

ptômes ordinaires des péritonites aiguës. Puis une période de rémission vient qui est suivie bientôt des phénomènes propres aux suppurations. Alors (8 à 20 jours après le début de la maladie), la fièvre reparaît accompagnée de frissons, de diarrhée, de vomissements et de douleurs.

Le ventre augmente de volume; de la matité apparaît; l'épanchement augmente peu à peu, la fluctuation devient manifeste; l'ombilic se distend, devient proéminent, rouge, douloureux à la pression; puis, après un temps plus ou moins long, il cède, se perforé et laisse couler du pus en abondance. Cette perforation se produit du 12^e au 55^e jour de la maladie. La quantité de liquide qui s'écoule est considérable, 1 à 5 litres. Le pus a une odeur variable, peut représenter tous les aspects possibles.

Avec cette perforation, la convalescence commence, la fièvre cesse avec les frissons et les vomissements: peu à peu le ventre reprend sa souplesse, l'appétit renaît. La guérison est la fin naturelle de cette complication.

La péritonite aiguë peut se transformer en péritonite chronique. Dans ce cas, l'exsudat disparaît en totalité ou en partie. Des enkystements se forment avec des brides inflammatoires. La symptomatologie prend un aspect assez caractéristique.

La sensibilité du ventre diminue en partie, et ne persiste plus qu'à l'état de tension, de plénitude. La pression profonde et les mouvements du corps peuvent encore réveiller de vives douleurs.

Des troubles digestifs se produisent: appétit capricieux ou nul, nausées fréquentes. Les fonctions de l'intestin deviennent irrégulières, une constipation opiniâtre alterne avec une diarrhée profuse. La miction est plus ou moins gênée; et, selon l'abondance plus ou moins considérable du liquide, l'aspect de l'abdomen varie. Ses parois sont souvent rugueuses et comme pigmentées.

Parfois le ventre a un développement considérable et l'on peut constater l'existence d'une grande quantité de liquide soit libre et mobile, ou plus souvent enkystée en totalité ou en partie.

D'autres fois le liquide se résorbe, le météorisme qui l'accompagne disparaît et l'on perçoit à la surface du ventre des inégalités, des bosselures qui sont les traces de l'enkystement, et que l'on peut reconnaître à l'existence de zones disséminées de matité et de sonorité.

Les symptômes généraux consistent en une fièvre irrégulière, avec exacerbations fréquentes le soir.

Généralement, le retour à la santé n'est jamais complet; le défaut ou l'insuffisance de l'alimentation, compliqués des vomissements, de diarrhée, et de la gêne inévitable que provoque l'épanchement, entraînent rapidement l'amaigrissement, l'anémie, la cachexie; et souvent les malades meurent dans le marasme.

Mais la péritonite peut encore guérir, et elle le fait généralement alors par évacuation de l'exsudat au dehors, à travers un ou plusieurs trajets fistuleux. C'est dans ce cas de péritonite chronique qu'il faut craindre l'étranglement interne résultant des adhérences multiples. En dehors de ces terminaisons possibles, la mort finit ordinairement la maladie.

2^e forme. — PÉRITONITE PUTRIDE due aux microbes de la putréfaction. Cette forme correspond aux groupes étiologiques suivants: 1^o péritonite par perforation intestinale à forme rapide; 2^o péritonite opératoire par lésions péritonéales traumatiques ou chimiques.

Ce qui domine ici, ce qui caractérise d'une façon très nette la péritonite putride, ce ne sont pas les phénomènes inflammatoires locaux, mais au contraire, le collapsus, la tendance à l'exagération des phénomènes généraux d'adynamie, lesquels sont probablement dus à une intoxication générale de l'économie par la résorption des liquides putrides.

Symptomatologie. — Le tableau clinique local de cette forme, à part quelques symptômes que nous mettrons en relief, est sensiblement le même que dans la péritonite septique. Les principaux symptômes péritonitiques se retrouvent ici: frisson, météorisme, vomissements, suppression des selles, altération de la physionomie, accélération extrême et petitesse du pouls, refroidissement des extrémités, sueur visqueuse et froide, etc.

