Le phlegmon hypogastrique peut se terminer de trois façons différentes : par *résolution*, par *induration*, par *suppuration*.

La terminaison par résolution est assez fréquente, malgré l'opinion contraire de Poisson; sur un relevé de 29 cas de phlegmon hypogastrique spontané, Bouilly l'a notée 8 fois; c'est de beaucoup la terminaison la plus heureuse.

La terminaison par induration est beaucoup plus rare; l'induration finit par se dissiper au bout d'un temps variable; la terminaison par induration n'est donc qu'une variété de la terminaison par résolution.

La suppuration est la terminaison la plus commune : sur le total des 29 cas précités elle a été observée 21 fois. Elle s'annonce comme toute formation de pus par des frissons, de la fièvre, de l'anorexie, une douleur fixe pulsative, de la rougeur et de l'œdème de la peau, etc.

Une fois formé, le pus doit être évacué; si l'on n'intervient pas chirurgicalement, on voit la peau s'amincir en un point situé au-dessus de la symphyse ou un peu au-dessous de l'ombilic, et le pus se faire jour au dehors. L'abcès peut aussi s'ouvrir dans le rectum, dans le péritoine, ou fuser à la partie supérieure et interne de la cuisse, à la région trochantérienne, ou même jusque dans les bourses. L'ouverture dans la vessie est plus rare. Dans quelques cas, l'abcès communique avec deux organes à la fois.

Le pus est louable ou bien rougeâtre, de mauvaise nature, mélangé de gaz horriblement fétides; il a souvent une odeur fécaloïde. Après l'évacuation du pus, la tumeur disparaît en ne laissant qu'une plaque d'induration qui s'efface lentement.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel du phlegmon hypogastrique et de la *péritonite* est très-délicat au début, car les symptômes locaux ne diffèrent que par des nuances (Bernutz); dans le phlegmon hypogastrique, les douleurs sont plus localisées que dans la péritonite, les vomissements et les nausées sont moins fréquents et moins rebelles aux agents thérapeutiques, la constipation est moins opiniâtre. Les symptômes généraux sont beaucoup moins graves; la prostration profonde, le facies hippocratique, le pouls abdominal, la fièvre, sont si caractéristiques dans la péritonite, qu'ils lèvent bientôt tous les doutes.

L'*entéralgie* se distingue assez facilement du phlegmon hypogastrique par le caractère névralgique des douleurs, leur intermittence, leur variabilité de siège.

Lorsque la tumeur hypogastrique est formée, il faut reconnaître la nature de la tumeur et la différencier des autres maladies de la région qui peuvent lui ressembler. La confusion avec la *rétention d'urine* est facilement évitée par le cathétérisme qui ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine normale et laisse subsister la tumeur. Les *tumeurs des parois abdominales* font corps avec ces parois et sont beaucoup plus superficielles que la tuméfaction formée par le phlegmon hypogastrique; leur marche est d'ailleurs bien différente. Les erreurs sont beaucoup plus difficiles à éviter avec les tumeurs du bassin, quelle que soit leur nature.

Pronostic. — Le pronostic du phlegmon hypogastrique est généralement peu grave, cependant il doit toujours être réservé; la diffusion de la suppuration, l'ouverture de l'abcès dans le péritoine, la longue durée de la suppuration et l'épuisement qui en résulte sont des complications redoutables.

Traitement. — A la première période, le traitement antiphlogistique est naturellement indiqué : on prescrira le repos absolu, les cataplasmes émollients, les onctions mercurielles belladonées, les sangsues au nombre de dix à vingt à l'hypogastre. Si la douleur est intense, on la calmera avec des opiacés ou plutôt avec des injections hypodermiques de morphine.

Lorsque la tumeur est constituée, on peut encore chercher à en amener la résolution par les applications de vésicatoires ou de teinture d'iode, etc.; mais, dès que le pus est formé, il faut intervenir et lui donner une issue facile en faisant une large ouverture, en ponctionnant ou en drainant l'abcès. On choisira pour ouvrir l'abcès le point le plus superficiel, le plus saillant, celui au niveau duquel on sent le mieux la fluctuation; chez la femme ce sera souvent la paroi antéro-supérieure du vagin.

