

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 la 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'hémorragies, 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'ont vu 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 Doulcet, 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 Doulcet 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'ipécacuanha. 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-prompente 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-rares 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.