

par M. Bennett en Angleterre prouvent que ces lésions sont assez communes chez les vierges, car beaucoup de dysménorrhées et de leucorrhées rebelles paraissent se rattacher chez elles à des ulcérations du col. Quelques personnes, et M. Gosselin surtout, admettent que le passage continu de mucosités altérées à travers le col et leur séjour au fond du vagin pouvaient produire des érosions, et surtout des érosions avec granulations; la chose est incontestable, mais cette origine me paraît être la plus rare. Beaucoup de femmes en effet, qui ont un écoulement uniquement albumineux, ont des érosions très-étendues, tandis que d'autres, avec une leucorrhée qui irrite et la vulve et les cuisses, ne portent aucune ulcération ni aucune granulation sur le col. Le virus vénérien est tout à fait étranger à la production de la métrite granulée. Celle-ci commence parfois par des groupes de vésicules, c'est-à-dire par un herpès analogue à celui que nous avons vu se développer sur les autres muqueuses. J'ai vu, sur une jeune femme, un herpès vulvaire se répéter plusieurs fois sur le col utérin.

Traitement. — Le traitement consiste à calmer l'inflammation, lorsqu'elle est très-vive, et à favoriser la cicatrisation des ulcérations. Lorsque celles-ci sont très-douleuruses, lorsqu'elles reposent sur un fond enflammé, induré, on se bornera à prescrire des bains, des injections mucilagineuses et calmantes, et quelquefois aussi une ou deux émissions sanguines générales ou locales. Lorsque la période d'inflammation est passée, on remplacera les émoullients par les résolutifs et par les astringents : telles sont les solutions d'alun, d'acétate de plomb et de sulfate de zinc; si les tissus sont frappés d'atonie, on injectera dans le vagin quelque substance à la fois tonique et astringente, comme le sont les décoctions de kina, d'écorce de chêne, de feuilles de noyer, etc. Cependant ces moyens ont, en général, fort peu d'action contre les ulcérations granulées, dont on ne peut déterminer le plus souvent la cicatrisation qu'en modifiant l'état des surfaces par la cautérisation. Pour pratiquer celle-ci, on introduit le spéculum, et après avoir mis le col à découvert, on l'abstergé avec des bourdonnets de charpie des mucosités qui le lubrifient, puis on touche la surface rouge et grenue avec un pinceau trempé dans une solution concentrée d'azotate d'argent, ou mieux encore avec ce même caustique solide. La cautérisation doit être généralement superficielle, excepté dans les cas où la surface est molle et saignante; car il importe alors de détruire par une cautérisation plus profonde cette exubérance de tissu. C'est dans ce cas que le caustique de Vienne solidifié ou le fer rouge doivent être préférés. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise; presque toujours il en faut un plus ou moins grand nombre, mais il importe qu'elles ne soient faites qu'à une assez grande distance les unes des autres. D'après les nombreux essais comparatifs auxquels nous nous sommes livré, nous croyons qu'il faut laisser entre chaque cautérisation avec l'azotate d'argent un intervalle de huit jours. Cette petite opération ne produit aucune douleur : chez beaucoup de femmes, un petit suintement sanguin a lieu le jour où la cautérisation a été faite, surtout lorsqu'elle est pratiquée pour la première ou pour la seconde fois. Chez quelques-unes on hâte aussi de plusieurs jours l'apparition des règles. Presque toujours, dès la première cautérisation, on voit diminuer l'écoulement leucorrhéique à partir du quatrième ou du cinquième jour. Nous sommes dans l'habitude, le jour où la cautérisation est faite, de prescrire un bain tiède, quelques injections vaginales et le repos dans la position horizontale. Mais les jours suivants nous voulons que les femmes suivent leur genre de vie ordinaire; et nous ne saurions approuver ici la pratique d'un grand nombre de médecins qui, pendant des mois entiers, condamnent les femmes à un repos absolu, ce qui produit souvent chez elles des dérangements dans les

digestions et différents troubles nerveux. Le repos pourtant serait nécessaire, s'il existait un engorgement considérable ou quelque déplacement de l'utérus. Les rapprochements sexuels nous paraissent devoir être interdits, ou du moins ils seront très-éloignés pendant toute la durée du traitement, qui se prolonge souvent pendant deux ou trois mois et même davantage.

