

pareil aussitôt qu'il est mouillé : on favorisera en même temps l'écoulement des lochies au moyen de fumigations dans le vagin, ou, encore mieux, avec des injections émollientes et légèrement narcotiques, faites avec une décoction de racines de guimauve et une tête de pavot. C'est surtout lorsque l'écoulement lochial se suspend avant ou après la révolution laiteuse, que ces moyens devront être mis en usage.

Après la fièvre de lait, si la langue est blanche, jaune ou verdâtre, la bouche amère et pâteuse, et s'il y a manque d'appétit, on prescrira avec avantage un léger purgatif, tel que la manne, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, le sulfate ou le phosphate de soude, et même le sulfate de potasse, qui, à tort ou à raison, jouit d'une ancienne réputation de purgatif *anti-laiteux*. Dans les cas où la langue est rouge et lancéolée, et quand il y a des signes non douteux d'une inflammation gastro-intestinale, l'action de ces purgatifs serait toujours nuisible; aussi doit-on alors les proscrire : de même qu'ils deviennent inutiles, si les forces et l'appétit se manifestent vite et franchement.

On doit défendre les autres prétendus anti-laiteux, tels que la pervenche, qui accélère le pouls et fatigue l'estomac : cependant, on pourra permettre la tisane de canne de Provence aux personnes qui lui accordent quelque confiance, car son action est à peu près insignifiante et inoffensive.

DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Cette inflammation du péritoine ne diffère des autres péritonites que par la circonstance de l'accouchement, à la suite duquel elle se développe.

Quoique la péritonite puerpérale ait dû exister de tout temps, elle avait été entièrement ignorée avant *Hippocrate*. Cet illustre observateur, dans son second livre des maladies des femmes, nous en a laissé une assez bonne description, qui nous prouve que les principaux symptômes de cette maladie ne lui avaient pas échappé, mais qu'il la regardait comme une affection aiguë de la matrice, déterminée par la suppression des lochies, ou par un accouchement laborieux. Cette opinion du vieillard de Cos fut reproduite par *Galien, Celse, Ætius, Arétée, Pouteau, Bosquillon et Lamothe*.

Chaussier, MM. Cayol, Chomel, Velpeau et plusieurs autres pensent, avec raison, que la péritonite puerpérale est souvent consécutive à la métrite. *Veikard, Horn*, d'après les principes de *Brown*, ont regardé cette affection, décrite par *Strother* et *Villis* sous la dénomination vague de *fièvre puerpérale*, comme étant essentiellement asthénique. *Vigaroux, Etmuller, Puzos, Levret*, et surtout *Doublet*, ayant observé que les lochies continuaient quelquefois à couler, tandis que la sécrétion du lait était, suivant

eux, constamment supprimée, ne voyaient dans la péritonite qu'une métastase laiteuse concentrée dans la cavité abdominale. *Michaelis* a cherché à prouver, dans un Mémoire publié au commencement de ce siècle, que la cause et la gravité de cette affection dépendaient uniquement, chez les femmes nouvellement accouchées, de l'accumulation du principe laiteux dans la masse du sang.

Il n'est plus douteux aujourd'hui que presque tous les cas désignés par les auteurs sous le nom de fièvre puerpérale, d'inflammation du bas-ventre, de métastase des lochies ou du lait dans la cavité abdominale, n'aient été de véritables péritonites puerpérales, dénomination sous laquelle les médecins modernes désignent l'inflammation du péritoine qui survient à la suite de l'accouchement.

Un très-grand nombre d'observations tendent à prouver que si cette affection est souvent simple, dans un grand nombre de cas elle est compliquée de métrite ou de phlébite utérine : c'est-à-dire que l'inflammation péritonéale est secondaire, et n'a lieu que par contiguité ou par continuité. Nous ferons connaître plus tard les moyens de distinguer la péritonite simple de la métrite-péritonite.

