

mer séparément, on peut néanmoins avancer que ce fut Bichat qui, le premier, isola cette affection, et en fit une maladie aussi distincte de l'entérite et de la gastrite que la pleurésie l'est de la pneumonie. Les recherches pathologiques de Gasc (thèse de 1802), celles de Laënnec, insérées la même année dans le *Journal de Corvisart*, ne tardèrent pas à confirmer les opinions de notre grand physiologiste : dès lors la péritonite trouva sa place distincte dans le cadre nosologique, et devint l'objet de travaux très-importants, que nous devons surtout à Broussais⁽¹⁾, à M. Andral⁽²⁾, à Chomel⁽³⁾, à M. Scoutetten⁽⁴⁾. (Voyez plus bas, *Péritonite puerpérale*.)

Divisions. — On doit distinguer plusieurs espèces de péritonites : l'une, que nous nommerons *spontanée* ou *primitive*, et qui survient chez l'homme ou bien chez la femme hors de l'état puerpéral, sous l'influence des causes qui président au développement des autres phlegmasies ; nous nommerons la deuxième espèce *symptomatique* ou *consécutives*, parce qu'elle se déclare consécutivement à quelque lésion des viscères abdominaux, et notamment après une perforation d'un des organes creux contenus dans le ventre ; la troisième espèce est la péritonite dite *puerpérale*, parce qu'elle affecte les femmes récemment accouchées ; enfin nous décrirons une péritonite *chronique*. Dans chacune de ces quatre espèces, la phlegmasie peut être *générale*, c'est-à-dire envahir tout le péritoine ; ou bien être *partielle*, ou limitée à un point plus ou moins circonscrit de la membrane séreuse.

De la péritonite aiguë simple, ou primitive.

L'observation journalière nous a démontré que la péritonite spontanée ou primitive est une affection excessivement rare ; c'est à peine en effet si dans le cours d'une année entière on en rencontre un ou deux exemples dans le service le plus actif d'un hôpital ; la pratique de Chomel, celle de M. Louis confirment pleinement cette opinion.

Caractères anatomiques. — On a dit que lorsque les malades succombaient à une époque très-voisine du début, comme douze ou vingt-quatre heures, on trouvait le péritoine seulement injecté, rouge, sec ou poisseux au toucher. Cependant cette sécheresse, ou plutôt cet état poisseux est dû à la sécrétion d'une matière morbide, d'un produit albumino-fibrineux, qui ôte à la séreuse son poli, et fait bientôt adhérer entre elles les circonvolutions intestinales. Cette sécrétion, qui constitue le principal caractère anatomique de la péritonite, est d'autant plus marquée, le nombre des circonvolutions intestinales qui adhèrent entre elles et avec les parois abdominales est d'autant plus considérable, que la mort est survenue à une époque un peu plus éloignée du début. Si la péritonite a duré deux ou trois jours, on trouve en outre, épanchés dans le péritoine, de 100 à 500 grammes et plus d'un liquide séro-purulent mêlé à une plus ou moins grande quantité de flocons blancs, ou bien jaunes ou verdâtres. Dans quelques cas rares, l'épanchement liquide est formé par du sang pur qui a été exhalé ; car on ne trouve, pour expliquer sa présence, aucune lésion appréciable des vaisseaux. Le péritoine enflammé ne subit aucune grave altération de nutrition : on ne le trouve jamais ni ulcéré ni gangrené ; quelquefois il semble un peu friable, et il paraît se détacher plus facilement de la sur-

(1) *Phlegmasies chroniques*.

(2) *Clinique médicale*.

(3) *Dictionnaire de médecine*, art. PÉRITONITE.

(4) *Archives*, t. III, p. 497.

face des intestins, mais il n'est jamais épaissi. Lorsqu'on l'isole complètement des concrétions albumineuses qui se sont formées à sa surface, on constate qu'il n'a point perdu sa transparence ; si l'on en détache des lambeaux sans entraîner de tissu cellulaire, on peut se convaincre que l'injection l'a très-rarement pénétré, et que presque toujours la couleur rouge, qui semble lui être propre lorsqu'on l'examine en place, dépend de la congestion sanguine du réseau capillaire subjacent. Comme Ménière l'a démontré le premier, je crois, le péritoine enflammé subit un mouvement de retrait et fait subir au tube digestif, surtout à l'intestin grêle, un raccourcissement plus ou moins considérable ; celui-ci peut, en effet, avoir perdu le quart, le tiers ou la moitié de sa longueur : aussi semble-t-il plus épais, les valvules conniventes sont alors aussi nombreuses et presque aussi saillantes près de la valvule qu'elles le sont dans le jéjunum. Lorsque, au lieu d'avoir une issue funeste, la péritonite se termine par la guérison, les concrétions albumineuses subissent la même série de transformations que dans la pleurésie. Elles peuvent disparaître ou se transformer en filaments cellulaires, en fausses membranes, qui plus tard deviennent souvent la cause d'étranglements intestinaux.

Symptômes. Marche. Durée. Terminaisons. — Le début de la péritonite est souvent marqué par un frisson violent ; mais la douleur du ventre est presque toujours le premier et l'un des principaux symptômes de la maladie. Cette douleur, généralement bornée à un point de l'abdomen, comme l'ombilic, l'hypogastre, les hypochondres ou les flancs, est vive, pongitive, lancinante et très-superficielle ; les mouvements, les secousses de la toux, les efforts de vomissement ou ceux que nécessitent la miction et la défécation, une pression même très-moderée, l'exaspèrent toujours. Aussi voit-on les malades ne pouvoir supporter le poids des cataplasmes, des fomentations, et même celui des couvertures de leur lit, qu'on est alors obligé de tenir éloignées à l'aide de cerceaux : ce fait est pourtant très-exceptionnel, et l'on a tort de le considérer comme existant dans la plupart des phlegmasies aiguës du péritoine.

Dès le début de la maladie, on observe des troubles sympathiques très-variés : presque toujours il survient des vomissements formés le plus souvent d'un liquide bilieux, jaune ou verdâtre ; la figure, plus altérée qu'elle ne l'est dans la plupart des maladies aiguës, exprime la souffrance et l'anxiété ; le pouls, toujours fréquent, peut être dès le début petit et dur ; souvent aussi il offre, du moins momentanément, de l'ampleur et de la résistance. La respiration est fréquente, elle est courte, interrompue, non à cause d'une complication thoracique, mais à raison de l'acuité de la douleur du ventre, qui ne permet pas à l'inspiration d'agrandir suffisamment le diamètre vertical, et parfois aussi en partie à cause du météorisme. Si dans quelques cas, très-rares en effet, le ventre conserve son volume et sa forme, on le voit presque toujours, dès le premier ou deuxième jour, se tuméfier parfois d'une manière considérable, d'abord par un dégagement de gaz qui se fait dans l'intestin, plus tard par un épanchement d'un liquide séro-purulent dans le péritoine. Celui-ci est rarement assez abondant pour qu'on constate de la fluctuation à la partie inférieure de l'abdomen, surtout vers les fosses iliaques ; le son est seulement plus ou moins obscurci, tandis que partout ailleurs existe une sonorité tympanique exagérée. On comprend que la phlegmasie ayant eu pour effet de tapisser le péritoine d'un produit pseudo-membraneux, on puisse constater un bruit de frottement analogue à celui qu'on rencontre si communément dans la pleurésie et dans la péricardite. Cela peut arriver quelquefois, mais le frottement péritonéal est rare, et on ne le voit se produire que lorsqu'il existe certaines dispositions physiques dont je parlerai plus tard.

Lorsque la maladie s'aggrave, lorsqu'elle se généralise, le pouls, petit et faible, acquiert une fréquence qui atteint et dépasse 120 pulsations par minute; la face se grippe, les nausées sont presque continuelles et les vomissements plus rapprochés; il survient du hoquet; le malaise et l'anxiété sont extrêmes. Si la maladie continue ses progrès, le ventre se développe encore davantage par l'exagération simultanée du météorisme et de l'épanchement péritonéal; par contre, on voit en même temps la douleur diminuer ou même cesser tout à fait, et les individus éprouver un calme qui peut les illusionner, mais qui ne saurait tromper l'œil clairvoyant du médecin. Tout, d'ailleurs, révèle un péril plus grand et même prochain: la face est profondément altérée, les traits sont amaigris, les yeux excavés, bordés d'un cercle noirâtre; les lèvres sont violacées, la figure et les extrémités se refroidissent, se cyanosent et se couvrent d'une sueur visqueuse; la respiration s'accélère; il en est de même du pouls, devenu filiforme, irrégulier, et d'une fréquence telle, qu'il est souvent difficile de le compter; les liquides contenus dans l'estomac, au lieu d'être expulsés par les secousses du vomissement, sortent alors sans effort par un simple mouvement de régurgitation. C'est au milieu de ces symptômes si graves que la mort survient après une courte agonie, quelquefois précédée par un peu de délire ou de coma: la plupart conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment et meurent pour ainsi dire en parlant. La forme de péritonite que nous étudions actuellement est rarement mortelle avant la fin du cinquième ou du sixième jour.

Si la maladie a une heureuse issue, les vomissements cessent, la douleur diminue, le pouls perd peu à peu de sa fréquence; le ventre s'affaisse, la physiologie cesse d'être aussi altérée, puis l'épanchement se résorbe, les liquides épanchés dans le ventre sont résorbés. Dans quelques cas très-rare on a vu les fluides se frayer une issue à travers les parois abdominales ou dans les intestins. Cette terminaison, presque inconnue dans les péritonites généralisées, a été quelquefois observée dans celles qui sont partielles, surtout lorsqu'elles occupent l'excavation pelvienne. La convalescence suit une marche plus ou moins rapide. Les rechutes spontanées sont assez rares.

