

fosses iliaques et du petit bassin, où il s'enflamme assez facilement; plus abondant encore au niveau des reins, où son inflammation constitue la *périnéphrite*. Le feuillet pariétal se sépare assez facilement du diaphragme, et plus aisément des autres régions que je viens d'énumérer.

Le péritoine *viscéral* est mince et transparent : il est si intimement uni à certains viscères (rate, foie, ovaire) qu'il fait pour ainsi dire partie de leur structure; ailleurs il est séparable en un mince feuillet (estomac, intestins).

Le péritoine forme dans la cavité abdominale trois espèces de replis :

1° Il y a des replis qui vont des parois postérieures de l'abdomen aux organes digestifs; on leur a donné le nom de l'organe auquel ils s'insèrent, en le faisant précéder du mot *méso*. Ainsi ont été créées les dénominations de *méso-côlon*, *méso-rectum*, *mésentère*.

2° Il y a des replis qui vont des parois de l'abdomen aux organes autres que le tube digestif; on leur a donné le nom de ligaments : ligament *coronaire*, ligaments *triangulaires* droit et gauche qui vont au foie, *ligaments larges* qui vont à l'utérus.

3° Il y a des replis qui s'étendent d'un viscère à un autre viscère; ils sont au nombre de trois et se nomment *épiploons* (*επι πλω*, je flotte au-dessus). Ce sont : le petit épiploon ou épiploon *gastro-hépatique*, qui rattache l'estomac au foie; le grand épiploon ou épiploon *gastro-colique*, qui rattache l'estomac au côlon transverse; l'épiploon *gastro-splénique*, qui va de l'estomac à la rate.

Tous les replis du péritoine sont formés par les deux feuillets de la séreuse adossés. Entre les feuillets il y a du tissu cellulo-graisseux dans lequel rampent les vaisseaux et les nerfs.

A l'état normal, la cavité péritonéale ne contient *aucun* *microbe*.

Ces quelques notions étant posées, jetons un coup d'œil d'ensemble sur les péritonites.

**Description.** — Les symptômes des péritonites étant dif

férents suivant la cause qui leur a donné naissance, j'ébaucherai trois types principaux qui répondent à peu près aux tableaux cliniques des péritonites aiguës.

a. Dans un premier type, la péritonite éclate brusquement; elle est aiguë ou même suraiguë; elle succède à un traumatisme, à la perforation d'un organe (ulcère de l'estomac, du duodénum), à l'ouverture d'une poche purulente, à la rupture du bassin ou de la vessie, à l'appendicite perforée. Une douleur violente, avec ou sans frissons, ouvre la scène; la *douleur*, d'abord localisée, s'étend rapidement à tout l'abdomen; elle est aiguë, parfois terrible; le moindre mouvement, le contact des couvertures, la toux, le hoquet, le vomissement, les contractions intestinales, tout exaspère la douleur.

En peu de temps, le ventre est tendu, ballonné, et le *météorisme* devient excessif. Au début cependant, le ventre est *plat*, dur, tendu, les muscles sont contracturés. Le *hoquet* est fréquent, les *vomissements* se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés; les matières vomies sont d'abord muqueuses, puis elles deviennent bilieuses, et le malade vomit, au milieu d'efforts et de terribles souffrances, des jets de liquide amer et verdâtre (*vomissement porracé*). La *constipation* est la règle, la *dysurie* est fréquente, les urines sont rares.

Parfois la fièvre est vive, parfois aussi la température tombe au-dessous de la normale. Du liquide en quantité variable s'accumule dans le péritoine.

Les *symptômes généraux* acquièrent rapidement une notable intensité; dès le deuxième, troisième jour, le pouls devient très fréquent, filiforme, la langue est sèche et fendillée, la soif est vive; la face est amaigrie, grippée, le nez est froid et effilé, les yeux sont excavés, la prostration est excessive, les extrémités se refroidissent, la respiration est courte et saccadée, la voix grêle, cassée, le collapsus est imminent.

