

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. 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 utéro-pelviennes sont d'une nature spéciale, septique (1), d'où la diffusion rapide de l'inflammation à la

(1) Déjà Coze et Feltz avaient remarqué depuis longtemps que le sang des malades atteintes de fièvre puerpérale contenait des bactéries qu'on ne trouvait plus dans le sang des femmes normalement accouchées, mais ils n'avaient en rien préjugé leur origine. 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 pro-

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 chirurgicales: 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*.

TRAITEMENT. — La *prophylaxie* (1) de la péritonite puerpérale consiste surtout à 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

fond, Pasteur, ajoutait que les accidents variaient « avec l'état de ces 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 toutes les recherches modernes sur l'origine parasitaire de la fièvre puerpérale exposées en grands détails, soit dans l'article de Stoltz du *Nouveau Diction.*, soit dans la thèse de Doléris, ou enfin dans l'importante revue critique que Rendu vient de publier dans la *Revue d'Hayem* (oct. 1882).

(1) Les recherches de l'école moderne sur l'atténuation des virus permettent d'entrevoir dès aujourd'hui la possibilité de mesures prophylactiques sérieuses à opposer aux ravages de la fièvre puerpérale.

Les dernières expériences de Chauveau (voy. Société des sciences méd. de Lyon, 1882) en sont une nouvelle preuve.

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'écllosion 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 essaiera de prévenir 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 péritonite 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, et ceux plus récents encore d'Hilton Fagge, semblent bien plaider en faveur de l'existence d'une péritonite chronique simple. 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 abondant; exceptionnellement il s'élève à deux à trois 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 caséuses 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 caséuse (Cruveilhier, N. Gueneau de Mussy); parfois cependant la phthisie 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, 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).

ÉTILOGIE. — La péritonite tuberculeuse se développe de préférence chez les enfants et les jeunes sujets, sans être rare cependant chez les adultes; on en a même 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.

DESCRIPTION. — Il est tout à fait insolite de voir la maladie débiter 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 évatement 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 un 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* caractéristique; 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 86 fois sur 107. Plus tard, au contraire, sur 209 observations analysées, la douleur a été absente 141 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 tout à fait exceptionnel.

La fièvre, qui peut manquer pendant un certain temps, s'établit bientôt et affecte la forme hectique, l'émaciation augmente, le facies devient terreux, les extrémités inférieures s'œdématisent; 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).

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 de 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 de l'albuminurie; 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 tégumentaires abdominales, séparent nettement la péritonite chronique de l'ascite (Lancereaux). Dans l'ascite, les intestins surnagent; dans 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 solidés, 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 sub-

aiguë, 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 gomme 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 pâle spéciale aux cancéreux, la nature sanguinolente du liquide retiré par la ponction, la présence de ganglions dégénérés dans le pli de l'aîne (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 du sujet 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. — Sauf les cas très rares de guérison que nous avons déjà mentionnés, le traitement se borne en général à être palliatif; 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. La douleur sera combattue par des cataplasmes ou des fomentations émoullientes, 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.

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 intraabdominal. 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 périsplénique.

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 et la courte monographie de Foix. Nous l'avons suffisamment étudiée à propos des maladies du foie (voy. *Périhépatite*, p. 628, t. II) pour faire autre chose que la citer ici.

La *péritonite périsplénique*, *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 gynécologues décrivaient la plupart des affections inflammatoires de l'utérus et des organes avoisinants. Chomel fit un pas en avant en décrivant la *métopéritonite* 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 gynécologues 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 rang parmi ses causes, il faut citer la puerpéralité (43 fois sur 76 cas), un accouchement pénible, une imprudence pendant les couches, l'avortement; la pelvi-péritonite reconnaît encore comme causes: la fluxion menstruelle, le traumatisme utérin (excès vénériens, cautérisation du col, chancres du col, cathétérisme utérin); Bernutz signale aussi la blennorrhagie dont il exagère peut-être l'importance étiologique. L'influence du rhumatisme enfin a été mise en évidence par les observations de Chauffard et de Gueneau de Mussy. La tuberculose des organes génitaux de la femme entraîne souvent la pelvi-péritonite tuberculeuse qui mérite une mention spéciale; la *phthisie pelvienne* forme un chapitre de la tuberculose génitale chez la femme, bien étudiée dans la thèse inaugurale de M. Brouardel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — C'est la péritonite qui domine la scène; c'est dans le péritoine en effet que se développent les tumeurs séreuses, séro-purulentes ou purulentes, qu'on avait prises autrefois pour des tumeurs inflammatoires sous-péritonéales. A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la cavité du petit bassin est comblée plus ou moins complètement par des fausses membranes

