quera 20 à 30 sangsues sur l'addomen, 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 (voy. plus haut, *Occlusion intestinale*). Quant aux pseudo-étranglements, ils sont justiciables surtout du lavage de l'estomac (faits de Faucher, Chantemesse, Kussmaul et Senator) ou du lavement électrique administré suivant la méthode de Boudet de Paris (Poupon).

Enfin, grâce aux notions nouvelles que nous possédons sur l'origine parasitaire d'un grand nombre de péritonites, grâce surtout aux étonnants progrès de l'antisepsie moderne, il n'est pas défendu de se demander aujourd'hui si le traitement chirurgical des péritonites n'est pas près de se vulgariser, et si le médecin, par une toilette hâtive du péritoine, ne sauvera pas des malades condamnés sans son intervention à une mort certaine.

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'hypérémie moins intense ; en revanche, l'épanchement est beaucoup moins 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 phlébite 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 et trouver du pus jusque dans le canal thoracique (Nonat, Velpeau),

Les lésions concomitantes de la péritonite puerpérale sont : la pleurésie, la péricardite purulente, la méningite, 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 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*. D'autres fois, les allures de la phlegmasie sont plus franchement inflammatoires, le pouls reste vibrant, la peau chaude ; ou bien elle s'accompagne d'un état saburral des premières voies avec vomissements bilieux qui dès 1782 avaient frappé Doullet et lui avaient fait décrire la forme gastrique de la fièvre puerpérale.

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 (Grisolle) ; le plus souvent, les malades sont emportés 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 vomissements, ni de l'altération des traits propre aux inflammations péritonéales [1]. 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 halitueuse 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.

Grisolle a beaucoup insisté aussi sur les douleurs atroces que la constipation peut provoquer chez certaines femmes, vers le huitième ou le neuvième jour de l'accouchement ; ces douleurs peuvent faire penser à la péritonite, mais l'absence de phénomènes généraux empêchera la confusion.

Pronostic. — Il est de la plus extrême gravité, surtout en temps d'épidémie et dans les Maternités. Plus la péritonite se déclare à une période rapprochée de l'accouchement, plus elle est grave (Grisolle). Le météorisme considérable, le pouls filiforme et persistant au-dessus de 120 pulsations, le facies grippé, les sueurs visqueuses, la langue fuligineuse, les épanchements dans les plèvres ou dans le péricarde, annoncent constamment une issue fatale.

1. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que depuis l'emploi de la méthode antiseptique, les accidents attribués à la *montée du lait* sont devenus beaucoup plus rares, si rares même que bon nombre d'auteurs aujourd'hui sont disposés à nier la fièvre de lait et à la considérer simplement comme une fièvre traumatique légère, autrement dit un degré atténué d'infection puerpérale.

Étiologie. 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, et, dans ces cas, le médecin ou la sage-femme en deviennent les principaux intermédiaires. 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 (Trousseau), 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 lymphangites 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 utéropelviennes sont d'une nature spéciale, septique [1], d'où la diffusion rapide de l'inflammation à

1. Déjà Coze et Feltz avaient remarqué depuis longtemps que le sang des malades atteintes de fièvre puerpérale contenait des bactéries qu'on

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 chirurgicale : 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*.

