

L'exsudat est plus généralement *purulent*. Le pus est en quantité variable. Presque toujours il est libre dans la cavité péritonéale et s'accumule dans le petit bassin sous l'influence de la pesanteur. Souvent il est crémeux et épais.

Quelquefois, il est bridé entre les anses intestinales ou entre les organes par des adhérences fibrineuses récentes. Il est aussi dans bien des cas circonscrit presque complètement, et on le trouve dans des poches isolées ou communiquant entre elles. Les parois de ces loges sont faites par les intestins que des fausses membranes ont agglutinés.

Cet enkystement aréolaire du pus ne se rencontre guère que dans les péritonites à marche subaiguë, mortelles en 4 ou 5 semaines; il simule parfois un abcès des parois de l'intestin. Il faut, pour ne pas commettre cette erreur, laver l'anse intestinale en faisant couler sur elle un filet d'eau; on s'aperçoit alors que le pus ne fait que recouvrir la séreuse, laquelle apparaît rouge, ramollie, visqueuse avec son épithélium desquamé.

Ces exsudats séro-purulents et purulents peuvent être teintés de sang.

Souvent le liquide a un aspect grisâtre, une odeur fétide, gangreneuse; le pus peut être mélangé à d'autres liquides; tantôt ce sont des matières fécales, tantôt des débris alimentaires, tantôt du sang altéré; dans d'autres cas, on rencontre des corps étrangers qui nagent dans l'épanchement; ce sont souvent des débris d'hydatides, des lombrics, des calculs biliaires.

S'il s'agit d'une lésion de la vésicule biliaire ou de la vessie, c'est de la bile ou de l'urine qui seront mélangées au sang; on les reconnaît à leur couleur et à leur odeur spéciales (péritonites par perforation). Presque toujours dans ces cas, dès que le péritoine est incisé, des gaz se dégagent en quantité considérable; leur odeur est d'autant plus fétide que la perforation est plus voisine du rectum.

Évolution des foyers de suppuration. — Il peut arriver que le processus généralisé s'arrête et que les foyers de suppuration généralement enkystés continuent leur évolution propre, qu'ils siègent soit dans le petit bassin, soit en d'autres points de la cavité péritonéale; entre les feuillettes du mésentère, à la face inférieure du foie, dans la région sous-diaphragmatique....

La collection purulente peut alors s'ouvrir en différents endroits :

Quand le pus fuse dans l'intestin, lorsqu'il a été évacué par l'orifice de la perforation, il se produit une pénétration des gaz et du contenu de l'intestin dans le foyer de suppuration, d'où fistule stercorale.

Si la collection est située dans la région sous-diaphragmatique, elle perce le diaphragme, la plèvre, le péricarde, l'estomac, et peut provoquer soit un empyème, soit une vomique, soit un pyopéricarde.

Si la collection est située dans le petit bassin, elle pourra se faire jour dans le vagin, le rectum ou la vessie. Enfin, le pus pourra sortir à l'ombilic.

Second Féréol caractérisait ce fait du nom de *péritonite perforante*. On a constaté cette perforation chez des femmes atteintes de péritonites puerpérales, et chez des enfants; mais on peut l'observer dans toutes sortes de péritonites. Presque toujours cette complication se fait au centre de la cicatrice ombilicale (11 fois sur 25 cas, Gauderon).

L'ombilic est le point faible de l'abdomen: en cet endroit, le péritoine est mal soutenu par une mince épaisseur des tissus, le fascia ombilicalis faisant défaut 8 fois sur 10 chez les enfants et n'étant pas disposé de façon à renforcer le

péritoine au niveau de l'ombilic et à le protéger contre une cause de distension ou de rupture.

2° LÉSIONS DES ORGANES VOISINS CONSÉCUTIVES A LA PÉRITONITE

Intestins. — En règle générale, les intestins sont remplis de gaz et tendent à sortir de la cavité abdominale dès que la paroi est incisée. Il est très rare de voir l'intestin vide de gaz avec son calibre rétréci. Les membranes intestinales sont œdématisées, épaissies, pâles et ramollies. Leur friabilité est extrême et il est parfois très difficile de séparer les anses intestinales collées entre elles sans les déchirer. La muqueuse elle-même est infiltrée; elle est tantôt anémiée et pâle, plus souvent elle est hyperémiée et couverte d'un liquide, d'une sorte de mucosité puriforme.