La péritonite guérie peut devenir cause de plusieurs incommodités, et parfois d'accidents qui compromettent la vie. Quelques malades restent sujets pendant longtemps à des douleurs ou à des tiraillements dans le ventre, qui augmentent dans certaines positions du tronc, gênent les mouvements et les digestions, ce qui dépend presque toujours des adhérences qui se sont établies: on dit que ces incommodités ont pu persister pendant toute la vie. Il n'en est rien pourtant dans l'immense majorité des cas, soit que les fausses membranes se résorbent sur place, soit que, en raison de la mobilité des anses intestinales, elles s'allongent assez pour ne plus gêner aucun mouvement. Il est vraiment remarquable de voir avec quelle rapidité disparaissent les fausses membranes que l'inflammation du péritoine a accumulées dans sa cavité. J'ai vu celles-ci formant des tumeurs nombreuses du volume du doigt s'amoinrir peu à peu, puis disparaître, du moins sans laisser de trace appréciable à la palpation de l'abdomen. Cependant, dans beaucoup de cas, il reste pour accuser une péritonite antérieure des brides plus ou moins longues, plus ou moins étendues, qui le plus souvent ne troublent en rien les fonctions des organes abdominaux, mais qui, à un moment donné et sans cause appréciable, peuvent être l'occasion d'un accident formidable, l'étranglement interne. (Voyez tome II, article *Iléus*.) D'autre part, madame Boivin a prouvé que les adhérences qui existent entre l'utérus et les parties voisines sont souvent cause d'avortement, en raison de l'obstacle qu'elles apportent au libre développement de l'organe pen-

dant la gestation; enfin, M. Mercier, reproduisant une idée de Walter, a établi que la péritonite pouvait devenir une cause de stérilité lorsqu'elle avait produit une adhérence du pavillon de la trompe. Ce n'est que dans quelques cas excessivement rares que la péritonite passe de l'état aigu à la chronicité.

Variétés. — La plupart des auteurs ont admis des péritonites *bilieuse, ataxique et adynamique*, suivant la prédominance des symptômes gastriques ou bilieux, et des accidents dits ataxiques et adynamiques; mais il n'y a rien qui soit plus spécial à la péritonite qu'à la plupart des autres phlegmasies; peut-être même sont-ils moins communs dans l'inflammation simple du péritoine que dans les autres. Quoi qu'il en soit, la complication bilieuse se reconnaît à l'amertume de la bouche, aux vomissements de bile, à la suffusion ictérique de la face. La forme ataxique est remarquable surtout par la prédominance du délire, par les soubresauts des tendons; enfin, dans la forme adynamique, on observe la prostration extrême des forces, la langue sèche et noire, un état semi-comateux. Ces formes, rares dans la péritonite ordinaire, se remarquent surtout dans les péritonites puerpérales.

Péritonites partielles. — Au lieu d'envahir tout le péritoine, l'inflammation n'occupe souvent qu'une portion circonscrite de cette membrane: on dit alors que la péritonite est *partielle*. Celle-ci se rencontre surtout dans l'excavation pelvienne et aux hypochondres. Elle est caractérisée, comme celle qui est générale, par une douleur vive plus ou moins circonscrite, et par les autres symptômes de la maladie, tels que fièvre, hoquet, nausées et vomissements; mais les troubles fonctionnels sont moins graves que dans les cas où la phlegmasie envahit la totalité ou la plus grande partie de la séreuse. Ce n'est guère que dans les péritonites locales qu'on constate quelquefois le bruit de frottement précédemment indiqué. Ce phénomène que Després, ancien chirurgien de Bicêtre, a signalé le premier en 1833, se produit surtout lorsque l'inflammation s'est développée au niveau d'un organe ou d'une tumeur solide, comme le foie, la rate ou un kyste de l'ovaire; on conçoit aisément qu'en raison de la résistance que ces surfaces opposent, le frottement doive être beaucoup plus énergique. Il n'en est pas de même lorsque la phlegmasie occupe des surfaces mobiles et dépressibles, comme le sont les intestins, qui, se déplaçant facilement, n'offrent pas à la paroi abdominale une résistance suffisante pour que les fausses membranes qui tapissent les deux surfaces opposées donnent le frottement caractéristique. Celui-ci n'est pas seulement perçu en appliquant l'oreille, on le sent mieux encore par la palpation; il donne au doigt une sensation analogue à celle qu'on a lorsqu'on froisse de l'amidon ou de la neige.

Dans la péritonite partielle, on voit en outre se développer des symptômes particuliers, suivant la portion du péritoine qui est enflammée. Lorsque la phlegmasie atteint la séreuse qui tapisse la face inférieure du diaphragme, ou bien le péritoine qui recouvre les faces convexe et concave du foie, on voit survenir une teinte ictérique sans que pour cela le foie soit lui-même visiblement altéré. On dirait que, par suite du voisinage de la phlegmasie, l'organe hépatique a sécrété plus de bile que de coutume. La péritonite qui atteint la surface vésicale est souvent remarquable aussi par la dysurie, par des envies plus fréquentes d'uriner, et par des douleurs qui deviennent plus vives pendant la miction.

La péritonite partielle a le plus souvent peut-être une heureuse issue: cependant nous avons vu plusieurs fois l'inflammation bornée à l'excavation pelvienne se terminer par la mort. C'est surtout dans cette variété de la maladie

qu'on a vu l'épanchement abdominal se circonscire et se vider par l'intestin ou à travers les parois abdominales, comme P. Frank l'a observé.

C'est spécialement aussi dans la péritonite partielle qu'on observe des adhérences persistantes et plus ou moins intimes, entre les divers viscères, ou entre les viscères et les parois; c'est ce qu'on voit surtout pour la péritonite de l'excavation pelvienne, et pour celle qui occupe la face convexe du foie.

Diagnostic. — Une douleur vive du ventre, superficielle et augmentant par la pression, des vomissements, de la fièvre, un pouls fréquent et presque toujours petit et concentré, ainsi que l'altération profonde des traits, établissent une différence essentielle entre la péritonite générale et le rhumatisme des parois abdominales, qui n'a d'autre ressemblance avec l'inflammation du péritoine que celle que lui donne une sensibilité excessive du ventre s'aggravant à la plus légère pression ainsi que par les mouvements du tronc. Ces mêmes symptômes différencient la péritonite des coliques nerveuses, car dans celles-ci la douleur, que la pression calme le plus souvent, revient par accès et ne s'accompagne pas de fièvre; souvent même le pouls reste aussi calme qu'il l'était dans l'état de santé.

La péritonite partielle, suivant le point où elle siège, pourrait simuler une gastrite, une entérite, une hépatite, une cystite, une métrite; mais dans ces dernières affections, la douleur est moins vive et moins superficielle que dans la péritonite, et l'on observe, en outre, des troubles fonctionnels spéciaux. Enfin l'exploration des parties fournira des renseignements utiles; c'est ce qui a lieu surtout pour la métrite, dans laquelle le toucher rectal fera constater une augmentation dans le volume de l'organe. Dans la cystite, les envies fréquentes d'uriner, la dysurie, un dépôt muqueux, floconneux ou purulent de l'urine, et lorsque la phlegmasie occupe spécialement le col, la distension de la vessie par ce liquide, seront des phénomènes caractéristiques. S'agit-il d'une gastrite, la soif, les douleurs et les vomissements pénibles excités par l'ingestion d'une boisson quelconque, permettront d'établir le diagnostic différentiel. Dans certains cas, cependant, celui-ci présente quelques difficultés, en raison surtout des phénomènes sympathiques que la péritonite excite du côté de l'estomac. Lorsque la péritonite diaphragmatique produit un ictère, on ne doit pas croire pour cela à l'existence d'une hépatite, si la réaction fébrile était très-forte, la chaleur très-vive, et si la palpation de l'hypochondre ne faisait point reconnaître une augmentation dans le volume du foie. Le phlegmon diffus des parois du ventre pourrait aussi simuler une péritonite; mais la dureté du ventre, le siège superficiel de la douleur, l'absence de troubles sympathiques, permettront d'éviter toute confusion.

Le diagnostic de la péritonite une fois établi, il faut le compléter en déterminant si la maladie est primitive, ou si, comme cela a lieu presque toujours, elle est consécutive à quelque lésion récente ou ancienne des organes abdominaux. Pour résoudre ce problème, on aura égard à l'état de santé antérieur, à la manière dont la péritonite a débuté et à la marche qu'elle suit. (Voyez plus bas, *Péritonite symptomatique.*)

Il est inutile de dire que, chez les nouveau-nés, la péritonite se révèle par les mêmes symptômes que chez l'adulte. On a noté, en effet, chez eux, la tension et la sensibilité du ventre, les vomissements verts, la constipation, la respiration fréquente, le pouls petit, accéléré; la face exprime la souffrance, et la mort arrive en deux ou quatre jours.

La péritonite du nouveau-né est souvent méconnue, parce qu'on explore les enfants d'une manière incomplète, et souvent aussi parce que, la péritonite écla-

tant dans le cours de diverses maladies, celles-ci, plus évidentes, détournent l'attention et masquent la première.

Pronostic. — La péritonite est une maladie toujours très-sérieuse. Son pronostic sera subordonné à la gravité des symptômes généraux et à l'étendue de la maladie. Celle qui est générale est presque nécessairement mortelle. Elle est fort grave, surtout chez les nouveau-nés; quelques faits, néanmoins, portent à penser qu'elle est curable non-seulement chez eux, mais même lorsqu'elle se développe pendant la vie intra-utérine.

Étiologie. — La péritonite spontanée, primitive, peut être observée à tous les âges de la vie. Des faits nombreux, recueillis surtout par Dugès (1), par MM. Thore (2) et Lorain (3), en France, ainsi que ceux de Simpson (4), prouvent que la péritonite n'est pas rare pendant la vie intra-utérine, ainsi que chez les nouveau-nés. L'éminent professeur d'Édimbourg pense que la péritonite est une des causes les plus fréquentes de la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse; il lui a paru, en outre, que la phlegmasie du péritoine était plus commune chez les enfants appartenant à des mères syphilitiques. De même que chez l'adulte, ces péritonites sont souvent consécutives à la lésion d'un viscère, comme le foie, la vessie, les intestins, etc. Rien ne prouve encore que les péritonites soient plus souvent primitives chez le fœtus ou l'enfant que dans les âges suivants. Mais si, chez le nouveau-né, l'inflammation péritonéale n'est pas toujours symptomatique de la lésion d'un viscère abdominal, très-souvent, ainsi que cela résulte des observations de M. Thore, elle arrive comme affection secondaire dans le cours de diverses maladies, notamment dans la pneumonie, dans le muguet, et surtout dans les érysipèles des parois abdominales, que M. Thore a vus se compliquer de péritonite dans les deux tiers des cas. Enfin, d'après les observations récentes de M. Lorain, la péritonite qui atteint le nouveau-né et le fœtus surviendrait fréquemment sous l'influence des mêmes causes qui engendrent la péritonite des femmes récemment accouchées.

