

WENZEL GRUBER. Virchow's Archiv, 1862. — C. PAUL. Études anat. nouv. sur la région hypogastrique (Bull. Soc. anat., 1862). — GALLASCH. Pericystitis durch Bruch des Exsudats in das Rectum : Heilung (Jahrb. f. Kinderh. 1875). — VAUSSY. Phlegmons sous-péritonéaux, th. de Paris, 1875. — VALLIN, A. LAVERAN. Phlegmons hypogastriques (Soc. méd. des hôp., 1877). — FAUCON. Péritonite et phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique (Arch. de méd., 1877). — ARNOULD. Phlegmons péritonéaux, pérityphlite et péricystite (Bull. méd. du Nord et Gaz. méd., 1877). — POISSON. Th. de Paris, 1877. — RELIQUET. Note sur les phlegmons prévésicaux (Un. méd., 1878). — CASTANEDA Y CAMPOS. Phlegmon de la cavité péritonéale de Retzius, th. de Paris, 1879. — GUYON. Des phlegmons prévésicaux (Gaz. des hôp., 1879). — A. GÉRARDIN. Rech. sur la cavité péritonéale de Retzius et sur son inflammation, th. de Paris, 1879. — BOULLY. Des tumeurs aiguës et chroniques de la cavité péritonéale, th. pour l'agrég., 1880.

## MALADIES DU PÉRITOINE.

D'une façon générale, le péritoine reproduit les caractères ordinaires des membranes séreuses et est construit sur le même type : revêtement de cellules plates, endothéliales, reposant sur une lame de tissu connectif aréolaire plus ou moins épais et d'une vascularité variable selon les régions. Ce qui distingue toutefois le péritoine, c'est d'abord son étendue considérable, ses replis multiples (épiploons, mésentère) et ses connexions intimes avec la plupart des viscères abdominaux dont il revêt les uns en totalité (foie, rate, estomac, intestins), tandis que d'autres, tels que le rein, le pancréas, la vessie, ne sont revêtus que partiellement par le péritoine qui passe devant eux. La grande mobilité de la plupart de ces viscères, leurs variations de volume, la fréquence de leurs inflammations, expliquent la fréquence des péritonites, tant circonscrites que généralisées; les connexions, bien connues actuellement, qui existent entre le système lymphatique et les grandes séreuses (Recklinghausen, Ranvier) permettent de comprendre la facilité avec laquelle certaines inflammations putrides ou septiques des organes abdominaux se propagent au péritoine (péritonite puerpérale). La disposition plus complexe du péritoine pelvien chez la femme, les nombreux replis qu'il forme autour des organes génitaux internes, la libre communication qui existe au niveau de la trompe entre la séreuse abdominale et la muqueuse génitale, expliquent la fréquence relative de la péritonite en général et surtout de certaines péritonites circonscrites chez la femme.

Dans les replis du péritoine cheminent des plexus nerveux très-riches provenant du grand sympathique et présentant sur leur trajet des appareils ganglionnaires nombreux; on y remarque, en outre, comme sur les nerfs cutanés, des corpuscules de Pacini. Cette in-

nervation si puissante explique l'énergie des sympathies que provoque l'irritation inflammatoire du péritoine, la prostration, l'algidité, la tendance à la syncope et au collapsus qui impriment aux lésions péritonéales une physionomie particulière, et que Gubler a décrites avec soin sous le nom significatif de *péritonisme*. Les recherches de Ludwig, de Cyon, celles plus récentes de Worm-Müller, de Lesser, de Cohnheim sur la circulation abdominale et sur ses connexions avec le bulbe et le cœur, jettent une nouvelle lumière sur les phénomènes de sidération et de collapsus si fréquents dans le cours de la péritonite. Les expériences plus récentes encore de Morel, et celles qui ont été pratiquées à notre instigation dans le laboratoire de M. Chauveau (décembre 1879), confirment pleinement certains faits qui établissent un rapport entre les dilatations cardiaques et quelques affections du péritoine, l'hématocèle entre autres. Il résulte de ces expériences que les excitations portées à la surface du péritoine entraînent, par voie nerveuse, une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire et même dans la carotide (1).

Nous décrirons successivement les différentes formes de la *péritonite*, aiguë ou chronique, généralisée ou partielle, l'*ascite* ou hydroisie du péritoine, et enfin l'épanchement de sang enkysté dans le petit bassin chez la femme, l'*hématocèle*.

