

TRAITÉ  
DE  
PATHOLOGIE INTERNE

QUATRIÈME CLASSE

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(SUITE.)

CINQUIÈME LIVRE.

MALADIES DU PÉRITOINE.

CHAPITRE PREMIER.

**PÉRITONITE.**

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation du péritoine (1) est PRIMITIVE ou SECONDAIRE quant à ses causes, — GÉNÉRALE ou PARTIELLE quant à son étendue, — AIGÛE ou CHRONIQUE quant à sa marche. Cette maladie est fort commune,

(1) WALTER, *De morbis peritonæi*. Berolini, 1786. — BICHAT, *Anat. gén.* — GASC, Thèse de Paris, 1802. — LAENNEC, *Histoire des inflammations du péritoine*. Paris, 1804. — BARON, *An inquiry into the nature of tuberculated accretions of serous membranes*. London, 1819. — GRAVES, *Dublin Hosp. Reports*, V. — CHOMEL, *Dict. de méd.*, t. XVI. — LOUIS, *Recherches anat.-path.* Paris, 1826. — GENDRIN, *Hist. anat. des inflammations*. Paris, 1826. — DUGÈS, *Dict. de méd. et chir. pratiques*. — BROUSSAIS, *Phlegmasies chroniques*, 7<sup>e</sup> édit. Paris, 1826. — BRIGHT, *Report of med. cases*. London, 1827-1831. — BAUDELLOCQUE, *Traité de la péritonite puerpérale*. Paris, 1830. — ANDRAL, *Clinique méd.* Paris, 1831. — STOKES, *Cyclop. of pract. Med.*, III. — SCOUTETTEN, *Anat. path. du péritoine* (*Arch. gén. de méd.*, JACCOUD. — *Path. int.*, 7<sup>e</sup> édit. III. — 1

12 B 111  
133  
1883  
J. 3

mais cette fréquence ne dépend point d'une impressionnabilité particulière de la séreuse, elle résulte simplement de la multiplicité des causes.

III et IV). — PEMBERTON, ABERCROMBIE, *loc. cit.* — HELM, *Traité des maladies puerpérales*. Paris, 1840. — HODGKIN, *Die Krankheiten der serösen und mucösen Häute* (Uebersetzung von Levin). Leipzig, 1813. — BARBRAU, *De la métrite-péritonite puerpérale*. Thèse de Paris, 1845. — *Discussion sur la fièvre puerpérale* (Bullet. Acad. de méd., 1858). — HABERSON, *Med.-chir. Transact.*, 1860.

ALBERS, *Ueber Peritonitis circumscripta junger Leute* (*Deutsche Klinik*, 1862). — BRIZIO COCCHI, *Sulla cura della peritonite con l'applicazione continua dell'freddo sull'abdome* (*Gaz. med. ital. Lombardia*, 1862). — HABERSON, *Path. and pract. Obs. on diseases of the abdomen*. London, 1852. — PATENOTRE, *De l'emploi du colloidon riciné contre la péritonite aiguë* (*Union méd.*, 1863). — BRESLAU, *Ein ausgezeichnete Fall freier Gasentwicklung aus eitrigem Peritonäalexsudate* (*Wiener med. Wochens.*, 1863). — DRESSLER, *Prager Vierteljahr.*, 1863. — HERVIEUX, *Bullet. therap.*, 1864. — SKODA, *Wiener allg. med. Zeitschr.*, 1864. — PRUDHOMME, *Journ. de méd. milit.*, 1865. — HEMEY, *De la péritonite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1866. — HEYMAN, *De la péritonite spontanée* (*Gaz. hóp.*, 1866). — LEHMUS, *De peritonitide*. Berolini, 1867. — LASÈGUE, *Péritonite chronique* (*Arch. gén. de méd.*, 1867). — GILEWSKI, *Ueber den Einfluss der chronischen, parenchymatösen Bauchfellentzündung auf die Blutcirculation* (*Wien. med. Wochenschr.*, 1867). — BLACHEZ, *Péritonite spontanée* (*Gaz. hóp.*, 1867). — CHARBONNIER, Thèse de Strasbourg, 1868. — DEMON, *Essai sur la péritonite tuberculeuse chez l'adulte*. Thèse de Paris, 1868. — BALLARD, *Disease of the peritonæum* (*Transact. of the Path. Soc.*, 1868). — SIEVEKING, *The Lancet*, 1868. — NEEDON, *Perforation des Zwerchfelles nac ausgebreiteter Peritonitis* (*Wiener med. Presse*, 1863). — VALLIN, *De l'inflammation périombilicale dans la tuberculisation du péritoine* (*Arch. gén. de méd.*, 1869). — LESSER, *Peritonitis diffusa und Peritonitis circumscripta*. Berolini, 1868. — HERVIEUX, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches*. Paris, 1870.