Ce qui distingue cette forme de la précédente, c'est d'abord l'instantanéité du début. Au moment où elle se produit, et ordinairement au niveau du point où une perforation s'est faite, les malades ressentent tout à coup une douleur déchirante irradiant bientôt dans tout l'abdomen. Cette douleur est parfois si forte que l'individu peut tomber dans un état syncopal avec extrême faiblesse du pouls, pâleur et refroidissement des extrémités, comme dans le cas d'une hémorragie interne subite et abondante. Ce qui domine ensuite, c'est le collapsus au degré le plus élevé.

Lorsque la péritonite survient chez un sujet déjà malade, le début est moins franc, mais la période de collapsus est aussi intense et reste seule pour caractériser la maladie.

La fièvre, qui d'ordinaire est si vive dans le cours de la péritonite aiguë, est très modérée dans la péritonite putride; elle peut même être remplacée par de l'hypothermie, de l'algidité.

La douleur, si intense au début, se calme bientôt au point parfois de ne plus exister spontanément. La durée est infiniment plus courte que dans la forme précédente. Les malades meurent en moyenne après 2 à 4 jours, quelquefois après 24 heures seulement. Le pronostic est presque fatal.

Formes mixtes de la péritonite aiguë répondant aux groupes étiologiques suivants: 1^o péritonite puerpérale, forme lente permettant l'infection secondaire par les espèces putréfiantes de l'intestin; 2^o péritonite par perforation intestinale, forme lente permettant le développement ultérieur des espèces pyogènes.

Ces formes mixtes sont extrêmement nombreuses, et empruntent leurs principaux caractères aux variétés précédentes.

Fränkel a démontré que, au cours d'une péritonite produite par un microbe pyogène, et pendant la vie du malade, une migration des microbes intestinaux peut se faire au travers des parois entériques et infecter secondairement l'exsudat purulent dont ils amènent la putréfaction.

La péritonite ayant débuté franchement comme une péritonite septique peut se terminer comme une péritonite putride par collapsus et algidité. A l'autopsie, on rencontre un liquide purulent, mais fétide, dans lequel l'examen bactériologique permet de reconnaître un ou plusieurs micro-organismes pyogènes unis à des bacilles de la putréfaction.

Les phénomènes contraires peuvent se produire et il n'est pas rare d'observer, déversés ensemble dans le péritoine, des micro-organismes de la putréfaction et des microbes pyogènes. Dans ce cas, les premiers, se développant plus

vite, donnent naissance aux accidents d'intoxication; et, si l'organisme ne succombe pas dans cette première lutte, les accidents inflammatoires viennent compléter la scène morbide et à la péritonite putride vient se superposer une péritonite septique secondaire.

Péritonite blennorragique. — Généralement la péritonite blennorragique se présente sous la forme de pelvi-péritonite, qui ne se généralise que secondairement. M. Charrier en décrit deux formes, l'une suraiguë, fluxionnaire, à brusque apparition et aussi à guérison brusque, l'autre à marche plus insidieuse, unilatérale, avec des poussées correspondant aux époques (forme rémittente de Nöggerath).

Péritonite à pneumocoques. — Plusieurs points sont intéressants dans l'histoire de la péritonite pneumococcique; c'est d'abord la brusquerie de son début, qui se fait en pleine santé, c'est aussi l'apparition d'un vrai point de côté abdominal (Dieulafoy). Les vomissements sont fréquents; la diarrhée est la règle, le hoquet est rare. Bientôt le ventre se tuméfié et on peut y percevoir de la fluctuation. Brun insiste sur le dépliement et la rougeur de l'ombilic et dans moitié des cas l'ouverture se fait là par une vraie vomique péritonéale. La guérison peut se faire spontanément, mais il faut toujours craindre une infection pneumococcique généralisée; aussi devra-t-on opérer de bonne heure et alors la guérison sera la règle. Le pus dans cette forme de péritonite est crémeux, bien lié, vert, inodore, très fibrineux.