## DES PÉRITONITES.

La péritonite, selon sa cause, est *spontanée*, *primitive*, ou *symptomatique*, *consécutive*; selon son étendue, elle est *générale* ou *partielle*; selon la marche, *aiguë* ou *chronique*. Cette classification, quoiqu'elle comprenne tous les cas, est trop générale et nécessite un certain nombre de sous-divisions; c'est ainsi qu'au point de vue étiologique, la péritonite consécutive aux couches demandera une étude spéciale, sous le nom de *péritonite puerpérale*. Parmi les péritonites partielles, celles du petit bassin, chez la femme, doivent également être étudiées à part, sous le nom universellement accepté de *pelvi-péritonites*; enfin, parmi les inflammations chroniques du péritoine, la *péritonite tuberculeuse* est de beaucoup la plus fréquente et la plus intéressante.

(1) Voyez, à ce sujet : Morel, *Recherches expérimentales sur les lésions du cœur droit*, th. de Lyon, 1880; — Ducastel, *Archives générales de médecine*, janv. 1880; — François-Franck, *Sur les signes et la pathogénie des cardiopathies d'origine gastro-hépatique* (*Gazette hebdomadaire*, mai-juin 1880).

## PÉRITONITE GÉNÉRALE AIGUE.

La péritonite *spontanée* est problématique. Vallin et Logerais ont soumis à une critique sévère la plupart des observations publiées sous cette rubrique par Broussais, Rayer, Andral, dans lesquelles la péritonite aurait pris naissance sans aucune cause appréciable ou sous l'influence de causes banales, telles que le froid, l'ingestion de liquides glacés, etc. Ces auteurs sont arrivés à cette conclusion que, le fait du traumatisme mis à part, les péritonites primitives spontanées ne devaient être admises qu'avec la plus grande réserve.

Presque toujours la péritonite aiguë généralisée est *consécutive* à une perforation ou à une rupture s'effectuant dans l'intérieur de la séreuse et y déterminant l'irruption de matières fécales, de pus, de sang, de bile, d'urine, de liquide des kystes échinocoques, etc. La perforation peut être le fait d'un ulcère stomacal ou intestinal (gastrite ulcéreuse, fièvre typhoïde, dysenterie), ou de l'ulcération de l'appendice iléo-cæcal (dans un certain nombre de péritonites dites *spontanées*, l'état de cet appendice n'a pas été mentionné). D'autres fois la péritonite résulte de la rupture de la vésicule du fiel (cholécystite typhique ou calculuse), de l'ouverture dans le péritoine d'un abcès du foie, de la rate, d'un ganglion mésentérique suppuré, du sang menstruel, etc.

Une deuxième classe de péritonites consécutives est celle qui est liée à l'extension au péritoine de l'inflammation d'un des organes compris dans sa cavité ou y avoisinant : hépatite, métrite, hernie étranglée, étranglement interne, testicule à l'anneau enflammé, adénite inguinale (Guyot), orchite avec funiculite (Ricord), blennorrhagie vaginale (?). On a vu une péritonite générale et mortelle survenir par propagation de l'inflammation de la plèvre à la séreuse abdominale, à la suite d'une thoracocentèse (Villemain), de l'opération de l'empyème sans blessure du diaphragme (Hérard); mais ce sont là des faits très rares.

Il est peut-être plus commun de voir la péritonite survenir dans le cours de maladies générales : scarlatine, variole, érysipèle, rhumatisme articulaire aigu, quoique la péritonite soit la plus rare des complications viscérales du rhumatisme. Dans la maladie de Bright, surtout dans la néphrite parenchymateuse (Hilton Fagge) on observe fréquemment de la péritonite chronique ou subaiguë, tantôt presque latente, tantôt à marche rapide et franchement aiguë.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions sont celles de toutes les

inflammations aiguës des séreuses; dans les cas suraigus, terminés rapidement par la mort, on ne trouve presque point d'épanchement: la séreuse est sèche, visqueuse, dépolie, finement injectée; les intestins sont distendus par les gaz, agglutinés par un exsudat fibreux, de consistance poisseuse, cédant à la moindre traction. Si la mort a eu lieu au bout de plusieurs jours seulement, il existe le plus souvent un épanchement peu abondant (de 100 à 500 grammes), purulent, mélangé de flocons de fibrine concrétée; un exsudat de même nature recouvre le péritoine. L'épanchement gagne les parties déclives, le petit bassin. Quand l'inflammation est le résultat d'une perforation intestinale, le pus est mélangé à des matières fécales, et le péritoine contient des gaz. Parfois le liquide épanché est sanguinolent, très-exceptionnellement il consiste en sang presque pur (péritonite hémorragique). La péritonite aiguë est presque toujours purulente, ce qui s'explique aisément si l'on se rappelle la structure histologique de cette membrane, sa richesse en vaisseaux et en lymphatiques; conditions qui ont toujours fait choisir le péritoine comme objet d'étude par excellence des inflammations suppuratives expérimentales (Kaltenbrunner, Cohnheim).