Nous ne savons absolument rien de positif sur les causes prédisposantes de la péritonite simple: presque toujours la maladie se déclare spontanément et sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. L'impression du froid, la contusion du ventre, la suppression d'une hémorrhagie, la métastase rhumatismale, sont les circonstances qui ont agi plus souvent comme causes déterminantes. On dit avoir vu plusieurs fois la péritonite régner épidémiquement, surtout dans les armées (Pujol). C'est là une assertion qu'on ne doit accepter qu'avec réserve. L'observation contemporaine ne l'a pas, que je sache, confirmée.

Traitement. — La péritonite exige l'emploi d'un traitement énergique. Lorsque la force du pouls le permet, on doit pratiquer une large saignée, qu'on répétera, si besoin est, une ou deux autres fois dans la première journée; en même temps le ventre sera couvert, dans les parties où siège la douleur, d'un nombre de sangsues assez considérable, comme 50 ou 100, et l'on favorisera l'écoulement du sang par de larges cataplasmes émollients et par des fomentations, à moins que les malades ne puissent en supporter le poids. Lorsque les mouvements ne sont pas trop douloureux, on plongera les malades dans un bain tiède, et ils y resteront le plus longtemps possible. Il conviendra de se servir, en cette circonstance, d'une baignoire à double fond, à l'aide de laquelle les

(1) Thèse inaugurale et Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XII, p. 588.

(2) Archives générales de médecine, 4^e série, t. I, p. 389.

(3) Thèse, année 1855, n^o 461.

(4) Extrait dans les Archives générales de médecine de 1833, t. III, p. 444.

malades atteints de péritonite, de rhumatisme ou de toute autre affection très-douloureuse, sont mis dans l'eau et en sont retirés sans efforts et sans douleur. On prescrit des boissons douces, mucilagineuses, acidules : elles seront données froides et même glacées ; elles seront prises en petite quantité à la fois, pour ne pas exciter les vomissements. Il importe aussi de tenir le ventre libre : les lavements étant contre-indiqués par les mouvements que leur administration nécessite, on les remplacera par quelque laxatif doux, donné par la bouche. Lorsque, nonobstant ces moyens, la péritonite continue à faire des progrès, et lorsque surtout la faiblesse du pouls ne permet plus de recourir aux émissions sanguines, on devra tenter l'emploi des mercuriaux à haute dose ; on fera sur le ventre et sur les cuisses, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, des onctions avec l'onguent napolitain, en employant pour chacune d'elles de 60 à 100 grammes de pommade ; on donnera en même temps le calomel à doses fractionnées (10 ou 15 centigrammes en quinze ou vingt prises). Loin de redouter la salivation, il faudra au contraire la désirer, car la plupart des malades qui la gagnent guérissent.

La médication révulsive, si généralement utile dans la plupart des phlegmasies des séreuses, échoue beaucoup plus souvent ici que dans la pleurésie et la péricardite. Cependant l'application d'un ou plusieurs vésicatoires volants sur l'abdomen a été parfois avantageuse pour combattre la phlegmasie ou pour provoquer la résorption de l'épanchement qui en a été la conséquence. Dans ce dernier cas, on a même pratiqué la ponction ; mais celle-ci, en général peu utile, n'a donné quelques résultats avantageux que dans les péritonites partielles.

Il est un symptôme qu'on ne doit jamais négliger : c'est la douleur. Lorsqu'elle résiste aux antiphlogistiques, on essaiera de la modérer par l'administration de l'opium à l'intérieur. Dans un cas que j'observai avec M. Danyau, nous substituâmes aux fomentations émollientes des applications froides ; celles-ci furent continuées pendant huit jours, et produisirent aussitôt un calme complet. La malade, qui nous paraissait être dans un état tout à fait désespéré, guérit néanmoins.

Comme on le voit dans toutes les phlegmasies, il peut se présenter dans la péritonite quelques autres indications tirées de l'état général. C'est ainsi que lorsque les symptômes adynamiques prédominent, on administrera les toniques et les cordiaux ; les antispasmodiques et le musc conviendront mieux lorsqu'on observe ces troubles nerveux qui caractérisent l'état ataxique. Mais malheureusement il est rare que les efforts du médecin soient récompensés par le succès. La complication saburrale est une des plus rares, et par conséquent les vomissements dont on a souvent abusé en raison des vomissements bilieux que la plupart des malades éprouvent, sont rarement justifiés et utiles.

De la péritonite aiguë consécutive, ou symptomatique.

Causes des péritonites consécutives. — Nous avons dit précédemment combien étaient rares les péritonites spontanées et primitives. En effet, presque toutes les phlegmasies du péritoine qui surviennent d'une manière spontanée en apparence, et qui entraînent la mort des malades, ont leur point de départ dans quelques lésions des viscères ou des parois de l'abdomen. Ainsi le péritoine s'enflamme quelquefois à une période avancée des cancers de l'utérus, de l'estomac, des intestins et du foie, ce qui dépend souvent de ce qu'une petite quantité d'ichor ou de pus cancéreux a été mise en contact avec la membrane séreuse ; d'autres fois il n'y a qu'un effet de voisinage ou de sim-

ple contiguïté de tissu. C'est de cette manière que le péritoine s'enflamme dans le cours des phlegmasies qui ont primitivement atteint un des organes abdominaux ou bien le tissu cellulaire sous-péritonéal. La péritonite est aussi un accident très-commun dans les étranglements internes, ainsi que dans la hernie étranglée, même après l'opération. Elle survient parce que les matières intestinales s'épanchent dans le péritoine par une crévasse ou en filtrant à travers les tuniques sphacélées. Mais, de toutes les péritonites symptomatiques, les plus communes sont celles qui se déclarent consécutivement à la rupture d'un abcès ou d'un kyste, ou à la perforation d'un des organes creux renfermés dans la cavité abdominale. De toutes les altérations qui sont ainsi cause de péritonite, la plus fréquente est, sans contredit, la perforation intestinale survenant dans le cours de la fièvre typhoïde et des autres affections qui produisent des ulcérations intestinales : telles sont la dysenterie et l'entérite tuberculeuse. Il ne faut pas ignorer que la perforation peut siéger aussi sur un point de l'appendice vermiforme du cæcum, et qu'elle peut être produite, comme pour le reste de l'intestin, par une ulcération typhoïde ou tuberculeuse ; plus souvent elle est le résultat d'une inflammation simple ou gangréneuse, ou d'une déchirure opérée par un corps étranger, comme une esquille, une arête, un calcul, etc. Enfin, une ulcération solitaire dont la circonférence pourrait être mesurée par la tête d'une très-petite épingle, mais pénétrant dans un moment donné dans le péritoine, peut provoquer une inflammation qui semble spontanée, car elle arrive sans troubles digestifs préalables chez des sujets ayant toutes les apparences de la santé : c'est ce que j'ai déjà observé plusieurs fois.

Quelle que soit la cause organique qui ait provoqué la péritonite, celle-ci peut, comme lorsqu'elle est spontanée, envahir toute la séreuse, ou bien être circonscrite.

Anatomie pathologique. — Les péritonites qui sont consécutives aux causes que je viens d'énumérer ont les mêmes caractères anatomiques que les péritonites simples. Presque toujours elles sont générales ; mais communément on trouve que la rougeur est d'autant plus vive, et que les fausses membranes sont d'autant plus abondantes, qu'on se rapproche davantage de la perforation ou de la lésion qui a été la cause déterminante de la péritonite ; la cavité de la séreuse contient en outre, en quantité plus ou moins grande, les liquides dont l'épanchement a provoqué la phlegmasie. Si celle-ci a été consécutive à la perforation de l'estomac ou des intestins, le péritoine pourra renfermer aussi des gaz qui se dégagent avec bruit à l'instant où le scalpel pénètre dans sa cavité.

Il importe de remarquer ici que, vu la rareté excessive des péritonites primitives, on devra, dans tous les cas de phlegmasie péritonéale, examiner avec le plus grand soin les parois de l'abdomen et tous les organes contenus dans cette cavité, sans oublier jamais l'appendice vermiforme du cæcum, qui non-seulement peut être perforé ou gangrené, mais qui souvent n'ayant été qu'enflammé, a contracté des adhérences et donné lieu à un petit abcès, lequel, en s'ouvrant dans le péritoine, a déterminé une péritonite suraiguë. On devra non-seulement toucher et voir chaque anse intestinale en particulier, mais il faudra encore, dans le cas où l'on ne trouve pas d'abord la lésion, insuffler l'intestin sous l'eau : sans cette précaution, des perforations très-petites, n'admettant, par exemple, que la pointe d'une fine épingle et bouchées déjà par des fausses membranes, pourraient passer inaperçues très-facilement. On ne devra jamais non plus négliger d'explorer avec soin la vésicule biliaire, qui non-seu-

lement peut produire une péritonite en se perforant, mais encore lorsque, par une sorte d'usure de ses parois, lésion non encore signalée, je crois, elle a permis à la bile de transsuder dans le péritoine. C'est ainsi que j'ai vu deux femmes emportées, dans le cours d'une fièvre typhoïde, par une péritonite suraiguë qui ne reconnaissait d'autre cause qu'une altération de la vésicule du fiel, dont les parois ténues et poreuses comme une toile d'araignée avaient permis à la bile de fluër dans le péritoine.

