

Phlegmons sous-péritonéaux, th. de Paris, 1875. — VALLIN, A. LAVERAN. Phlegmons hypogastriques (Soc. méd. des hôp., 1877). — FAUCON. Péritonite et phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique (Arch. de méd., 1877). — ARNOULD. Phlegmons péritonéaux, pérityphlite et péricystite (Bull. méd. du Nord et Gaz. méd., 1877). — POISSON. Th. de Paris, 1877. — RELIQUET. Note sur les phlegmons péritonéaux (Un. méd., 1878). — CASTANEDA Y CAMPOS. Phlegmon de la cavité péritonéale de Retzius, th. de Paris, 1879. — GUYON. Des phlegmons prévésicaux (Gaz. des hôp., 1879). — A. GÉRARDIN. Rech. sur la cavité péritonéale de Retzius et sur son inflammation, th. de Paris, 1879. — BOUILLY. Des tumeurs aiguës et chroniques de la cavité péritonéale, th. pour l'agrég., 1880.

MALADIES DU PÉRITOINE.

D'une façon générale, le péritoine reproduit les caractères ordinaires des membranes séreuses et est construit sur le même type : revêtement de cellulules plates, endothéliales, reposant sur une lame de tissu connectif aréolaire plus ou moins épais et d'une vascularité variable selon les régions. Ce qui distingue toutefois le péritoine, c'est d'abord son étendue considérable, ses replis multiples (épiploons, mésentère) et ses connexions intimes avec la plupart des viscères abdominaux dont il revêt les uns en totalité (foie, rate, estomac, intestins), tandis que d'autres, tels que le rein, le pancréas, la vessie, ne sont revêtus que partiellement par le péritoine qui passe devant eux. La grande mobilité de la plupart de ces viscères, leurs variations de volume, la fréquence de leurs inflammations expliquent la fréquence des péritonites, tant circonscrites que généralisées; les connexions, bien connues actuellement, qui existent entre le système lymphatique et les grandes séreuses (Recklinghausen, Ranvier), permettent de comprendre la facilité avec laquelle certaines inflammations putrides ou septiques des organes abdominaux se propagent au péritoine (péritonite puerpérale). La disposition plus complexe du péritoine pelvien chez la femme, les nombreux replis qu'il forme autour des organes génitaux internes, la libre communication qui existe au niveau de la trompe entre la séreuse abdominale et la muqueuse génitale, expliquent la fréquence relative de la péritonite en général et surtout de certaines péritonites circonscrites chez la femme.

Dans les replis du péritoine cheminent des plexus nerveux très riches provenant du grand sympathique et présentant sur leur trajet des appareils ganglionnaires nombreux; on y remarque, en outre, comme sur les nerfs cutanés, des corpuscules de Pacini (1). Cette

(1) Voy. L. Jullien, *Contribution à l'étude du péritoine, ses nerfs et leurs terminaisons*. Paris, 1872.

innervation si puissante explique l'énergie des sympathies que provoque l'irritation inflammatoire du péritoine : la prostration, l'algidité, la tendance à la syncope et au collapsus, qui impriment aux lésions péritonéales une physionomie particulière, et que Gubler a décrites avec soin sous le nom significatif de *péritonisme*. Les recherches de Ludwig, de Cyon, de Goltz (1), celles plus récentes de Worm-Müller, de Lesser, de Cohnheim sur la circulation abdominale et sur ses connexions avec le bulbe et le cœur, jettent une nouvelle lumière sur les phénomènes de sidération et de collapsus si fréquents dans le cours de la péritonite. Les expériences plus récentes encore de Morel, pratiquées à notre instigation dans le laboratoire de M. Chauveau (décembre 1879), confirment pleinement certains faits qui établissent un rapport entre les dilatations cardiaques et quelques affections du péritoine, l'hématocèle entre autres. Il résulte de ces expériences auxquelles nous avons plusieurs fois fait allusion, que les excitations portées à la surface du péritoine entraînent par voie nerveuse, une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire très favorable à la dilatation ventriculaire.

Depuis les importantes recherches de Recklinghausen et de Ranvier, on connaît bien aujourd'hui les propriétés absorbantes du péritoine, propriétés qu'il doit à la présence, au niveau de la région diaphragmatique, de lacunes ou de puits lymphatiques parfaitement décrits. Cette faculté d'absorption peut être considérable (expérience de Blanchard in Laboratoire de Lépine); elle a été utilisée dans ces derniers temps surtout par Golgi et Bizzozero, qui ont pratiqué plusieurs fois avec succès la transfusion intrapéritonéale (2).