Quand la péritonite se termine par la guérison, le pus et la fibrine concrétée se résorbent; le plus souvent, la partie liquide de l'exsudat et les leucocytes disparaissent seuls, une partie des pseudo-membranes s'organise en tissu connectif stable, d'où des brides, des adhérences, des rétrécissements entraînant des troubles variables. Dans quelques cas, le pus s'enkyste et forme des collections qui tantôt finissent par se résorber, tantôt, après un répit apparent, s'ouvrent soit au dehors, soit dans un viscère, soit dans la grande cavité péritonéale, déterminant ainsi une nouvelle péritonite, le plus souvent mortelle.

DESCRIPTION. — La péritonite aiguë débute presque toujours par un frisson et par une douleur abdominale très-vive, qui d'abord circonscrite se généralise bientôt à tout l'abdomen; elle est vive, pongitive, lancinante, très superficielle, exaspérée par la moindre pression, par la toux, par la respiration, par le poids même des cataplasmes et des couvertures. Presque dès le début les malades sont pris de nausées, de vomissements incessants, le plus souvent bilieux (porracés), entremêlés de hoquets, qui fatiguent horriblement les malades. Les traits sont altérés, grippés (*facies péritonéal*). Le pouls est ordinairement, dès le début, très-fréquent, petit et concentré, mais par moments il peut offrir de l'ampleur et de la résistance (Grisolle).

La fièvre est constante dans la péritonite aiguë; la température peut s'élever jusqu'à 40 à 41° avec de faibles rémissions du matin; la température centrale est élevée, même pendant le collapsus et quand les extrémités se refroidissent (Jaccoud).

Dès le second ou le troisième jour, le ventre devient tendu et météorisé; la tuméfaction qui est uniforme est déterminée surtout par la paralysie de la tunique musculuse de l'intestin, devenue impuissante à lutter contre l'élasticité des gaz qu'il renferme. A la percussion, on obtient un son tympanique, plus ou moins obscurci à la partie inférieure de l'abdomen et vers les fosses iliaques, où s'accumule l'épanchement; il est très-rare de trouver de la fluctuation, la quantité de liquide épanché étant très-faible. Plus rarement encore, on perçoit à la main par l'auscultation un frottement analogue à celui qui s'observe si fréquemment dans la pleurésie ou dans la péricardite (Després père, Spittal, Bright). Le bruit de frottement se rencontre surtout dans la péritonite chronique.

Les intestins distendus refoulent le diaphragme et apportent une gêne considérable à la respiration, qui est anxieuse, courte, fréquente, entrecoupée; le malade, couché sur le dos, évite tout mouvement et restreint en outre volontairement sa respiration dans la crainte d'augmenter la douleur. La constipation est la règle; l'urine est rare, parfois il existe de la dysurie, du ténésme vésical, quand l'inflammation gagne la muqueuse vésicale.

Quand la maladie s'aggrave, le facies se grippe davantage, le nez s'allonge et s'effile, les traits se tirent, les yeux s'excavent et se cerclent de noir, les mains, les pieds, la face se cyanosent, se refroidissent et se couvrent d'une sueur froide et visqueuse. Le pouls devient irrégulier, filiforme, souvent impossible à compter. Le météorisme augmente, mais la douleur diminue souvent et peut même cesser tout à fait, sans doute par suite de l'insensibilité qui résulte de l'asphyxie commençante et de la sidération de l'économie. Quelquefois les vomissements s'apaisent et sont remplacés par un hoquet de sinistre augure, ou bien « les liquides contenus dans l'estomac, au lieu d'être expulsés par ces secousses de vomissements, sortent sans effort par un simple mouvement de régurgitation » (Grisolle). La mort vient généralement vers le cinquième ou le sixième jour, à la suite d'un affaiblissement graduel et du collapsus, parfois au milieu d'un léger délire et de quelques convulsions; plusieurs « conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment et meurent pour ainsi dire en parlant » (Grisolle).