Diagnostic. — La *péritonite septique pure* peut être confondue avec les affections suivantes :

1° La *colique de plomb* : caractérisée, lorsqu'elle est très intense, par des douleurs, des vomissements porracés, l'altération des traits.

Les différences sont : le caractère tormineux de la douleur, la rétraction du ventre, le liséré gingival, l'effet de la pression, la connaissance des antécédents professionnels, l'évolution de la maladie, la marche de la température, etc.

2° Le *phlegmon sous-péritonéal* de la paroi abdominale. — Vaussy (1875), Gauderon (1876), Besnier (1878) donnent la description de cette lésion et son diagnostic avec la péritonite aiguë. Le diagnostic est d'ailleurs extrêmement difficile. Le tableau clinique est le même pendant le premier stade de l'évolution du phlegmon et de la péritonite. Quand il y a perforation de la paroi abdominale, le phlegmon s'ouvre en n'importe quel point de la paroi ou du pourtour de l'ombilic; la péritonite perfore la cicatrice ombilicale, qu'elle a préalablement refoulée et distendue sous forme de hernie purulente (Gauderon); après l'évacuation du pus, on constate, s'il s'agit d'un phlegmon, un relief circonscrivant la poche auparavant remplie par le pus; dans la péritonite il n'y a pas de relief; le ventre est plat, quand le pus est évacué.

3° La *pseudo-péritonite des hystériques*. — Le diagnostic se fera par le caractère névralgiforme des douleurs qui sillonnent l'abdomen sous forme d'éclairs douloureux; les caractères naturels du pouls, l'état normal de la température et surtout par les recherches des principaux stigmates de l'hystérie : anesthésies localisées, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes.

4° Les *coliques hépatiques et néphrétiques*. — Leur début est brusque, comme celui de la péritonite, et les douleurs violentes commencent avec des vomissements, des phénomènes réflexes variés, parfois des syncopes; mais elles évoluent

sans fièvre, sans changement du pouls, sans généralisation douloureuse à l'abdomen. La douleur qui les caractérise a un siège spécial, avec des irradiations définies, etc.

5° *L'étranglement interne.* — La péritonite putride peut être confondue avec l'étranglement qui est apyrétique au début; dans la péritonite, la fièvre est très élevée dès l'origine. La douleur abdominale vive, superficielle, lancinante, continue dans la péritonite, est plus profonde, tormineuse et paroxystique dans l'étranglement. Dans cette dernière affection, le météorisme est souvent partiel, et, si l'étranglement siège sur l'intestin grêle, l'aplatissement des flancs contraste avec la saillie de la région ombilicale; dans la péritonite, le météorisme est toujours général. La suppression des selles peut n'être pas absolue dans la péritonite; dans l'étranglement il n'y a même plus d'excrétions gazeuses.

Enfin, un signe très important, mais tardif, consiste dans l'apparition des vomissements fécaloïdes qui sont caractéristiques de l'étranglement. Malgré ces différences, on peut se trouver embarrassé. Henrôt, dans sa thèse sur les pseudo-étranglements, rapporte plusieurs observations de péritonite par perforation de la vésicule biliaire, qui sont des exemples de cette méprise. (*Dict. de méd. et de chir. pr.*)

6° *L'hémorragie interne.* — Celle-ci donne lieu à un état syncopal avec une prostration subite, un refroidissement périphérique avec sueur profuse, de la petitesse du pouls, un abaissement de la température. Mais l'hémorragie interne s'accompagne d'une décoloration des téguments et des muqueuses, et dans ce cas le facies n'est pas grippé.

7° *Le coma diabétique.* — La douleur débute brusquement en un point du ventre et devient excessivement vive; la face se grippe, il se produit de la dyspnée, le malade a les extrémités froides, il est en collapsus.

Le diagnostic est très difficile en dehors de l'examen des urines, ou de la constatation de l'odeur de l'acétone.