Symptômes. — Lorsque les causes qui produisent les péritonites consécutives agissent autrement que par l'introduction d'une substance irritante dans la cavité séreuse, l'inflammation ne diffère pas, par son mode d'invasion et par sa marche, de celle qui survient spontanément. Il n'en est plus de même lorsque la maladie se déclare à la suite de la perforation d'une cavité naturelle ou accidentelle : dans ces cas, le moment où la perforation s'opère, ou plutôt l'instant où les fluides se trouvent en contact avec le péritoine, est marqué par des accidents graves et qui ont quelque chose de caractéristique. Presque tous les malades ressentent tout à coup dans le ventre, ordinairement dans le point où s'opère la perforation, une douleur déchirante, s'irradiant bientôt dans tout l'abdomen, augmentant par la pression et s'accompagnant aussitôt de frissons violents, de la décomposition des traits, de nausées, de vomissements, de l'accélération et de la petitesse du pouls, enfin de la suppression des selles si la péritonite est consécutive à une perforation intestinale. Dans quelques cas, la douleur, quoique très-vive, se calme bientôt; le ventre est tuméfié, mais il n'est pas très-sensible quand on le presse : aussi beaucoup de malades cessent de se plaindre et espèrent une prompte guérison. Mais le médecin ne saurait jamais partager cette illusion, lorsqu'il voit persister et s'accroître les nausées, les vomissements, les hoquets, l'altération des traits, la fréquence, la petitesse du pouls et le refroidissement du corps. C'est en effet, au milieu de ces accidents, et généralement après deux à quatre jours de souffrance, parfois au bout de six à vingt-quatre heures seulement, que les malades succombent; il en est pourtant qui résistent davantage, qui luttent, par exemple, pendant plus d'un septénaire. La mort n'est pas une terminaison inévitable; il peut arriver en effet que la portion du péritoine dans laquelle le liquide irritant s'épanche soit rapidement séquestrée du reste de la séreuse par la prompte organisation des fausses membranes. Dans ces cas, la péritonite est toute locale : elle peut alors guérir, soit que l'épanchement se résorbe, soit qu'il se fasse une issue à travers les parois abdominales ou à travers l'intestin; de sorte que la perforation de cet organe, qui avait été la cause de la maladie, peut en être le moyen curatif. Mais un pareil résultat est fort rare : car, d'une part, la péritonite par perforation n'est presque jamais locale, et, d'autre part, les mouvements incessants du tronc et des viscères, ainsi que l'issue de nouvelles portions de fluide, détruisent sans cesse les adhérences qui tendraient à se former.

Diagnostic. — Une douleur vive dans le ventre, *débutant brusquement*, augmentant par la pression et s'accompagnant des autres accidents des péritonites suraiguës, indique une inflammation du péritoine produite par la pénétration d'un fluide irritant. Dans quelques cas pourtant la péritonite par perforation peut être latente, c'est-à-dire que la douleur manque absolument : on n'observe alors qu'une décomposition profonde des traits, que quelques vomissements, avec une fréquence et une petitesse extrêmes du pouls. Cela n'a lieu que lorsque la perforation s'opère chez des sujets extrêmement affaiblis par une maladie déjà longue et qui a complètement émoussé la sensibilité. Nous avons vu encore cette douleur manquer lorsque, la perforation survenant dans le cours d'une

péritonite chronique, les matières irritantes s'épanchaient dans un péritoine déjà recouvert de fausses membranes épaisses.

La péritonite par perforation une fois diagnostiquée, on recherchera le point de départ de la maladie. Pour le déterminer, on aura égard aux antécédents et aux circonstances au milieu desquelles l'individu se trouve. Les signes de perforation surviennent-ils chez un sujet atteint de dothiëntérie, de dysenterie ou de phthisie, on soupçonnera une perforation intestinale. Si, au contraire, les malades portent dans quelque partie du ventre une tumeur fluctuante qui s'est affaissée ou a diminué de volume au moment de la manifestation des accidents de péritonite, on regardera celle-ci comme ayant été produite par la perforation ou par la rupture de la tumeur dont je parle.

Pronostic. — La péritonite, toujours si grave lorsqu'elle est primitive, est un accident bien plus fâcheux encore lorsqu'elle survient consécutivement. Presque toujours alors elle accélère ou provoque un terme fatal.

Traitement. — Il est presque toujours impuissant. Les émissions sanguines même locales sont rarement permises par l'état des forces. Les mercuriaux en frictions et à l'intérieur seront prescrits, ainsi que les vésicatoires sur l'abdomen. Mais il est des indications particulières à remplir lorsque la péritonite succède à la rupture ou à la déchirure d'un des réservoirs contenus dans l'abdomen. Y a-t-il eu perforation intestinale, on devra, pour empêcher l'issue d'une nouvelle quantité de liquide et favoriser la formation d'adhérences protectrices, condamner le malade au repos le plus absolu, à l'immobilité la plus complète, et éviter qu'aucune espèce de pression soit exercée sur le ventre. On le privera de boire et l'on étanchera la soif avec quelques morceaux de glace, ou en faisant sucer des quartiers d'orange. Il est presque inutile de dire que les purgatifs et même que les lavements simples sont absolument interdits. Si c'était la vessie perforée qui eût provoqué la péritonite, on devrait mettre dans ce réservoir une sonde à demeure, qu'on laisserait toujours débouchée pour empêcher toute accumulation d'urine dans l'organe. Dans tous ces cas, surtout lorsqu'il existe une perforation intestinale, il faut, d'après les conseils des docteurs Graves et Stokes, administrer tout de suite l'opium à haute dose, ainsi que nous l'avons recommandé précédemment. (Voyez p. 59; voyez, en outre, tome II, l'article *Perforation intestinale*.)

De la péritonite puerpérale.

SYNONYME. — Métro-péritonite puerpérale, fièvre puerpérale, typhus puerpéral.

La péritonite est dite *puerpérale* lorsqu'elle survient chez les femmes récemment accouchées.

Historique. — Les graves accidents qui emportent un si grand nombre de femmes après l'accouchement ont fixé de tout temps l'attention des médecins; mais c'est surtout dans le courant du dernier siècle que furent entreprises, en Angleterre, en Allemagne, en France, des recherches qu'on poursuit encore activement de nos jours. Doublet (1) et Doucet (2) sont les médecins dont les travaux ont été les plus distingués; mais ce sont nos contemporains qui, en recherchant et signalant toutes les lésions viscérales que présentent les femmes

(1) *Nouvelles Recherches sur la fièvre puerpérale*. Paris, 1789, in-12.

(2) *Mémoire sur la maladie qui a attaqué les femmes en couches à l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1782, in-4^o.

emportées par la fièvre dite puerpérale, ont pu mieux expliquer que par le passé les symptômes si variables qu'on observe. C'est surtout aux travaux de Dance (1), de Tonnelé (2), Dugès (3), Baudelocque (4), P. Dubois (5), Voillemier (6), Jacquemier (7), Béhier (8), que l'on doit les progrès qu'a faits de nos jours cette partie de la science.

Caractères anatomiques. — Dans la péritonite puerpérale, les caractères anatomiques de l'inflammation du péritoine sont à peu près les mêmes que dans la péritonite simple; cependant il existe quelques différences qu'il importe de connaître. Ainsi la rougeur du péritoine est beaucoup moins vive; quelquefois elle est à peine marquée. Très-rarement générale, on ne la constate guère que dans l'excavation pelvienne, vers les fosses iliaques et à la paroi antérieure de l'abdomen. L'épanchement est beaucoup plus considérable; mais il ne dépasse presque jamais 1000 grammes; il est communément opaque, trouble, séro-purulent et mêlé à des flocons albumino-fibrineux. Trompés par une grossière ressemblance, les auteurs du dernier siècle (Pujol, Levret, Borden, etc.) avaient pensé que ce liquide n'était autre chose que le lait dévié et altéré. Mais les analyses chimiques ont démontré depuis longtemps qu'aucun des éléments du lait n'existait dans ce liquide qui ne diffère en rien, par sa composition, de celui qui se forme dans toutes les phlegmasies des membranes séreuses. Dans la péritonite puerpérale on trouve presque toujours les intestins très-dilatés par des gaz, et ces organes, comme dans toutes les autres formes de péritonite, offrent constamment beaucoup moins de longueur qu'à l'état normal. La séreuse est devenue aussi plus friable, elle se détache plus aisément. La péritonite est le plus communément générale, elle peut néanmoins être circonscrite, et, dans ce cas, elle occupe presque toujours l'excavation pelvienne.

Indépendamment des lésions du péritoine, il en est presque toujours d'autres qui impriment à la maladie certaines formes, et dont la fréquence varie dans les différentes épidémies; les plus communes se remarquent du côté de l'utérus. Cet organe peut être exempt de toute espèce d'altération dans son tissu comme dans ses vaisseaux; tout peut se borner à un peu d'injection du péritoine qui le recouvre. Son volume peut être un peu plus considérable que celui qu'il devrait avoir en raison du nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. Cependant, dans un grand nombre de cas, et souvent chez toutes les femmes qui succombent dans le cours d'une même épidémie, on trouve l'utérus ou ses annexes plus ou moins altérés.

Si l'accouchement est récent, la cavité de l'organe exhale une odeur désagréable; elle est tapissée par une couche d'une matière sanieuse, puriforme et plus ou moins filante. Dans le point surtout où le placenta était inséré, existe une sorte de bouillie que l'ongle ou qu'un filet d'eau détache, et au-dessous de laquelle le tissu utérin est gris, rosé et ferme. Ce n'est pas là un état pathologique, mais une disposition normale qui peut cependant être le point de départ de lésions graves, car en cet endroit existent des veines en grand nombre, encore perméables, et qui peuvent ou s'enflammer ou bien ouvrir une voie dans l'éco-

(1) Archives de 1828 et 1829.

(2) Archives de 1830, t. XII et XIII.

(3) Journal hebdomadaire, années 1828 et 1839.

(4) Traité de la péritonite puerpérale. Paris, 1830.

(5) Dictionnaire de médecine, t. XXVI, art. FIÈVRE PUERPÉRALE.

(6) Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1839 et 1840.

(7) Manuel des accouchements, t. II, p. 604.