Quand la terminaison doit être heureuse, les vomissements se calment, la douleur s'apaise, le pouls se relève et se ralentit, la tuméfaction du ventre et le météorisme se dissipent. Tantôt la résolution de l'inflammation s'effectue complètement; tantôt elle est incomplète, et il reste des brides fibreuses et des adhérences qui sont une cause de dyspepsie, de constipation habituelle, de coliques et de tiraillements dans le ventre, et qui peuvent même ultérieurement être l'occasion d'une obstruction intestinale et d'un étranglement interne. Le passage de la péritonite aiguë à l'état chronique est tout à fait exceptionnel.

La guérison de la péritonite généralisée aiguë peut encore se faire par l'évacuation du pus au dehors, par rupture spontanée de la cicatrice ombilicale. Ce mode de terminaison, extrêmement rare chez l'adulte, serait plus fréquent chez l'enfant; à cet âge la péritonite aiguë est relativement bénigne et s'accompagne souvent d'un épanchement considérable (péritonite à forme *ascitique*). M. Gauderon, sur 25 observations rapportées dans sa thèse, cite 8 cas de guérison survenus chez l'enfant par ce mécanisme; mais il faut se demander, avec M. Siredey, s'il s'agit bien, dans tous ces cas, de péritonite suppurée, et non de ces phlegmons sous-péritonéaux assez fréquents chez les jeunes sujets.

Telle est la physionomie et la marche de la péritonite généralisée aiguë, survenant chez un sujet en état de santé. Une mention spéciale doit être faite de la péritonite *par perforation*, qui se distingue de la péritonite ordinaire par l'acuité et l'instantanéité du début, par la violence de la douleur initiale pouvant entraîner aussitôt un état syncopal avec algidité et cyanose, et par la rapidité de la marche des accidents; la mort survient ordinairement dès le deuxième ou le troisième jour, quelquefois au bout de vingt-quatre heures déjà (Grisolle).

La péritonite *par étranglement* mérite aussi une mention spéciale. Dans ce cas, l'inflammation de la séreuse est précédée, pendant une période plus ou moins longue, des symptômes qui résultent de l'étranglement et qui varient avec le siège de celui-ci (hernie, occlusion, étranglement interne, invagination) et avec le viscère enclavé (intestin grêle, gros intestin, épiploon). Il n'est pas rare de voir une perforation s'établir consécutivement, par la rupture ou la gangrène de la portion étranglée. Quand l'étranglement est interne, qu'aucun symptôme prémonitoire ne l'a précédé, que le météorisme s'est rapidement généralisé, quand la constipation est

absolue et que les purgatifs sont rejetés ou demeurent sans effet, le diagnostic entre la péritonite par perforation et l'étranglement interne est souvent fort embarrassant (*pseudo-étranglements* de Henrot).

Lorsque la péritonite, même celle qui est consécutive à une perforation, survient chez un sujet déjà malade et affaibli, dans le cours de la fièvre typhoïde par exemple, ou d'une dysenterie grave, l'allure de la maladie est bien moins tumultueuse que dans les formes dont nous venons de nous occuper; la plupart des symptômes : frisson initial, *douleur*, vomissements, etc., peuvent faire défaut; le développement rapide du météorisme, l'aspect gippé et l'altération particulière de la physionomie, la petitesse et la fréquence du pouls, le refroidissement et la tendance au collapsus, parfois même une amélioration trompeuse de l'état cérébral du malade et le retour de l'intelligence peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Il y aurait exagération à appeler ces péritonites des *péritonites latentes*, car elles se révèlent toujours par un certain nombre de signes qu'il faut connaître et savoir *rechercher*.

DIAGNOSTIC. — Douleur abdominale intense, tympanisme, vomissements, fièvre, petitesse du pouls, tendance au collapsus, refroidissement des extrémités, altération profonde des traits, tels sont les caractères qui suffisent à faire reconnaître la péritonite aiguë, quand elle est franche et bien exprimée. Mais il est un certain nombre d'affections qui présentent un ou plusieurs symptômes analogues et dont le diagnostic différentiel avec la péritonite aiguë, peut offrir quelques difficultés. Dans le *rhumatisme des parois abdominales*, la douleur, qui est extrême, rend la moindre pression intolérable; mais les vomissements, la fièvre, le météorisme, l'algidité, l'altération des traits font défaut. Dans la *colique hépatique* et dans la *colique néphrétique*, outre la douleur extrême, il y a des vomissements, parfois porracés, un facies grippé, des sueurs froides; mais la fièvre manque généralement, le ventre est plutôt rétracté que ballonné, enfin, la douleur elle-même est particulière, viscérale plutôt que superficielle, avec des irradiations spéciales. Certaines hystériques présentent parfois une hyperesthésie telle de la région abdominale, que, lorsqu'il s'y joint de l'ovalgie, des vomissements, du météorisme intestinal si fréquent dans cette maladie, des troubles menstruels, la crainte d'une péritonite peut surgir; l'état du pouls, l'absence de fièvre, l'aspect de la physionomie, les antécédents de la malade dissiperont facilement l'erreur. L'hépatite, la