MAUCINI, *Peritonite suppurativa, complicata ad occlusionem intestinale da coprostasi* (*Rivista clin. di Bologna*, 1870). — LANDGRAF, *Ein Beitrag zur Kenntniss der path. Bedeutung des Netzes* (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1870). — ALBANUS, *Zwölf Fälle von Tuberculose des Bauchfells* (*Petersburger med. Zeits.*, 1870). — GILLES, *Gonorrhœa and peritonitis* (*Brit. med. Journ.*, 1861). — DOBSON, *Même sujet* (*Eodem loco*, 1871). — LANGE, *Eigenthümlicher Verlauf einer Peritonitis* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1871). — GIRARD, *Gaz. hóp.*, 1871. — WINGE, *Peritonitis behandelt med. Paracanthese* (*Nor. k. Magaz. f. Lægevid.*, 1871).

WEIL, *Péritonite par propagation à la suite d'un abcès périnéal* (*Gaz. hóp.*, 1872). — VIDAL, *Emploi de la térébenthine à l'extérieur dans le traitement de la péritonite* (*Eodem loco*, 1872). — VOGELSANG, *Peritonitis suppurativa mit Perforation des Nabels* (*Memorabilien*, 1872). — DUNCAN, *Cases of malignant peritonitis* (*Med. Times and Gaz.*, 1872). — PETRINA, *Ueber Carcinoma peritonæi* (*Prager Vierteljahr.*, 1872). — BIGELOW, *Rheumatic peritonitis* (*Philad. med. Times*, 1873). — GABRIEL, *Enteroperitonitis* (*Wien. med. Presse*, 1873). — KOBRYNER, *Péritonite aiguë traitée avec succès au moyen des mercuriaux* (*Bullet. therap.*,

La **péritonite primitive**, ou de cause externe, peut être produite à tous les âges, même chez les nouveau-nés et pendant la vie intra-utérine (Simpson, Dugès); mais à tous les âges elle est rare. Elle est déter-

1873). — MORIN, *Péritonite rhumatismale* (*Gaz. hóp.*, 1873). — DESPLATS, *Même sujet* (*Union méd.*, 1873). — WERNER, *Perforative Peritonitis* (*Würtemb. med. Corresp. Bl.*, 1873). — FERRAND, *Péritonite chronique*, etc. (*Union méd.*, 1873). — HANDFIELD JONES, *On cases of peritoneal strumous disease* (*Med. Times and Gaz.*, 1873). — FRIEDREICH, *Ueber eine besondere Form chronischer hæmorrhagischer Peritonitis und über das Hæmatom des Bauchfells* (*Virchow's Archiv*, LVIII, 1873). — BRÜNNICHE, *Et Tilfælde af purulent Peritonit helbredet ved Aspiration och drainage* (*Hospitals Tidende*, 1873). — BÉHIER, *Gaz. hebdom.*, 1874. — LANGEREAUX, *Arch. de méd.*, 1874. — WATELLE, *Union méd.*, 1874. — BRAAM, *Weekblad van het Nederlands. Tijdsch. voor Geneesk.*, 1874. — VERGELY, *Péritonite tuberculeuse; absence de signes propres à cette maladie dans les derniers jours* (*Bordeaux méd.*, 1874). — TRAUBE, *Ueber den Einfluss starker und anhaltender Diarrhöen auf die Gestaltung peritonitischer Adhäsionen* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1874). — BERNHEIM, *Obs. d'abcès rétro-péritonéal ouvert à travers le diaphragme dans une bronche* (*Revue méd. de l'Est*, 1874).