Bien que nous préférions dans tous les cas l'azotate d'argent aux autres caustiques, nous dirons cependant que tous les praticiens ne sont pas de cet avis. Beaucoup emploient le nitrate acide de mercure, qui non-seulement n'a aucun avantage sur le premier, mais qui plusieurs fois a excité des salivations interminables. D'autres, avons-nous dit déjà, ont conseillé de toucher la surface malade avec le caustique de Vienne solidifié ou bien avec le fer rouge. On sait que M. le professeur Jobert emploie ce dernier moyen, qui est surtout indiqué dans les cas d'ulcérations fongueuses. Pour les ulcérations simples ou granulées, nous préférons à tous les caustiques le crayon d'azotate d'argent.

La cautérisation ne convient pas seulement dans la métrite granulée; elle est également avantageuse dans les érosions et dans les ulcères bénins, simples ou compliqués d'un engorgement du col, lorsque les topiques émoullients et détersifs ont été impuissants pour en déterminer la cicatrisation. D'ailleurs, lorsqu'il y a à la fois engorgement et ulcération du col, il faut traiter celle de ces lésions qui prédomine. En général, il faut chercher d'abord à dissoudre l'engorgement.

L'état de grossesse doit-il modifier le traitement des ulcérations fongueuses? Nous ne le croyons pas, mais il ne faut guère compter sur la réussite. La plupart des médecins pensent que les cautérisations légères avec le nitrate d'argent sont insuffisantes et peut-être même nuisibles, car, forcé qu'on est de les répéter souvent, on doit craindre d'exciter des congestions utérines. Ainsi plusieurs conseillent l'emploi de caustiques plus énergiques, les uns préférant le fer rouge; d'autres, avec MM. Boys de Loury et Costilhes, emploient le caustique Filhos (1) (caustique de Vienne en cylindre); mais il résulte, pourtant, des recherches que M. le docteur Coffin a consignées dans sa thèse (2), que tous les traitements conseillés jusqu'à ce jour échouent le plus souvent. Mieux vaut donc peut-être ne recourir qu'à des moyens peu violents et qui ne puissent nuire.

DE L'OVARITE.

On désigne sous le nom d'*ovarite* l'inflammation du tissu des ovaires.

Caractères anatomiques. — L'ovaire enflammé a presque toujours acquis un volume triple ou quadruple de l'état normal; il a quelquefois les dimensions d'un œuf d'oie ou du poing d'un adulte. Il est alors arrondi ou ovale, sa surface est lisse ou inégale; son tissu est molle, friable, d'un rouge plus ou moins foncé. A l'intérieur, il est infiltré d'un liquide séreux ou séro-albumineux; et l'on y remarque quelquefois aussi de petites collections sanguines. A une époque un peu plus avancée, du pus y est infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. L'ovaire enflammé, devenant plus lourd, descend plus profondément dans le fond de l'excavation, et, ainsi que Aran l'a surtout noté, il se met communément en contact avec l'utérus le long de son bord externe, au point de réunion du col avec le corps, et plutôt un peu en arrière qu'en avant, fixé

(1) Thèse de Paris, année 1843, n° 163, et *Gazette médicale* de 1852.

(2) Thèse de Paris, année 1851, n° 43.

dans cette situation par des adhérences contractées avec l'utérus et souvent avec les trompes. L'ovaire, plus volumineux, non-seulement peut faire dévier l'utérus, comprimer le rectum, la vessie, les vaisseaux et les nerfs pelviens, mais encore il peut déborder plus ou moins le rebord du détroit supérieur. Ces rapports nombreux que l'ovaire contracte avec plusieurs organes rendront compte plus tard des différentes voies par lesquelles les abcès ovariens peuvent se vider. Enfin, pour terminer ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous dirons que l'ovarite coexiste fréquemment avec d'autres altérations récentes ou anciennes de l'utérus, des ligaments larges, des trompes, du vagin ou du péritoine.

Les caractères anatomiques de l'ovarite chronique ne sont pas encore suffisamment connus. L'organe, augmenté de volume, plus consistant, plus friable, parfois inégal, bosselé à sa surface, est rougeâtre, comme charnu à l'intérieur; le plus souvent on n'y reconnaît plus son organisation première. Il est fréquent d'observer en même temps une altération de la trompe et une phlegmasie de la muqueuse utérine. Aran n'a jamais vu celle-ci manquer dans les cas d'ovarite chronique qu'il a observés.