Dans quelques cas (Duplay, Henrot, Poupon), au niveau des coudes que forment deux segments voisins de l'intestin, il y a une sorte d'effacement de sa lumière; ou bien, arrêt des matières et obstruction, due à une paralysie de l'intestin produite par l'inflammation du péritoine.

Souvent aussi (Menière) le mésentère en se rétractant attire l'intestin, qui se réduit du 1/4, du 1/5 et même de la moitié de sa longueur; alors la séreuse qui le recouvre est rétractée, et la muqueuse se plisse transversalement.

Il peut se faire que la rétraction soit telle, que l'intestin ne forme plus qu'une masse plus ou moins informe, comparée à un fibrome utérin traversé par des canaux: c'est la *péritonite déformante* de Klebs.

Les organes abdominaux sont différemment altérés. La séreuse qui revêt le foie, la rate, l'utérus, etc., est enflammée superficiellement; la capsule propre (foie et rate) est épaissie et opaque. Les organes eux-mêmes sont décolorés et cette décoloration les pénètre de quelques millimètres jusqu'à 1 centimètre.

Les lésions pleurales sont particulièrement intéressantes, à cause surtout des considérations anatomiques qui s'y rattachent et qui les expliquent.

Il est fréquent de voir la plèvre malade à la suite de la péritonite, et ses altérations se produisent sans lésion directe du diaphragme, par propagation seulement.

On sait que le centre phrénique contient un grand nombre de capillaires lymphatiques, qui sont en relation directe, avec la plèvre par les stomates et au-dessus du péritoine avec le sac lymphatique de Ranvier.

La voie suivie par l'inflammation du péritoine aux plèvres a été démontrée expérimentalement. Recklinghausen, Klein, Coyne, Laroyenne, etc., ont trouvé, dans leurs examens microscopiques, une inflammation purulente des lymphatiques avec épaississement des parois et caillots fibrino-purulents à leur intérieur. Ces faits rendent tout à fait probantes les observations cliniques de péritonites compliquées de pleurésie, observations nombreuses publiées par Cuffer, Pitre, Rémy, Laroyenne, Coyne, Blanc....

Ces mêmes raisons expliquent la possibilité des péritonites consécutives aux lésions pleurales.

L'inflammation peut se propager au tissu cellulaire sous-péritonéal. C'est à cette péritonite que certains auteurs ont donné le nom de péritonite phlegmoneuse.

Nous ne ferons que mentionner les lésions viscérales éloignées: infarctus, congestion, abcès dépendant de la septicémie ou de l'infection purulente.

Intestins; perforations; appendicite perforante. — Les intestins sont souvent le siège des lésions qui ont produit la péritonite. Toutes les ulcérations intestinales peuvent à un moment donné arriver à perforer la paroi du canal et amener ainsi une péritonite généralisée (tuberculose, cancer, fièvre typhoïde, etc.). Les perforations de la fièvre typhoïde sont les plus communes. Presque toujours elles siègent près de la valvule iléo-cæcale; puis, par ordre de fréquence, dans le cæcum, le côlon ascendant, l'appendice vermiculaire.

Cette perforation est unique, double ou triple. L'orifice en est généralement petit, de la dimension d'une tête d'épingle; il forme le sommet d'une sorte de cratère ou d'entonnoir ouvert du côté de la muqueuse, et peut atteindre les dimensions d'une pièce de 20 à 50 centimes. La recherche de la perforation est facile quand on voit sourdre à travers l'orifice des gaz ou des liquides.

Lorsque la perforation échappe à l'examen, ce qui est fréquent, il faut faire l'insufflation de l'intestin sous l'eau et rechercher les points par où s'échapperaient des bulles gazeuses.

