

hémorrhagies intestinales, des *coliques* et consécutivement les signes d'une *anémie* progressive. Il est probable qu'à ce moment ces animaux changent beaucoup plus souvent de place dans l'intestin que plus tard, alors qu'ils deviennent de plus en plus « sessiles ». C'est ainsi qu'on s'explique comment la maladie présente au début un caractère plus franchement aigu, tandis que dans la suite se développe l'image d'une anémie chronique, marquée par l'absence presque totale de selles sanguinolentes.

Le diagnostic est facile à établir pour peu qu'on songe à la présence possible des anchylostomes. Dans les fèces, on trouve sans beaucoup de peine une quantité d'œufs, qui ont assez de ressemblance avec ceux des ascarides lombricoïdes, mais qui sont seulement un peu plus petits. Après l'usage des purgatifs on voit souvent une masse de vers complètement développés au milieu des évacuations.

Si la maladie est reconnue à temps, le *traitement* peut d'ordinaire se promettre des succès. On prescrira les mêmes anthelminthiques que pour les autres entozoaires, surtout *l'extrait de fougère mâle* à haute dose (10 à 15 grammes), indépendamment des purgatifs et des lavements. De cette manière on réussit souvent à vider complètement l'intestin des parasites et à procurer une guérison complète, même dans les cas graves. *La doliarine* (extraite du ficus doliaria) qu'on a également préconisée à la dose de 4 grammes 3 fois par jour est d'un effet moins sûr.

5. Trichocéphale dispar.

(Ver en forme de fouet.)

Le *trichocéphale dispar* est un ver long de 4 à 5 ctm. dont la partie céphalique est très effilée, tandis que l'extrémité postérieure s'épaissit considérablement (fig. 51.)

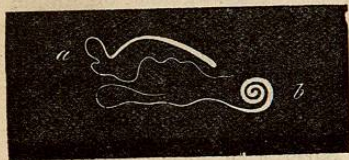


Fig. 51. (D'après HELLER).
Trichocéphale dispar.

La demeure du trichocéphale sans pareil, c'est surtout le cœcum où il se trouve soit seul, soit en grande compagnie. Ce ver ne paraît avoir aucune *importance clinique*. Tout au plus pourrait-il, quand il se présente en très grandes masses, donner lieu à une obstruction par matières fécales, à la typhlite, etc. Cependant on n'a pas encore fait d'observation semblable.

SIXIÈME PARTIE.

MALADIES DU PÉRITOINE.

CHAPITRE PREMIER.

PÉRITONITE AIGUË.

(Inflammation aiguë du péritoine.)

Étiologie. Il y a deux voies principales par lesquelles les agents inflammatoires parviennent au péritoine : l'estomac ou l'intestin et les organes génitaux chez la femme.

Au cours *des diverses ulcérations qui atteignent le tube digestif*, le processus peut se communiquer à la séreuse et la faire participer à l'inflammation. C'est ainsi que se développe une inflammation d'abord circonscrite, qui, par la suite, peut dans diverses circonstances se propager plus loin et doit être mise sur la même ligne que la pleurésie par rapport à l'inflammation du poumon. Mais très souvent l'état pathologique de l'estomac et de l'intestin est de nature telle que le processus ulcératif dont ils sont le siège donne lieu à une *perforation* complète de leurs parois. Alors les agents inflammatoires, concurremment avec le contenu du tube digestif, passent immédiatement et en masse dans la cavité péritonéale et y provoquent une inflammation, qui, par la spécificité offensive de sa cause, est toujours purulente et très souvent septico-putride. Nous avons cité à diverses reprises dans les chapitres qui précèdent, le développement possible de la *péritonite dite perforative* à la suite des différents processus ulcéreux qui se passent dans l'estomac et l'intestin. Nous avons vu que l'ulcère rond, le cancer ulcéré de l'estomac, les ulcérations typhiques, tuberculeuses et dysentériques de l'intestin, les ulcérations de la paroi intestinale situées au-dessus des rétrécissements de toute nature, les petits ulcères de l'appendice vermiforme dus à la compression de calculs stercoraux, etc. peuvent donner naissance à une péritonite par perforation ulcérate.