(8) Union médicale, année 1858.

nomie à ces miasmes putrides, à ces matières septiques qui se forment dans la cavité utérine pendant la réparation de sa membrane interne. Notons aussi, comme résultat de l'accouchement, des déchirures plus ou moins nombreuses du col utérin, qui peut être contus, ecchymosé; des lésions traumatiques, des gangrènes de l'utérus et du vagin provoquées par l'accouchement seul ou par les manœuvres qu'on a faites pour le terminer. On comprend que ce soit là encore l'origine d'altérations graves vers le péritoine et les vaisseaux. On peut trouver aussi dans l'utérus une gangrène spontanée, un état de putrescence; le tissu est alors ramolli, jaune ou noirâtre, et il exhale une odeur infecte.

Les lésions qu'on trouve dans l'utérus sont très-variées. Il existe parfois une infiltration purulente assez uniforme de son tissu cellulaire sous-péritonéal. Plus souvent les parois de l'organe, lorsqu'on les incise, apparaissent rouges, infiltrées de pus et ramollies. La suppuration existe réellement dans les interstices des fibres musculaires, il y a là un véritable phlegmon. Parfois, au lieu d'une infiltration purulente du tissu, ce sont des gouttelettes disséminées d'un pus blanc, crémeux, qu'on ne découvre parfois qu'en coupant l'utérus en tranches fines. On les recherchera partout, sans oublier le col, où on les rencontre plus fréquemment. L'organisation quasi érectile qu'il offre alors, les violences qu'il a subies, expliquent la fréquence de la suppuration, et doivent engager à diriger les recherches sur ce point. Toutefois il n'est pas toujours aisé de décider si le pus, dans ce cas, est contenu dans le tissu cellulaire, ou s'il s'écoule de l'intérieur d'un vaisseau divisé. Nous allons voir, en effet, que l'appareil vasculaire, les lymphatiques comme les veines, sont fréquemment enflammés et suppurés.

On ne trouve pas toujours du pus dans les lymphatiques, mais, dans certaines épidémies, cette lésion est constante et facile à reconnaître; il est commun alors d'apercevoir à la surface de l'utérus des traînées de lymphatiques dont le volume varie depuis celui d'un fil jusqu'à celui d'une plume de corbeau. Ces vaisseaux sont sinueux; ils offrent de distance en distance des renflements pisiformes qu'il ne faudrait point prendre pour de petits abcès, erreur que nous avons vu fréquemment commettre. Ils sont remplis de pus concret ou fluide, blanc ou jaune, ou bien verdâtre; ils se dirigent presque toujours vers les angles supérieurs de l'utérus, à l'insertion des trompes, où l'on en trouve ordinairement un plus ou moins grand nombre; il en existe aussi au col utérin, à la face interne et dans l'épaisseur de l'organe, dans les ligaments larges, le long des vaisseaux ovariens, et dans le tissu cellulaire du petit bassin, surtout latéralement et en arrière, comme on peut s'en convaincre en enlevant avec soin le péritoine. Souvent alors on constate aussi une légère infiltration purulente du tissu cellulaire du bassin. Celle-ci est presque toujours disséminée; elle ne se révèle guère, le plus souvent, que par une coloration jaune ou verdâtre et par un peu plus d'humidité du tissu. Lorsque j'ai voulu suivre la direction des vaisseaux lymphatiques malades, j'en ai presque toujours perdu la trace au niveau du détroit supérieur: dans quelques cas rares, je les ai vus se rendre dans les ganglions qui étaient gonflés, rouges ou complètement abcédés; mais je n'ai jamais rencontré de pus dans les vaisseaux efférents. Cependant d'autres médecins ont été plus heureux que moi: ainsi Tonnelé, MM. Nonat, Velpeau, Berrier-Fontaine, Botrel (de Saint-Malo), ont suivi le pus jusque dans le réservoir de Pecquet, et quelques-uns même dans toute la longueur du canal thoracique.

La phlébite est une phlegmasie non moins commune que la précédente, elle peut affecter les veines et les sinus de l'utérus, souvent même elle atteint les veines du bassin et plus spécialement les veines ovariens.

Les annexes de l'utérus sont aussi le siège d'altérations plus ou moins graves;

les trompes sont rouges, leur pavillon est vivement injecté, elles sont plus volumineuses, et à la moindre pression on peut faire suinter, par l'orifice péritonéal, un muco-pus plus ou moins abondant. Les ovaires sont souvent doublés ou triplés de volume, leur tissu est friable et parfois parsemé d'abcès.

Les ligaments ronds sont également rouges, injectés; il en est de même des ligaments larges; le tissu cellulaire qui se trouve entre ces deux feuillets du péritoine peut être enflammé et suppuré. Cette suppuration, d'ailleurs, peut s'étendre à une partie du tissu cellulaire de l'excavation pelvienne. Pour la découvrir il faut détacher le péritoine, et l'on voit aussitôt le tissu subjacent opaque, verdâtre, plus humide.

Enfin il n'est pas rare de trouver, loin du bassin, des lésions plus ou moins graves. Une des plus communes est la pleurésie, tantôt simple, tantôt double. Il est plus rare de rencontrer une méningite; enfin, lorsque la maladie n'a pas suivi une marche trop foudroyante et que les sinus ont été enflammés, on peut trouver à l'extérieur et dans les viscères ces abcès métastatiques que j'ai décrits en traitant de la phlébite.

Les diverses lésions que je viens d'indiquer sont loin d'être constantes; leur fréquence relative ne saurait être indiquée d'une manière rigoureuse; elle varie, en effet, beaucoup d'une année à l'autre et suivant le génie épidémique. Elles me semblent indépendantes les unes des autres. Telle n'est pas l'opinion de M. Béhier, qui considère les lésions utérines comme constantes, et de plus comme primitives, tandis que la phlegmasie du péritoine serait consécutive. De sorte que, suivant cet observateur distingué, la péritonite puerpérale rentrerait dans la règle générale de toutes les phlegmasies du péritoine, qui, comme nous l'avons dit, sont très-rarement spontanées, mais plutôt consécutives à des lésions variées des organes abdominaux. C'est là une opinion que je ne saurais partager: car la péritonite existe souvent seule; dans d'autres cas, les lésions viscérales sont ou trop minimes, ou trop profondément placées pour leur attribuer une part quelconque dans le développement de la phlegmasie de la membrane séreuse; enfin, nous trouverons encore dans le mode d'invasion un argument pour ne pas faire de la péritonite une lésion purement consécutive.

L'étude du sang a fourni des résultats importants et dont on n'a pas tenu assez compte dans ces derniers temps. MM. Hersent (1), Becquerel et Rodier (2) ont reconnu, dans toutes leurs analyses, une augmentation considérable du chiffre de la fibrine, comme cela arrive invariablement dans toutes les phlegmasies; les globules et l'albumine sont, par contre, en proportion moindre, ce qui n'est pas un résultat de la maladie, mais une conséquence même de la grossesse. On sait en effet aujourd'hui que le nombre des globules diminue dès le commencement de la gestation, et que l'albumine décroît aussi, dans une proportion moindre, il est vrai, et à une période plus avancée. Cependant, la grossesse ayant pour effet ordinaire de rendre le sang couenneux, ne pourrait-on pas rapporter exclusivement à elle, et non à la maladie, l'augmentation de fibrine que je signalais naguère? Je ne le pense pas, attendu que le chiffre de la fibrine ne dépasse pas 4 ou 5, lorsque c'est la grossesse seule qui l'augmente, tandis qu'il s'est élevé à 6,75 chez les quatre malades atteintes de péritonite puerpérale, dont le sang fut analysé par Becquerel.

Symptômes. — La péritonite peut débiter pendant le travail même de l'accouchement; toutefois ce cas est très-rare. C'est entre le deuxième et le

(1) Thèse, année 1845.

(2) *Chimie pathologique*, p. 121.

cinquième jour des couches que la plupart des femmes en sont atteintes. Presque toujours le début est brusque et marqué par un frisson intense, précédé, accompagné ou suivi d'une douleur abdominale plus ou moins vive. Pour M. Béhier, le frisson et la douleur vive n'indiqueraient que le début de la péritonite, mais celle-ci serait toujours précédée, ne fût-ce que de quelques heures, par une phlegmasie de l'utérus ou de ses annexes; phlegmasie latente, ne provoquant point de réaction, pas même de douleur spontanée, mais se révélant par le palper abdominal. En parcourant, en effet, le contour de l'utérus, on découvrirait souvent, surtout vers ses angles, un point induré et douloureux, et qui serait la lésion première, le signe initial des accidents ultérieurs. Je n'ai pas été à même de vérifier cette opinion que M. Béhier appuie d'un nombre de faits considérable, mais dont la valeur, cependant, a été contestée par des hommes compétents. Quoi qu'il en soit, il est constant que, dans la grande majorité des cas, le début est brusque; la femme est surprise au milieu de la santé; j'avoue qu'une invasion aussi soudaine, dans des circonstances pareilles, ne plaide guère en faveur d'une phlegmasie aiguë qui aurait dû précéder l'explosion de la péritonite.

La douleur abdominale qui, avec le frisson, marque le début de la maladie, est plus ou moins vive; elle est exacerbante; elle s'exaspère par la toux, par les mouvements et par le palper; presque toujours elle commence par un point limité de l'abdomen. C'est à l'hypogastre ou dans une des fosses iliaques, surtout dans la droite, que les femmes accusent une douleur pongitive; elle ne tarde pas, souvent, à se propager vers l'ombilic, parfois elle s'étend promptement à tout l'abdomen; en même temps les parois abdominales se tendent, à cause du météorisme des intestins, qui est un des premiers phénomènes de la maladie. Chez beaucoup on voit presque aussitôt survenir des nausées et des vomissements jaunes, ou verdâtres et porracés; il y a tantôt constipation et tantôt une diarrhée plus ou moins abondante. Cela varie beaucoup suivant les épidémies: ainsi Tenon rapporte que de 1776 à 1782 toutes les malades étaient constipées, tandis que, dans d'autres années, il y avait une diarrhée bilieuse. La soif est en général vive; la langue est humide, recouverte d'un enduit blanc, rarement jaunâtre, qui souvent se dessèche et brunit les jours suivants. La respiration est plus ou moins accélérée, ce qui s'explique moins par quelques complications survenues vers la poitrine, que par la difficulté que les femmes éprouvent à faire de profondes inspirations, en raison de l'acuité de la douleur, et souvent aussi à cause du météorisme. Une fièvre vive s'allume dès le début; la chaleur de la peau est intense; le pouls, parfois ample et dur, le plus souvent petit et serré, dépasse 100 pulsations, et s'élève souvent, dès le début, à 120; la face, d'abord animée, vultueuse, ne tarde pas à se gripper et exprime la souffrance. Les lochies se suppriment, ou du moins elles diminuent d'abondance; très-souvent elles n'offrent aucun changement. La sécrétion lactée ne s'établit pas lorsque la péritonite débute avant la fièvre de lait; si, au contraire, elle lui est postérieure, la sécrétion est moins active, et presque toujours les seins s'affaissent promptement.