Les lésions de l'appendice produisent assez fréquemment la péritonite aiguë généralisée. On a vu précédemment (appendicite) à quel point l'importance pathologique de l'appendice vermiculaire s'était accrue. Souvent, en effet, il est le siège d'une perforation de dimension variable. Elle peut consister en un simple orifice de quelques millimètres de diamètre ou comprendre la totalité de l'appendice. Ces perforations siègent rarement près de la base du diverticule, plus rarement encore elles empiètent sur le cæcum; le plus fréquemment, elles sont situées près de la pointe; mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que le corps étranger qui est la cause habituelle de ces lésions destructives est parfois distant de la perforation; habituellement toutefois il est en contact avec elle.

Lorsque la péritonite est consécutive à un étranglement interne, l'aspect de l'intestin est assez spécial. Sa portion ascendante distendue par des matières et par des gaz est hyperémiée, enflammée, et cette inflammation peut aller jusqu'à la gangrène et même souvent jusqu'à la perforation. Quant à la portion descendante, elle est contractée, anémiée, en collapsus.

Parmi les lésions le plus fréquemment observées comme cause de la péritonite, il faut signaler celles qui frappent l'utérus, la péritonite puerpérale devenant d'ailleurs chaque jour plus rare.

L'utérus, à l'autopsie, est remarquable par les cordons blancs, jaunâtres qui sillonnent sa surface; ce sont les lymphatiques enflammés. Ces trainées lymphatiques sont souvent assez volumineuses et ampullaires. Le développement de ces vaisseaux est surtout considérable au niveau de la surface d'insertion du placenta.

Le tissu cellulaire de l'utérus est œdématié, surtout dans le voisinage des lymphatiques enflammés; cet œdème lui donne un aspect gélatineux; les cellules conjonctives sont arrondies, volumineuses; leur protoplasma est granuleux et elles sont en voie de prolifération. L'utérus présente un volume considérable; on peut mesurer 14 à 15 centimètres du fond à la naissance du col et autant d'une corne à l'autre. Sa surface interne, au voisinage de l'insertion placentaire, est couverte d'une bouillie grisâtre, sanieuse, que l'on peut détacher en versant sur elle un mince filet d'eau.

La muqueuse est nécrosée, parfois recouverte de fausses membranes, ou bien œdématiée, infiltrée. On rencontre souvent aussi des lésions traumatiques, liées aux manœuvres de l'accouchement.

L'ovaire est souvent altéré, il est ramolli, en voie de suppuration; les lésions sont analogues dans les trompes.

Mentionnons encore l'inflammation phlegmoneuse des ligaments larges et celle du tissu cellulaire de l'excavation. Cruveilhier pensait que cette cellulite pelvienne presque toujours suppurée était aussi fréquente que la péritonite puerpérale qu'elle accompagne.

Barbacci a décrit (*Rivista di patol. nerv. e mentale*, mars 1899) des lésions nerveuses dans la péritonite par perforation, que l'auteur a étudiées chez le chien en s'aidant de la méthode de Nissl. Il a vu dans l'écorce cérébrale au milieu des cellules normales d'autres atteintes de chromatolyse. Le protoplasma était vacuaire; quelquefois le noyau était gonflé et pâle. Les cellules du cervelet étaient moins atteintes; et dans la moelle les lésions étaient rares. Il y avait enfin des lésions des cellules des ganglions intervertébraux. Ces lésions dues à une intoxication aiguë expliqueraient les troubles cérébraux.

Lésions dans la septicémie péritonéale aiguë. — Ici les lésions sont souvent peu accentuées. Les anses sont dilatées, vascularisées. Il y a dans les parties déclives du sang ou de la sérosité sanguinolente, souvent en petite quantité. C'est là la forme la plus grave de la péritonite infectieuse.

Le foie est atteint de dégénérescence graisseuse. Il y a de la néphrite.