Les causes de la péritonite puerpérale doivent être divisées en prédisposantes et en déterminantes ; parmi les premières, on doit ranger, pendant la grossesse, des écarts de régime, la vie sédentaire, les chagrins domestiques, une nourriture trop excitante

ou de mauvaise qualité ; l'habitation prolongée dans des maisons obscures, humides, froides, où l'air circule mal ; l'abus du coït ; enfin, un tempérament pléthorique, ou bien une grande mobilité du système vasculaire ; une constitution grêle, affaiblie et facile à ébranler, sont aussi regardés comme étant des causes prédisposantes de la maladie qui nous occupe.

Aux causes déterminantes il faut rapporter les contractions énergiques des muscles de l'abdomen pour expulser l'enfant, l'action du froid, le tamponnement employé pour arrêter une hémorrhagie après l'accouchement ; un travail long et pénible, une confiance extrême inspirée par une heureuse délivrance ; le séjour trop prolongé des lochies dans la matrice ; un libre accès ou des entretiens trop prompts et trop suivis après la parturition ; l'imprudence de se lever trop vite de son lit, et surtout de se livrer à quelque exercice avant que l'organe gestateur ait repris sa position et son volume ordinaire ; les impressions morales trop vives, et rendues plus dangereuses par le surcroît de sensibilité de l'accouchée ; la suppression trop brusque de quelque évacuation, comme la transpiration insensible, l'écoulement des lochies et du lait ; le froid sur toute l'habitude du corps, principalement sur les seins, sur la vulve et les membres abdominaux. Il est bon d'ajouter que l'impression du froid humide est une des causes les plus fréquentes, et que, d'après des observations publiées par *Delaroche*, il meurt plus

de femmes en couches pendant l'hiver que dans les saisons chaudes. *Savary* assure que la péritonite puerpérale est très-rare en Égypte, et le docteur *Salles* dit ne l'avoir pas observée une seule fois dans l'Amérique du Sud, où il est resté près de trois ans.

La péritonite puerpérale devient quelquefois épidémique dans les hôpitaux destinés aux femmes en couche. Quoique les causes qui la produisent soient à peu près inconnues, elles semblent être tout à fait locales et tenir à l'influence atmosphérique d'un air vicié, car elles ne s'étendent pas ordinairement dans la même ville, ni sur les femmes qui habitent des maisons particulières, où qui sont dans d'autres hôpitaux. Plusieurs épidémies de ce genre se sont montrées à Paris, à l'Hôtel-Dieu, dans la maison d'accouchement, et depuis peu dans l'hôpital dit de l'École. *Broussais* dit avoir rencontré la péritonite endémique dans certaines parties de la Hollande et de la Belgique.

Les symptômes de la péritonite puerpérale sont à peu près les mêmes que ceux des autres péritonites; car ils n'en diffèrent que par la suppression du lait et des lochies, quoique cependant ce phénomène pathognomonique ne soit pas constant et puisse avoir lieu dans d'autres maladies survenues peu de temps après l'accouchement. En effet, les lochies peuvent continuer à couler avec abondance, et nous avons vu, ainsi que *White*, *Leake*, *Chaussier*, *Dubois*, *De-*

neux et quelques autres, les seins rester gonflés et pleins de lait jusqu'à la mort.

L'invasion de la péritonite a lieu ordinairement du deuxième au cinquième jour après l'accouchement; elle peut cependant se montrer beaucoup plus tard, le dixième, le quinzième ou le vingtième jour. *Pinel* dit même qu'une nourrice en fut atteinte au bout de treize mois. Il peut arriver, au contraire, que cette affection se manifeste aussitôt après la délivrance; nous avons vu une femme qui était accouchée de deux jumeaux, chez laquelle les premiers symptômes de cette maladie s'étaient déclarés plusieurs heures avant le commencement du travail. Quoiqu'il en soit, la péritonite puerpérale s'annonce par un sentiment général de lassitude, de malaise et de faiblesse; par la céphalalgie, des horripilations vagues, *des frissons intermittents*, accompagnés de tremblement et d'engourdissement des membres, et suivis de cette chaleur brûlante et interne qui a presque toujours lieu dans les inflammations des séreuses. Bientôt il survient des douleurs abdominales plus ou moins aiguës sur un ou plusieurs points du ventre, qui ne peut alors supporter la plus légère pression; la malade compare ses douleurs à un sentiment de torsion, de brûlure et de déchirement qui est augmenté par les secousses, la toux, le hoquet, l'éternement, et surtout par les vomissements et tous les mouvements qui déplacent le péritoine. Les ma-