Le second endroit par ordre de fréquence d'où dérive la péritonite, ce sont les *organes génitaux de la femme*. Parfois pendant la parturition ou un avortement, plus rarement en dehors de ces processus (pendant la période menstruelle) une cause infectante peut atteindre directement et de l'extérieur les voies génitales. — Les inflammations qui en résultent (endométrite, métrite, paramétrite) se transmettent de différentes manières au péritoine

et provoquent la péritonite. Dans l'endométrite septique l'inflammation peut se propager aux trompes, de sorte que les agents inflammatoires en suivant cette voie atteignent immédiatement le péritoine. Dans d'autres cas, c'est par le canal des vaisseaux lymphatiques que la métrite purulente et la paramétrite communiquent l'inflammation à la séreuse. Si de grands abcès paramétriques se sont formés, ils peuvent aussi s'ouvrir dans la cavité du péritoine. Néanmoins il importe de remarquer que dans beaucoup de cas de péritonite puerpérale septique, les organes génitaux (utérus et annexes) restent complètement indemnes et ne servent que de porte d'entrée aux agents inflammatoires qui les franchissent sans les entacher.

Outre les deux séries de causes que nous venons de nommer, il y a encore une foule de circonstances favorables au développement de la péritonite, mais qui n'ont à beaucoup près pas la même importance.

Parfois la péritonite résulte de la propagation de processus inflammatoires provenant d'autres organes de l'abdomen. Les abcès du foie, les échinocoques suppurés de cet organe, les ulcérations des voies biliaires, les abcès de la rate, les infarctus spléniques, la néphrite et la pyélite purulentes, les abcès périvésicaux, ceux de la prostate, les kystes ovariens en suppuration, les grossesses tubaires, les abcès du psoas, les inflammations des vertèbres, etc. peuvent tous, comme il est facile à comprendre, donner lieu à une péritonite par propagation ou par perforation de la séreuse péritonéale.

Il est digne de remarque que la péritonite est susceptible de naître comme conséquence d'une pleurésie. Ce n'est pas seulement, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, la pleurésie tuberculeuse, mais la pleurésie purulente également qui se transmet quelquefois au péritoine, étant donné que les cavités de la plèvre et du péritoine sont dans des rapports intimes par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques du diaphragme.

Une cause occasionnelle importante de la péritonite aiguë ce sont les plaies pénétrantes de l'abdomen. Ici il ne faut pas seulement ranger les blessures proprement dites, mais aussi les plaies opératoires de la cavité abdominale. Autrefois, dans la période pré-antiseptique, un grand nombre de laparotomies (ovariotomies, etc.) avaient une issue malheureuse, à cause de la péritonite septique généralisée qui se produisait à la suite de l'envahissement de la cavité du ventre par des agents inflammatoires, au cours de l'opération. Même après une simple paracentèse avec un trocart malpropre, il peut se développer une péritonite aiguë. Il est beaucoup plus rare et même douteux que la péritonite puisse se manifester après des traumatismes portant sur l'abdomen sans plaie pénétrante des parois abdominales (hémorrhagie interne, etc.). — Chez les nouveau-nés la péritonite se déclare quelquefois à la suite d'une infection opérée par la plaie du nombril.

Enfin il nous reste à mentionner deux maladies pendant lesquelles la péritonite aiguë — bien que cela ait lieu rarement — se déclare comme complication essentielle ou comme partie constituante de l'ensemble du processus morbide : nous voulons parler du rhumatisme articulaire aigu et de la néphrite. Le mode d'origine de ces péritonites secondaires n'est pas tout à fait clair. Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, l'apparition de la péritonite doit être mise sur la même ligne que les inflammations des autres membranes séreuses (plèvre, péricarde) qui se montrent au cours de cette maladie. Il faut aussi songer à la possibilité de la transmission du processus inflammatoire émanant de la plèvre. Dans les diverses formes de la *néphrite* aiguë et chronique, en y comprenant le *rein amyloïde*, on a quelquefois observé la péritonite aiguë, le plus souvent à titre d'affection terminale. Il est possible que la rétention dans le sang des matériaux fixes de l'urine joue un rôle dans la genèse de cette péritonite.