Dans ces cas Jayle a trouvé au point de vue bactériologique :

1° Streptocoque seul	1 fois.
— associé au staphylocoque	5 —
— à des microbes indéterminés	1 —
— au coli	1 —
— à des microbes indéterminés et au coli	1 —
	7 fois.
2° Staphylocoque seul	4 fois.
3° — et coli	1 —
4° Bacterium coli seul	1 —
5° Vibriion septique seul	1 —

Symptomatologie. — 1^{re} forme, PÉRITONITE SEPTIQUE. — Produite par les microbes ordinaires de la suppuration, cette forme répond aux groupes étiologiques suivants :

Péritonites : 1° par infection générale de l'économie; 2° puerpérale à forme rapide; 3° par ouverture d'une poche purulente dans le péritoine; 4° opératoire par faute d'antisepsie; 5° par rupture de la vessie ou du bassinnet contenant des microbes pyogènes; 6° par la perforation de la vésicule biliaire dans des conditions identiques.

Début. — Le début de la péritonite aiguë septique est variable. Souvent, c'est la douleur qui vient la première, intense, surprenant l'individu en pleine santé. Souvent aussi c'est un frisson très violent qui arrive, précédant les phénomènes douloureux et les annonçant. Dans quelques cas enfin, et surtout chez les enfants, l'inflammation péritonéale est précédée de prodromes dont la durée varie de 1 à 5 jours. Ils consistent en tristesse, hébétude, perte d'appétit, douleurs abdominales vagues, etc.

Période d'état. — La douleur est de cette période le phénomène le plus remarquable; elle est très intense, presque toujours extraordinairement pénible,

intolérable. Un rien la provoque, tout l'exaspère. C'est une sensation aiguë, pongitive. Son intensité redouble avec la toux; elle s'exaspère sous l'influence la plus légère. Les malades redoutent le poids même des draps, des couvertures, que l'on est obligé de soutenir avec un cerceau. Ils sont saisis d'une angoisse invincible à la moindre exploration médicale. Cette extrême douleur présente, même dans le repos le plus absolu, des exacerbations sous l'influence des contractions intestinales.

Le facies du patient est caractéristique. Il a la figure grippée, avec les joues amaigries; les pommettes sont saillantes, le nez pincé. Les yeux pleins de connaissance, souvent même jusqu'à la fin, sont cerclés de noir et excavés. Une souffrance atroce est peinte sur la figure. Dominé et vaincu par cette douleur qui tient tout le ventre, le malade reste sur le dos immobile, redoutant le moindre mouvement, avec les jambes fléchies. La respiration, réveillant la douleur, est incomplète, superficielle, et par cela même plus fréquente. Elle prend le type costal. La parole est pénible, la voix est presque éteinte, semblable à celle des cholériques.

En proie à une soif vive, le malade s'abstient de boissons, dans la crainte de déterminer des contractions intestinales; mais, malgré tous ses efforts, en dépit d'une immobilité qu'il tente de conserver par tous les moyens, et de sa résistance volontaire, un spasme se produit par moments et des vomissements arrivent. Le malade rejette, au prix des plus pénibles efforts, un flot de liquide verdâtre ou vert porracé, d'une amertume extrême. C'est là un phénomène précoce, abondant et persistant. Les vomissements porracés sont la règle.

Dans des cas exceptionnels, ils sont fécaloïdes sans qu'il y ait pour cela obstruction de l'intestin. Ces vomissements sont parfois tellement tenaces que tous les liquides avalés sont aussitôt rendus. Il n'est pas rare qu'un hoquet pénible les accompagne. C'est souvent un signe qui annonce une terminaison funeste.

La constipation est presque constante, mais succède quelquefois à une diarrhée plus ou moins abondante qui peut s'observer au début de l'affection. La diarrhée est assez fréquente dans la péritonite puerpérale. Souvent aussi, on peut observer de la dysurie et du ténesme vésical. Les malades rendent à peine quelques gouttes d'urine à chaque miction. Il peut même survenir une rétention d'urine complète, qu'on est obligé de combattre par le cathétérisme, l'urine est rare, fébrile, de couleur foncée, d'une densité forte, avec souvent des traces d'albumine.

Dès que la maladie est à son acmé, la langue se sèche, se rougit, se fendille. L'examen du malade fournit les résultats suivants: le ventre est tendu, ballonné, en quelques heures le ballonnement devient assez considérable pour que la surface de l'abdomen soit luisante et unie. Le diaphragme se trouve refoulé au point que les parties inférieures des poumons sont comprimées et la limite inférieure du cœur est déplacée au niveau de la 5^e côte.