DELFAU, *Considérations sur les péritonites partielles*. Thèse de Paris, 1874. — FOIX, *Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen*. Thèse de Paris, 1874. — CAILLETTE, *De la propagation des affections de la plèvre au péritoine par le système lymphatique*. Thèse de Paris, 1874. — DORMONT, *Des épanchements de bile dans le péritoine et de leurs conséquences*. Thèse de Paris, 1874. — BAUER, *Die Krankheiten des Peritoneums in Ziemssen's Handbuch*, 1875. — HILTON FAGGE, *Obs. on some points connected with diseases of the peritoneum* (*Guy's Hosp. Rep.*, 1875). — STILLER, *Ueber chronische Peritonitis* (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1875). — KNECHT, *Ausgebreitete Ulcerationen im Dick und Dünndarm mit Perforation der vorderen Bauchwand* (*Arch. d. Heilkunde*, 1875). — KAISER, *Ueber die operative Behandlung der Bauchempyeme* (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1875). — BAIZEAU, *De la rupture spontanée de l'ombilic à la suite de péritonite purulente* (*Arch. de méd.*, 1875). — LASÈGUE, *Tuberculose péritonéale et pulmonaire* (*Eodem loco*). — WYRZYKOWSKI, *Einige Fälle von primärer Bauchfellentzündung, und über den Nutzen des Opiums in genannter Krankheit* (*Gazeta lekarska*, 1875).

MEADE, *On some forms of idiopathic peritonitis* (*Frit. med. Journ.*, 1876). — STEINER, *Zur perforativen Peritonitis. Gallensteinkolik, Perforation der Gallenblase* (*Württemb. med. Corresp. Blatt*, 1876). — STITZER und ROCHS, *Ein seltener Fall von allgemeiner chron. Peritonitis und Prolapsus des Nabels* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1876). — BERTELS, *Zur Aetiologie und Behandlung der Bauchempyeme* (*Petersb. med. Wochen.*, 1876). — MEDING, *Zur operativen Behandlung der Bauchempyeme* (*Arch. d. Heilkunde*, 1876). — JOHNSON, *Remarks on cases of effusion into the peritoneum, analogous to cases of latent pleurisy* (*Brit. med. Journ.*, 1876). — STEINBRUECK, *Ueber idiopathische chronische Peritonitis*. Tübingen, 1876. — GUILLEMINOT, *Contrib. à l'étude de la péritonite cancéreuse*. Thèse de Paris, 1876. — GOEBEL, *De quelques complications du côté de l'ombilic dans la péritonite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1876. — KERSCH, *Peritonitis der Kinder* (*Memorabilien*, 1876). — GAUDERON, *De la péritonite idiopathique aiguë des enfants*, etc. Thèse de

minée par le TRAUMATISME accidentel et opératoire des parois abdominales ou des viscères, et, chez les individus prédisposés, par le FROID. C'est cette péritonite *a frigore*, qu'on appelle souvent à tort *péritonite rhumatismale*.

La **péritonite secondaire** est de cause interne; la cause génératrice est un travail pathologique préalable dans quelqu'un des organes voisins de la séreuse, ou bien une dyscrasie soit aiguë, soit chronique; de là la péritonite par propagation et la péritonite dyscrasique (voyez l'*Étiologie de la péricardite*, tome II).

La PÉRITONITE PAR PROPAGATION reconnaît pour causes : 1° les *ruptures* et les *perforations* de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, de la vésicule biliaire, l'*effusion des abcès* du foie, du mésentère : cette première variété, spécialisée par la dénomination de *péritonite par perforation* ou *par épanchement*, est presque toujours générale et suraiguë; ce n'est que dans quelques cas rares, et grâce à des adhérences antérieures, que l'inflammation consécutive à l'épanchement

Paris, 1876. — BRUZELIUS och AXEL KEY, *Adhërence totale du përitoine* (*Hygiea*, 1876). — LAROYENNE, *De l'importance de l'immobilisation et de la paralysie du diaphragme comme signe de la généralisation de la péritonite* (*Lyon méd.*, 1877). — DRIANT, *Obs. de péritonite aiguë spontanée* (*Rec. de mém. de méd. milit.*, 1877). — SOUTHEY, *A case of chronic tubercular peritonitis* (*The Lancet*, 1877).