Symptômes. — Presque toujours l'ovarite débute par une douleur tantôt vive, tantôt obtuse, que les malades rapportent profondément derrière l'une des arcades crurales. Cette douleur, qui augmente par la pression, rend la marche pénible; elle peut s'irradier dans la cuisse et dans la plus grande partie du membre inférieur; elle s'accompagne, le plus souvent, de fièvre; quelquefois il survient des nausées et des vomissements, phénomènes sympathiques très-ordinaires dans les affections de l'utérus et de ses annexes. Si, comme cela arrive le plus souvent, la tumeur, n'ayant qu'un médiocre volume, reste plongée dans l'excavation, la palpation du ventre, que la douleur empêche parfois de faire aussi complètement que possible, ne donnera aucun résultat. Cependant il arrive quelquefois que l'ovaire devenu plus volumineux, n'ayant pas contracté d'adhérence et ayant un pédicule un peu long, déborde le détroit supérieur et atteint la fosse iliaque. On distingue alors une tumeur ayant la forme d'un ovale allongé, et placée presque toujours obliquement. Elle est dure, rénitente, complètement mate et très-douloureuse, immobile parfois; le plus souvent on peut lui imprimer quelques mouvements. Par la palpation et par la percussion on détermine facilement ses limites supérieures et latérales; il n'en est plus de même inférieurement, où l'on sent qu'elle plonge profondément dans l'excavation pelvienne. Le toucher vaginal fournira des résultats plus précis et surtout plus constants; il montrera que le plus souvent l'utérus est abaissé ou bien incliné, plus ou moins dévié par la tumeur ovarique. Les mouvements qu'on imprime au col sont transmis à la tumeur et réciproquement, mais d'une manière moins directe pourtant que si la tumeur était formée par l'utérus lui-même. L'adhérence d'ailleurs que celui-ci a contractée avec l'ovaire l'a rendu parfois un peu moins mobile. Il est enfin possible dans quelques cas de sentir latéralement dans le cul-de-sac vaginal une rénitence douloureuse, mais c'est plutôt le toucher rectal qui fournira quelques renseignements, en permettant de délimiter la tumeur, qui par sa forme, sa consistance, sa sensibilité et son siège, se distinguera du corps de l'utérus auquel elle adhère latéralement.

Marche. Terminaisons. — Après être resté pendant quelques jours stationnaire, l'engorgement inflammatoire peut diminuer et même disparaître au bout d'un ou de deux septénaires; on dit alors qu'il y a eu résolution. Rien ne prouve que l'ovarite puisse jamais se terminer par métastase, ainsi qu'on l'observe pour certains engorgements des testicules. On a prétendu pourtant que

cette métastase pouvait avoir lieu et se faire tantôt sur l'ovaire du côté opposé, tantôt sur le tissu cellulaire parotidien (*oreillons*); mais on ne peut invoquer en faveur de cette doctrine aucun fait irrécusable. La suppuration est, par contre, un accident très-commun; elle est annoncée par une recrudescence des symptômes inflammatoires, et, plus tard, par des frissons irréguliers et par des sueurs nocturnes. En même temps, la tumeur est plus molle, elle est fluctuante, sinon dans toute son étendue, du moins dans quelques points. C'est alors surtout qu'on note certains accidents, tels que des engourdissements, des crampes, ou un peu d'œdème du membre pelvien correspondant, ou bien encore des envies fréquentes d'uriner, de la dysurie et de la constipation, à cause de la compression que l'abcès ovarique exerce sur les nerfs, sur les vaisseaux, sur la vessie et sur le rectum. Il importe de renouveler encore, en cette circonstance, le toucher par le vagin et par le rectum, afin de constater les rapports que la tumeur a contractés avec ces deux organes.