ne retrouvait plus dans le sang des femmes normalement accouchées, mais ils n'avaient en rien préjugé leur origne. Pasteur, plus affirmatif, après avoir démontré devant l'Académie de médecine que l'agent du puerpérisme infectieux était un microzoaire parfaitement isolable et cultivable (10 juin 1879), vint déclarer que la fièvre puerpérale était la conséquence du développement d'organismes qui infectaient par leur présence le pus naturellement formé à la surface des parties blessées. De plus, en observateur profond, Pasteur ajoutait que les accidents variaient « avec l'état des parties et la constitution générale des sujets » (4 mai 1880). C'est qu'en effet la prédisposition spéciale de la femme enceinte joue dans l'espèce un rôle capital, ainsi que du reste l'a parfaitement compris le professeur Peter, quand, au sujet de ce qu'il appelle le *typhus puerpéral pyogénique*, il écrit que la maladie est essentiellement pyogénique, parce que l'organisme infecté est « de par la leucocytose de la femme enceinte prédisposé à faire du pus » (Clin. méd.). On trouvera la plupart des recherches modernes sur l'origine parasitaire de la fièvre puerpérale exposées en grands détails, soit dans l'article de Stoltz du *Nouv. Diction.*, soit dans la thèse de Doléris et dans l'importante revue critique de Rendu publiée dans la *Revue d'Hayem* (oct. 1882), remarquable série de monographies à laquelle il faut ajouter la thèse de Truchot (1884), faite au laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de Lyon sous la direction du professeur Chauveau. Truchot est arrivé à isoler complètement, à cultiver et à inoculer l'élément infectieux, source de la septicémie puerpérale. Dans son important travail, en outre des nombreuses considérations et applications qui lui ont paru découler de ses observations, il a eu le grand mérite d'établir que ce micro-organisme est unique dans sa forme et sa nature et qu'il est capable de produire à lui seul les différentes formes d'accidents puerpéraux, suivant le degré de son activité (les cultures dans le vide ayant une puissance particulièrement intense). Ces faits viennent d'être affirmés de nouveau par Fernand Widal à la tribune de l'Académie, et Arloing a rappelé dans une lettre à ce sujet, que depuis 1884 ces notions avaient été nettement formulées dans les travaux du laboratoire de physiologie expérimentale inspirés par Chauveau et conduits sous sa direction.

Donc le streptococcus pyogenes semble bien être l'agent unique de l'infection puerpérale dans ses différentes formes (septicémie, pyohémie, péritonite). De plus, il paraît être aussi absolument identique à celui de l'érysipèle, ainsi que les expériences de Doyen et les recherches de Widal semblent bien le démontrer. Ainsi, les résultats de l'expérimentation viennent confirmer des faits que la clinique et la statistique avaient établis depuis longtemps.

Traitement. — La *prophylaxie*[1] de la péritonite puerpérale doit avoir surtout pour objectif de 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.

Puis, lorsque la femme aura accouché, on l'entourera de soins assidus, parmi lesquels les soins de propreté tiendront le premier rang : changement et désinfection fréquente des objets de literie ; lavages répétés ; injections vaginales avec des solutions phéniquées, etc., et même lavages intra-utérins, s'il se produisait des phénomènes fébriles et le moindre soupçon de résorption. En d'autres termes, on guidera sa conduite d'après cette idée qu'on se trouve en présence d'une plaie utérine qui réclame une surveillance d'autant plus rigoureuse qu'elle est plus profondément située et en contact avec des liquides susceptibles de s'altérer plus facilement. Il va sans dire qu'on redoublera de précautions, si l'on traverse une période d'épidémicité.

Enfin, on a été impuissant à conjurer l'éclosion des accidents ! Bien que dans l'immense majorité des cas, le traitement curatif reste inefficace, on n'en devra pas moins lutter avec énergie. La péritonite sera combattue par les moyens antiphlogistiques que nous avons mentionnés plus haut, et l'on essayera de prévenir

1. Dans la deuxième édition de ce livre, nous écrivions « que les recherches modernes sur l'atténuation du virus, et particulièrement les belles expériences de Chauveau sur la septicémie puerpérale (1882), permettaient d'entrevoir dès aujourd'hui la possibilité de mesures prophylactiques sérieuses à opposer aux ravages de la fièvre puerpérale. »

En l'espace de quatre années, ces espérances se sont réalisés d'une façon qui dépasse pour ainsi dire les prévisions. Grâce à l'antipsepsie obstétricale, aux lavages intra-utérins avec la solution de sublimé à 1/2000 ou la solution phéniquée à 25/1 000 chez les femmes albuminuriques (car nos chirurgiens lyonnais, Fochier, Vincent, considèrent, comme Hofman, de Berlin, l'altération des reins comme la seule contre-indication à l'usage du sublimé), la septicémie puerpérale a disparu de nos Maternités (pas un cas sur 1124 accouchements en une année, Vincent ; voy. th. d'Albertin, Lyon, 1884). Aussi on serait presque tenté de renverser la vieille formule et de dire que c'est dans les Maternités des grands hôpitaux que les femmes en couches ont le moins à redouter les accidents de la puerpéralité.

les dangers de la septicémie par les préparations de quinine, par l'alcool, par une médication tonique et corroborante (vin, extrait de quinquina, etc.), enfin par les désinfectants : phénate de soude, acide salicylique, etc.