néphrite, la cystite, pour peu que le revêtement péritonéal de ces organes soit atteint, revêtent parfois un aspect qui simule de très près la péritonite; un examen attentif des organes, la constatation de troubles antérieurs du côté du foie ou des reins, l'ictère, les altérations de l'urine permettront de reconnaître la véritable nature du mal. L'étranglement interne ou externe est parfois d'autant plus difficile à distinguer de la péritonite que celle-ci s'y surajoute toujours et entre pour une bonne part dans la production des accidents. L'existence d'une hernie non réductible, le météorisme partiel, l'obstacle total au cours des matières fécales et des gaz, les vomissements fécaloïdes, l'action souvent heureuse des purgatifs permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

La péritonite par perforation, quand la douleur est peu intense, et que le collapsus, le refroidissement et la syncope s'établissent rapidement, peut rappeler presque trait pour trait le tableau de l'*hémorrhagie interne*; le tympanisme, la douleur à la pression exercée sur l'abdomen serviront de guide dans ces cas.

Nous avons déjà signalé la difficulté, souvent insurmontable en l'absence d'autopsie, que présente le diagnostic entre la péritonite suppurée des jeunes sujets et le *phlegmon sous-péritonéal* de la paroi abdominale antérieure (Gauderon).

La péritonite reconnue, il faut encore en rechercher la cause. C'est ici que les anamnétiques, l'exploration des organes abdominaux, la marche de la maladie, son mode d'invasion seront d'un précieux secours.

Ainsi que nous l'avons dit, quand la péritonite survient dans le cours d'une affection à forme adynamique, dans la fièvre typhoïde surtout, il peut arriver que la perforation intestinale ne provoque pour ainsi dire aucun symptôme apparent et ne soit reconnue qu'à l'autopsie; l'altération rapide des traits, le hoquet, le météorisme, l'état du pouls, l'algidité soudaine suffiront le plus souvent pour faire reconnaître ce redoutable accident.

PRONOSTIC. — La péritonite généralisée aiguë est presque constamment mortelle; cependant il existe des exemples de guérison, même dans la péritonite par perforation. Chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, la guérison est moins exceptionnelle que chez l'adulte.

TRAITEMENT. — La péritonite aiguë est justiciable du traitement antiphlogistique; quand l'état général le permetra on appliquera 30 à 40 sangsues sur l'abdomen, on prescrira en outre des fomentations

émollientes ou des cataplasmes, des bains prolongés, des boissons fraîches, acidules et de la glace à l'intérieur. L'application permanente de compresses glacées ou mieux, si le malade les supporte, de vessies de glace sur l'abdomen, a donné de bons résultats; M. Jaccoud conseille l'emploi des injections hypodermiques de morphine contre la douleur. On pourra recourir aussi aux frictions mercurielles énergiques, poussées jusqu'à salivation, ou à l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen. La péritonite par perforation exige avant tout le *repos absolu*, l'opium à hautes doses (20 à 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures) et la suppression totale de l'alimentation et des boissons. La péritonite par étranglement comporte une thérapeutique spéciale (voyez plus haut, *Occlusion intestinale*).

## PÉRITONITE PUERPÉRALE.

On désigne ainsi la péritonite qui survient chez les femmes récemment accouchées; son étude se rattache étroitement à la question tant controversée de la *fièvre puerpérale*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques de la péritonite puerpérale ne diffèrent par rien d'essentiel de celles de la péritonite franche. Cependant il existe quelques caractères distinctifs: la rougeur du péritoine est moins accusée, l'hyperhémie moins intense; en revanche, l'épanchement est beaucoup plus abondant, il est opaque, floconneux, lactescent.