Nous décrirons successivement les différentes formes de la *péritonite*, aiguë ou chronique, généralisée ou partielle, l'*ascite* ou hydrophisie du péritoine, et enfin l'épanchement de sang enkysté dans le petit bassin chez la femme, l'*hématocèle*.

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

Consultez aussi P. Reynier et Ch. Richet, *Expériences relatives au choc péritonéal* (Comptes rendus Acad. des sciences, 1880).

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

DES PÉRITONITES.

La péritonite, selon sa cause, est *spontanée, primitive* ou *symptomatique, consécutive*; selon son étendue, elle est *générale* ou *partielle*; selon sa marche; *aiguë* ou *chronique*. Cette classification, quoiqu'elle comprenne tous les cas, est trop générale et nécessite un certain nombre de sous-divisions; c'est ainsi qu'au point de vue étiologique la péritonite consécutive aux couches demandera une étude spéciale, sous le nom de *péritonite puerpérale*. Parmi les péritonites partielles, celles du petit bassin, chez la femme, doivent également être étudiées à part, sous le nom universellement accepté de *pelvipéritonites*; enfin, parmi les inflammations chroniques du péritoine, la *péritonite tuberculeuse* est de beaucoup la plus fréquente et la plus intéressante.

PÉRITONITE GÉNÉRALE AIGÜE.

La péritonite *spontanée* est extrêmement rare; Besnier cependant en a rapporté deux observations probantes (1), mais la grande majorité des médecins tend encore à considérer son existence comme problématique. Vallin et Logerais ont soumis à une critique sévère la plupart des observations publiées sous cette rubrique par Broussais, Rayer, Andral, dans lesquelles la péritonite aurait pris naissance sans aucune cause appréciable ou sous l'influence de causes banales, telles que le froid, l'ingestion de liquides glacés, etc. Ces auteurs sont arrivés à cette conclusion que, le fait du traumatisme mis à part, les péritonites primitives spontanées ne devaient être admises qu'avec la plus grande réserve.

Presque toujours la péritonite aiguë généralisée est *consécutive* à une perforation ou à une rupture s'effectuant dans l'intérieur de la séreuse et y déterminant l'irruption de matières fécales, de pus, de sang, de bile, d'urine, de liquide des kystes échinocoques, etc. La perforation peut être le fait d'un ulcère stomacal ou intestinal (gastrite ulcéreuse, fièvre typhoïde, dysenterie), ou de l'ulcération de l'appendice iléo-cæcal (dans un certain nombre de péritonites

(1) Dans un mémoire plus récent, Richard Pott rapporte un certain nombre de faits de péritonite suppurée de l'enfance dont l'origine lui paraît spontanée.

dites *spontanées*, l'état de cet appendice n'a pas été mentionné). D'autres fois la péritonite résulte de la rupture de la vésicule du fiel (cholécystite typhique ou calculeuse), de l'ouverture dans le péritoine d'un abcès du foie, de la rate, d'un ganglion mésentérique suppuré, du sang menstruel, etc.

Une deuxième classe de péritonites consécutives est celle qui est liée à l'extension au péritoine de l'inflammation d'un des organes compris dans sa cavité ou y avoisinant : hépatite, hernie étranglée, étranglement interne, périnéphrite ou néphrite calculeuse, testicule à l'anneau enflammé, suppuration de la cicatrice ombilicale chez le nouveau-né, adénite inguinale (Guyot), orchite avec funiculite (Ricord), blennorrhagie vaginale (?), métrite interne, primitive ou consécutive à l'hystérométrie ou à une injection intra-utérine. On a vu une péritonite générale et mortelle survenir par propagation de l'inflammation de la plèvre à la séreuse abdominale, à la suite d'une thoracocentèse (Villemain), de l'opération de l'empyème sans blessure du diaphragme (Hérard); mais ce sont là des faits très rares.