Anatomie pathologique. Comme l'inflammation des autres membranes séreuses (plèvre, péricarde), celle du péritoine se divise en plusieurs formes d'après la composition de l'exsudat inflammatoire. La nature de la cause productrice explique comment, dans la plupart des cas de péritonite, c'est la forme *fibrino-purulente* qui se rencontre le plus fréquemment. Si l'inflammation s'étend à toute l'étendue du péritoine et qu'il s'agisse conséquemment d'une « *péritonite dite diffuse généralisée* », on trouve, à l'ouverture de l'abdomen, le feuillet pariétal du péritoine et la surface externe des circonvolutions intestinales, le plus souvent d'un rouge vif par suite d'une *forte injection des vaisseaux*. Par ci par là on rencontre de petites ecchymoses. En même temps la séreuse a un aspect trouble, en partie par la chute de l'endothélium, en partie surtout par l'*exsudat fibrineux* plus ou moins abondant, dont une lame coagulée plus ou moins épaisse recouvre le péritoine. Très souvent les anses intestinales sont reliées par des *adhérences* multiples (cpr. les adhérences pleurétiques) qui dans les cas récents se détachent assez facilement, mais qui plus tard forment des *brides* fibreuses entre ces circonvolutions. Outre l'exsudat fibrineux, il y a le plus souvent un liquide *fibrino-purulent* qui flotte librement dans la cavité abdominale. Le volume en est très variable. Parfois ce n'est qu'une légère quantité de sérosité louche qui s'amasse dans les parties déclives, quelquefois l'exsudat liquide peut monter à plusieurs litres de manière à remplir le ventre à un haut degré. Il est rare que l'exsudat ait une consistance séro-purulente ; il est plutôt de nature presque entièrement purulente. Très souvent, principalement dans les péritonites par perforation intestinale et dans beaucoup de cas de péritonite puerpérale, l'exsudat purulent devient *fétide et sanieux* (*péritonite septique*) par suite des processus de putridité qui s'y passent.

Quand l'intestin est largement perforé, des masses fécales et des gaz intestinaux envahissent la cavité du ventre. La décomposition des exsudats péritonéaux ichoreux peut aussi quelquefois provoquer un développement de gaz putrides. Enfin, disons encore que dans des cas rares l'exsudat prend un caractère *hémorrhagique*. Cependant la plupart des péritonites hémorrhagiques ne sont pas à leur place ici, mais appartiennent à la péritonite tuberculeuse (v. ci-dessous).

Dans les péritonites graves et de longue durée, l'intestin participe au processus, en ce sens que sa paroi, à la suite de l'œdème inflammatoire collatéral qui s'y forme, s'épaissit parfois considérablement tout en devenant friable et facile à déchirer. Le relâchement œdémateux de la tunique musculieuse qui va jusqu'à produire une paralysie intestinale complète, permet à l'intestin ou à plusieurs de ses segments de se météoriser à un haut degré.

Les formes légères de péritonite générale à exsudat *séro-fibrineux* ou à prédominance séreuse, sont relativement rares. On range dans cette catégorie certains cas de *péritonites* en apparence *primitives* (le plus souvent chroniques) et à terminaison favorable, de même que la péritonite qui se déclare à la suite d'une ascite qui préexiste depuis longtemps (v. chap. suiv.) Dans les rares observations de péritonite avec guérison, pendant le cours du rhumatisme aigu, il s'agit probablement aussi d'une inflammation avec exsudat séro-fibrineux.

Indépendamment de la péritonite générale et diffuse décrite jusqu'ici, nous devons mentionner encore comme étant assez fréquente, la *péritonite circonscrite, limitée (partielle, « enkystée »)*. Ici également on voit, d'une part des formes légères à exsudat fibrineux et d'autre part des inflammations purulentes circonscrites (exsudats péritonéaux purulents enkystés). Les premières sont des inflammations provenant des processus les plus divers qui se passent dans le voisinage du péritoine. Ainsi, par exemple, en cas d'ulcération intestinale marchant vers la profondeur, on voit parfois à l'endroit correspondant de la séreuse une légère péritonite circonscrite. De même, dans les infarctus spléniques superficiellement situés, dans différentes affections du foie qui en atteignent la surface, dans nombre d'états pathologiques des organes génitaux de la femme, on rencontre de ces péritonites circonscrites communes. Le plus souvent alors la péritonite suit une marche chronique donnant lieu à la formation d'adhérences (*péritonite adhésive*).