Bernutz. Phlegmon profond de la paroi abdominale (Arch. gén. de méd., 1850). — Gallash. 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, perityphlite et péricystite (Bull. méd. du Nord et Gaz. méd., 1877). — Poisson, th. de Paris, 1877. — Reliquet. Note sur les phlegmons périvésicaux (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. — Bouilly. 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, leur 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 bien mis en évidence par les recherches de Louis Jullien. Cette inervation 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, de Goltz [1], celles plus récentes

1. Goltz a vulgarisé une expérience celèbre, réalisée déjà d'ailleurs en France par Brown-Séquard, et qui consiste à produire chez les animaux (les grenouilles principalement) l'arrêt du cœur en diastole par l'excitation brusque du plexus cœliaque : la mort arrive alors par syncope.

Consultez aussi P. Reynier et Ch. Richet, *Expériences relatives au choc péritonéal* (*Comptes rendus Acad. des Sciences*, 1880) ; et la thèse toute récente de Lecreux (*Intermittences cardiaques d'origine gastro-hépatique*, (Lyon, 1888), où se trouve relatées une série d'observations et d'expériences intéressantes propres à éclairer l'influence des excitations des nerfs de la cavité abdominale sur le cœur.

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, 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 auxquelles nous avons plusieurs fois fait allusion, que les excitations portées à la surface du péritoine entraînent, par voie nerveuse, une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire très favorable à la dilatation ventriculaire.

Depuis les importantes recherches de Recklinghausen et de Ranvier, on connaît bien aujourd'hui les propriétés absorbantes du péritoine, propriétés qu'il doit à la présence, au niveau de la région diaphragmatique, de lacunes ou de puits lymphatiques parfaitement décrits. Cette faculté d'absorption peut être considérable (expériences de Blanchard dans le laboratoire de Lépine); elle a été utilisée dans ces derniers temps surtout par Golgi et Bizzozero, qui ont pratiqué plusieurs fois avec succès la transfusion intrapéritonéale [1].

Nous décrirons successivement les différentes formes de la *péritonite*, aiguë ou chronique, généralisée ou partielle, l'*ascite* ou hydropisie 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* ou *primitive* et *symptomatique* ou *consécutive ;* selon son étendue, elle est *générale* ou *partielle ;* selon sa 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

1. Consultez particulièrement : Bizzozero et Golgi, *Observatore*, nov. 1879, Dubar et Rémy, *Exp. sur l'absorption par le péritoine* (*Journ. de l'anatomie et de la physiologie*, 1882) ; Blanchard, *Quelques considérations sur la séreuse péritonéale*, th. Lyon, 1882.

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.

PÉRITONITE GÉNÉRALE AIGUË.

La péritonite *spontanée* est extrêmement rare ; Besnier cependant croit en avoir observé deux observations probantes. Dans un mémoire plus récent, Richard Pott a rapporté un certain nombre de faits de péritonite suppurée de l'enfance dont l'origine lui paraît spontanée ; mais la grande majorité des médecins tend encore à considérer son existence comme 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 de 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 [1].

D'autres fois, la péritonite résulte de la rupture de la vésicule du fiel (cholécystite typhique ou calculeuse), de l'ouverture dans le péritoine d'un abcès du foie, de la rate, d'un ganglion mésentérique suppuré ou de l'introduction du sang menstruel, etc.