BESNIER, *Contrib. à l'étude du phlegmon sous-péritonéal et de la péritonite idiop. suppurée* (*Arch. de méd.*, 1878). — SMITH, *Case of peritonitis from bursting of an Abscess* (*Edinb. med. Journ.*, 1878). — TAPRET, *Et. clinique sur la péritonite chronique d'emblée*. Thèse de Paris, 1878. — CHALLAU, *Péritonite tub. survenue d'emblée chez un sujet robuste* (*Gaz. hôp.*, 1878). — DRESCH, *Des terminaisons de la péritonite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1878. — SÄNGER, *Drei Fälle pleuro-perforativer Peritonitis* (*Arch. d. Heilkunde*, 1878). — YEO BURNLEY, *A case of infective peritonitis following pleuropneumonia and whooping-cough* (*Brit. med. Journ.*, 1878). — BERNER, *Peritonitis suppurativa. Spontan Ruptur* (*Norsk. Magaz. f. Lægevid.*, 1878). — SÄNGER, *Peritonitis in Folge Ruptur vereiterter Mesenterial-lymphdrüsen bei einem Neugeborenen* (*Centralzeit. f. Kinderheilk.*, 1878). — HAUKE, *A case of suppurative peritonitis following pelvic peritonitis* (*New York med. Record*, 1879). — LUEDERITZ, *Ein Fall von Magengeschwür mit in Heilung begriffener Perforationsperitonitis* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1879). — SOUTHEY, *Subdiaphragmatic abscess with tumour, etc.* (*Med. Press and Circular*, 1879). — FORREST, *Case of tubercular peritonitis ending in recovery* (*Glasgow med. Journ.*, 1879). — BUCQUOY, *Péritonites par perforation restées latentes pendant la vie des malades* (*Gaz. hôp.*, 1879). — MANOLESCO, *Contrib. à l'étude des lésions péritonéales dans l'alcoolisme*. Thèse de Paris, 1879. — LEUDET, *Des lésions du përitoine chez les alcoolisés* (*Gaz. hebdom.*, 1879). — WITH, *Peritonitis appendicularis, etc.* Kjöbenhavn, 1879. — MÜNSTER, *Et Tilfaelde af Peritonitis appendicularis* (*Ugeskrift for Læger.*, 1879). — POTT, *Die acute Peritonitis des späteren Kindesalters* (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1879). — RICHARD, *Epanchement de bile dans la cavité péritonéale* (*Gaz. hebdom.*, 1880). — GAREL, *Péritonite chronique* (*Lyon méd.*, 1880).

reste circonscrite; la nature du liquide épanché n'est pas sans influence sur la rapidité et la violence des accidents; la bile et l'urine sont les plus redoutables; — 2° les *inflammations* et les *tumeurs des organes voisins*. Le përitoine se comporte à l'égard des organes qu'il revêt comme la plèvre relativement au poumon, et toute altération des viscères abdominaux peut, à un moment donné, provoquer l'inflammation de la séreuse; l'action pathogénique des maladies gastro-intestinales, notamment de l'ulcère simple, de la gastrite toxique, de l'occlusion, de la typhlite stercorale, du cancer, a été signalée. A ces causes il convient d'ajouter les tumeurs et les phlegmasies du foie, de la rate et du mésentère, et avant tout les *inflammations des organes génitaux chez la femme*. En toute circonstance, les lésions de l'utérus et des ligaments larges peuvent retentir sur le përitoine et l'enflammer; mais cette conséquence est surtout à craindre dans l'état de puerpéralité; la propagation de la métrite au përitoine (*mëtro-përitonite*) est alors à peu près constante. La péritonite par propagation est circonscrite au début; mais dans bon nombre de cas, l'altération se généralise avec une rapidité variable; quand elle reste partielle, elle présente souvent une marche chronique. L'acuité et la nature du processus générateur ont une influence considérable sur la diffusion ultérieure de la péritonite : ainsi celle qui naît d'un étranglement interne devient fatalement diffuse, tandis que celle qui est provoquée par une tumeur de l'intestin, du foie ou du mésentère, peut très bien rester limitée; ainsi encore celle qui est produite par une métrite simple reste très ordinairement circonscrite au bassin (*pelvi-përitonite*), tandis que celle qui succède à une métrite puerpérale est souvent et rapidement générale. La péritonite puerpérale peut-elle se développer sans inflammation préalable de l'utérus ou de ses annexes? On l'a dit; mais je n'ai observé aucun fait qui me permette d'accepter cette assertion. — Chez les nouveau-nés, la péritonite par propagation résulte ordinairement d'une phlébite du cordon ombilical.