La *péritonite purulente circonscrite* est due exactement aux mêmes causes que la péritonite générale. Seulement il s'est établi de bonne heure des adhérences solides à l'entour du lieu d'origine de la péritonite, de manière que l'inflammation reste limitée et ne peut se propager au delà par tout le

péritoine. La péritonite purulente enkystée se rencontre le plus fréquemment à l'état de *péritiphylite purulente* (v. cet article) après la perforation de l'appendice iléo-cœcal, puis à titre de péritonite enkystée du petit bassin (*pelvipéritonite*), à la suite d'inflammations puerpérales de l'utérus et de ses annexes. Cependant, après la perforation d'ulcères de l'estomac et de l'intestin, après la rupture d'abcès hépatiques et à la suite d'affections analogues, on observe aussi des péritonites purulentes enkystées (*abcès sous-phréniques* entre autres).

Les *processus d'histologie* microscopique de la péritonite aiguë sont exactement analogues à ceux de l'inflammation des autres membranes séreuses. L'endothélium se désagrège et s'exfolie de toutes parts. L'exsudat qui suinte hors des vaisseaux consiste en un liquide qui se coagule en partie (exsudat fibrineux), avec émigration d'une quantité plus ou moins grande de cellules sphéroïdales. Ensuite il se produit un tissu inflammatoire de nouvelle formation (tissu cellulaire et vaisseaux) qui a surtout pour origine l'endothélium, les cellules fixes des tissus et aussi en partie, d'après quelques auteurs, les cellules émigrées. Toutefois la néo-formation des vaisseaux semble principalement avoir lieu par bourgeonnement des capillaires de la séreuse. C'est ainsi que se forment dans les péritonites d'ancienne date ces adhérences de tissu connectif et ces pseudomembranes qui relient entre elles les circonvolutions intestinales. Quand la maladie est entrée dans une phase chronique, les adhérences finissent par donner lieu à des épaissements considérables et à des processus de rétraction de l'épiploon et du mésentère (*péritonite déformante*). Dans la plupart des cas de péritonite purulente, la mort arrive quand l'inflammation n'a pas dépassé la première période. Si la péritonite à forme légère parvient à la guérison, l'exsudat se résorbe après sa transformation graisseuse et après la destruction de ses éléments cellulaires, suite de cette transformation.

Les terminaisons de la péritonite purulente circonscrite seront signalées à l'occasion de la description des symptômes cliniques.

Symptômes cliniques et marche de la maladie. 1. *Péritonite diffuse aiguë*. La description suivante se rapporte principalement à la forme grave de la péritonite purulente diffuse, de beaucoup la plus fréquente, et telle qu'elle se présente dans la plupart des cas de péritonite par perforation, de péritonite puerpérale et consécutive aux plaies venant de l'extérieur (opérations). Comme dans ces circonstances la péritonite est le plus souvent une maladie secondaire, il est facile à comprendre que le tableau morbide et la marche générale de la maladie subissent des modifications nombreuses du chef de la maladie fondamentale préexistante. Ces modifications résultent avant tout du mode de *début de la péritonite*. Beaucoup de

péritonites par perforation peuvent se manifester très soudainement au milieu d'une santé en apparence parfaite. Nous avons vu qu'un ulcère de l'estomac ou du duodénum qui ne s'est trahi par aucun symptôme, est susceptible à un moment donné de se perforer subitement. Avec le même impromptu et une rapidité semblable on voit se développer les symptômes de la péritonite dans la plupart des perforations de l'appendice vermiculaire.

Dans nombre de cas au contraire les signes de la péritonite sont précédés d'un état morbide grave d'une autre nature. Ce fait se présente par ex. dans la péritonite perforative qui se déclare au cours d'un typhus, d'une tuberculose intestinale, d'un rétrécissement de l'intestin, etc. Dans ces conditions, les symptômes de péritonite sont parfois masqués complètement, ou à peu près, par les autres symptômes locaux gravés qui existent simultanément et par des manifestations morbides générales.

Enfin, comme nous l'avons vu également, la péritonite aiguë généralisée se déclare parfois à titre de conséquence d'une péritonite circonscrite locale préexistante. C'est ainsi, par ex., qu'une pérityphlite purulente, une pelvi-péritonite purulente puerpérale, etc. en évoluant défavorablement, finissent par amener une inflammation diffuse du péritoine dont les symptômes se rattachent par une gradation insensible aux processus morbides antérieurs.