PÉRITONITE GÉNÉRALE CHRONIQUE, PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

La péritonique 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, d'autre part, une péritonite chronique alcoolique ; mais, au début, ses observations n'avaient pas paru absolument convaincantes. Pourtant les faits publiés depuis par Leudet, ceux plus récents encore d'Hilton Fagge, enfin les dernières recherches de Delpeuch semblent bien plaider en faveur de l'existence d'une péritonite chronique simple ; et non seulement cette péritonite simple s'observerait dans le cours du mal de Bright ou sous l'influence de l'alcoolisme, mais elle serait susceptible de se développer sous l'action des cardiopathies, dans le saturnisme et le paludisme. Notre description cependant s'appliquera presque exclusivement à la péritonite chronique tuberculeuse, maladie extrêmement fréquente, parfois singulièrement difficile à diagnostiquer, 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 important ; exceptionnellement il s'élève à 2 ou 3 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 caséeuses 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 stercoraux, 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 caséeuse (Cruveilhier, N. Gueneau de Mussy) ; parfois cependant la phtisie 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 sommet et à un stade peu avancé dans leur évolution (granulations grises ou jaunes). Il est rare, chez les enfants, qu'on ne rencontre pas en même temps, avec une rate très volumineuse, des tubercules de la vessie, des uretères et des organes génitaux (Gueneau de Mussy).

Dans la péritonite chronique simple le péritoine est tapissé par des néo-membranes très vasculaires[1] et l'épanchement qui se produit a de la tendance à revêtir le caractère hémorragique (Friedreich) ; 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).

1. Delpeuch a bien mis en lumière l'importance de ces petits vaisseaux des néo-membranes et leur rôle prépondérant dans le rétablissement de la circulation abdominale à la suite des péritonites et de l'obstruction de la veine porte. Celle-ci, en effet, peut être comprimée par des masses tuberculeuses (Achard, *Arch. phys.*, 1884) et la circulation s'y interrompre complètement. Les néo-membranes de la pachypéritonite aideront à l'établissement d'une circulation collatérale en servant de trait d'union entre les ramuscules de la veine porte et le système de la veine cave par l'intermédiaire des mésaraïques, aux dépens desquelles se développent les vaisseaux des néo-membranes.

Étiologie. — La péritonite tuberculeuse se développe de préférence chez les enfants et les jeunes sujets, elle n'est pas rare pourtant chez l'adulte, mais elle frappe surtout les jeunes soldats chez lesquels elle a une tendance marquée à la forme hémorragique (Trabaud); on en a 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.

Malgré les opinions avancées par Broussais, Cruveilhier, Gueneau de Mussy, il n'est pas démontré non plus que l'entérite tuberculeuse ait été le point de départ avéré du développement de la péritonite tuberculeuse; quand les deux lésions coïncident, celles de l'intestin se seraient toujours développées postérieurement (Bristowe). Pour Trabaud, le développement si fréquent de la péritonite tuberculeuse chez les jeunes soldats aurait pour point de départ l'absorption, par les lymphatiques abdominaux, du bacille tuberculeux charrié par du lait ou de la viande de vaches tuberculeuses mal cuite, et mis en contact d'un intestin troublé dans son fonctionnement par la dyspepsie qu'engendre la nostalgie ou en état d'opportunité morbide par le fait du traumatisme permanent exercé par le ceinturon.

Description. — Il est tout à fait insolite de voir la maladie débuter d'une façon aiguë ; le plus souvent elle procède insidieusement, elle est précédée de troubles généraux de l'innervation et de la nutrition « qui indiquent que l'organisme a conçu un germe hostile dont le développement peut lui être funeste » (N. Gueneau de Mussy); le malade maigrit, se plaint de coliques sourdes, de diarrhée alternant avec la constipation; il a soif, mange peu, la viande surtout lui répugne; il est obligé de se déboutonner 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. Il est parfois le siège d'un tympanisme exagéré, fait qui, en dehors de l'hystérie, doit toujours être considéré comme suspect (Gueneau de Mussy); le volume du ventre contraste singulièrement avec celui des membres qui diminue proportionnellement. Le facies est altéré, parfois pigmenté ou d'aspect terreux.

En général, il n'y a pas d'épanchement abondant dans la cavité abdominale ; dans quelques cas seulement il existe une véritable ascite avec tous les signes physiques qui la caractérisent (forme ascitique).