Il est peut-être plus commun de voir la péritonite survenir dans le cours de maladies générales : scarlatine, variole, érysipèle, dothiérientérie, rhumatisme articulaire aigu, quoique la péritonite soit la plus rare des complications viscérales du rhumatisme. Dans la maladie de Bright, surtout dans la néphrite parenchymateuse (Hilton Fagge), on observe fréquemment de la péritonite chronique ou sub-aiguë, tantôt presque lente, tantôt à marche rapide et franchement aiguë.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions sont celles de toutes les inflammations aiguës des séreuses; dans les cas suraigus, terminés rapidement par la mort, on ne trouve presque point d'épanchement : la séreuse est sèche, visqueuse, dépolie, finement injectée; les intestins sont distendus par les gaz, agglutinés par un exsudat fibrineux, de consistance poisseuse, cédant à la moindre traction. Si la mort a eu lieu au bout de plusieurs jours seulement, il existe le plus souvent un épanchement peu abondant (de 100 à 500 grammes) d'un liquide louche ou purulent, mélangé de flocons de fibrine concrétée, épanchement qui tend à occuper de préférence les parties déclives, le petit bassin. Quand l'inflammation est le résultat d'une perforation intestinale, le pus est mélangé à des matières fécales, et le péritoine contient des gaz. Parfois le liquide épanché est sanguinolent; très exceptionnellement il consiste en sang presque

pur (péritonite hémorrhagique). La péritonite aiguë est presque toujours purulente, ce qui s'explique aisément si l'on se rappelle la structure histologique de cette membrane, sa richesse en vaisseaux et en lymphatiques; conditions qui ont toujours fait choisir le péritoine comme objet d'étude par excellence des inflammations suppuratives expérimentales (Kaltenbrunner, Cohnheim).

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

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

Quand la péritonite se termine par la guérison, le pus et la fibrine concrétée se résorbent; le plus souvent la partie liquide de l'exsudat et les leucocytes disparaissent seuls, une partie des pseudo-membranes s'organise en tissu connectif stable, d'où des brides, des adhérences, des rétrécissements entraînant des troubles variables. Dans quelques cas, le pus s'enkyste et forme des collections qui tantôt finissent par se résorber, tantôt, après un répit apparent, s'ouvrent soit au dehors (Féréol, Legroux, R. Pott), soit dans un viscère, soit dans la grande cavité péritonéale, déterminant ainsi une nouvelle péritonite, le plus souvent mortelle.

DESCRIPTION. — La péritonite aiguë débute presque toujours par un frisson et par une douleur abdominale très vive, qui, d'abord circonscrite, se généralise bientôt à tout l'abdomen; elle est vive, pongitive, lancinante, très superficielle, exaspérée par la moindre pression, par la toux, par la respiration, par le poids même des cataplasmes et des couvertures. Presque dès le début les malades sont pris de nausées, de vomissements incessants, le plus souvent bilieux ou verdâtres (porracés), entremêlés de hoquets, qui les fatiguent horriblement. Les traits sont altérés, grippés (*facies péritonéal*). Le pouls est ordinairement, dès le début, très fréquent,

petit et concentré, mais par moments il peut offrir de l'ampleur et de la résistance (Grisolle).

La fièvre est constante dans la péritonite aiguë; la température centrale peut atteindre de 40 à 41 degrés avec de faibles rémissions le matin; elle reste élevée même pendant le collapsus et quand les extrémités se refroidissent (Jaccoud).

Dès le second ou le troisième jour, le ventre devient tendu et météorisé, la tuméfaction, qui est uniforme, est déterminée surtout par la paralysie de la tunique musculuse de l'intestin, devenue impuissante à lutter contre l'élasticité des gaz qu'il renferme. A la percussion, on obtient un son tympanique plus ou moins obscurci à la partie inférieure de l'abdomen et vers les fosses iliaques, où s'accumule l'épanchement; il est très rare de trouver de la fluctuation, la quantité de liquide épanché étant très faible. Plus rarement encore on aperçoit soit à la main, soit par l'auscultation, un frottement analogue à celui qui s'observe si fréquemment dans la pleurésie ou dans la péricardite (Després père, Spittal, Bright); mais ce bruit de frottement se rencontre surtout dans la péritonite chronique.

Les intestins distendus refoulent le diaphragme et apportent une gêne considérable à la respiration, qui est anxieuse, courte, fréquente, entrecoupée; le malade, couché sur le dos, évite tout mouvement et restreint en outre volontairement sa respiration dans la crainte d'augmenter la douleur. La constipation est la règle; l'urine est rare; parfois il existe de la dysurie, du ténesme vésical si l'inflammation a gagné la muqueuse vésicale.