Les voies par lesquelles le pus s'échappe à l'extérieur sont nombreuses. Le plus souvent l'abcès se vide dans un des organes environnants, spécialement dans le rectum et dans le vagin, moins fréquemment dans le col de l'utérus, plus rarement encore dans la vessie ou à travers la paroi inférieure de l'abdomen; dans quelques cas enfin, le foyer se rompt dans le péritoine, et il en résulte fatalement alors une péritonite suraiguë, très-promptement mortelle. Ce cas excepté, on voit dans tous les autres l'ouverture de l'abcès être suivie d'un soulagement notable. L'écoulement purulent continue en général pendant plusieurs jours; puis il cesse soit parce que la source est tarie, et alors les malades guérissent tout de suite; soit plutôt parce que l'ouverture de communication est rétrécie ou oblitérée: dans ce cas, le pus s'accumulant dans le foyer, la tumeur reprend ses dimensions premières, et les mêmes accidents se renouvellent jusqu'à ce que la matière purulente se so frayé une nouvelle issue. Ces rétentions et ces écoulements alternatifs de pus peuvent se faire ainsi un grand nombre de fois de suite. Enfin, il est des malades qui finissent par succomber, épuisées par la longueur et par l'abondance de la suppuration. La plupart, cependant, guérissent complètement; mais ce n'est souvent qu'après plusieurs mois de traitement. Tout en se rétablissant, il est de ces femmes chez lesquelles l'ouverture reste fistuleuse indéfiniment, et si la communication a lieu avec la vessie, les malades conservent des envies plus fréquentes d'uriner; l'urine est habituellement trouble, catarrhale; on constate alors dans l'excavation pelvienne un noyau d'engorgement très-lent à se résoudre, et qui peut, à des époques plus ou moins éloignées, au bout de plusieurs années par exemple, redevenir le siège d'un nouveau travail inflammatoire qui se termine de la même manière que la première fois. Nous avons vu plusieurs fois ces récidives marquées par des pertes utérines très-considérables et très-opiniâtres.

L'ovarite chronique, outre la souffrance continue qui existe dans le ventre, peut provoquer tous les troubles sympathiques que les affections utérines déterminent surtout du côté des voies digestives. Nous avons vu d'ailleurs que souvent la matrice était elle-même affectée; aussi la plupart des femmes s'affaiblissent, deviennent dyspeptiques, chloro-anémiques, et présentent du côté du système nerveux une susceptibilité qui augmente leur malaise et les rend très-incommodes à ceux qui les entourent.

Diagnostic. — Nous croyons qu'il sera toujours possible de distinguer l'ovarite des tumeurs phlegmoneuses ou fluctuantes qui se forment dans les fosses iliaques, si l'on se rappelle que, dans l'ovarite, la tumeur est ovoïde,

obliquement dirigée, qu'elle plonge profondément dans le petit bassin, qu'elle est souvent mobile, et que les mouvements qu'on lui imprime peuvent être transmis à l'utérus, et réciproquement. Mais il nous semble fort difficile de pouvoir distinguer, pendant la vie, les abcès des ovaires de ceux qui sont formés dans l'épaisseur des ligaments larges et dans les trompes. Quant au diagnostic différentiel de l'ovarite d'avec les différentes espèces de tumeurs de l'ovaire, tels que kystes séreux, pileux, et grossesses extra-utérines, comme ces lésions ont une marche essentiellement chroniques, on parviendra toujours aisément à les différencier des engorgements inflammatoires.

Pronostic. — L'ovarite se termine fort rarement par la mort; cependant on ne doit pas moins la regarder comme une maladie fâcheuse, à cause de la persistance des accidents. On ne saurait oublier non plus que le péritoine peut être consécutivement atteint, et que, dans le cas où la maladie s'est terminée par suppuration, il y a un double péril provenant, ou de ce que l'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine, ou de ce que la suppuration, en se prolongeant, peut finir par épuiser les forces. On comprend aussi que, soit par suite des adhérences qui s'établissent, soit en raison du changement que l'inflammation amène dans la structure de l'organe, l'ovarite doit avoir souvent pour résultat, quand elle est double, de produire la stérilité.