Par contre, la percussion fournit des signes fort 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 obscure. 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'épanchement (N. Gueneau de Mussy). Millard a décrit avec soin un signe auquel il donne le nom de *fluctuation transmise* ou à distance. Tapret explique cet intéressant phénomène par les déplacements provoqués d'une lame liquide reposant sur plan résistant dans une cavité circonscrite. Avec les progrès de la maladie, l'épanchement diminue, mais la déformation du ventre, tout en changeant d'aspect, persiste et s'accuse même davantage. La palpation permet souvent de sentir les masses dures formées par les fausses membranes et les productions tuberculeuses. La paroi abdominale a perdu sa souplesse, elle ne se déplace plus sur les viscères et présente un empâtement, une *résistance* caractéristiques ; les intestins se déplacent difficilement et en masse et l'on éprouve parfois une sensation analogue à celle que donne la palpation du ventre sur le cadavre (N. Gueneau de Mussy).

La pression sur l'abdomen est peu douloureuse, parfois la douleur est nulle. Grisolle relate le fait curieux d'un infirmier atteint de péritonite tuberculeuse qui, par bravade, se donnait de grands coups de poing sur le ventre sans éprouver de douleur. En revanche, les douleurs spontanées profondes, les coliques, les tiraillements font rarement défaut. Ils existent surtout au début, où Tapret ne les a vus manquer que 6 fois sur 107. Plus tard, au contraire, sur 209 observations analysées, la douleur a été absente 111 fois.

Les fonctions digestives se troublent de plus en plus à mesure que la maladie fait des progrès ; à la diarrhée alternant avec la constipation se joignent parfois des vomissements; on observe de la lientérie, quand une communication anormale s'est établie entre le jéjunum et le gros intestin. Les perforations se font presque toujours sans grand éclat, sans poussée péritonéale aiguë, grâce à la présence des fausses membranes et des adhérences qui isolent l'épanchement. Dans quelques cas, la constipation est extrême, au point de simuler l'étranglement interne (Besnier, Liouville) ; l'étranglement vrai, par contre, est assez rare. Lejars cependant en décrit deux formes principales : une forme chronique due à la soudure et ensuite à l'étranglement de

deux anses intestinales, et une forme aiguë par volvulus ou étranglement par une bande fibreuse ou une pseudo-membrane mésentérique.

La fièvre, qui peut manquer pendant une certain temps, s'établit bientôt et affecte la forme hectique, l'émaciation augmente, le facies devient terreux, les extrémités inférieures s'œdématient; presque toujours les malades commencent à tousser et présentent les signes de la tuberculisation des sommets du poumon.

La maladie se termine presque invariablement par la mort, après une durée qui varie de deux mois à deux ans; la perforation intestinale, avec épanchement stercoral, hâte parfois l'issue fatale. Il existe quelques observations de péritonite tuberculeuse avec abcès stercoral ouvert par la cicatrice ombilicale (Vallin); ce mode de terminaison est suivi de mort à bref délai.

Dans quelques cas très rares, la péritonite chronique tuberculeuse a guéri (Grisolle, Millard, Spencer Wells, B. Teissier).

Diagnostic. — C'est surtout dans la période initiale que la péritonite chronique est d'un diagnostic difficile, alors qu'il n'existe que de la diarrhée alternant avec la constipation et des douleurs abdominales sourdes; la confusion avec l'entérite tuberculeuse sans retentissement sur le péritoine est difficile à éviter avant l'apparition de la déformation et de l'empâtement caractéristiques du ventre. On se rappellera, toutefois, que dans l'entérite tuberculeuse la douleur plus profonde siège de préférence le long du gros intestin; dans la péritonite, au contraire, la douleur est très superficielle; elle est très vivement provoquée par la cessation d'une pression brusque à la suite de laquelle l'intestin déprimé reprend rapidement sa place (Heymé), et l'on perçoit à la palpation des petits bruits analogues au froissement de l'amidon, ou de petits gargouillements très brefs, sorte de cris intestinaux, suivant la pittoresque expression de Gueneau de Mussy.