Quand la maladie s'aggrave, le facies se grippe davantage, le nez s'allonge et s'effile, les traits se tirent, les yeux s'excavent et se cerclent de noir, les mains, les pieds, la face se cyanosent, se refroidissent et se couvrent d'une sueur froide et visqueuse. Le pouls devient irrégulier, filiforme, souvent impossible à compter. Le météorisme augmente, mais la douleur diminue souvent et peut même cesser tout à fait, sans doute par suite de l'insensibilité qui résulte de l'asphyxie commençante et de la sidération de l'économie. Quelquefois les vomissements s'apaisent et sont remplacés par un hoquet de sinistre augure, ou bien « les liquides contenus dans l'estomac, au lieu d'être expulsés par ces secousses de vomissements, sortent sans effort par un simple mouvement de régurgitation » (Grisolle). La mort vient généralement vers le cinquième ou le sixième jour, à la suite d'un affaiblissement graduel et du collapsus, parfois au milieu

d'un léger délire et de quelques convulsions; plusieurs malades « conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment et meurent pour ainsi dire en parlant » (Grisolle).

Quand la terminaison doit être heureuse, les vomissements se calment, la douleur s'apaise, le pouls se relève et se ralentit, la tuméfaction du ventre et le météorisme se dissipent. Tantôt la résolution de l'inflammation s'effectue complètement, tantôt elle est incomplète, et il reste des brides fibreuses et des adhérences qui sont une cause de dyspepsie, de constipation habituelle, de coliques et de tiraillements dans le ventre, qui disposent aux avortements (M^{me} Boivin) ou déterminent la stérilité (Mercier), et qui peuvent même ultérieurement être l'occasion d'une obstruction intestinale et d'un étranglement interne. Le passage de la péritonite aiguë à l'état chronique est tout à fait exceptionnel.

La guérison de la péritonite généralisée aiguë peut encore se faire par l'évacuation du pus au dehors, par rupture spontanée de la cicatrice ombilicale. Ce mode de terminaison, extrêmement rare chez l'adulte, serait plus fréquent chez l'enfant; à cet âge, la péritonite aiguë est relativement bénigne et s'accompagne souvent d'un épanchement considérable (péritonite à forme *ascitique*). Gauderon, sur 25 observations rapportées dans sa thèse, cite 8 cas de guérison survenus chez l'enfant par ce mécanisme; mais il faut se demander, avec Siredey, s'il s'agit bien, dans tous ces cas, de péritonite suppurée, et non de ces phlegmons sous-péritonéaux assez fréquents chez les jeunes sujets.

Telle est la physionomie et la marche de la péritonite généralisée aiguë, survenant chez un sujet en état de santé. Une mention spéciale doit être faite de la péritonite *par perforation*, qui se distingue de la péritonite ordinaire par l'acuité et l'instantanéité du début, par la violence de la douleur initiale pouvant entraîner aussitôt un état syncopal avec algidité et cyanose, et par la rapidité de la marche des accidents; la mort survient ordinairement dès le deuxième ou le troisième jour, quelquefois au bout de vingt-quatre heures déjà (Grisolle).

La péritonite *par étranglement* se présente aussi avec des allures qui lui sont propres. Dans ce cas, l'inflammation de la séreuse est précédée, pendant une période plus ou moins longue, des symptômes qui résultent de l'étranglement et qui varient avec le siège de celui-ci (hernie, occlusion, étranglement interne, invagination) et avec le viscère enclavé (intestin grêle, gros intestin, épi-

ploon). Il n'est pas rare de voir une perforation s'établir consécutivement, par la rupture ou la gangrène de la portion étranglée. Quand l'étranglement est intense dès le début, qu'aucun symptôme prémonitoire ne l'a précédé, que le météorisme s'est rapidement généralisé, quand la constipation est absolue et que les purgatifs sont rejetés ou demeurent sans effet, le diagnostic entre la péritonite par perforation et l'étranglement interne est souvent fort embarrassant (*pseudo-étranglements* de Henrot).

Lorsque la péritonite, même celle qui est consécutive à une perforation, survient chez un sujet déjà malade et affaibli, dans le cours de la fièvre typhoïde par exemple, ou d'une dysenterie grave, l'allure de la maladie est bien moins tumultueuse que dans les formes dont nous venons de nous occuper; la plupart des symptômes: frisson initial, *douleur*, vomissements, etc., peuvent faire défaut; le développement rapide du météorisme, l'aspect grippé et l'altération particulière de la physionomie, la petitesse et la fréquence du pouls, le refroidissement et la tendance au collapsus, parfois même une amélioration trompeuse de l'état cérébral du malade et le retour de l'intelligence peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Il y aurait exagération à appeler ces péritonites des *péritonites latentes*, car elles se révèlent toujours par un certain nombre de signes qu'il faut connaître et savoir *rechercher*.