Dans l'immense majorité des cas, l'utérus et ses annexes sont le siège de lésions multiples. La surface interne de l'utérus, surtout au niveau de l'insertion du placenta, est recouverte d'une matière putrilagineuse, sanieuse, formée de débris de la muqueuse et de caillots sanguins en voie de décomposition; l'utérus lui-même est flasque, plus volumineux que ne le comporte le moment de l'involution auquel la mort a eu lieu. Si on le coupe en tranches, il est très-rare qu'on ne trouve pas, soit une infiltration purulente, soit des gouttelettes de pus disséminées, correspondant à la section de veines ou de lymphatiques enflammés. L'ovaire, les trompes, les ligaments larges, le tissu cellulaire sous-péritonéal (J. Cruveilhier) du petit bassin sont fréquemment le siège d'une infiltration phlegmoneuse ou de véritables abcès. Enfin, presque toujours, on découvre une phébite suppurée, des sinus utérins ou des veines utéro-ovariennes, plus fréquemment encore (Grisolle, Siredey, Fioupe) une lymphangite suppurée caractérisée par des traînées de lymphatiques, gorgés de pus, sinueux, renflés de distance en distance (au niveau

des valvules), qui se dessinent sous la surface péritonéale de l'utérus et se dirigent vers les angles de l'organe, au niveau de l'insertion des trompes; on a pu les suivre jusque dans le réservoir de Pecquet (Nonat, Velpeau).

Les lésions concomitantes de la péritonite puerpérale sont: la pleurésie, la péricardite purulente, des arthrites suppurées, des abcès métastatiques dans le poumon, le foie et les différents viscères, en un mot, toutes les lésions de l'infection purulente ou de la septicémie.

DESCRIPTION. — La péritonite débute rarement pendant le travail, plus rarement encore pendant la grossesse, le plus souvent elle se déclare du deuxième au cinquième jour des couches. Le début est généralement solennel, marqué par un frisson intense avec une douleur abdominale; d'après les recherches de Béhier, la péritonite serait toujours précédée d'une période qu'il appelle *latente*, caractérisée par une douleur provoquée par la pression sur l'utérus, surtout au niveau des angles, cette période correspondrait à la sourde inflammation de l'utérus et de ses annexes. La péritonite puerpérale, une fois établie, présente une symptomatologie qui ne diffère guère de la péritonite commune; cependant quelques particularités l'en distinguent: la diarrhée est fréquente, comme dans tous les états septicémiques et contrairement à ce que l'on observe dans la péritonite commune, où la constipation est la règle; le météorisme est excessif, favorisé qu'il est par le relâchement de la paroi abdominale, déterminé par la grossesse; la sécrétion lactée ne s'établit point, ou se tarit si elle s'était déjà établie; les lochies se suspendent ou diminuent d'abondance et deviennent fétides. Les phénomènes de collapsus, d'algidité, sont moins accusés et moins fréquents; en revanche, la maladie revêt souvent un caractère franchement septique, se traduisant par de l'adynamie, du subdélire, de la stupeur, des tremblements, de la fuliginosité de la langue et des dents, et un véritable appareil typhoïde.

La durée est variable; il est des cas *foudroyants*, surtout pendant les épidémies, où la mort survient dix à douze heures après le début apparent des accidents; le plus souvent, les malades sont emportées entre le sixième et le neuvième jour. Quand la guérison doit avoir lieu, ce qui est exceptionnel, la phlegmasie, qui ne s'était du reste pas propagée à la totalité du péritoine, se circonscrit nettement dans le voisinage de la matrice, la fièvre s'amende, le pouls se relève, les vomissements cessent et le tableau clinique se réduit à celui de la pelvi-péritonite puerpérale, dont il sera question plus loin.

DIAGNOSTIC. — Dans le cours de la puerpéralité, on voit se développer un certain nombre d'états qui offrent, avec la péritonite puerpérale, des symptômes communs. La *fièvre de lait* s'annonce parfois par un véritable frisson, mais ce frisson est léger, de courte durée et il ne s'accompagne ni de météorisme, ni de vomissement, ni de l'altération des traits propre aux inflammations péritonéales. L'absence de ces mêmes signes, l'exacte localisation de la douleur dans le petit bassin, le caractère franchement inflammatoire de la fièvre, la chaleur habituelle de la peau, la plénitude et la médiocre accélération du pouls distingueront la péritonite infectieuse de la métrite et de la pelvi-péritonite consécutives aux couches.

PRONOSTIC. — Il est de la plus extrême gravité, surtout en temps d'épidémie et dans les Maternités; le météorisme considérable, le pouls filiforme, le faciès grippé, les sueurs visqueuses, la langue fuligineuse, les épanchements dans les plèvres ou dans le péricarde, annoncent constamment une issue fatale.