Traitement. — Le traitement de la péritonite est dans un très grand nombre de cas du domaine de la chirurgie. « Les péritonites par perforation étaient considérées, il n'y a pas longtemps, comme des accidents au-dessus des ressources de l'art. Voici qu'on se décide à examiner le siège du mal; on ouvre l'abdomen, on le nettoie, on reconnaît le siège de la perforation, on y place une suture, on fait le pansement, la toilette du péritoine, et, la cause du mal étant supprimée, on guérit le malade. — La laparotomie est applicable au traitement de la péritonite que provoquent les plaies perforantes de l'intestin, les épanchements septiques ou suppurés dans le péritoine. » (Bouchard, *Thérapeutique des maladies infectieuses.*) Voyons seulement le traitement médical.

Lorsque la péritonite commence, elle est bien souvent localisée et l'on doit se préoccuper d'en prévenir autant que possible la généralisation. Au fond (Bouchard), l'extension d'une péritonite consiste en une succession d'inoculations résultant des mouvements de l'intestin qui brassent les matières septiques épanchées entre les circonvolutions ou l'exsudat liquide sécrété par la séreuse et contenant les agents pathogènes. Ce sont les intestins qui transportent eux-mêmes les organismes septiques et les disséminent. On doit donc se proposer d'empêcher ce transport en immobilisant l'intestin, afin que la péritonite reste circonscrite.

Il faut supprimer toute cause capable de solliciter les mouvements intes-

tinaux exagérés. Les purgatifs doivent donc être interdits, car ils ont justement pour effet de généraliser la péritonite qu'ils prétendent enrayer.

Il est très difficile de faire prendre quelque alimentation. Les malades vomissent les aliments, et les secousses que le vomissement imprime au contenu de l'abdomen sont mauvaises.

Les boissons sont nécessaires dans une certaine mesure. On peut en donner en petite quantité. On peut faire prendre de l'eau glacée par cuillerées à bouche tous les 1/4 d'heure ou toutes les 1/2 heures.

Souvent on peut utiliser le rectum pour administrer la boisson en donnant 5 fois par jour un lavement de 150 grammes d'eau, additionnée d'opium; on fera absorber 450 grammes d'eau, ce qui est suffisant.

En outre, il faut chercher à immobiliser l'intestin. On administrera l'opium par la bouche, le rectum ou le tissu cellulaire sous-cutané.

On peut prescrire l'extrait en pilules à la dose de 10 à 20 centigrammes, des gouttes noires, le laudanum de Rousseau ou Sydenham.

Il convient de préférer les injections sous-cutanées de morphine à doses variables suivant les individus et indiquées par la tolérance, qui est très grande dans la péritonite; on peut injecter de 1 à 15 centigrammes de sel de morphine; l'adjonction d'un demi-milligramme à un milligramme d'atropine aura l'avantage d'empêcher les vomissements.

De plus on tentera d'agir directement sur la péritonite par l'application continue et prolongée, pendant plusieurs jours, de vessies de glace sur l'abdomen.

Enfin, si l'on peut être auprès du malade dès le début de la maladie, on essayera d'agir contre l'inflammation en prescrivant une application de 10 à 20 sangsues, suivant la constitution plus ou moins vigoureuse du malade.

CHAPITRE III

PÉRITONITES CHRONIQUES SIMPLES

On ne doit comprendre sous ce titre que les faits de péritonite chronique, sans rapport aucun avec la tuberculose. La péritonite chronique tuberculeuse doit faire l'objet d'un chapitre spécial.

Étiologie. — *Causes prédisposantes.* — La péritonite chronique étant par son essence presque toujours une affection secondaire, le cadre des causes prédisposantes est par cela même fort restreint. Elles se résument à quelques considérations sur l'âge et le sexe.

Tapret et Vierordt ont montré que le sexe féminin en était plus souvent affecté, et qu'aucun âge n'en était exempt. Il résulte cependant des statistiques que la maladie est plus fréquente avant 50 ans.