DIAGNOSTIC. — Douleur abdominale intense, tympanisme, vomissements, fièvre, petitesse du pouls, tendance au collapsus, refroidissement des extrémités, altération profonde des traits, tels sont les caractères qui suffisent à faire reconnaître la péritonite aiguë, quand elle est franche et bien exprimée. Mais il est un certain nombre d'affections qui présentent un ou plusieurs symptômes analogues et dont le diagnostic différentiel avec la péritonite aiguë peut offrir quelques difficultés. Dans le *rhumatisme des parois abdominales*, la douleur, qui est extrême, rend la moindre pression intolérable; mais les vomissements, la fièvre, le météorisme, l'algidité, l'altération des traits font défaut. Dans la *colique hépatique* et dans la *colique néphrétique*, outre la douleur extrême, il y a des vomissements, parfois porracés, un facies grippé, des sueurs froides; mais la fièvre manque généralement, le ventre est plutôt rétracté que ballonné, enfin, la douleur elle-même est particulière, viscérale plutôt que superficielle, avec des irradiations spéciales. Certaines hystériques présentent parfois une hyperesthésie telle de la région abdominale, que, lorsqu'il s'y joint de l'ovarialgie, des vomissements, du

météorisme intestinal si fréquent dans cette maladie, des troubles menstruels, la crainte d'une péritonite peut surgir; l'état du pouls, l'absence de fièvre, l'aspect de la physionomie, les antécédents de la maladie dissiperont facilement l'erreur. L'hépatite, la néphrite, la cystite, pour peu que le revêtement péritonéal de ces organes soit atteint, prennent parfois un aspect qui simule de très près la péritonite; un examen attentif des organes, la constatation de troubles antérieurs du côté du foie ou des reins, l'ictère, les altérations de l'urine permettront de reconnaître la véritable nature du mal. L'étranglement interne ou externe est parfois d'autant plus difficile à distinguer de la péritonite que celle-ci s'y surajoute toujours et entre pour une bonne part dans la production des accidents. L'existence d'une hernie non réductible, le météorisme partiel, l'obstacle total au cours des matières fécales et des gaz, les vomissements fécaloïdes, l'action habituellement heureuse des purgatifs, permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

La péritonite par perforation, quand la douleur est peu intense, et que le collapsus, le refroidissement et la syncope s'établissent rapidement, peut rappeler presque trait pour trait le tableau de l'hémorragie interne; le tympanisme, la douleur à la pression exercée sur l'abdomen serviront de guide dans ces cas.

Nous avons déjà signalé la difficulté, souvent insurmontable en l'absence d'autopsie, que présente le diagnostic entre la péritonite suppurée des jeunes sujets et le *phlegmon sous-péritonéal* de la paroi abdominale antérieure (Gauderon), d'autant mieux que, dans certains cas, le phlegmon peut être généralisé à toute la paroi abdominale (J. Besnier).

La péritonite reconnue, il faut encore en rechercher la cause. C'est ici que les anamnétiques, l'exploration des organes abdominaux, la marche de la maladie, son mode d'invasion, seront d'un précieux secours.

Ainsi que nous l'avons dit, quand la péritonite survient dans le cours d'une affection à forme adynamique, dans la fièvre typhoïde surtout, il peut arriver que la perforation intestinale ne provoque pour ainsi dire aucun symptôme apparent et ne soit reconnue qu'à l'autopsie; l'altération rapide des traits, le hoquet, le météorisme, l'état du pouls, l'algidité soudaine, suffiront le plus souvent pour faire reconnaître ce redoutable accident.

PRONOSTIC. — La péritonite généralisée aiguë est presque constamment mortelle; cependant il existe des exemples de guérison,

même dans la péritonite par perforation. Chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, la guérison est moins exceptionnelle que chez l'adulte.

TRAITEMENT. — La péritonite aiguë est justiciable du traitement antiphlogistique; quand l'état général le permettra, on appliquera 20 à 30 sangsues sur l'abdomen, 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*).

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'hyperhémie moins intense; en revanche, l'épanchement est beaucoup plus 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 une 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 pelvipéritonite 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. 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 habituelle de la peau, la plénitude et la médiocre accélération du pouls, distingueront la péritonite infectieuse de la métrite et de la pelvipéritonite 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, et 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.

ÉTILOGIE. NATURE. — La péritonite puerpérale se développe