lades couchées sur le dos, désirent avoir la tête élevée, et par une sorte d'instinct fléchissent les cuisses sur le bassin, pour mettre toutes les forces musculaires dans le relâchement. Toutes ces douleurs sont accompagnées de chaleur ardente, de soif excessive, de céphalalgie, de cris perçants et entrecoupés; la respiration est courte, laborieuse, plaintive, costale, incomplète; les hoquets sont inévitables si la portion du péritoine qui se déploie sur le diaphragme est enflammée; il y a moiteur et plus souvent sécheresse de la peau; tous ces symptômes coïncident avec la diarrhée ou la constipation, des vomissements, le météorisme, la tuméfaction et la tension plus ou moins considérable du ventre, et souvent avec un resserrement de l'anus. La face, qui est décomposée, pâle, abattue, se couvre d'une sueur froide et porte toujours l'empreinte de la souffrance. Tous les traits, tirés en haut et ramenés vers la ligne médiane, donnent le véritable type du *facies* désigné sous le nom de *face grippée*. Les lochies se suppriment ou sont moins abondantes, et les mamelles flasques et quelquefois douloureuses ne contiennent que peu ou point de lait; le pouls est petit, serré, fréquent, concentré et souvent irrégulier et intermittent; cependant, dans quelques cas rares, la circulation n'est presque pas troublée et ne s'accélère qu'aux approches de la mort. Les urines sont rouges, épaisses, peu abondantes, et sont rendues avec cuisson et douleur; la membrane pituitaire est sèche et

noirâtre; la langue devenue fuligineuse, pointue, tremblante et fendillée, perd ses caractères de forme et de couleur. Les facultés intellectuelles restent souvent intactes jusqu'à la mort; mais presque toujours on observe chez les malades un sentiment de consternation, de découragement et de morosité, et quelquefois du délire, de l'agitation extrême, des convulsions et des soubresauts dans les tendons. Enfin les yeux, dont souvent la membrane muqueuse est sèche et brunâtre et dont la pupille se dilate peu à peu, présentent dans certains cas l'aspect de la mort, et restent tantôt immobiles, tantôt portés vers les paupières supérieures. Il est bon d'ajouter que si tous ces symptômes pris isolément ne sauraient caractériser la péritonite, le médecin ne doit baser son jugement que sur leur ensemble et ne jamais oublier ce précepte du père de la médecine : *Non ex uno signo, sed ex concursu omnium.*

La marche et la terminaison de la péritonite puerpérale n'offrent rien de constant; cependant elle parcourt le plus souvent ses périodes avec rapidité, et dans quelques cas elle est tellement intense, qu'elle emporte les malades en deux ou trois jours. Nous devons dire néanmoins qu'elle se prolonge ordinairement depuis cinq jusqu'à dix ou douze jours, mais qu'on l'a vue dans certaines circonstances, se prolonger au delà du quatorzième jour. Cette affection peut se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène ou en passant à l'état chronique.

La terminaison par résolution qui est la plus rare, la plus heureuse, et qu'on doit par conséquent toujours s'efforcer d'obtenir, s'annonce du quatrième au sixième jour, par la diminution des douleurs et des autres symptômes; par la souplesse, la lenteur et le développement du pouls, par le rétablissement de l'écoulement des lochies et de la sécrétion du lait, et par la facilité qu'a la malade de se coucher sur le dos et sur les côtés.