Causes déterminantes. — Les causes qui provoquent la péritonite chronique simple sont locales ou générales.

Locales. — La péritonite est engendrée par une lésion antérieure de l'un des organes de l'abdomen : ulcère simple de l'estomac; tumeurs abdominales,

tumeurs fibreuses, kystes et sarcomes de l'ovaire, kystes hydatiques du mésentère, kystes hydatiques suppurés du foie; pelvi-péritonite, salpingites et ovarites, hématoécèles; rétrécissement cicatriciel du rectum, certains cancers bien limités, surtout aux voies biliaires (*Dic. encyclopédique*).

Générales. — La péritonite fait alors partie du cortège symptomatique d'une maladie générale et donne, par les phénomènes qui lui sont propres, une physionomie nouvelle à l'affection génératrice. La péritonite chronique est surtout l'apanage de trois maladies:

a. Le mal de Bright. — *b. L'alcoolisme.* — *c. Les cardiopathies.*

a. La péritonite est assez fréquente au cours du mal de Bright (Bright, Christison, Rayer, Jaccoud, Lancereaux, Lecorché, Cornil et Ranvier). Sa pathogénie est d'ailleurs discutée et, par cela même, extrêmement obscure. D'aucuns la considèrent comme un phénomène urémique, d'autres comme due à une lésion du péritoine produite par un liquide particulièrement irritant. Quoi qu'il en soit, elle se présente presque toujours sous forme d'ascite, accompagnée de lésions péritonéales anciennes : fausses membranes, adhérences.

b. La péritonite alcoolique a été décrite pour la première fois par Lancereaux (1862 et 1865). Il la considérait comme primitive et tenant sous sa dépendance les lésions viscérales rencontrées avec elle et fréquentes aussi dans l'alcoolisme. Tapret pense de même et croit que lorsque l'on trouve, dans une autopsie, à la fois de la péritonite chronique et une cirrhose atrophique, la première a causé la seconde comme la pleurésie peut produire la sclérose du poumon; il cite des observations de péritonite chronique généralisée avec cirrhose consécutive. Il est vrai que d'autres auteurs ont observé des lésions de péritonite au cours de la cirrhose atrophique, et nous savons que les deux lésions s'associent dans la production de l'ascite. Or, comme l'ascite est le principal symptôme des deux affections (péritonite chronique et cirrhose atrophique), il convient de se demander si vraiment l'une des deux est primitive et sur quoi l'on se fonde pour l'affirmer. Il nous semble qu'on ne peut s'appuyer, pour admettre la péritonite chronique alcoolique, que sur les observations où on l'a trouvée seule.

Récemment ces péritonites ont fait l'objet d'un travail de Deguy (*Arch. gén. méd.*, juin 1898), pour qui les péritonites granuleuses associées à la cirrhose hépatique seraient d'origine tuberculeuse, tandis que les formes scléreuses ou fibrineuses pourraient ne relever que de l'artério-sclérose. Pour lui il faut distinguer deux cas : 1° la tuberculose péritonéale est un épiphénomène dans la cirrhose atrophique; 2° il y a évolution simultanée de tuberculose péritonéale et de cirrhose.

Dans la gastrite chronique (linitis plastique de Brinton), des observations (Letulle, Hanot et Gombault) ont démontré la subordination des lésions stomacales aux lésions péritonéales. Ceci établirait d'une façon plus nette l'existence de la péritonite chronique.

c. Dans les cardiopathies, l'ascite est fréquente et, lorsqu'elle ne dépend pas d'une cirrhose concomitante du foie, il est fréquent de la voir coïncider avec des lésions de péritonite chronique qui lui ont donné naissance.

D'après Delpeuch, qui a bien étudié ces variétés de péritonites chroniques, on pourrait peut-être admettre que la même cause préside à leur formation. Peut-être ces trois variétés de péritonite, albuminurique, alcoolique et cardiaque, peuvent-elles être envisagées comme la conséquence de l'artério-sclérose des