Étiologie. — L'ovarite survient très-fréquemment après les couches. Cependant, malgré l'assertion contraire de Dugès et de madame Boivin, il est certain que cette maladie est assez commune en dehors de l'état de grossesse et de l'état puerpéral. Elle se déclare alors spécialement après la suppression brusque des règles, ou bien à la suite d'une violence, telle qu'une contusion de la partie inférieure de l'abdomen. On a surtout regardé l'ovarite comme se développant spécialement sous l'influence de certaines affections de l'utérus ou du vagin. M. Mélier a prétendu que les ovaires s'enflammaient fréquemment dans le cours de la métrite ulcéreuse, opinion dont nous n'avons pu vérifier la justesse. On a dit aussi que, dans la blennorrhagie de la femme, l'inflammation se propage souvent à l'ovaire, de la même manière que, chez l'homme, elle atteint fréquemment le testicule. Sans nier absolument cette proposition, nous croyons néanmoins qu'on l'a un peu exagérée, et qu'en l'émettant on s'est peut-être beaucoup plus laissé guider par l'analogie que par une observation sévère. Quoi qu'il en soit, il est rare que les deux ovaires s'enflamment simultanément. Aran dit pourtant que l'ovarite est le plus souvent double. Lorsqu'un seul des ovaires est atteint, je ne sais si, comme on l'a prétendu, il y a véritablement une prédominance pour celui du côté gauche. C'est ce que tendrait à faire admettre une petite statistique qu'on doit à M. Chéreau : sur 40 ovarites, 25 siègeaient à gauche, 11 à droite, 4 étaient doubles.

Traitement. — Si l'on traite la maladie dès son début, il n'y a d'espoir de la voir se terminer par résolution que par l'emploi méthodique du traitement antiphlogistique. Rarement les symptômes généraux sont assez graves pour nécessiter une, et à plus forte raison deux saignées générales; mais on appliquera un grand nombre de sangsues à l'hypogastre et aux aînes; on recouvrira ces parties de cataplasmes; on donnera des bains; on entretiendra la liberté du ventre. On joindra à ces moyens quelques frictions mercurielles sur la tumeur, et lorsque la période inflammatoire est dissipée, si l'engorgement persiste encore, on produira une forte révulsion à la peau par l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires volants. La suppuration une fois établie, il faut tâcher de l'attirer à l'extérieur. Si la tumeur, proéminente à l'hypogastre ou dans le flanc, soulève fortement la peau; si à son niveau il existe de l'œdème, et si tout indique que

l'abcès a contracté des adhérences avec la paroi abdominale, on le vide par une large incision; dans le cas contraire, on applique successivement plusieurs morceaux de potasse caustique suivant le procédé que nous décrirons en traitant des kystes hydatiques du foie. En pratiquant le toucher par le vagin et le rectum, on reconnaîtra si l'abcès a de la tendance à se porter vers ces organes. S'il y forme une saillie notable, si dans cette exploration on constate bien la fluctuation, et si l'on reconnaît que la paroi est amincie, on ne devra pas hésiter à pratiquer une ouverture à l'aide d'un bistouri, d'un trocart ou d'un pharyngotome. On favorisera l'écoulement du pus par une position convenable, on l'empêchera de stagner en poussant des injections dans le foyer; il sera possible parfois d'exercer une compression méthodique. Si le trajet reste fistuleux, il pourra être nécessaire de l'irriter par des injections iodées. Enfin, dans certains cas rebelles, on a vu une grossesse provoquer la cicatrisation du foyer par suite de la compression que l'utérus développé exerce sur les parois.

A l'ovarite chronique on opposera les vésicatoires volants, les bains sulfureux et alcalins, l'iode de potassium à l'intérieur, et l'usage sur place de quelques eaux minérales alcalines, comme Vichy, ou chlorurées sodiques, comme Bourbonne, Kreuznach, Nauheim, etc.

DE L'INFLAMMATION DES TROMPES UTÉRINES.

Les trompes peuvent s'enflammer; mais cette inflammation n'est pas souvent primitive, ou du moins elle existe rarement seule. Presque toujours, en effet, elle s'accompagne de quelque lésion de même nature ou de quelque autre altération de l'ovaire, des ligaments larges, de l'utérus et du péritoine. Quoi qu'il en soit, l'inflammation des trompes ne produit, en général, aucune tumeur; les malades accusent, profondément dans le bassin et vers la région iliaque, une douleur plus ou moins vive. Mais en présence des résultats négatifs fournis par l'exploration, et notamment par le toucher, il est absolument impossible d'arriver au diagnostic de la maladie; il en serait peut-être de même si la trompe, étant oblitérée à ses deux extrémités, et si de la matière purulente, s'accumulant dans sa cavité, venait à former une tumeur plus ou moins volumineuse et proéminente dans le flanc. Nous ne pensons pas qu'en pareille circonstance il fût possible d'arriver au diagnostic du siège de l'altération; cela, d'ailleurs, n'offrirait pas ici un grand inconvénient, du moins sous le rapport pratique. Dans les abcès de la trompe le pus peut s'échapper par les mêmes issues que dans les cas d'abcès ovariens.

