

lochies qui attirent l'attention sur l'infection génitale. — Pour la seconde, considérez les antécédents, le siège de la douleur, la défense musculaire locale; les deux types à bien connaître sont l'ulcère perforant de l'estomac et la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde. — Le point de Mac Burney, la résistance musculaire à la palpation de la fosse iliaque droite, l'hyperesthésie cutanée superficielle de cette région doivent incliner le diagnostic vers la péritonite péri-appendiculaire. — La péritonite pneumococcique s'observe surtout chez l'enfant, présente une accalmie caractéristique du quatrième au huitième jour, aboutit à la formation d'une poche purulente enkystée dans les régions hypogastrique ou iliaque, et se fistulise souvent à l'ombilic.

Quant au diagnostic différentiel des péritonites partielles, il se fonde : 1° sur la préexistence d'une affection viscérale qui a été le point de départ de l'infection péritonéale circonscrite périhépatique, périplénique, périgastrique; 2° sur la douleur localisée et la contraction musculaire de défense, avant la formation d'un foyer purulent collecté; 3° quand cette collection est faite, sur la tuméfaction, la matité et les signes de suppuration (frissons et fièvre, fluctuation plus rarement). — Deux types cliniques sont d'ailleurs tellement prépondérants qu'ils méritent d'être étudiés en leur place : c'est la péritonite péri-appendiculaire et la pelvi-péritonite d'origine utéro-annexielle. — Une localisation intéressante est offerte par les *abcès sous-phréniques* (phréno-péritonite), qui succèdent ordinairement à des lésions de l'estomac ou du foie, et siègent le plus souvent à droite, limités en haut par le diaphragme, en bas par la face supérieure du foie : il faut s'attacher à les distinguer (et la confusion est fréquente) des kystes hydatiques suppurés, des abcès du foie, de certains abcès périnéphrétiques.

Traitement. — En face d'une septicémie péritonéale post-opératoire, il faut sans retard, relever le cœur et la tension sanguine par des injections intraveineuses de sérum artificiel, par la caféine ou la spartéine. — La doctrine du *purgatif précoce*, dès le deuxième ou le troisième jour après la laparotomie, a prévalu, grâce aux Américains, sur l'ancienne habitude de l'opium :

s'il existe des vomissements, le purgatif est rejeté : il faut recourir à de grands lavements purgatifs portés haut dans l'intestin, avec une longue sonde. — La morphine à petites doses d'un demi-centigramme, renouvelées toutes les quatre ou cinq heures, nous a paru avantageuse pour calmer les vomissements et épargner les forces nerveuses. — S'abstenir de boisson, malgré la soif intense : quelques glaçons pour humecter la bouche. — En présence de symptômes progressifs, réouvrir et drainer le Douglas, sans lavage : c'est un secours précaire, mais il nous a donné un beau succès dans une cas désespéré. — Dans la péritonite aiguë, glace sur le ventre; sérum dans les veines ou sous la peau; caféine et huile camphrée pour soutenir le cœur; diète de boisson; opium, seulement si une lésion perforante est le point de départ de l'infection et s'il faut immobiliser l'intestin pour parer à l'inoculation progressive de toute la séreuse; mais alors, en vérité, mieux vaut laparotomiser précocement pour clore la perforation si c'est possible. — Dans les péritonites à enkystement grand ou petit, inciser la collection, dès que sa formation est probable, et drainer aux points déclives; supprimer la lésion causale, si elle est accessible (par exemple, appendicite, annexite, cholécystite calculuse).

ARTICLE II

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Histoire et doctrines. — En 1862, SPENCER WELLS, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, pratiqua la laparotomie chez une jeune fille de vingt-quatre ans, trouva une ascite enkystée et un péritoine couvert de granulations tuberculeuses, referma le ventre et assista à une guérison inespérée qui se maintenait vingt-sept ans après. En 1884, KÖNIG, dans un premier mémoire, publia trois observations de péritonite tuberculeuse traitée et guérie par l'ouverture de l'abdomen et recommanda ce procédé, comme traitement de choix.

C'est par cette erreur célèbre de SPENCER WELLS et par ce mémoire fondamental de KÖNIG que la péritonite tuberculeuse est entrée dans le domaine chirurgical : elle y a trouvé promptement de si fréquentes et si fructueuses interventions que, six ans après son premier travail, KÖNIG pouvait produire devant le Congrès de Berlin en 1890, 131 observations de péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie, insister à nouveau sur les favorables résultats de cette intervention, en esquisser les indications, et en tracer le manuel opératoire. — Depuis lors, pour demeurer sur le terrain chirurgical, il faut citer : la thèse documentée et claire de MAURANGE ; celle de PIC qui apporte 67 observations inédites ; celle d'ALDIBERT qui étudie, spécialement chez l'enfant, les résultats de la laparotomie en les rapportant aux divers types anatomiques.