qui relie entre eux l'utérus, les trompes, l'ovaire et l'intestin. Cet agrégat de plusieurs organes soudés entre eux correspond à la tumeur que le toucher vaginal révèle pendant la vie. Les fausses membranes sont tantôt purement fibrineuses, tantôt cloisonnées en forme de loges contenant du liquide séreux ou séro-purulent, parfois de véritables collections purulentes. L'utérus, les trompes et les ovaires ont le siège de lésions diverses, les organes sont congestionnés ou enflammés, déformés et bridés par les néomembranes. Dans la pelvi-péritonite chronique tuberculeuse, les fausses membranes sont parsemées de granulations ou de masses tuberculeuses, à l'état caséux ou en voie de ramollissement et de fonte; les trompes, les ovaires, le corps de l'utérus et la muqueuse qui les tapissent sont le siège des mêmes altérations; il n'est pas rare de voir les trompes et le fond de l'utérus distendus et comme injectés par du pus caséux; les trompes peuvent atteindre les dimensions du petit intestin et offrir un aspect moniliforme particulier.

DESCRIPTION. — La pelvi-péritonite est aiguë, subaiguë ou chronique. La forme aiguë s'annonce par une douleur occupant la région hypogastrique, douleur vive, lancinante, augmentant par la pression et par les mouvements; généralement elle s'accompagne d'un frisson qui cependant peut faire défaut. En même temps, le ventre se ballonne, surtout dans la région hypogastrique; des nausées surviennent, puis des vomissements; le facies s'altère, les traits sont grippés; la fièvre est vive, le pouls petit, dur, concentré; la température atteint 39, 40 et même 41 degrés, le cycle fébrile revêtant en général le type rémittent, subcontinu ou même intermittent. Dans la pelvi-péritonite postpuerpérale on note en général des sueurs extrêmement abondantes et le tarissement de la sécrétion lactée.

Le toucher révèle une élévation de température du vagin, une augmentation des sécrétions, et, dès les premiers jours, l'empatement et la rénitence douloureuse d'un ou des deux culs-de-sac. Bientôt cette rénitence fait place à une véritable tumeur, de volume et de consistance variables, arrondie ou en forme de croissant, occupant ordinairement le cul-de-sac postérieur, proéminent à gauche ou à droite, refoulant la matrice, dont les déplacements s'accusent par la direction vicieuse imprimée au col. Le col, un peu entr'ouvert, très sensible au toucher, est généralement immobile. Les culs-de-sac, plus ou moins effacés, sont souvent animés de battements (pouls vaginal de Nonat).

La tumeur, d'abord rénitente, s'indure ou devient semi-fluctuante, selon que la terminaison doit être l'organisation des fausses membranes ou la suppuration.

Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, permet de bien limiter la tumeur.

La palpation abdominale fournit peu de renseignements au début; elle est du reste peu praticable, à cause de l'acuité de la douleur. Plus tard elle permet, chez les femmes maigres, de constater la présence derrière la branche horizontale du pubis, d'une tumeur plus ou moins dure, analogue au phlegmon du ligament large, mais s'en distinguant par ce fait qu'elle est séparée de la branche horizontale du pubis par un sillon et que l'on peut toujours déplacer la paroi abdominale au devant d'elle (Bernutz). L'emploi du spéculum donne peu de renseignements; il est même dangereux, du moins lors de la phase aiguë de la maladie.

Le plus souvent on constate des troubles d'un ou de plusieurs des organes intrapelviens, de la dysurie, de la rétention d'urine, de la constipation, des épreintes accompagnées de selles muqueuses dysentériques (*rectite glaireuse*, Nonat), symptômes liés soit au retentissement de l'inflammation, soit à la compression exercée par la tumeur.

La pelvi-péritonite aiguë se termine par résolution, par suppuration, ou passe à l'état chronique. Dans le premier cas, la fièvre s'apaise, la douleur se calme et les noyaux d'induration constatés par le toucher et la palpation diminuent de volume jusqu'à complète disparition. Ce mode de terminaison est assez rare; le plus souvent il reste des brides et des indurations entraînant des déviations et des troubles divers des organes génitaux. Dans la majorité des cas, c'est avec le retour de la menstruation, agissant comme une saignée résolutive, que débute l'amélioration (Bernutz).

Quand la suppuration doit s'établir, la fièvre, au lieu de tomber vers le huitième ou le dixième jour, présente des redoublements, accompagnés de frissons et de sueurs; la tumeur pelvienne se ramollit, les battements artériels y sont plus accusés; elle est le siège d'élanements douloureux, mais qui cessent dès que la collection purulente est formée. Le pus peut se frayer une issue dans le vagin, dans le rectum, dans la vessie, dans l'intestin et même à l'extérieur, jusque dans le voisinage de la cicatrice ombilicale; rarement il fait irruption dans la grande cavité péritonéale. Bernutz cependant en a rapporté un fait à la suite d'une exploration malheureuse.