

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 fluer 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 dothiéntérie, 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 seroient 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.

SYNONYMIE. — 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 suinte 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 emportées 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-