Une deuxième classe de péritonites consécutives répond aux faits de propagation au péritoine de l'inflammation d'un des organes compris dans sa cavité ou y avoisinant : hépatite, hernie étranglée, étranglement interne, périnéphrite ou néphrite calculeuse, testicule à l'anneau enflammé, suppuration de la cicatrice ombilicale chez le nouveau-né, adénite inguinale (Guyot), orchite

1. Il est probable que c'est à des lésions de ce genre qu'il faut attribuer un certain nombre de ces péritonites dites spontanées ; dans bon nombre d'entre elles, en effet, l'état de l'appendice iléo-cæcal n'est pas mentionné.

avec funiculite (Ricord), blennorrhagie vaginale, métrite interne, primitive ou consécutive à l'hystérométrie ou à une injection intra-utérine. On a vu une péritonite générale et mortelle survenir par extension du processus inflammatoire de la plèvre à la séreuse abdominale, à la suite d'une thoracentèse (Villemain), ou 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, dothiénentérie, 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, subaiguë, lente, quelquefois cependant à marche rapide et franchement aiguë.

L'histoire étiologique et pathogénique de la péritonite aiguë a largement bénéficié aussi des conquêtes de la microbiologie. Non-seulement il a été démontré que la péritonite purulente était due à la présence de diplococci et de streptococci ; mais Leyden est allé encore plus loin, en avançant que les exsudats de toutes les péritonites sont infectieux et contiennent des microbes. Cornil et Babès ont confirmé en partie cette assertion ; seulement ils ont constaté que le plus ordinairement ces microbes ne sont pas le streptocoque, mais des microcoques volumineux, bactéries, bacilles, spores provenant du tube digestif et capables de produire, avec l'exsudation fibreuse péritonéale, des gaz putrides ; ces microbes peuvent être repris par la circulation et pénétrer jusque dans les méninges et les plèvres.

Depuis ces premières recherches, l'histoire bactériologique de la péritonite aiguë s'est enrichie d'une série de découvertes, et l'on a successivement trouvé au niveau du péritoine enflammé : 1° le pneumocoque (Weichselbaum, Netter, Boulay et Courtois, Suffit, Sevestre, Gaillard), une fois même sans manifestation pneumonique primitive ; 2° le streptocoque, soit dans de nombreux cas d'infection puerpérale (Widal), soit dans la péritonite opératoire (Redœhl, Frankel) ; 3° le staphylocoque, soit seul (Fredœhl, Fränkel), soit associé au streptocoque (Fränkel) ou aux bacilles de la putréfaction (Fredœhl) ; 4° enfin des microbes de la putréfaction ou le bacillus coli communis (Cornil, Clado, Malvoz, Chantemesse et Widal), la présence de ce dernier serait même de règle dans la péritonite d'origine intestinale (Malvoz, Barbacci).

Mais on ne s'en est pas tenu à ces simples constatations, et l'on a cherché à établir les différentes portes d'entrée et les voies de propagation de ces éléments divers dans l'organisme. On a trouvé

à incriminer suivant les cas : 1° la circulation sanguine ; 2° les organes pelviens de la femme, soit par la voie muqueuse de la trompe (Widal), soit par la voie lymphatique (Siredey) ; 3° la rupture d'une poche purulente intra ou extra-péritonéale (Netter, Laveran, Fränkel) ; 4° la rupture d'un organe creux de l'abdomen contenant des bactéries dans sa cavité : vessie, bassinet (Clado, Hallé, Albarran), 5° enfin l'ouverture de la paroi abdominale permettant l'entrée directe des microorganismes dans les cas opératoires.

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 fibrineux, 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) d'un liquide louche ou purulent, mélangé de flocons de fibrine concrétée, épanchement qui tend à occuper de préférence 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 hémorrhagique). 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 (Kaltenbrünner, Cohnheim).

Les anses intestinales, les feuillets épiploïques, les viscères adjacents sont infiltrés ou recouverts par un exsudat de même nature qui se condense surtout, sous forme de bouillie ou de matière jaunâtre, dans les interstices qui séparent les replis de l'intestin. Cet exsudat, bien étudié par Rindfleisch, se compose de deux couches superposées : une couche fibrineuse périphérique et une couche cellulaire profonde, directement en rapport avec la séreuse, et aux dépens de laquelle les néomembranes se constituent exclusivement.

Tantôt le grand épiploon, présentant dans ses mailles une infiltration de fibrilles fibrineuses et de cellules lymphoïdes, est largement étalé et adhère aux anses intestinales sous-jacentes ; d'autres fois, il est ramassé, pelotonné et revêt l'aspect d'une masse charnue, recouverte de pus (Cornil, Ranvier).

