse ou verdâtre; elle est quelquefois accompagnée de régurgitations bilieuses, une teinte subictérique envahit quelquefois tout le corps. Puis, assez rapidement, tous les troubles fonctionnels s'amendent; l'enfant reprend le sein peu à peu, dort moins agité, et la guérison ne tarde pas à survenir.

Mais les phénomènes d'infection peuvent être graves; ils



revêtent alors des aspects divers; ce sont des péritonites, des érysipèles et des phlegmons, la phlébite seule, la méningite, la pleurésie, l'infection purulente, la gangrène.

M. Quinquaud apporte des observations à l'appui de chacune de ces affections; il montre leur physionomie clinique spéciale.

Dans certaines épidémies, c'est *la péritonite* surtout qui sévira; les éléments de diagnostic sont les suivants: au début, diarrhée verte, température qui s'élève, vomissements sans cause connue, coliques vives, attestées par de l'agitation, des contorsions, des cris, le refus de teter; à la période d'état, température de 39° à 40°, abdomen développé, tendu, douloureux, régurgitations jaunâtres, diarrhée verte à peu près continuelle, ictère léger, face pâle, altérée, amaigrissement, affaissement, stupeur; enfin, à la période terminale, ascension constante de la température, respiration irrégulière et extrêmement fréquente; puis *les vomissements verdâtres* font leur apparition par le nez et la bouche, le faciès est grippé, la stupeur augmente, la langue se sèche; il y a des mouvements convulsifs. L'enfant succombe ordinairement avec une chaleur de 41° ou 42°, quelquefois, cependant, avec une température basse.

Lorsque c'est *l'érysipèle* qui se montre, il peut avoir des sièges très différents; mais, le plus habituellement, c'est autour de l'ombilic, ou bien au niveau d'une éraillure d'une contusion de la peau produite par le forceps, qu'il apparaît. Il se complique fréquemment de phlegmon. Le phlegmon périombilical est la variété la plus ordinairement observée.

La *phlébite aiguë* seule siège ordinairement dans la veine ombilicale; elle ne peut se diagnostiquer que bien difficilement et par exclusion; la somnolence prolongée, l'établissement de la fièvre, l'amaigrissement, les mouvements convulsifs, la stupeur, tels sont les symptômes principaux, assez vagues, on le voit, qu'on observe. On soupçonnera surtout la phlébite par l'absence des vomissements, le défaut du ballonnement



du ventre qui reste indolore, le manque de signes thoraciques ou méningés, etc.

La forme de *méningite seule* est rare. Quinquaud l'a observée deux fois en pleine épidémie d'infection puerpérale. L'élévation de la température, les convulsions, surtout dans les muscles de face, le strabisme, les alternatives d'agitation et de prostration, le coma enfin, sont les signes qu'il a notés principalement.

La *pleurésie seule* a aussi été vue deux fois par le même auteur : ici, la fréquence de la respiration, la fièvre, et par-dessus tout, le souffle pleural, l'abaissement du murmure respiratoire, de la matité donnée par la percussion, ont permis de faire le diagnostic.

L'*infection purulente* se traduit par des phénomènes infectieux assez vagues d'abord, diarrhée verte, muguet, fièvre, prostration ; puis, une articulation se gonfle et devient douloureuse au toucher ; plusieurs jointures peuvent se prendre ainsi ; des abcès apparaissent, sous-cutanés, intermusculaires, etc. ; on peut constater aussi un épanchement pleurétique. Alors, le doute n'est plus possible. Il y a en même temps de l'ictère, de l'amaigrissement ; puis surviennent la torpeur et le coma final.

La *gangrène* survenant épidémiquement chez les nouveau-nés a été observée par H. Bergeron, Lorain, M. Quinquaud. Ce dernier a vu quatre cas de gangrènes disséminées, coïncidant avec deux gangrènes ombilicales. C'est aux extrémités (Lorain), à la vulve, aux aines, derrière les oreilles, que les plaques de gangrène se voient ordinairement. Le processus local n'offre rien de spécial, le plus souvent, les enfants succombent profondément amaigris.

Toutes ces formes diverses du puerpérisme infectieux sont loin de se montrer, aussi nettes, aussi tranchées, dans toutes les épidémies. Il faut bien dire que le diagnostic différentiel sera souvent difficile, plusieurs lésions existant d'ordinaire simultanément.



## RÉSUMÉ

Nous devons maintenant nous résumer et jeter un coup d'œil sur l'ensemble de tous les faits que nous avons passés en revue dans notre travail.

Nous avons essayé de décrire les épidémies puerpérales sous leurs aspects différents, de montrer les formes qu'elles peuvent prendre, grâce à la prédominance de tels symptômes, et nous avons dû adopter une classification et une division très artificielles, nous en convenons.

Dans un certain nombre d'épidémies, les formes que nous avons indiquées ont été bien nettement vues et reconnues par les auteurs qui nous les ont relatées, et c'est là, surtout, ce qui nous autorisait à les décrire.