ETIOLOGIE. NATURE. — La péritonite puerpérale se développe rarement à l'état *sporadique*, chez les femmes qui accouchent à domicile, surtout à la campagne. Dans ces cas, un accouchement laborieux, la longueur du travail, les manœuvres obstétricales, la rétention du placenta, la primiparité jouent un certain rôle, mais il ne faudrait pas en exagérer l'importance. Le plus souvent la péritonite, ou, comme l'on dit, la fièvre puerpérale, est épidémique et les épidémies se développent particulièrement sur les femmes qui accouchent dans les hôpitaux; l'encombrement, la viciation de l'air président au développement de ces épidémies qui se propagent ensuite par contagion. Quand l'épidémie est très accusée, les femmes accouchées en ville sont aussi atteintes, mais dans des proportions bien moindres qu'à l'hôpital. D'après les chiffres recueillis par Tarnier, la mortalité des femmes en couches est dix-sept fois plus considérable à l'hôpital qu'en ville.

Se basant sur les conditions qui président au développement de la fièvre puerpérale sur ses caractères épidémiques et contagieux bien démontrés, un certain nombre de médecins et d'accoucheurs ont envisagé cette maladie comme une véritable pyrexie, comparable au typhus ou à la fièvre typhoïde, consistant dans une contamination primitive de l'économie par un agent spécifique; la métrite, la phlébite, la lymphangite utérine, ainsi que la péritonite, la pleurésie, les arthrites n'étant que les localisations de la maladie générale. Pour d'autres, il ne s'agit que de phlébites et de lymphan-

gites utérines entraînant à leur suite une péritonite, une pleurésie suppurées, ou bien encore une véritable pyohémie, en dehors de toute cause générale et supérieure. Il y a exagération des deux parts: la spécificité absolue, l'*essentialité* du puerpérisme infectieux ne saurait être admise, en présence de la constance et de l'antériorité des lésions des veines et des lymphatiques de l'utérus, porte d'entrée évidente du mal; mais, d'autre part, il faut reconnaître que ces lymphangites, ces phlébites utéro-pélviennes sont d'une nature spéciale, septique, d'où la diffusion rapide de l'inflammation à la séreuse abdominale, la contamination du sang et de la lymphe, l'intoxication générale, les suppurations éloignées et l'ensemble des accidents pyo-septicémiques. En d'autres termes, la question se réduit à celle de la pyohémie et de la septicémie chirurgicales: ici aussi il existe une plaie, la plaie placentaire qui d'ordinaire se répare avec la plus grande facilité, mais qui peut être le point de départ des inflammations purulentes diffuses et métastatiques dont l'ensemble constitue ce que l'on a improprement appelé la *fièvre puerpérale*.

TRAITEMENT. — La *prophylaxie* de la péritonite puerpérale consiste surtout à soustraire les femmes en couches aux effets de l'encombrement et de l'infection nosocomiale; le meilleur moyen consisterait dans une organisation des secours à domicile, permettant aux femmes nécessiteuses d'accoucher le moins possible à l'hôpital. Dans les Maternités, il faut s'efforcer, autant que possible, « de placer les femmes dans les mêmes conditions hygiéniques que celles qui accouchent chez elles, c'est-à-dire de donner à chaque femme une chambre particulière avec isolement complet » (Tarnier). Le pavillon isolé, à chambres séparées, que Tarnier a fait établir à la Maternité de Paris, réalise heureusement la plupart de ces conditions.

Le traitement *curatif* est malheureusement impuissant dans l'immense majorité des cas. La péritonite doit être combattue par les moyens antiphlogistiques que nous avons mentionnés plus haut; quant à la septicémie et à l'état général, on essayera de les combattre par les préparations de quinine, par l'alcool, par une médication tonique et corroborante (vin, extrait de quinquina, etc.).

#### PÉRITONITE GÉNÉRALE CHRONIQUE, PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

La péritonite chronique est presque toujours de nature tuberculeuse; la cirrhose atrophique du foie, la maladie de Bright

