

Rigidité de l'abdomen dans la péritonite aiguë

On sait quelle importance on attribue, dans le diagnostic d'appendicite, à la raideur localisée des muscles de l'abdomen, laquelle raideur est généralement désignée sous le nom de défense musculaire. D'après M. Bishop, la rigidité de l'abdomen dans la péritonite aiguë permettrait aussi de faire d'une façon exacte le diagnostic de cette affection.

M. Bishop soutient notamment que la rigidité de l'abdomen est constante dans la péritonite aiguë et ne se rencontre pas en dehors de cette affection. D'autre part, cette rigidité a un caractère essentiellement objectif et ne saurait être confondu avec les infiltrations, les empâtements du ventre et certaines rigidités de la paroi abdominale de cause nerveuse (hystérie), si, toutefois, on le cherche méthodiquement. À cet effet, voici les règles que donne M. Bishop : le médecin doit d'abord s'asseoir au chevet du malade et bien réchauffer sa main avant d'en appliquer sur le ventre la surface palmaire, et non les extrémités digitales. Il faut qu'il procède d'une façon si délicate que le patient ne puisse se rendre compte du moment précis auquel il commence à ressentir le contact. Ce dernier une fois établi, la main reste pendant quelque temps immobile, maintenue par la contraction des muscles de l'avant-bras de façon à ne pas peser du tout sur la région à explorer : puis on la promène doucement, presque imperceptiblement, sur la peau. C'est de cette façon, et de cette façon seulement, qu'on peut s'assurer de la présence ou de l'absence du signe en question.

Grâce à ce procédé d'exploration, l'auteur a pu éliminer le diagnostic de péritonite aiguë dans nombre de cas où l'existence de

cette affection paraissait s'imposer à première vue ; en voici deux exemples concluants :

Chez un homme, deux semaines après une intervention opératoire pour invagination de l'S iliaque dans le rectum, on vit survenir un syndrome consistant en vomissement, douleurs vives dans l'abdomen et fièvre avec pouls et facies péritonitiques. Cependant M. Bishop, ayant pu s'assurer que le ventre était partout souple, rejeta l'hypothèse de péritonite et se contenta en conséquence de faire quelques piqûres de morphine et d'administrer des stimulants et des stomachiques ; le malade ne tarda pas à guérir.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme à laquelle on avait extirpé les deux trompes pour pyosalpingite : au cours de l'opération, une certaine quantité de pus s'étant répandue sur le champ opératoire on crut qu'il avait pénétré dans la cavité péritonéale dont on fit la toilette avec un soin particulier ; après quoi on sutura sans drainage. La malade fut bientôt prise de fièvre avec douleurs abdominales, mais l'abdomen ne présentant pas la rigidité caractéristique, on s'en tint d'abord à la simple expectation. Un mois plus tard, on constata tous les signes d'un abcès sous-diaphragmatique qui fut incisé et lavé. La guérison fut rapide. Ainsi donc, dans ce cas, il n'y avait pas non plus de péritonite, l'infection du champ opératoire ayant provoqué seulement une cellulite pré-péritonéale.

Il y a encore un autre signe qui permet d'établir le diagnostic de la péritonite : c'est la différence entre la température axillaire de la température rectale. Tel est, du moins, d'après M. Schule, le cas dans l'appendicite suppurée (*Munchen. med. Wochenschr.*, 1900 no. 18).

Avant de relater son observation, l'auteur communique les recherches qu'il a faites sur