Mais il nous faut insister sur ce fait, qu'il est rare de voir une épidémie avec des caractères absolument nets, absolument tranchés. Si l'on peut observer, par exemple, une épidémie où il n'y a que des péritonites, une autre où il n'y a que des pleurésies, souvent aussi il y a coïncidence de plusieurs formes, et ce qu'on observe alors, ce sont des femmes atteintes, les unes de péritonite, les autres de pleurésie, de phlébite, de septicémie aiguë, etc., dans le cours de *la même épidémie*.

De pareils faits échappent à toute description. Nous ne nous dissimulons pas que nous avons été fatalement incomplet et qu'un certain nombre de particularités épidémiques



ont dû rester dans l'ombre. Mais pour être complet il nous aurait fallu prendre l'histoire détaillée de toutes les épidémies puerpérales qui ont été observées et décrites ; il nous aurait fallu faire la critique de toutes les épidémies anciennes, et chercher, par une analyse minutieuse, à élucider, à l'aide de nos connaissances actuelles, des faits mal décrits ou mal interprétés ; il nous aurait fallu enfin passer en revue toutes les épidémies, modernes, grandes ou petites, violentes ou légères, les suivre, depuis leur apparition dans leur mode de développement, dans leurs symptômes, leurs formes cliniques, leur marche et leur terminaison.

Ce travail de géant eût été au-dessus de nos forces ; mais il n'aurait eu, du moins nous le croyons fermement, qu'un intérêt purement historique. Nous sommes aujourd'hui suffisamment renseignés sur l'aspect protéiforme, sur les manifestations multiples de l'infection puerpérale, pour comprendre ce qui se passe en temps d'épidémie.

Aussi, nous sommes-nous borné à esquisser rapidement quelques-unes des épidémies qui ont régné sur les femmes en couches, et en avons-nous dégagé les formes les plus nettes qu'il nous a semblé possible d'établir.

Deux faits d'une haute importance ressortent pour nous de cette étude.

D'une part, nous voyons les femmes accouchées, lorsqu'elles sont atteintes de ce qu'on appelait autrefois la fièvre puerpérale, présenter des phénomènes nombreux et d'aspect divers ; mais la doctrine actuelle de la septicémie puerpérale nous rend compte de ces variétés ; c'est un empoisonnement dont le degré, mesuré sans doute par l'absorption d'une dose variable du principe septique, quel qu'il soit, nous explique la prédominance, en tel cas, de symptômes locaux ; en tel autre, de phénomènes généraux.

D'autre part, nous voyons que plusieurs femmes sont frappées à la fois, c'est-à-dire qu'une épidémie règne sur elles.



Mais pourquoi, dans certaines épidémies l'infection se fait-elle toujours de même, se localisant dans le même organe chez toutes les malades? Pourquoi dans d'autres, cette même infection détermine-t-elle des accidents différents suivant les femmes? Nous faut-il donc, aujourd'hui encore, invoquer le génie épidémique? Mais ne vaut-il pas mieux penser que les théories parasitaires, qui s'affirment chaque jour davantage, nous donneront, dans l'avenir, la clef de tous ces mystères?

Et d'ailleurs la question du développement des épidémies n'a-t-elle pas fait un immense pas en avant, du jour où la contagion a été démontrée? Ainsi que nous l'avons déjà dit dans notre introduction, les épidémies puerpérales deviennent de plus en plus rares, et cela, parce que les idées de contagion étant presque universellement admises aujourd'hui, la question de l'hygiène des services d'accouchements et des Maternités est entrée dans une voie nouvelle.

A la Maternité de Paris, en particulier, les réformes hygiéniques si instamment réclamées par M. Tarnier depuis 1858, ont donné de magnifiques résultats; et là où tant d'épidémies cruelles ont régné, là, où la mortalité s'est élevée, à de certains moments, jusqu'au chiffre effrayant de un décès pour cinq accouchements, la moyenne des décès a été, ainsi que l'a rappelé M. Tarnier lui-même, dans un discours prononcé en 1882, à la Maternité, de 2,32 p. 100, de l'année de 1870 à 1881.

Et depuis, ce chiffre s'est notablement abaissé encore, car aux mesures hygiéniques générales, à l'isolement des femmes malades, aux précautions individuelles prises par les médecins, les élèves, les infirmières, est venue se joindre l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

Partout, l'emploi des mêmes moyens a produit d'excellents résultats; partout, la mortalité des femmes en couches a baissé considérablement.

Mais nous n'avons point à traiter ici de la vaste question de



la prophylaxie des accidents puerpéraux, et de l'application de la méthode antiseptique aux accouchements.

Nous n'avons voulu qu'indiquer les grands résultats obtenus, et en déduire, en terminant, la conclusion suivante : c'est qu'il ne doit plus se produire aujourd'hui d'épidémies puerpérales, et que, comme tous les grands faits qui tendent à disparaître, elles entrent chaque jour de plus en plus dans le domaine de l'histoire.