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 en dehors (Féréol, Legroux, R. Pott), 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 ou verdâtres (porracés), entremêlés de hoquets, qui les fatiguent horriblement. 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 centrale peut atteindre de 40 à 41 degrés avec de faibles rémissions le matin ; elle reste 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 musculeuse 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'acccumule l'épanchement ; il est très rare de trouver de la fluctuation, la quantité de liquide épanché étant très faible. Plus rarement encore on perçoit soit à la main, soit par l'auscultation, un frottement analogue à celui qui s'observe si fréquemment dans la pleurésie ou dans la péricardite (Desprès père, Spittal, Bright) ; mais ce bruit de frottement se rencontre surtout dans la péritonite chronique.

Les intestins distendus refoulent le diaphragme et apportent une gène 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 ténesme vésical, si l'inflammation a gagné la muqueuse de la vessie.

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 survient 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 malades « 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, qui disposent aux avortements (Mme Boivin) ou déterminent la stérilité (Mercier), 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*). 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 Siredey, s'il s'agit bien, dans tous les 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*, qu'il faut bien se garder de confondre avec les *pseudo-étranglements* survenant dans le cours d'une péritonite spontanée (Henrot, Thibierge, Poupon), se présente aussi avec des allures qui lui sont propres. 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 intense dès le début, 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.

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 grippé 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 excessive, 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 hypéresthésie telle de la région abdominale, que, lorsqu'il s'y joint de l'ovaralgie, 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, prennent 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 habituellement heureuse des purgatifs, permettront, le plus souvent, de faire le diagnostic. Toutefois, avant de s'arrêter à un pareil diagnostic, on aura bien soin d'établir que l'étranglement est réel et qu'on n'a point affaire à ces pseudo-étranglements, plus fréquents qu'on ne croit dans le cours de la péritonite aiguë, et qui sont probablement la conséquence d'une inertie réflexe de l'intestin consécutive à l'irritation de son revêtement péritonéal. Ces *pseudo-étranglements* ont fourni à Poupon le sujet d'une excellente étude clinique. Sans doute, ils présentent les signes généraux de l'arrêt des matières dans l'intestin (douleur brusque et violente, vomissements bilieux ou fécaloïdes, suppression des émissions gazeuses par l'anus, et de la sécrétion urinaire) ; mais ils se distinguent aussi de l'occlusion véritable par quelques signes, sur lesquels il est bon d'attirer l'attention (météorisme plus modéré et plus régulier, prédominance des phénomènes de péritonite, et surtout exagération de la

température, Poupon), contrairement à ce qui se passe dans l'occlusion intestinale primitive.

La péritonite par perforation, quand la douleur est un peu intense, et que le collapsus, le refroidissement et la syncope s'établissent rapidement, peut rappeler presque trait pour trait le tableau de l'*hémorragie 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), d'autant mieux que, dans certains cas, le phlegmon peut être généralisé à toute la paroi abdominale (J. Besnier). On se rappellera toutefois que, dans la péritonite, la peau de l'abdomen conserve toujours sa mobilité, tandis que dans le phlegmon sous-péritonéal, le tissu cellulaire sous-cutané est constamment pris secondairement et reste adhérent (Bernutz).

La péritonite reconnue, il faut encore en rechercher la cause. C'est ici que les anamnestiques, 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.

Goix, dans ces derniers temps, a insisté avec juste raison sur l'importance qu'il y avait au point de vue du pronostic à bien établir si le péritoine sus-ombilical participait au processus inflammatoire, le danger de la maladie résultant en grande partie de sa propagation au diaphragme ; on s'en assurera en notant avec soin, dans l'évolution de toute péritonite, l'état du rythme respiratoire : l'intégrité de la respiration diaphragmatique devant être considérée comme un signe plutôt favorable.

Traitement. — La péritonite aiguë est justiciable du traitement antiphlogistique ; quand l'état général le permettra, on appli-