Dans la période confirmée de la maladie, quand l'épanchement est abondant (forme ascitique), on pourrait croire à une ascite symptomatique d'une lésion hépatique (cirrhose) ou d'une maladie de Bright; l'absence de ligne de niveau, le peu de mobilité de l'épanchement, le peu de développement ou l'absence d'une circulation collatérale des veines tégumenteuses, séparent nettement la péritonite chronique de l'ascite (Lancereaux). Dans l'ascite, les intestins surnagent; daus la péritonite chronique, avec épanchement abondant, lorsqu'on déprime brusquement la paroi abdominale, on sent sous la couche liquide ainsi déplacée les intestins fixés par les adhérences.

Dans les formes sèches de la péritonite chronique, les intestins agglutinés forment des masses bosselées, dures, simulant parfois des tumeurs solides, cancéreuses ou autres. « Cependant on arrivera à un diagnostic précis en ayant égard à la résistance générale des parois; on remarquera, en outre, que, si la tumeur était solide, la matité serait complète et uniforme partout, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour les tumeurs dues à la péritonite chronique, car elles sont formées surtout par les anses intestinales, c'est-à-dire par des organes qui résonnent toujours plus ou moins, quelque peu de gaz qu'ils renferment » (Grisolle).

On soupçonnera une péritonite chronique simple, *non tuberculeuse*, si la maladie a débuté par une péritonite aiguë ou subaiguë, si le sujet est alcoolique ou brightique, si la diarrhée manque ou est peu accentuée, s'il n'existe pas de fièvre hectique, enfin, en l'absence bien avérée de toute lésion tuberculeuse de la plèvre ou des poumons.

On a décrit une péritonite chronique syphilitique (gommeuse); elle est très rare; l'existence d'une syphilis viscérale, celle de gommes sous-cutanées, de lésions hépatiques, serviront d'élément au diagnostic.

La péritonite chronique est parfois de nature *cancéreuse* et résulte, soit de la propagation au péritoine d'un cancer d'un des organes avoisinants, soit d'un cancer primitif du péritoine et surtout de l'épiploon. Les signes physiques (déformation de l'abdomen, empâtement, etc.) sont souvent d'une analogie trompeuse avec ceux de la péritonite chronique tuberculeuse; les caractères distinctifs de la péritonite cancéreuse sont l'existence dans l'abdomen de tumeurs franchement solides et non demi-sonores, l'existence antérieure d'une lésion organique d'un des viscères abdominaux, la violence des douleurs, la marche plus rapide de la cachexie, la teinte jaune-paille spéciale aux cancéreux, la nature sanguinolente du liquide retiré par la ponction, la présence de ganglions dégénérés dans le pli de l'aine (Gueneau de Mussy), et dans quelques cas, l'existence de petites nodosités cancéreuses enchâssées sous les téguments de l'abdomen, ou au niveau des ponctions. L'âge des malades devra aussi être pris en considération, quoique le cancer du péritoine puisse se développer chez de jeunes sujets et que la tuberculose péritonéale ait été observée à un âge avancé.

Traitement. — Les cas de guérison définitive sont rares, mais non exceptionnels. C'est donc à un traitement purement palliatif qu'on se bornera le plus souvent; la médication antiphlogistique active est formellement contre-indiquée; cependant, contre les poussées aiguës, on pourra recourir à l'application répétée de

larges vésicatoires volants sur la paroi abdominale et surtout de pointes de feu. La douleur sera combattue par des cataplasmes ou des fomentations émollientes, les vomissements par l'usage de la glace, etc. Dans bon nombre de cas, une compression méthodique exercée sur l'abdomen à l'aide de la cuirasse collodionnée de Robert de Latour a été suivie d'excellents effets : amendement des phénomènes douloureux et inflammatoires, résorption du liquide épanché, etc. On luttera contre la diarrhée et la constipation prolongée et l'on cherchera à soutenir les forces par l'usage des toniques, de l'huile de foie de morue et d'une alimentation substantielle. Nous avons eu l'occasion de constater, fait déjà signalé par B. Teissier les bons résultats de la cure à Saint-Nectaire dont les eaux reconstituantes et résolutives ont provoqué la résorption des exsudats intrapéritonéaux.