La terminaison par suppuration, qui est une des plus fréquentes et malheureusement trop souvent funeste, a lieu lorsque la douleur et la tension du ventre diminuent, lorsque le pouls toujours fréquent prend de la souplesse, lorsque la malade éprouve de légers frissons irréguliers avec refroidissement des membres, enfin quand il y a de la pesanteur dans l'hypogastre. Il ne reste aucun doute sur la présence du liquide, toutes les fois qu'il se fait jour au dehors ou qu'on peut en apercevoir la fluctuation à travers les parois abdominales.

La terminaison par gangrène, qui est la plus rare et qui entraîne toujours la mort des malades, peut être soupçonnée, si le sentiment s'émousse, si les douleurs cessent brusquement, si le ventre s'affaisse quoique les évacuations supprimées ne se rétablissent pas, enfin si un sentiment de froid remplace la chaleur brûlante, en même temps que le pouls devient faible, intermittent, et que les traits du visage s'altèrent davantage. Il survient des vomissements, du délire,

les sphincters se relâchent et laissent alors échapper des matières d'une fétidité insupportable, et il survient un calme trompeur au milieu duquel la malade expire.

Si la péritonite cesse de s'aggraver, mais se prolonge au-delà du terme ordinaire, elle passe à l'état chronique. C'est une sorte de terminaison imparfaite que l'on reconnaît aux phénomènes suivants: le ventre reste douloureux au toucher, et un peu plus saillant, ou se ballonne de plus en plus. Quelquefois il y a des intervalles de calme qui font croire à la guérison. Les douleurs, les nausées, les vomissements reparaisent de temps en temps; le dépérissement et la maigreur deviennent extrêmes; plus tard il s'établit un dévoisement coliquatif, une fièvre lente continue, avec consommation et marasme, l'épanchement augmente, et la malade s'éteint insensiblement. Enfin, dans certains cas il se développe une hydropisie qui devient souvent générale, et quelquefois, vers la fin, la maladie s'exaspère et revêt de nouveau un caractère aigu.

Nous devons dire aussi que la péritonite chronique peut se manifester après l'accouchement sans être précédée de symptômes aigus; dans ce cas, elle se développe d'une manière lente et insensiblement, le ventre n'est douloureux qu'à la pression ou s'il est ébranlé par une vive secousse. Cependant, dans certaines circonstances, les malades éprouvent une douleur fixe et accompagnée de chaleur, d'élévation

et de fréquence du pouls, surtout le soir; enfin de dyspnée et de toux, principalement lorsqu'elles sont dans une position horizontale. Quand il en est ainsi, on doit soupçonner un commencement d'épanchement dans le bas-ventre.

Le *diagnostic* de la péritonite puerpérale est sans contredit le point le plus important de son histoire. On distinguera cette maladie de la métrite, en ce que dans cette dernière affection la douleur est obtuse, gravative et limitée dans un petit espace de la région hypogastrique. Lorsqu'il en est d'abord ainsi, mais que plus tard la douleur s'étend sur toute l'étendue du ventre, la métrite est compliquée de péritonite; l'intérieur du vagin donne au doigt, comme dans la métrite, la sensation d'une chaleur âcre et brûlante, le museau de tanche est gonflé, tendu, très-sensible. On distingue aussi la péritonite de la phlébite utérine qui la complique souvent, à l'acuité des douleurs et à leur extension dans toute la cavité abdominale. L'œdématisation des membres abdominaux et surtout le développement plus considérable des veines extérieures et superficielles des parois abdominales, sont des signes qui caractérisent le mieux la phlébite utérine.

Le *pronostic* de la péritonite puerpérale laisse ordinairement peu d'espérance; toutefois, malgré les dangers auxquels elle expose les malades, il peut être favorable, lorsque le volume du ventre diminue, lorsque les lochies reparaisent, lorsque la sécrétion du lait se rétablit, enfin lorsqu'une partie des symptômes