DES PÉRITONITES.

Le mot *péritonite* signifie inflammation du péritoine.

Historique. — Avant les immortelles recherches de Bichat sur les membranes, on n'avait sur la péritonite que des idées très-confuses, puisque, au commencement même de ce siècle, la généralité des médecins admettait avec Portal, avec Pinel et Bosquillon, que la péritonite n'était jamais indépendante de la phlegmasie des autres viscères abdominaux, avec laquelle elle était confondue. Quoique Johnson, dans sa dissertation sur la fièvre puerpérale (Édimbourg, 1779), et Walter (1785), eussent signalé déjà que le péritoine pouvait s'enflam-

mer séparément, on peut néanmoins avancer que ce fut Bichat qui, le premier, isola cette affection, et en fit une maladie aussi distincte de l'entérite et de la gastrite que la pleurésie l'est de la pneumonie. Les recherches pathologiques de Gasc (thèse de 1802), celles de Laënnec, insérées la même année dans le *Journal de Corvisart*, ne tardèrent pas à confirmer les opinions de notre grand physiologiste : dès lors la péritonite trouva sa place distincte dans le cadre nosologique, et devint l'objet de travaux très-importants, que nous devons surtout à Broussais (1), à M. Andral (2), à Chomel (3), à M. Scoutetten (4). (Voyez plus bas, *Péritonite puerpérale*.)

Divisions. — On doit distinguer plusieurs espèces de péritonites : l'une, que nous nommerons *spontanée* ou *primitive*, et qui survient chez l'homme ou bien chez la femme hors de l'état puerpéral, sous l'influence des causes qui président au développement des autres phlegmasies ; nous nommerons la deuxième espèce *symptomatique* ou *consécutive*, parce qu'elle se déclare consécutivement à quelque lésion des viscères abdominaux, et notamment après une perforation d'un des organes creux contenus dans le ventre ; la troisième espèce est la péritonite dite *puerpérale*, parce qu'elle affecte les femmes récemment accouchées ; enfin nous décrirons une péritonite *chronique*. Dans chacune de ces quatre espèces, la phlegmasie peut être *générale*, c'est-à-dire envahir tout le péritoine ; ou bien être *partielle*, ou limitée à un point plus ou moins circonscrit de la membrane séreuse.

De la péritonite aiguë simple, ou primitive.

L'observation journalière nous a démontré que la péritonite spontanée ou primitive est une affection excessivement rare ; c'est à peine en effet si dans le cours d'une année entière on en rencontre un ou deux exemples dans le service le plus actif d'un hôpital ; la pratique de Chomel, celle de M. Louis confirment pleinement cette opinion.

Caractères anatomiques. — On a dit que lorsque les malades succombaient à une époque très-voisine du début, comme douze ou vingt-quatre heures, on trouvait le péritoine seulement injecté, rouge, sec ou poisseux au toucher. Cependant cette sécheresse, ou plutôt cet état poisseux est dû à la sécrétion d'une matière morbide, d'un produit albumino-fibrineux, qui ôte à la séreuse son poli, et fait bientôt adhérer entre elles les circonvolutions intestinales. Cette sécrétion, qui constitue le principal caractère anatomique de la péritonite, est d'autant plus marquée, le nombre des circonvolutions intestinales qui adhèrent entre elles et avec les parois abdominales est d'autant plus considérable, que la mort est survenue à une époque un peu plus éloignée du début. Si la péritonite a duré deux ou trois jours, on trouve en outre, épanchés dans le péritoine, de 100 à 500 grammes et plus d'un liquide séro-purulent mêlé à une plus ou moins grande quantité de flocons blancs, ou bien jaunes ou verdâtres. Dans quelques cas rares, l'épanchement liquide est formé par du sang pur qui a été exhalé ; car on ne trouve, pour expliquer sa présence, aucune lésion appréciable des vaisseaux. Le péritoine enflammé ne subit aucune grave altération de nutrition : on ne le trouve jamais ni ulcéré ni gangrené ; quelquefois il semble un peu friable, et il paraît se détacher plus facilement de la sur-

(1) *Phlegmasies chroniques*,

(2) *Clinique médicale*.