Tous ces symptômes s'accroissent, excepté la douleur qui s'amende ou qui disparaît. Les malades ayant conservé leur

intelligence se félicitent de cette disparition de la douleur, mais habituellement cette accalmie est le prélude de la mort, et les malheureux, suivant l'expression de Grisolles, meurent en parlant. Dans cette variété de péritonite, la guérison est l'exception (à moins que la chirurgie n'intervienne rapidement); la mort peut survenir dès le premier, deuxième, troisième jour (péritonite par perforation); en tout cas, il est rare qu'elle ait lieu avant le sixième ou septième jour. Dans quelques circonstances, surtout chez les enfants (péritonite pneumococcique), une phase lente fait suite au début brusque, et souvent la suppuration péritonéale se fraye une issue à travers la cicatrice ombilicale : la guérison peut en être la conséquence.

b. Dans un deuxième type, il s'agit bien encore de péritonite aiguë diffuse, mais l'accident se déclare chez des sujets *déjà malades*, atteints, par exemple, de fièvre typhoïde. En pareil cas, surtout chez les typhiques, les symptômes de péritonite sont peu accusés, les réactions sont moins vives, la douleur, le hoquet, les vomissements n'ont pas l'intensité que nous avons observée dans le type précédent; la chute brusque de la température et l'hypothermie sont fréquentes et le météorisme abdominal est très accentué.

c. Dans un troisième type, les différents symptômes de la péritonite aiguë sont moins accusés, et ce qui domine c'est l'état général du sujet, c'est la tendance rapide à l'algidité, au *collapsus*, à la *syncope* (péritonite primitive streptococcique).

*Péritonites partielles.* — Les péritonites partielles ont pour siège de prédilection les fosses iliaques, la région sous-phrénique et la région péri-utérine. Elles n'ont ni l'acuité, ni l'intensité, ni la gravité des péritonites généralisées. Elles aboutissent souvent à une formation purulente dans l'une des régions que je viens de signaler. Le palper abdominal, le toucher vaginal et rectal aideront au diagnostic de ces péritonites partielles. On trouvera la description de ces péritonites partielles, enkystées, aux chapitres concernant l'Appendicite et l'Ulcère simple de l'estomac.

*Péritonites chroniques.* — La péritonite généralisée ne passe pas à l'état chronique; la chronicité s'observe avec les péritonites partielles (adhérences, indurations, abcès) et avec les péritonites *tuberculeuses* et *cancéreuses*, que nous étudierons dans les chapitres suivants.

Je renvoie au chapitre de l'*Appendicite* pour ce qui concerne les péritonites appendiculaires qui, de toutes, sont les plus fréquentes.

*Anatomie pathologique.* — A l'autopsie d'un individu mort de péritonite aiguë, on trouve le péritoine injecté, épaissi, infiltré de pus. L'infiltration fibrino-purulente existe dans les mailles du grand épiploon et des mésos, dans le tissu conjonctif de la séreuse et sa surface. Des adhérences fibreuses se produisent rapidement entre les anses intestinales, entre les différents organes de l'abdomen et entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral. Le grand épiploon est épaissi, vascularisé, adhérent à l'intestin et à la paroi abdominale. Les fausses membranes sont fibreuses, molles, infiltrées de pus. Les anses intestinales sont distendues par les gaz, leurs parois sont ramollies, la muqueuse est couverte d'un mucus puriforme. On trouve dans la cavité péritonéale une quantité de liquide fibrino-purulent, qui varie de quelques centaines de grammes à plusieurs litres. Ce liquide est parfois très fétide. A ces lésions il faut ajouter les altérations des organes qui ont provoqué la péritonite.

*Traitement.* — Il n'y a pas de traitement médical des péritonites aiguës. On combat la douleur au moyen d'injections de morphine; on applique sur le ventre des compresses glacées, on donne à prendre au malade quelques fragments de glace, et c'est tout. Le vrai traitement, le seul traitement efficace, est *chirurgical*; la chirurgie peut tout oser et tout espérer, mais il faut savoir agir sans tarder; et si l'on n'a pas perdu un temps précieux à faire usage des moyens médicaux trop souvent inutiles, on a les plus grandes chances de sauver le malade. Cette question du traitement chirurgical est étudiée en détail dans les cha-