s'accompagnent parfois de phlegmasie chronique du péritoine ; mais, dans ces cas, la péritonite n'est qu'accessoire, sa symptomatologie est obscurcie et comme effacée par celle de la maladie principale. Lancereaux a décrit une péritonite chronique alcoolique ; les observations qu'il relate ne sont pas absolument convaincantes. Récemment Hilton Fagge a publié un certain nombre de faits de péritonite chronique simple. Notre description s'appliquera presque exclusivement à la péritonite chronique tuberculeuse, maladie fréquente, parfois singulièrement difficile à reconnaître, que Grisolle surtout a fait connaître et dont il a tracé l'histoire de main de maître.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la paroi abdominale antérieure adhère dans toute son étendue aux viscères sous-jacents, par des fausses membranes qui dérobent souvent à la vue la totalité des intestins, à ce point qu'il faut recourir à une véritable dissection pour les découvrir. Les fausses membranes, épaisses, grisâtres ou noirâtres, ardoisées, forment par places des bosselures qui peuvent donner lieu à de graves erreurs de diagnostic. Dans leur intervalle existe un épanchement, le plus souvent puriforme, parfois séro-fibrineux, mélangé à des matières fécales lorsqu'il existe des perforations. L'épanchement d'ordinaire est peu abondant ; exceptionnellement il s'élève à deux à trois litres (forme ascitique). L'intestin grêle est refoulé et comme rétracté vers la colonne vertébrale, sous forme de paquet globuleux ; d'autres fois il forme une sorte de lame verticalement étendue de l'épigastre au détroit supérieur. Presque toujours (9 fois sur 10, d'après Grisolle, on trouve, tant à la surface de la séreuse viscérale que dans l'épaisseur des fausses membranes, des tubercules, tantôt sous forme de granulations grises ou jaunes, tantôt sous forme de masses caséuses plus ou moins ramollies. L'épiploon, infiltré de masses tuberculeuses, forme parfois un épais tablier étalé au devant des intestins.

La muqueuse intestinale est généralement le siège d'ulcérations, de nature également tuberculeuse, qui peuvent amener la perforation de l'intestin et la formation d'abcès stercoreux, presque toujours enkystés ; quelquefois on trouve une communication entre deux anses intestinales accolées et perforées ; cette communication est produite « tantôt par une ulcération développée à la face interne d'une des anses intestinales, tantôt par l'intermédiaire d'un abcès tuberculeux qui, formé dans les fausses membranes, s'ouvre à la fois dans les deux anses d'intestin qui lui sont contiguës » (Grisolle) ;

en un mot, la perforation peut se faire de dedans en dehors ou inversement. Les ganglions mésentériques sont fréquemment volumineux et en voie de transformation caséuse (Cruveilhier, N. Guéneau de Mussy) ; parfois cependant la phthisie mésentérique fait complètement défaut (Rilliet et Barthez).

Presque toujours, conformément à la loi de Louis, on trouve des tubercules dans le poumon, mais peu abondants, localisés au au sommet et à un stade peu avancé dans leur évolution (granulations grises ou jaunes).

Dans la péritonite chronique simple, les granulations tuberculeuses font défaut ; il est cependant une variété où le péritoine et les fausses membranes sont parsemés de granulations dites inflammatoires, larges, aplaties, de consistance scléreuse, qui ne se caséifient jamais, et qui sont constituées par du tissu fibro-élastique (Hérard et Cornil).

ÉTIOLOGIE. — La péritonite tuberculeuse se développe de préférence chez les enfants et les jeunes sujets, sans être rare cependant chez les adultes ; on en a même observé quelques cas chez des vieillards. Presque toujours elle constitue la localisation primitive et demeure jusqu'à la mort la manifestation principale de la tuberculose. Jamais Grisolle ne l'a vue se déclarer dans le cours d'une phthisie pulmonaire confirmée.

DESCRIPTION. — Il est tout à fait insolite de voir la maladie débiter d'une façon aiguë ; le plus souvent elle procède insidieusement : le malade maigrit, se plaint de coliques sourdes, de diarrhée alternant avec la constipation ; il est obligé de se débattre à la suite des repas ; le ventre grossit, proémine en avant et ne présente presque jamais cet évasement des parties latérales qu'on observe dans l'ascite. L'épanchement est généralement peu abondant ; dans quelques cas seulement il existe une véritable ascite avec tous les signes physiques qui la caractérisent.

La percussion fournit des signes importants. Souvent, malgré le développement du ventre, il n'existe de matité qu'au niveau des parties déclives, partout ailleurs on trouve une sonorité tympanique due au météorisme. Il n'y a pas de *ligne de niveau* régulière pour la matité comme dans l'ascite, et les changements de position du malade n'influencent guère les résultats obtenus par la percussion. La fluctuation manque ou bien elle est très-obscurc. Il n'est pas rare de trouver en différents points de la matité à une percussion *superficielle*, et de la sonorité à une percussion plus forte, preuve que des anses intestinales sont fixées sous une nappe peu épaisse d'épan-