Dans quelques cas rares, mais certains, la péritonite peut être la conséquence de l'extension d'une *inflammation pleurale*, soit par les voies lymphatiques, soit plutôt par les couches du tissu cellulaire thoraco-abdominal.

La PÉRITONITE DYSCRASIQUE est observée dans la *pyohémie*, dans les *fièvres éruptives*, surtout la scarlatine, dans la *tuberculose*, le *mal de Bright*, et dans la *diathèse cancéreuse*. Cette forme peut être aiguë ou chronique, mais elle est toujours générale.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ce serait une redite et un double emploi que d'exposer au complet l'histoire anatomique de la péritonite; les faits fondamentaux sont les mêmes qui ont été étudiés à propos de la pleurésie, ils appartiennent aux inflammations de toutes les séreuses. Le processus en lui-même; l'hyperhémie et la chute initiale de l'épithélium; les deux sortes d'exsudats, l'un parenchymateux, l'autre interstitiel et libre; la composition variable de l'exsudat libre, ou épanchement; les rapports des divers exsudats avec la cause de la maladie et les conditions préalables du malade; le mode de la résorption; les dispositions anatomiques qui favorisent la chronicité; enfin les altérations secondaires des néomembranes, y comprise la granulose, tout cela est identique dans le péritoine et dans la plèvre (voyez tome II); je me borne donc à le rappeler, et à indiquer les caractères macroscopiques de la péritonite.

Au début, les lésions, toujours plus marquées sur le feuillet viscéral, consistent dans l'injection et la sécheresse de la séreuse, qui est dépolie, poisseuse, et recouverte d'un exsudat fibrineux extrêmement discret, mais suffisant pour agglutiner les circonvolutions intestinales et pour faire adhérer légèrement les surfaces de l'intestin au feuillet pariétal. Tout exsudat liquide peut manquer à ce moment, et l'altération dans son ensemble représente exactement ce qu'on appelle la pleurésie sèche. Dès le deuxième ou le troisième jour, les néomembranes par prolifération conjonctive, et les pseudo-membranes par exsudation fibrineuse, sont formées et cloisonnent avec d'infinies variétés la cavité abdominale; en même temps un épanchement liquide, dont la quantité varie de 400 à 500 grammes, est produit et se rassemble dans les régions les plus déclives, à moins qu'il ne soit retenu par des adhérences. Ce liquide est séro-fibrineux, et il peut rester tel dans les péritonites primitives et dans celles qui sont amenées par propagation; mais, en général, il devient rapidement séro-purulent ou purulent; et dans les formes dyscrasiques, dans celles qui succèdent à l'épanchement d'urine, de fèces, etc., il peut même acquérir les caractères et les propriétés nocives de l'exsudat sanieux et putride. L'épanchement purulent est souvent qualifié depuis quelques années d'*empyème abdominal*, par analogie avec celui de la plèvre. De même que ce dernier, l'empyème péritonéal peut s'ouvrir spontanément au dehors, et cette ouverture occupe le plus ordinairement la région ombilicale ou périombilicale. — L'exsudat hémorrhagique peut résulter de l'intensité de la fluxion initiale; cela est rare; il est plus souvent observé dans les formes dyscrasiques, chez les individus atteints de maladie du foie ou de toute autre affection capable de gêner la cir-

culatation porte; le plus ordinairement enfin le caractère hémorrhagique de l'épanchement est un phénomène secondaire, dû à la rupture des vaisseaux fragiles des néomembranes.

Les observations récentes de mon excellent ami Friedreich et celles de Bäumlér sont venues confirmer cette interprétation. La péritonite secondairement hémorrhagique reproduit, dans ces cas, le même processus que la pachyméningite suivie d'hématome.