(3) *Dictionnaire de médecine*, art. PÉRITONITE.

(4) *Archives*, t. III, p. 497.

face des intestins, mais il n'est jamais épaissi. Lorsqu'on l'isole complètement des concrétions albumineuses qui se sont formées à sa surface, on constate qu'il n'a point perdu sa transparence ; si l'on en détache des lambeaux sans entraîner de tissu cellulaire, on peut se convaincre que l'injection l'a très-rarement pénétré, et que presque toujours la couleur rouge, qui semble lui être propre lorsqu'on l'examine en place, dépend de la congestion sanguine du réseau capillaire subjacent. Comme Ménière l'a démontré le premier, je crois, le péritoine enflammé subit un mouvement de retrait et fait subir au tube digestif, surtout à l'intestin grêle, un raccourcissement plus ou moins considérable ; celui-ci peut, en effet, avoir perdu le quart, le tiers ou la moitié de sa longueur : aussi semble-t-il plus épais, les valvules conniventes sont alors aussi nombreuses et presque aussi saillantes près de la valvule qu'elles le sont dans le jéjunum. Lorsque, au lieu d'avoir une issue funeste, la péritonite se termine par la guérison, les concrétions albumineuses subissent la même série de transformations que dans la plèvre. Elles peuvent disparaître ou se transformer en filaments cellulaires, en fausses membranes, qui plus tard deviennent souvent la cause d'étranglements intestinaux.

Symptômes. Marche. Durée. Terminaisons. — Le début de la péritonite est souvent marqué par un frisson violent ; mais la douleur du ventre est presque toujours le premier et l'un des principaux symptômes de la maladie. Cette douleur, généralement bornée à un point de l'abdomen, comme l'ombilic, l'hypogastre, les hypochondres ou les flancs, est vive, pongitive, lancinante et très-superficielle ; les mouvements, les secousses de la toux, les efforts de vomissement ou ceux que nécessitent la miction et la défécation, une pression même très-moderée, l'exaspèrent toujours. Aussi voit-on les malades ne pouvoir supporter le poids des cataplasmes, des fomentations, et même celui des couvertures de leur lit, qu'on est alors obligé de tenir éloignées à l'aide de cerceaux : ce fait est pourtant très-exceptionnel, et l'on a tort de le considérer comme existant dans la plupart des phlegmasies aiguës du péritoine.

Dès le début de la maladie, on observe des troubles sympathiques très-variés : presque toujours il survient des vomissements formés le plus souvent d'un liquide bilieux, jaune ou verdâtre ; la figure, plus altérée qu'elle ne l'est dans la plupart des maladies aiguës, exprime la souffrance et l'anxiété ; le pouls, toujours fréquent, peut être dès le début petit et dur ; souvent aussi il offre, du moins momentanément, de l'ampleur et de la résistance. La respiration est fréquente, elle est courte, interrompue, non à cause d'une complication thoracique, mais à raison de l'acuité de la douleur du ventre, qui ne permet pas à l'inspiration d'agrandir suffisamment le diamètre vertical, et parfois aussi en partie à cause du météorisme. Si dans quelques cas, très-rares en effet, le ventre conserve son volume et sa forme, on le voit presque toujours, dès le premier ou deuxième jour, se tuméfier parfois d'une manière considérable, d'abord par un dégagement de gaz qui se fait dans l'intestin, plus tard par un épanchement d'un liquide séro-purulent dans le péritoine. Celui-ci est rarement assez abondant pour qu'on constate de la fluctuation à la partie inférieure de l'abdomen, surtout vers les fosses iliaques ; le son est seulement plus ou moins obscurci, tandis que partout ailleurs existe une sonorité tympanique exagérée. On comprend que la phlegmasie ayant eu pour effet de tapisser le péritoine d'un produit pseudo-membraneux, on puisse constater un bruit de frottement analogue à celui qu'on rencontre si communément dans la pleurésie et dans la péricardite. Cela peut arriver quelquefois, mais le frottement péritonéal est rare, et on ne le voit se produire que lorsqu'il existe certaines dispositions physiques dont je parlerai plus tard.