manquent, que la douleur est moins vive, peu étendue, et que le pouls perd de sa fréquence. Engénéral la maladie est d'autant plus dangereuse que l'inflammation s'étend davantage, et que son développement se rapproche plus du moment de l'accouchement. Elle est constamment mortelle lorsqu'elle se déclare avant les premières douleurs de l'enfantement et particulièrement si la femme a une grossesse double. Le pronostic est aussi en général favorable, si l'affection ne présente aucun phénomène sympathique remarquable, car une médication prompte et énergique arrête le plus souvent ses progrès. Quoi qu'il en soit, il est difficile de porter un pronostic un peu certain avant le cinquième, le huitième ou le dixième jour de la maladie, puisqu'on ne peut pas avant cette époque reconnaître la marche qu'elle doit suivre, et la terminaison qu'elle doit avoir. Quant au pronostic de la péritonite chronique, il est toujours fâcheux, à cause des désorganisations qu'elle détermine: cependant il existe des observations qui prouvent qu'elle peut guérir; mais alors, sa chronicité a été reconnue de bonne heure et de plus elle est simple, sans complication est sans épanchement considérable; et s'il existe de la fièvre, elle ne s'accompagne pas de phénomènes hétiques.

Les *caractères anatomiques* de la péritonite puerpérale sont les suivants: lorsque la femme a succombé à cette affection suraiguë et tellement intense qu'elle a enlevé la malade en trente-six ou quarante-huit

heures, ce qui est rare. la séreuse ne présente souvent presque aucune trace d'altération, soit dans sa couleur, soit dans son organisation : le péritoine peut même paraître tout à fait intact ou du moins n'offrir qu'un peu de rougeur et de sécheresse. Mais lorsque la mort a été moins subite, moins prompte, c'est-à-dire n'a eu lieu que du troisième au cinquième jour, les intestins sont rétractés sur eux-mêmes ; les vaisseaux qui rampent sur le péritoine sont rouges, et injectés surtout aux points où l'inflammation a été plus vive. On rencontre quelquefois de fausses membranes, non organisées, de petits abcès et des amas de sérosité dans les tissus de la matrice, les ligaments larges, les trompes, les ovaires. Souvent aussi, la couche celluleuse qui unit le péritoine aux parois abdominales et aux viscères est distendue par un fluide gélatineux et une sérosité limpide, trouble ou rougeâtre, plus ou moins abondante, de manière à isoler tout à fait la séreuse. Enfin, dans quelques cas, on trouve des collections lactiformes dans lesquelles nagent des flocons blanchâtres qui ressemblent à du petit lait non clarifié. C'est même la couleur et l'aspect laiteux de ce liquide qui ont fait tomber dans une grave erreur, *Willis, Puzos, Levret, Doublet* et quelques autres, qui regardaient ces collections comme étant le résultat d'une déviation et d'une métastase laiteuse dans la cavité péritonéale. Ils faisaient venir de la même source les urines lactescentes et les matières blanchâtres que plu-

sieurs femmes affectées de péritonite rendent par les selles.

Dans la péritonite chronique, la membrane injectée est plus épaisse, et parsemée de granulations blanchâtres ; les intestins sont comme agglutinés et réunis en bloc, et l'on trouve entre les feuillets du péritoine un fluide jaunâtre, trouble, purulent, verdâtre, et tenant de fausses membranes en suspension. Enfin dans quelques cas la membrane péritonéale a un aspect lardacé, cancéreux, et souvent le tissu interpéritonéal de l'épiploon est le siège d'ulcérations plus ou moins nombreuses.

Le traitement prophylactique de la péritonite consiste à soustraire les femmes nouvellement accouchées à l'influence des causes qui peuvent la produire. Ainsi on devra soumettre à une diète sévère celles qui n'ont pas le bonheur de nourrir leur enfant ; on évitera autant que possible les visites, le froid, la chaleur excessive, le bruit, les odeurs, et l'on tâchera d'éloigner les émotions vives de l'âme qui font une impression d'autant plus funeste aux femmes en couche que leur mobilité nerveuse est alors de beaucoup augmentée. Enfin, en conseillant aux femmes d'allaiter leur enfant, on prévient souvent la maladie.

Le traitement curatif de cette affection aiguë doit être d'autant plus prompt, énergique et habilement conduit, qu'elle a des symptômes formidables,