Lorsque la maladie continue à faire de nouveaux progrès, la douleur devient générale, elle s'irradie jusque dans les lombes; le ventre se ballonne encore plus; il rend partout un son tympanique, excepté vers les flancs, où un épanchement séro-floconneux s'accumule. Cette distension des intestins par les gaz produit beaucoup d'anxiété et une gêne plus grande dans la respiration; les vomissements se rapprochent; les malades rejettent une bile verdâtre, porracée, épaisse, qui, dans les derniers temps, s'échappe sans efforts et par un simple

mouvement de régurgitation. Dans l'intervalle, beaucoup sont tourmentées par le hoquet. Le pouls, toujours plus petit et dépressible, bat rarement moins de 130 à 140 fois par minute; la peau est inondée par une sueur visqueuse; la face est pâle, terreuse; les traits sont tirés, amaigris, les yeux sont caves et bordés de noir; les lèvres sont violacées et tremblantes, la respiration très-accelérée. La plupart des malades sont immobiles sur le dos, et dans un état d'accablement et de prostration; d'autres sont agitées par un délire qui est rarement furieux; leurs yeux sont hagards, leurs membres agités de tremblements. La mort, chez quelques-unes, survient dans le coma; mais il en est beaucoup pourtant qui conservent toute leur intelligence jusqu'au dernier moment. Ces dernières s'éteignent après une courte agonie. Il est ordinaire de voir chez toutes la douleur abdominale diminuer ou cesser complètement un jour ou plusieurs heures avant le terme fatal.

Marche. Durée. Terminaisons. — La maladie suit une marche plus ou moins rapide. Dans quelques épidémies, elle est vraiment *foudroyante*, puisque nous avons vu la mort survenir au bout de dix heures; le plus souvent alors il y a eu pendant quelques jours un état de malaise, sans douleur de ventre, qui n'a pas fixé l'attention; puis tout à coup, les symptômes prenant une acuité extrême, les malades sont emportés en quelques heures. Ce qui semble prouver que dans la plupart des cas il a dû y avoir avant les accidents suraigus une période pendant laquelle la maladie était *latente*, c'est l'étendue et le nombre des altérations cadavériques qu'on rencontre alors, soit dans l'utérus, soit dans le péritoine, altérations qu'on s'expliquerait difficilement, si l'on ne pouvait fixer ce début à une époque un peu plus éloignée. Presque toujours cependant la péritonite puerpérale ne se termine d'une manière funeste qu'entre le sixième et le neuvième jour. Lorsque l'issue doit être favorable, l'amélioration commence en général avant cette époque par la diminution de la douleur, et surtout par celle de la fréquence du pouls et du météorisme. Cet amendement n'est guère observé que lorsque la péritonite a été partielle, dans ces cas elle est presque toujours limitée à l'hypogastre. Du moment que la phlegmasie est générale, les symptômes sont toujours en progression, et la terminaison est presque nécessairement funeste.

Formes. — Certains symptômes, certains états venant à prédominer dans le cours de la péritonite puerpérale, peuvent imprimer à la maladie une physionomie ou une forme spéciale. Ainsi, souvent la fièvre puerpérale s'accompagne, dès le début, des symptômes généraux qui caractérisent les maladies les plus inflammatoires, c'est-à-dire qu'aussitôt après le frisson d'invasion et en même temps qu'une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'abdomen, le pouls s'accélère et acquiert de la force et de la vibrance; la peau devient brûlante et se couvre de sueur, la face s'injecte, les yeux sont larmoyants et les forces sont à peine prostrées. Cette forme de la péritonite, qu'on nomme *inflammatoire*, peut persister jusqu'à la fin, soit que la maladie cède à la médication antiphlogistique, soit au contraire qu'elle se termine d'une manière funeste. Dans ce dernier cas pourtant la péritonite se transforme le plus souvent et présente les troubles variés que nous avons décrits maintes fois déjà comme appartenant à l'état typhoïde. La péritonite puerpérale peut se montrer aussi avec la forme typhoïde d'une manière tout à fait primitive. La physionomie des malades, profondément altérée, porte alors l'empreinte de la stupeur; les forces sont anéanties, il y a souvent du délire; le pouls, d'une fréquence extrême, est petit et dépressible; la respiration est accélérée, l'anxiété est grande, le météorisme considérable; souvent une diarrhée fétide se déclare et

contribue à prostrer les forces et à accélérer la terminaison fatale. Nous admettons enfin dans l'étude de la fièvre puerpérale une forme *bilieuse* ou *gastrique*, dans laquelle existent comme symptômes prédominants les troubles caractérisant l'état bilieux, c'est-à-dire la coloration jaunâtre de la face, l'amertume de la bouche, l'enduit épais de la langue, les nausées, les vomissements bilieux suivis de soulagement. Cette forme, qui régnait à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1782, et qui, convenablement traitée par Doucet, fut pour ce médecin l'occasion d'une grande fortune, est pourtant rarement observée de nos jours. D'ailleurs cette forme bilieuse n'est souvent que le premier degré de la seconde période de la forme typhoïde.

Ces différentes formes de la péritonite puerpérale ne se lient à aucun caractère anatomique spécial; on les observe tantôt sporadiquement, tantôt elles règnent épidémiquement, sans qu'on puisse le plus souvent expliquer par les conditions individuelles, ou par celles du monde extérieur, la physionomie que la maladie présente.

Complications. — La fréquence des différents symptômes que j'ai énumérés, leur combinaison, leur ordre de succession, leur marche et leur durée, varient à l'infini, suivant le génie des différentes épidémies. Ils sont également subordonnés au nombre et à la nature des altérations. Lorsqu'il n'y a que péritonite avec ou sans lymphangite, on observe toute la série des symptômes précédemment indiqués. Dans le cas où le tissu utérin participe plus ou moins à la phlegmasie, l'organe cesse de revenir sur lui-même; il est flasque, mou; son col est gonflé, sensible, et les lochies sont plus fétides. Si les veines sont envahies, et si c'est la maladie prédominante, on constate tous les accidents de la phlébite utérine, tels que nous les avons décrits précédemment (page 470). Nous avons prouvé combien fréquemment la pleurésie simple ou double accompagnait la péritonite puerpérale. Cette complication n'est guère annoncée que par une dyspnée plus grande et par une douleur sous-sternale: très-rarement on observe un point de côté. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes résultats que dans les pleurésies ordinaires; mais la souffrance des malades et la difficulté qu'on a pour les mettre sur leur séant empêchent presque toujours de recourir à ces moyens d'exploration: voilà pourquoi cette complication est presque toujours méconnue pendant la vie.

Diagnostic. — Lorsque tous les symptômes propres à la péritonite (douleur, météorisme, vomissements, fréquence du pouls, altération des traits) existent, le diagnostic est facile; mais souvent la maladie commence d'une manière insidieuse, et il importe alors de pouvoir en saisir la nature dès le début. La fièvre de lait s'annonce parfois par un frisson; mais celui-ci est toujours léger; aussi devrait-on se préoccuper d'un frisson qui aurait une certaine intensité. Celui qui se manifeste dans les vingt-quatre premières heures de l'accouchement, ou bien après la cessation de la fièvre de lait, annonce presque toujours le début d'une péritonite. A quelque époque d'ailleurs de l'état puerpéral qu'il se déclare, on le tiendra pour suspect toutes les fois qu'il sera violent, prolongé, et qu'il s'accompagnera d'une altération des traits. On devra se méfier aussi du météorisme, lors même qu'il n'existerait aucune douleur du ventre, même à la pression. La fréquence du pouls est le symptôme qui doit ici contrôler tous les autres et en déterminer la valeur: ainsi les douleurs du ventre existant avec un pouls calme ne se rattachent jamais à une phlegmasie péritonéale; elles sont alors le plus souvent produites tantôt par des caillots retenus dans l'utérus, tantôt par la constipation. J'ai vu maintes fois celle-ci occasionner subitement des douleurs atroces dans le ventre vers le huitième ou le neu-

vième jour des couches. Je ne reviendrai pas ici sur le diagnostic différentiel de la péritonite avec la métrite, avec l'ovarite, avec la cystite et la gastrite, car je l'ai exposé plus haut (page 572). Je dirai en quoi la maladie se distingue du rhumatisme des parois abdominales lorsque je traiterai de cette dernière affection. Chez la femme en couches, enfin, on pourrait confondre la péritonite avec l'inflammation des symphyses; mais, dans cette dernière, les douleurs sont fixes, elles siègent au niveau des articulations malades, et on les exagère beaucoup par le mouvement des membres inférieurs.

Pronostic. — La péritonite puerpérale est une des maladies les plus graves; on ne peut espérer la guérison que lorsque la phlegmasie est circonscrite. Elle est surtout meurtrière lorsqu'elle règne épidémiquement, spécialement dans les hôpitaux, où parfois on sauve à peine une femme sur vingt. Il est très-commun de voir périr le quart, le tiers ou la moitié des femmes qui sont frappées. Aussi faut-il un peu se méfier de ceux qui disent avoir guéri toutes ou presque toutes leurs malades. La forme typhoïde, surtout quand elle se développe primitivement, pardonne rarement. Le péril est d'autant plus grand que la péritonite survient à une époque plus voisine de l'accouchement. Le météorisme, l'altération des traits, la dyspnée, sont des symptômes fâcheux. Le médecin devra surtout établir son pronostic d'après la considération du pouls. Lors même que tous les autres symptômes s'amenderaient, si le pouls conserve la même fréquence, il faut craindre que la maladie n'ait une issue funeste. Un pouls petit et faible, qui bat plus 120 fois par minute, la face grippée, les vomissements porracés, les sueurs froides sont des signes extrêmement fâcheux.