Voici maintenant les dates et noms qui résument la question au point de vue de la médecine générale. Dès le commencement du XIX^e siècle, LOUIS a le mérite de formuler les trois points fondamentaux que les travaux contemporains ont confirmés : il établit que la péritonite chronique est propre aux phtisiques ; il avance que ses lésions sont l'effet d'une cause générale ; et il formule la loi de coexistence fréquente de ces lésions sur le péritoine et sur les plèvres. — Le premier point, à savoir l'individualité de la péritonite tuberculeuse, dégagée du groupe obscur des péritonites chroniques, a été développé par les travaux cliniques de GRISOLLE et de GUÉNEAU DE MUSSY, plus tard retouchés par GRANCHER et MARFAN. La nature de cette cause générale, dont la péritonite n'est qu'une localisation, a été éclairée par les travaux de VILLEMEN et de CORNIL, et par la découverte de bacille pathogène de Koch. Enfin, les rapports qui existent entre la tuberculose de la plèvre et celle du péritoine, rapports que BICHAT avait pressentis et que LOUIS avait affirmés, ont été précisés par GODELIER, par FERNET et BOULLAND.

Étiologie et pathogénie. — Un fait est important, que GRISOLLE a mis en relief : la péritonite tuberculeuse frappe ordinairement des sujets bien portants en apparence, à poumons d'abord intacts et ne présentant que secondairement des lésions pleuro-pulmonaires. Ce fait a paru assez constant pour que

quelques-uns l'érigent en loi : loi de GRISOLLE. C'est, croyons-nous, en exagérer la fréquence clinique. Il n'en est pas moins vrai que, dans un grand nombre de cas, la tuberculose péritonéale demeure, pendant un temps plus ou moins prolongé, une manifestation unique et isolée de l'infection bacillaire, ou que, du moins, elle est la lésion de beaucoup prépondérante : c'est, au point de vue de l'étiologie, comme au point de vue du pronostic, une vraie tuberculose locale : et c'est alors qu'elle relève de la chirurgie.

Étudions donc comment se fait cette infection locale du péritoine. Le bacille de Koch peut arriver à la séreuse abdominale par l'un de ces trois procédés : 1^o la propagation directe et l'envahissement par continuité de tissus ; 2^o la pénétration par la voie lymphatique ; 3^o l'infection par la voie sanguine.

L'envahissement de proche en proche par continuité est un mode probable d'infection dans les deux cas suivants : 1^o pelvi-péritonite tuberculeuse de la femme, par inoculation, sur le péritoine pelvien, de bacilles venus des trompes, origine que BROUARDEL et BOUILLY ont bien précisée ; 2^o invasion de la séreuse viscérale par des bacilles introduits dans le tube digestif avec le lait ou la viande d'animaux tuberculeux, ou bien déglutis avec les crachats, comme cela s'observe chez les phtisiques, ayant déterminé une entérite tuberculeuse et, par propagation, une péritonite. Mais cette seconde éventualité est très contestée : outre que la récente communication de KOCH met en question l'inoculabilité à l'homme des tuberculoses animales, les statistiques établissent que, dans un grand nombre de cas, l'entérite tuberculeuse est absente ou n'apparaît que secondairement, après la péritonite.

À cette hypothèse de la propagation, par continuité, par entéro-péritonite, on tend, en conséquence, à préférer celle d'une propagation *discontinue* ou du moins *distante par la voie lymphatique* : plusieurs observations ont suivi, depuis le follicule intestinal jusqu'aux ganglions mésentériques, les vaisseaux lymphatiques dilatés, présentant par places une trainée de matière caséuse ; la péritonite résulte donc alors d'une lymphoadénite bacillaire. — C'est par l'intermédiaire des lympho-

tiques du diaphragme que la tuberculose du péritoine s'étend à la plèvre : CORNIL et RANVIER ont noté la présence du bacille de Koch dans ces vaisseaux de jonction ; et LÉVI-SIRUGUE a signalé l'existence de trainées caséuses dans les espaces fasciculaires du diaphragme.

Mais, cette propagation par les vaisseaux blancs n'est pas la seule. L'infection *par la voie sanguine* intervient dans de nombreux cas : il y a « bacillémie » préalable : puis, le bacille se fixe primitivement sur le péritoine, comme il se localise ailleurs sur la plèvre, sur les méninges, sur une synoviale articulaire. Ce mécanisme est indéniable dans les granules aiguës, avec semis diffus de granulations sur la séreuse ; il intervient encore dans maintes formes pleuro-péritonéales et même dans certaines tuberculoses péritonéales isolées.

Anatomie pathologique. — Les lésions réactionnelles du péritoine et du tissu sous-séreux, sous l'action du bacille de Koch et de ses toxines, ne diffèrent point de celles des autres séreuses, telles, par exemple, que la plèvre ou une synoviale articulaire.

Les effets en sont variables, selon la quantité des bacilles, selon leur virulence, et l'action caustique de leurs toxines. — Le tubercule peut y évoluer sous ces trois types essentiels : 1° rester à l'état de granulation grise, en déterminant la transsudation d'une sérosité, analogue à la pleurésie séreuse et à l'*hydroph tuberculosus* des articulations, ou la production d'un exsudat séro-fibrineux ; 2° subir le ramollissement caséux et la fonte ulcéreuse ; 3° ou bien, au contraire, évoluer vers la sclérose de guérison, ce qui se traduit par la transformation conjonctive des exsudats fibrineux, et, comme conséquence, par la production d'adhérences fibreuses interviscérales et viscéro-pariétales, tantôt sèches, tantôt coexistant avec une ascite enkystée.