La palpation est rendue presque impossible par la douleur atroce qu'elle provoque. D'ailleurs elle est le plus souvent muette, malgré l'opinion longtemps émise que l'on peut percevoir des frottements abdominaux. Lorsque l'on peut la pratiquer, on perçoit souvent, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, une tuméfaction, mate et tendue, qui indique le point de départ de la péritonite.

La percussion fournit quelques renseignements; presque toujours la sonorité est exagérée et due à un météorisme énorme; les intestins sont distendus par des gaz, grâce au relâchement paralytique de leurs parois et à l'altération de

leur contenu. On observe un ton tympanique éclatant, parfois métallique. Quelquefois, dans les fosses iliaques et l'hypogastre, on trouve de la matité, due au liquide épanché dans les parties déclives. Il est très rare que le liquide soit assez abondant pour produire la fluctuation; en tout cas, les anses intestinales agglutinées empêcheraient sa mobilité.

Le météorisme a une intensité excessive dans la péritonite puerpérale, par suite de l'affaiblissement des parois abdominales dû à la grossesse antérieure.

Les symptômes généraux sont graves et rapidement menaçants.

La fièvre est vive, continue ou rémittente. Le thermomètre monte de suite jusqu'à 40 degrés et plus. A la fin, la température peut monter à 41 ou 42 degrés.

Le pouls bat communément à 120, 150, 140 par minute. Il est petit, dur, serré, il devient rapidement filiforme.

La peau est sèche, chaude; à la période de collapsus elle devient humide et froide.

Si la péritonite survient au cours de la grossesse ou après l'accouchement, les mamelles se flétrissent, la sécrétion lactée se suspend; les lochies se suppriment ou diminuent d'abondance.

La marche de ces symptômes, leur degré, leur évolution dépendent de l'étendue et de l'acuité de la péritonite.

Lorsque la terminaison doit être fatale, tous les symptômes précités vont en augmentant. « Le météorisme devient excessif, la face se grippe davantage, le nez s'effile, le sillon naso-labial se creuse de plus en plus, les traits semblent s'amaigrir, la figure et les extrémités se cyanosent, se refroidissent et se couvrent d'une sueur visqueuse. En même temps le hoquet redouble, la respiration, devenue exclusivement costale, s'accélère encore, et le pouls, perdant son caractère de dureté et de résistance, est petit, filiforme, irrégulier et d'une fréquence telle qu'il est souvent impossible de le compter. Quelquefois, les vomissements se suppriment; d'autres fois, ils redoublent, mais ils se produisent alors sans effort, comme par régurgitation, et, chose étrange, au milieu de cette aggravation générale de tous les symptômes, la douleur s'atténue souvent; quelquefois elle cesse entièrement, et l'on peut presser l'abdomen avec force sans réveiller les souffrances. Quand la péritonite présente ce caractère, la mort est fatale et à bref délai. Elle est parfois précédée de mouvements convulsifs, de délire ou de coma; mais le plus souvent les malades conservent jusqu'au bout leur intelligence, ils « meurent en parlant » (Grisolle). La mort survient alors en 5 ou 4 jours. Plus habituellement la péritonite générale ne conduit à la mort qu'après 8 ou 10 jours de maladie. » (*Dict. de méd. et de chirur. pr.*)

La mort n'est pas la terminaison fatale, quoique la plus fréquente de la péritonite aiguë.

Il se peut faire que la maladie se limite, ou qu'elle passe à l'état chronique. Cette dernière terminaison est d'ailleurs exceptionnelle: quand l'issue de la maladie doit être favorable, les phénomènes s'amendent assez rapidement; les douleurs diminuent, le météorisme décroît, les vomissements s'arrêtent, la température baisse.

Quelquefois (8 fois sur 22 cas), surtout chez les enfants (Gauderon), la péritonite se termine par suppuration et le pus est évacué à travers la cicatrice ombilicale.

Les phénomènes cliniques qui caractérisent cette issue particulière de la maladie sont les suivants: c'est d'abord une période aiguë avec tous les sym-