Étiologie. — Les changements survenus dans l'utérus et dans le péritoine, par suite de la grossesse, constituent déjà une prédisposition au développement des phlegmasies abdominales. L'augmentation de la proportion de fibrine du sang, dans les derniers mois de la gestation, est probablement aussi une circonstance organique qui favorise la production des maladies puerpérales. Relativement aux autres causes prédisposantes ou efficientes, les auteurs ont émis des idées différentes et souvent tout à fait contradictoires.

Nous ignorons encore quelle est la fréquence de la maladie dans les régions intertropicales; mais tous les relevés statistiques s'accordent pour prouver que la péritonite puerpérale règne à peu près avec une égale intensité dans les différentes contrées de l'Europe. Des idées contradictoires ont été émises sur l'influence qu'exercent les saisons. Tandis que Doublet, Tenon, Chaussier, Dugès, Baudelocque, admettent que la maladie est plus commune pendant les saisons froides et humides, on voit Nolte, White, Thomas Cooper, soutenir au contraire que les régions et les saisons chaudes sont plus favorables au développement de la maladie. La première de ces opinions paraît pourtant la plus probable; le plus grand nombre des documents que possède la science sont tout à fait en sa faveur. Il est incontestable en outre que la péritonite puerpérale atteint spécialement les femmes qui accouchent dans les hôpitaux; cette maladie sévit souvent dans ces asiles d'une manière épidémique. Des observations nombreuses, faites dans tous les pays, ont démontré que l'encombrement des salles, que le non-renouvellement de l'air, que le voisinage de foyers d'infection, étaient les causes les plus ordinaires de ces épidémies meurtrières qui règnent presque tous les ans dans la plupart des maternités de l'Europe. Mais nulle part peut-être on ne vit les épidémies plus nombreuses et plus meurtrières qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, il y a un demi-siècle à peine, où, comme on peut s'en convaincre par la lecture du rapport de Tenon,

existaient au plus haut degré les causes d'insalubrité précédemment énumérées. Ces épidémies répétées furent cause que les accouchées ont été transférées de l'Hôtel-Dieu à la Maternité; mais il est certain qu'on n'a pas obtenu de ce changement les bienfaits que l'on en espérait. Il résulte, en effet, d'un relevé de Deneux, que la mortalité fut à l'Hôtel-Dieu, de 1746 à 1789 (sauf cinq années qui manquent), de 1 sur 21, tandis qu'à la Maternité, pendant les trente et une premières années, on a perdu annuellement 1 femme sur 22 accouchées; d'où il faut conclure que les causes d'infection sont encore nombreuses dans cette maison. Elles le sont d'ailleurs partout, toutes les fois qu'un certain nombre de femmes accouchent dans le même lieu.

Cependant il est un grand nombre d'épidémies que l'on voit naître dans les établissements publics consacrés aux femmes en couches, à des époques où toutes les règles hygiéniques sont sévèrement observées; il faut alors invoquer une constitution épidémique particulière dont la cause intime nous échappe, mais qui souvent alors étend son influence sur les femmes accouchées en ville, qu'elle atteinte toutefois moins vivement et en moins grand nombre que celles qui ont cherché un refuge dans les établissements hospitaliers. Pour quelques personnes, l'influence épidémique ne suffirait pas pour expliquer le développement de la péritonite sur un grand nombre de femmes: aussi a-t-on supposé, à différentes époques, un caractère contagieux à la maladie; mais cette opinion, qui a surtout trouvé des défenseurs en Angleterre, et que Clarke a appuyée de son autorité, n'est point démontrée; elle ne nous paraît même nullement probable.

Indépendamment des causes générales que nous venons d'énumérer, il est encore quelques circonstances particulières qui exposent davantage les femmes à la péritonite. C'est ainsi que la maladie atteint surtout celles qui pendant leur grossesse ont eu de violents chagrins, celles encore qui ont été exposées aux tourments de la faim et à toutes les privations qui accompagnent la misère. Il est incontestable que la péritonite frappe aussi beaucoup plus souvent les femmes primipares, celles qui ont eu un accouchement laborieux, surtout lorsqu'il a fallu recourir, pour le terminer, à l'introduction de la main ou du forceps. La rétention du placenta et la délivrance artificielle sont encore des causes très-actives de péritonite. Nous en dirons autant des hémorrhagies utérines, qui agissent peut-être moins par l'affaiblissement qu'elles produisent que par les manœuvres et les remèdes qu'on emploie pour les arrêter. Dans la plupart des cas, la péritonite puerpérale se développe spontanément, sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause efficiente; d'autres fois, la maladie succède manifestement à une indigestion, à l'impression du froid, et surtout aux émotions morales. Quant à la suppression des lochies et du lait, qu'on a invoquée pendant longtemps comme étant la cause principale du développement des péritonites, nous dirons que ces causes sont purement hypothétiques; car l'observation journalière démontre que la diminution ou que la suppression des sécrétions lochiales et laiteuses sont bien plus souvent l'effet que la cause des inflammations du péritoine. Rien ne prouve d'ailleurs que la maladie soit moins commune chez les femmes qui allaitent, car, d'après les observations de M. Jacquemier, il serait tout à fait indifférent, pour le développement des phlegmasies puerpérales, que l'allaitement ait lieu ou non.

Traitement. — 1° *Prophylaxie.* — Pour prévenir la péritonite puerpérale, il faut entourer les femmes des conditions hygiéniques les plus favorables: elles vivront dans une température douce, uniforme, dans un repos absolu de corps et d'esprit; on entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou par

quelques laxatifs doux; on prévient la rétention de l'urine dans la vessie; on favorisera par la position, et au besoin par quelques injections vaginales, l'écoulement des lochies, surtout si elles étaient fétides. Enfin, soit pour l'accouchement, soit pour la délivrance, soit dans les cas d'hémorrhagies, on n'aura recours aux manœuvres que lorsqu'une absolue nécessité en fera un devoir.

Pour les femmes qui accouchent dans les hôpitaux, il faut de toute nécessité empêcher qu'il y ait jamais encombrement; on éloignera toutes les causes capables d'infecter, de corrompre l'air. On devra préférer de petites salles de dix à douze lits, bien exposées, bien aérées et séparées par de grands corridors, à des salles vastes, dans lesquelles il y a des causes d'infection plus nombreuses, et où le renouvellement de l'air est toujours plus difficile à opérer. Je voudrais en outre que ces salles ne fussent pas occupées au delà d'un ou de deux mois, pour être ensuite soumises, ainsi que leur mobilier, à une ventilation prolongée et à une purification complète. Lorsqu'on voit combien est grande la mortalité des femmes qui accouchent dans la plupart des maternités, on déplore vivement qu'on ne tente rien ou presque rien pour améliorer des lieux qui ont une influence si désastreuse pour la vie des mères. Il est à souhaiter d'ailleurs que, par suite d'une organisation meilleure des secours à domicile, les femmes du peuple accouchent le moins possible à l'hôpital. Car, quoi qu'on fasse, les maternités seront toujours des foyers d'infection. Aujourd'hui, d'après les calculs de M. Tarnier, la mortalité des femmes accouchées dans nos hôpitaux de Paris serait dix-sept fois plus considérable que pour celles qui accouchent en ville (1).

2° *Traitement curatif.* — Le plus grand désaccord règne parmi les médecins sur le traitement le plus convenable à opposer aux péritonites puerpérales. L'expérience a prouvé qu'il ne pouvait y avoir pour cette maladie aucune méthode uniforme de traitement, et que le choix des remèdes devait être déterminé non-seulement par la forme de la maladie, mais peut-être plus encore par le genre et par le caractère de l'épidémie. Les saignées sont souvent utiles, surtout au début; mais leur emploi exige les plus grandes précautions, et l'on ne doit procéder qu'avec la plus grande réserve, même dans le cas où la maladie s'annonce avec des caractères franchement inflammatoires; car il suffit souvent alors d'une saignée même modérée pour voir la prostration succéder à l'exaltation des forces. On devra donc ne faire que de petites saignées, c'est-à-dire de 200 à 300 grammes, sauf à les renouveler si elles étaient convenablement supportées. Lorsque l'état du pouls et des forces le permet, on aura recours concurremment aux saignées générales et à l'application d'un certain nombre de sangsues (20 ou 30) sur le ventre; la saignée locale seule serait indiquée si, dès le début, la maladie s'accompagnait de quelques accidents typhoïdes. D'ailleurs les sangsues ont l'avantage de soulager mieux et plus vite, et de moins prostrer les forces; aussi beaucoup de médecins, et je suis de ce nombre, les emploient à peu près exclusivement. Je ne prétends pas établir ici une règle absolue, mais dire ce qui convient au plus grand nombre de cas. Il est des femmes, en effet, chez lesquelles les émissions sanguines peuvent être libéralement pratiquées comme elles le sont dans la plupart des phlegmasies; c'est ce qu'on voit notamment en Angleterre Cordon et Hey dans le cours de plusieurs épidémies; mais ce sont là des cas très-exceptionnels. Presque toujours les émissions sanguines ne peuvent être faites qu'avec une grande prudence et une sorte de parcimonie; souvent même il faut s'en abstenir tout à

(1) Thèse de Paris, année 1857.

fait dans ces péritonites épidémiques, à marche rapide, dans lesquelles les symptômes ataxiques prédominent. C'est au début de la maladie que les saignées sont le plus efficaces. Elles ne sont absolument contre-indiquées à aucune époque; cependant, lorsque le collapsus arrive, lorsqu'un épanchement purulent s'est formé dans le ventre, il faut s'en abstenir tout à fait, quel que soit d'ailleurs l'âge de l'affection. Comme complément de la méthode antiphlogistique, on recouvrira le ventre de fomentations et de cataplasmes émollients; mais on devra s'abstenir communément de donner des bains, en raison des refroidissements auxquels ils exposent. Nous en dirons autant des injections utéro-vaginales, auxquelles nous n'avons jamais reconnu d'utilité, excepté lorsqu'il y a rétention de matières septiques. La constipation sera combattue par de doux laxatifs.