Dans ces dernières années, quelques chirurgiens hardis ont pensé pouvoir appliquer aussi à la péritonite tuberculeuse le traitement radical par la laparotomie. L'intervention chirurgicale est recommandée par Poncet et Pic dans les formes fibreuses et en particulier dans la forme ascitique. Dans la forme ulcéreuse suppurée elle n'aurait qu'une valeur palliative : elle serait complètement contre-indiquée dans les formes ulcéreuses sèches et granuliques. La laparotomie est aussi conseillée par Lejars en cas d'étranglement interne aigu compliquant la péritonite tuberculeuse.

PÉRITONITES CIRCONSCRITES, PÉRITONITES PARTIELLES.

Avant les travaux de Bichat sur les membranes séreuses, la conception de la péritonite généralisée existait à peine ; la péritonite n'était envisagée que comme une complication, un accident survenant dans le cours des phlegmasies de tel ou tel organe intra-abdominal. Les successeurs de Bichat, par une exagération en sens opposé, négligèrent l'étude des péritonites circonscrites ; les belles recherches de Bernutz sur la pelvi-péritonite réagirent contre cette tendance. Toutefois les péritonites circonscrites des segments supérieurs du péritoine attendent encore une étude approfondie et un travail d'ensemble.

Le péritoine peut s'enflammer partiellement, d'une façon aiguë, subaiguë ou chronique, sur tous ses points, par la propagation de l'inflammation des viscères sous-jacents ; mais deux départements surtout exigent une description spéciale : le péritoine sous-diaphragmatique et le péritoine pelvien chez la femme.

Péritonites sous-diaphragmatiques. — Elles présentent deux

localisations principales ; la péritonite périhépatique et la péritonite plérisplénique.

L'histoire de la *péritonite périhépatique* n'existe encore qu'à l'état d'ébauche, elle ne repose que sur les observations recueillies par Frerichs, Hilton-Fagge, Moutard-Martin, la courte monographie de Foix et les recherches plus récentes d'Herrlich et de Jaccoud sur l'abcès sous-phrénique. Nous l'avons suffisamment étudiée à propos des maladies du foie (voy. *Périhépatite*, p. 790, t. II) nous ne ferons que la citer ici.

La *péritonite périsplénique* ou *périsplénite* offre une symptomatologie plus obscure encore que la périhépatite ; elle est adhésive ou suppurative et reconnaît surtout pour causes, en dehors du traumatisme, l'impaludisme et les suppurations de la rate consécutives à la pyohémie ou à la fièvre typhoïde.

Pelvi-péritonite (phlegmon péri-utérin, Nonat ; périmétrite, Gueneau de Mussy). — La connaissance précise de cette variété si importante de péritonite partielle est de date récente. Sous le nom vague de dépôts laiteux (Puzoz), d'*engorgement utérin* (Récamier, Lisfranc, Aran), les anciens gynécologistes décrivaient la plupart des affections inflammatoires de l'utérus et des organes avoisinants. Chomel fit un pas en avant en décrivant la *métro-péritonite* postpuerpérale ; mais ce fut Nonat qui, le premier, distingua les métrites d'avec les inflammations de voisinage qu'il localisa dans le tissu conjonctif sous-péritonéal (péri-utérin) et qu'il désigna sous le nom de *phlegmons péri-utérins*. Aux recherches de Bernutz est dû le progrès le plus décisif : ce médecin montra que, dans la plupart des cas indiqués par Nonat comme des phlegmons péri-utérins, il ne s'agissait pas de phlegmon, c'est-à-dire d'inflammation suppurative du tissu conjonctif, mais de véritables pelvi-péritonites. En effet, le tissu conjonctif anté et rétro-utérin (siège de prédilection de la maladie) existe à peine et ne saurait être le point de départ de la tumeur que révèlent le toucher et la palpation. Seul le phlegmon du ligament large (latéro-phlegmon de Nonat) est bien un phlegmon dans l'acception anatomique du mot et se développe dans le tissu conjonctif abondant interposé entre les deux feuillets séreux qui limitent le ligament en avant et en arrière ; aussi offre-t-il une symptomatologie bien distincte de la pelvi-péritonite. La plupart des gynécologistes se rallient aujourd'hui à l'opinion de Bernutz et pensent que le phlegmon péri-utérin de Nonat n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une pelvi-péritonite.

Étiologie. — La pelvi-péritonite primitive est très rare ; presque toujours elle est symptomatique de l'irritation ou de l'inflammation de l'utérus, des trompes ou des ovaires. Au premier