Dans la péritonite générale à épanchement, les tuniques intestinales sont le siège d'un œdème collatéral qui en augmente l'épaisseur; les muscles sont imbibés et paralysés, et par suite l'intestin distendu par des gaz, au point de refouler le diaphragme et de comprimer les poumons. — J'appelle l'attention sur une lésion non signalée que j'ai observée déjà trois fois, et que je n'ai retrouvée que dans la fièvre typhoïde: c'est une hyperhémie intense avec infiltration séreuse dans les cordons du *sympathique abdominal*.

Dans les cas heureux, la résorption de l'exsudat n'est jamais complète; la partie liquide est reprise, mais il reste des adhérences en forme de brides ou de lames, qui peuvent ultérieurement donner lieu à l'étranglement interne; alors même qu'elles n'ont pas cette conséquence, les adhérences gênent les mouvements de l'intestin, et sont souvent pour les malades une cause de coliques et de troubles digestifs persistants. Il résulte en outre des observations de Ménière que le péritoine, après avoir été enflammé, subit un retrait qui amène un raccourcissement plus ou moins considérable de l'intestin; par suite, il semble plus épais, comme tassé sur lui-même, et les valvules conniventes paraissent aussi nombreuses, aussi saillantes dans l'iléum que dans le jéjunum.

Dans d'autres circonstances, la résorption est plus incomplète encore; du liquide reste enfermé dans les loges formées par des adhérences, l'évolution des néomembranes continue, l'état chronique est constitué. — J'ai déjà signalé comme terminaison possible l'évacuation spontanée du liquide au dehors.

La **péritonite chronique** est caractérisée par les mêmes altérations que l'aiguë, mais elle les présente sous un aspect différent, par la seule raison que la survie du patient a permis au processus d'atteindre une phase plus avancée. Dans d'autres cas, la maladie est *d'emblée chronique*, mais cette différence dans le mode de début n'en entraîne aucune dans les caractères anatomiques. L'épanchement liquide est souvent nul; lorsqu'il existe, il est peu abondant, séro-purulent ou purulent, et réuni le plus ordinairement dans la région hypogastrique; quand il y a des adhérences avec le feuillet pariétal, le liquide peut être réparti dans les loges ainsi formées. Le fait dominant est la présence de fausses membranes résistantes, qui établissent des adhérences, continues en nappe ou interrompues, entre la paroi abdominale antérieure, l'épiploon et l'in-

testin; celui-ci est uni d'autre part avec les autres organes de l'abdomen, et dans les cas types, tout le contenu de la cavité est transformé en une masse compacte qui descend en forme de tumeur dans le petit bassin, et qui, au premier coup d'œil, ne présente aucune trace de viscères; les parois de l'estomac et de l'intestin incrustées dans l'exsudation phlegmasique se confondent avec elles; seules les cavités de ces organes apparaissent béantes sur les coupes pratiquées. L'épaisseur des néomembranes peut atteindre plusieurs centimètres, et, suivant le degré de leur développement, elles sont molles, friables, comme amorphes, ou bien elles ont les caractères du tissu conjonctif parfait; souvent même elles présentent sur quelques points la transformation fibreuse ou l'incrustation calcaire. Lorsque l'épanchement liquide est divisé en loges, il n'est pas toujours le même dans chacune d'elles: on peut trouver dans l'une de la sérosité, dans une autre du pus; parfois aussi le liquide est condensé en une masse jaunâtre d'aspect caséux ou même crayeux. Les poches purulentes deviennent, dans certains cas, le siège d'une inflammation secondaire qui détruit la paroi du kyste, et permet l'évacuation soit à travers la paroi abdominale, soit dans l'intestin ou la vessie, soit enfin dans le tissu cellulaire du petit bassin. Cette évolution est beaucoup plus rare dans la péritonite générale que dans celle qui est partielle.