Cependant, dans la plupart des cas, les antiphlogistiques sont impuissants pour arrêter la marche de la maladie; d'autre part, comme il est des épidémies dans lesquelles ces moyens sont constamment nuisibles, les auteurs ont proposé et souvent ils ont préconisé diverses médications qui malheureusement n'ont eu jusqu'à présent que des succès éphémères: tels sont surtout l'ipécacuanha à dose vomitive; l'huile de térébenthine, donnée par Brunan à la dose de 4 à 8 grammes par jour; les préparations mercurielles; le sulfate de quinine administré à haute dose, de manière à provoquer des symptômes d'ébriété; enfin, les larges vésicatoires sur l'abdomen, etc.

L'ipécacuanha fut mis en vogue en 1782 par Doucet, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui pendant quatre mois aurait guéri deux cents femmes et n'en aurait perdu que cinq qui refusèrent le remède. Mais en face d'un résultat si prodigieusement avantageux, dans une maladie si souvent fatale, on se demande si l'on a eu toujours à traiter une péritonite puerpérale. Le doute est d'autant plus permis, que l'ipécacuanha était administré sans contrôle bien sévère, à toute heure du jour et de la nuit, sur l'indication qu'en donnait la sage-femme. Quoi qu'il en soit, le succès ne fut qu'éphémère, et Doucet eut le bonheur de mourir avec ses illusions et au milieu de son triomphe.

Les vomitifs ne sauraient être conseillés comme méthode applicable à tous les cas; mais leur emploi néanmoins est parfois indiqué. Lorsque, par exemple, la maladie débute obscurément par une réaction fébrile médiocre, lorsque la douleur abdominale est peu vive, le météorisme peu marqué, lorsque les nausées sont persistantes, on parvient parfois à conjurer le péril par l'administration d'un gramme d'ipécacuanha. Mais les évacuants sont contre-indiqués lorsque la réaction est vive, le pouls développé, la douleur du ventre très-aiguë. Ce que je dis des vomitifs s'applique en partie aux purgatifs; on choisit toujours les plus doux: ils sont un utile auxiliaire des antiphlogistiques.

Depuis 1764, les préparations mercurielles ont joui d'une certaine faveur dans le traitement de la péritonite puerpérale. Préconisées d'abord par R. Hamilton, elles furent dans ce siècle popularisées en France par les professeurs Chaussier et Velpeau. On emploie le calomel à l'intérieur et l'onguent napolitain en frictions, ainsi que nous l'avons exposé plus haut (page 574); on aura soin seulement d'en doubler les doses. Dans les fièvres puerpérales graves, il y aura avantage à prescrire les mercuriaux dès le début et concurremment avec les émissions sanguines.

La prédominance de quelques symptômes a fait préconiser encore quelques médications: les toniques, et surtout le kina, ont été vantés dans la forme adynamique; les vésicatoires, le camphre et les autres antispasmodiques ont été conseillés contre les accidents nerveux ataxiques. Mais ces moyens, quoique

rationnels, ne sont presque jamais couronnés de succès. Il est enfin des complications ou des symptômes incommodes auxquels on opposera une médication spéciale : ainsi la diarrhée est combattue par les mucilagineux et par l'opium ; les vomissements, par les eaux gazeuses, par la glace ; s'ils résistent, on donnera un demi-gramme ou un gramme d'ipécaouha. Enfin, lorsqu'il existe un météorisme considérable qui gêne la respiration, on fera sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée. Je ne dis rien des moyens qu'on a conseillés pour rappeler les lochies supprimées et pour exciter les sécrétions du lait, car ils sont peu efficaces, et l'indication qu'on veut remplir est tout à fait illusoire.

Nature de la maladie. — Faut-il admettre une fièvre puerpérale ? —

On a vu, par les nombreux détails d'anatomie pathologique, combien sont nombreuses et variées les lésions trouvées à l'autopsie des femmes qui succombent à la suite de leurs couches. Ces lésions, qui sont tantôt isolées, le plus souvent réunies en plus ou moins grand nombre, expliquent non-seulement la gravité des symptômes et la mort, mais elles rendent compte, en grande partie du moins, de la marche plus ou moins rapide de l'affection et de la physionomie spéciale qu'elle revêt. Les femmes en couches ne meurent pas toutes, en effet, de la même manière : les unes sont victimes d'une infection putride lorsque l'utérus, mortifié ou retenant seulement dans sa cavité des débris de placenta et des caillots décomposés, permet, par ses nombreux vaisseaux encore béants, la pénétration dans l'économie de l'agent délétère ; d'autres, en beaucoup plus grand nombre, meurent victimes d'une phlébite. Dans l'un et l'autre cas la mort peut être très-prompte et survenir même en moins de vingt-quatre heures. C'est ce qui arrive lorsque les femmes sont déjà très-débilitées, ou que la proportion de matière septique introduite est telle et sa pénétration si prompte, qu'il en résulte une sorte de sidération. On voit d'ailleurs, ici, un genre de mort qu'on peut produire à volonté en injectant dans les veines d'un animal un liquide putréfié ou du pus, fût-il même phlegmoneux. Enfin, le plus grand nombre des femmes en couches meurent victimes d'une phlegmasie du péritoine, tantôt primitive, d'autres fois consécutive aux nombreuses lésions, presque toujours de nature inflammatoire, qu'on trouve dans l'utérus et dans ses annexes, spécialement vers les trompes et vers les ovaires.

Voilà des faits positifs, aisément constatables, et cependant ils ont été insuffisants pour convaincre. Beaucoup de médecins, au lieu de les accepter, ont préféré courir après les chimères, supposer une affection primitive du sang qu'ils ne peuvent démontrer, et au lieu de reconnaître, dans les accidents puerpéraux, des maladies essentiellement distinctes par leur siège, par la forme symptomatique et souvent par les indications différentes qu'elles présentent, ils n'ont vu qu'une individualité, ils ont imaginé une maladie unique, une maladie générale, qu'ils ont classée résolument dans les pyrexies et à laquelle ils ont donné le nom de *fièvre puerpérale*. Je ne saurais accepter ce langage et surtout assimiler aux fièvres des maladies qui n'ont avec elles aucune espèce de rapport, aucune analogie.

Nous avons dit, en effet, plus haut, que les pyrexies étaient des maladies primitivement générales : beaucoup sont contagieuses ou naissent par l'infection des lieux ; les unes n'ont aucune lésion anatomique ; d'autres ont des lésions constantes, caractéristiques, presque toujours consécutives au mouvement fébrile, et incapables d'expliquer la gravité et la généralisation des symptômes ; enfin nous avons vu, contrairement à ce qui arrive pour les phleg-

masies, la quantité de fibrine du sang rester stationnaire ou diminuer ; c'est le contraire de la maladie faussement dénommée *fièvre puerpérale*. Ici les altérations des solides sont constantes ; je n'ignore pas pourtant qu'on a cité quelques cas très-rare où les lésions avaient complètement fait défaut ; mais ces observations, à supposer qu'elles soient inattaquables (ce que je ne crois pas), sont, de l'aveu de tous, si exceptionnelles, qu'on ne saurait logiquement s'en servir pour faire de la maladie une théorie qui aurait contre elle la presque universalité des faits. Non-seulement les lésions sont constantes, mais elles sont graves, et soit qu'elles siègent dans les veines ou dans le péritoine, elles sont suffisantes pour expliquer la gravité des symptômes et la mort. Enfin, les analyses du sang, en démontrant une augmentation considérable du chiffre de la fibrine, ont fourni un nouveau caractère distinctif des plus importants.

La manière dont la maladie se développe et se propage serait-elle exclusive aux pyrexies et devrait-elle être considérée comme un argument de quelque valeur ? Je ne le crois pas, car la contagion de la fièvre dite puerpérale, timidement annoncée par quelques-uns, ne s'appuie sur aucune preuve décisive, et s'il est incontestable que l'encombrement, que l'infection des lieux, engendrent la maladie dans un grand nombre de circonstances, ne voyons-nous pas la même cause, agissant dans les salles de chirurgie, produire une phlébite, maladie essentiellement locale, mais généralisant bientôt ses effets par l'infection du sang ? Qui oserait dire, à moins d'être dépourvu de tout sens médical, qu'il existe ici une pyrexie, une fièvre purulente ?

Le caractère souvent épidémique aurait-il une valeur plus grande ? Non certes, puisqu'il est commun à une foule de maladies, et il n'est encore, que je sache, entré dans l'esprit d'aucun pathologiste raisonnable, de classer dans des cadres nosologiques distincts, la bronchite, la pneumonie, l'angine, suivant qu'elles sont sporadiques ou qu'elles règnent épidémiquement.

En résumé, je pense qu'il faut considérer les femmes en couches comme étant toujours en imminence morbide, à cause des changements que la grossesse a amenés dans les solides ainsi que dans la constitution du sang, et plus encore en raison des actes traumatiques qui ont lieu nécessairement dans tout accouchement, quelque régulier qu'il soit. C'est cette circonstance même qui explique pourquoi les phlegmasies occupent presque toujours l'utérus et ses annexes, le péritoine et les veines de l'excavation pelvienne. On peut, d'autre part, invoquer l'altération préexistante des fluides pour expliquer, en grande partie, la marche rapide de ces phlegmasies, et quel que soit leur siège, leur tendance à la suppuration (1).

De la péritonite chronique.

La péritonite chronique se présente très-fréquemment dans la pratique. Elle est pourtant méconnue dans un grand nombre de cas, bien que ses caractères soient nets et bien tranchés. Cela tient sans doute à ce que cette maladie a été généralement mal décrite. Je me suis efforcé, dès les premières éditions de ce livre, à tracer d'une manière plus exacte, je crois, qu'on ne l'avait fait, les

(1) Pendant la grossesse, le sang subit des changements considérables. Les globules et l'albumine diminuent, tandis que la proportion de fibrine augmente. Le sérum, moins riche en matériaux solides, est aussi plus abondant, et il a une densité moindre.