Abstraction faite des nuances que nous venons de signaler dans le tableau morbide général, les symptômes de toute péritonite diffuse aiguë, de quelque manière qu'elle se produise, sont le plus souvent et, sous tant de rapports cliniques, tellement caractéristiques et concordants, que les traits généraux de la maladie sont faciles à esquisser.

Les *symptômes de la péritonite aiguë* se divisent en deux groupes ; en *symptômes locaux* et en *phénomènes généraux*, dépendant de l'influence qu'exerce l'affection locale sur l'état général du malade.

Parmi les *symptômes locaux* de la péritonite, la *douleur* occupe la principale place. C'est d'ordinaire le premier symptôme que les malades accusent, ce qui n'empêche pas que dans toute la suite de la maladie *des douleurs abdominales exquises* ne prédominent dans la scène morbide. Au début, la détermination du siège de la douleur a parfois une valeur diagnostique, en ce sens que, dans les cas douteux, elle indique l'origine possible de la péritonite (appendice vermiculaire, ulcère de l'estomac, etc.) Plus tard les douleurs se répandent par tout l'abdomen. Le plus souvent elles sont interrompues par des rémissions de courte durée, suivies de nouvelles exacerbations douloureuses. Ces dernières sont provoquées par les mouvements du malade, par une inspiration un peu profonde, et surtout peut-être par les contractions péristaltiques éventuelles de l'intestin, etc. L'excessive *sensibi-*

lité du ventre à la pression est un signe très caractéristique de la péritonite. Il suffit de l'attouchement le plus léger pour éveiller une douleur vive et fréquemment le faible poids des couvertures peut à peine être supporté. La région ombilicale est quelquefois l'endroit le plus douloureux.

Il est rare que la *douleur manque* dans la péritonite aiguë. Ce phénomène se rencontre chez les malades arrivés à la période ultime, qui ont la sensibilité obtuse ou qui sont plongés dans la stupeur. Dans ces cas la péritonite passe aisément inaperçue.

L'*examen objectif de l'abdomen* fournit une série de données importantes pour le diagnostic de la péritonite.

En général, aussitôt après le début de la maladie, le *ventre se gonfle* graduellement et se tend de plus en plus. Ce développement tient en grande partie à la météorisation des circonvolutions intestinales dont nous avons parlé et qui peut atteindre un degré considérable quand la paralysie a envahi l'appareil musculaire du canal intestinal. Dans une phase plus avancée, l'exsudat liquide qui s'épanche dans le péritoine contribue naturellement à augmenter le volume de l'abdomen ; cependant la voussure du ventre est rarement aussi uniforme et aussi prononcée en largeur que dans la simple hydropisie du péritoine (ascite). Le gonflement de la péritonite se caractérise parfois beaucoup plus par l'apparition, à travers les parois de l'abdomen, des contours de plusieurs anses intestinales distendues. Le ventre est en général d'autant plus développé dans la péritonite que ses parois sont plus relâchées et plus minces ; il est par conséquent porté à son extrême limite de distension, dans la péritonite puerpérale, quand les parois sont devenues flasques par une grosseur antérieure. Chez les individus fortement musclés, à parois abdominales rigides, l'abdomen prend beaucoup plus difficilement un volume considérable. Remarquons encore pour finir que quelquefois le *développement de l'abdomen fait pour ainsi dire défaut*. Dans ces cas qui offrent souvent des difficultés au diagnostic, il arrive que les parois du ventre rétractées ont une dureté ligneuse et que l'abdomen est aplati ou même légèrement concave. Parfois encore la contracture initiale des parois abdominales fait place à une distension consécutive plus ou moins considérable du ventre.

La *percussion* au niveau des anses intestinales météorisées donne un son clair, le plus souvent tympanique. Ce n'est qu'après qu'une certaine quantité d'*exsudat liquide* s'est accumulée dans la cavité péritonéale, que le son devient mat, surtout aux endroits déclives. Cependant quand le météorisme est très considérable, une masse assez notable de liquide peut se dérober complètement à la percussion. Il est très difficile, en présence de la violence des douleurs, de faire des recherches sur les variations que subit la matité