Dans le plus grand nombre des cas (11 fois sur 12 d'après Grisolle), la péritonite chronique est TUBERCULEUSE, c'est-à-dire qu'on trouve disséminés dans les fausses membranes et dans le tissu sous-séreux de l'intestin des tubercules tantôt à l'état de granulations grises et demi-transparentes, tantôt à l'état de granulations opaques, tantôt enfin en voie de ramollissement. Quand ils sont confluents, ils peuvent par leur fonte produire un abcès qui, d'abord renfermé dans les fausses membranes, s'ouvre ensuite dans une anse intestinale ou dans deux anses contiguës, de manière à établir une communication anormale. Lorsque la péritonite est tuberculeuse, elle coïncide souvent, mais non toujours, avec la tuberculose ulcéreuse de l'intestin, et constamment avec l'adénite tuberculeuse du mésentère. La coexistence de tubercules pulmonaires est la règle, mais on peut n'en trouver qu'un très petit nombre; quelque absolue qu'elle soit, cette règle a d'ailleurs ses exceptions: j'ai vu un cas dans lequel les poumons étaient parfaitement intacts, les ganglions bronchiques étaient seuls atteints; et j'ai observé un autre fait dans lequel la tuberculose était bien dûment limitée à l'abdomen.

A côté de la péritonite chronique simple et de la tuberculeuse, il faut mentionner la péritonite CANCÉREUSE, maladie rare, qui est constituée par les altérations ordinaires de la péritonite chronique et par un cancer de l'intestin, de l'épiploon ou de l'utérus; l'exsudat membraneux subit souvent alors une dégénérescence cancéreuse secondaire, et l'épanchement liquide est fréquemment hémorragique.

La péritonite chronique simple survient à tout âge; la tuberculeuse appartient à l'enfance et à la jeunesse; la cancéreuse, à l'adulte et au vieillard.

La **péritonite partielle** est aiguë ou chronique, sèche ou avec épanchement. La forme sèche, très commune autour du foie, de la rate, n'offre aucun intérêt anatomique; elle se termine par des adhérences ou par de simples épaissements laiteux de la séreuse. La variété à épanchement est constituée par l'existence, sur un point limité, des lésions ordinaires de la péritonite aiguë ou chronique; cette variété forme *tumeur*, et c'est là ce qui en fait l'importance. Cette TUMEUR, à marche aiguë ou chronique, se termine par résorption complète, c'est fort rare; par résorption incomplète avec des reliquats membraneux, c'est fréquent; enfin par suppuration avec évacuation du pus au dehors, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'intestin, de la vessie, du rectum ou du vagin. Cette péritonite est rare chez l'homme, et chez lui elle occupe l'une des fosses iliaques. En revanche, elle est extrêmement commune chez la femme, tant dans l'état puerpéral que dans l'état ordinaire: dans cette dernière condition, elle est produite par les *excès de coït*, par les *troubles de la menstruation*, par les *tubercules des organes génitaux*; elle occupe le cul-de-sac péritonéal qui sépare le rectum de l'utérus, plus rarement celui qui s'étend entre l'utérus et la vessie. Cette variété, désignée, en raison de son siège, sous le nom de PELVI-PÉRITONITE, forme une tumeur appréciable par le toucher rectal ou vaginal, tumeur qui s'étend souvent latéralement du côté de la fosse iliaque; c'est à elle que se rapportent la plupart des faits décrits sous le nom de phlegmon péri-utérin. Les remarquables travaux de Bernutz et Goupil ont parfaitement élucidé cette question difficile.

Parmi les autres péritonites partielles, je signalerai la *périhépatite*, la *périsplénite*, et plus généralement les péritonites de la région sus-ombilicale; j'ai montré que ces inflammations sont très souvent suivies de la formation d'*adhérences pleurales inférieures*, et surtout d'adhérences entre la face antéro-supérieure du diaphragme et la face profonde des côtes (*adhérences phréno-costales*).

#### SYMPTOMES ET MARCHE.

**Forme aiguë.** — La péritonite primitive survenant chez un individu en bonne santé a un début des plus francs, par un frisson, une fièvre vive, une douleur abdominale intense. Le tracé 40 (*voy. t. II*) provenant d'une malade que j'ai pu observer dès le premier jour, démontre la violence et la soudaineté de l'invasion; ce tracé, pour le dire en passant, est le seul jusqu'ici qui représente la fièvre de la péritonite dès le frisson initial.