De là, au point de vue chirurgical, ces trois types anatomiques principaux : 1° les *formes ascitiques*, aiguës et chroniques ; 2° la *forme ulcéro-caséuse* ; 3° la *forme fibro-adhésive*.

1° FORMES ASCITIQUES. — Les chirurgiens, plus catégoriquement que les médecins, mettent à part ces formes ascitiques

de l'affection : ce sont celles où l'indication d'intervention est la plus nette, celles où les résultats sont les plus favorables.

Mais, il faut distinguer selon l'acuité et la généralisation de l'infection bacillaire, diverses espèces qui ne relèvent point toutes de la chirurgie. — La forme *miliaire granulique aiguë*, où la péritonite n'est qu'une des localisations de l'infection bacillaire, appartient à la médecine. Seule, la *forme miliaire subaiguë pleuro-péritonéale*, si bien étudiée par FERNET et BOULLAND, qui répond à une granulie atténuée dans sa virulence, intéresse le chirurgien et lui a donné des succès.

Les types d'ascite tuberculeuse, chirurgicalement curables, sont représentés par les *formes chroniques*, généralisées ou enkystées. A l'ouverture du ventre, on trouve une quantité variable de liquide citrin, séreux ou séro-fibrineux ; les feuillets viscéral et pariétal de la séreuse sont semés de granulations et, par places, recouverts d'un exsudat fibrineux ; l'épiploon présente parfois de petites taches opaques tuberculeuses. Le liquide est, ou bien libre dans la cavité péritonéale, ou bien circonscrit en poche par des adhérences.

2° FORMES ULCÉRO-CASÉEUSES. — Elles sont *généralisées* ou *partielles*. — Dans les *formes généralisées*, la séreuse, vascularisée et épaissie, présente des adhérences interviscérales et viscéro-pariétales, formées de fausses membranes rougeâtres ou jaunâtres, semées de granulations, criblées de points blancs opaques qui répondent à de menus abcès ou à des masses caséuses, et cloisonnant des poches emplies d'un liquide séreux ou séropurulent. — Le grand épiploon très épaissi, se ramasse en un bourrelet infiltré de granulations ou de points caséux, rétracté vers le colon transverse ou collé à la paroi. Des anses sont agglutinées en paquets par des néo-membranes friables, fibrino-caséuses ; elles sont souvent entamées par le processus de ramollissement et d'ulcération ; de là, leur perforation spontanée et les abcès stercoraux qui en peuvent résulter ; de là, aussi, leur déchirure possible pendant l'intervention, si l'on veut dissocier le paquet intestinal aggloméré.

Dans les formes enkystées, ce sont les mêmes lésions, mais elles sont circonscrites. En voici les types les plus nets : la

pelvi-péritonite caséuse, issue de lésions tuberculeuses de l'appareil génital de la femme ; la *pérityphlite tuberculeuse*, où l'on trouve le cæcum, l'appendice et les ganglions rétrocœaux infiltrés, englobés dans des fausses membranes qui enkystent la masse et limitent des loges caséo-purulentes ; la *perihépatite caséuse*, ordinairement consécutive à une tuberculose du foie.

3^o FORMES FIBRO-ADHÉSIVES. — La *forme fibreuse a*, ordinairement, au début, une période ascitique ; puis, dans une seconde phase, cette ascite se résorbe et les feuillettes de la séreuse ne montrent que des tubercules miliaires. — C'est la *forme fibreuse ascitique* qui, dans sa phase hydropique, constitue l'*ascite chronique* plus haut étudiée, type d'élection pour le succès de la laparotomie ; elle répond à des espèces cliniques diversement dénommées : *ascite des jeunes filles* (CRUVEILHIER) ; *ascite tuberculeuse curable de la grande enfance* (MARFAN) ; *péritonite chronique d'emblée des adultes* (MAURANGE).

Une autre forme, *fibreuse sèche*, c'est-à-dire sans phase ascitique, est caractérisée par la transformation fibreuse des nodules tuberculeux, par l'épaississement scléreux des néo-membranes et du tissu de la séreuse. Ces formations conjonctives se substituent au tubercule, et partant, sont un facteur de guérison. — Mais ce processus fibro-plastique peut aller au delà du degré utile et devenir dangereux par les rétractions et compressions qui en résultent. Les paquets d'anses grêles, *englobés dans les néo-membranes fibreuses*, sont enserrés parfois et immobilisés, au point de devenir, par compression ou par arrêt des contractions péristaltiques, imperméables à la circulation des matières intestinales ; ailleurs, c'est une *bride rétractile* qui étrangle l'intestin, ou bien une *coudure brusque* de l'anse qui détermine son occlusion. Les épaississements conjonctifs sont surtout marqués sur le grand épiploon, sur le mésentère qui, rétracté vers le rachis, entraîne avec lui le gâteau d'anses grêles. Le foie, les voies biliaires, la rate participent à cette « *périspécrite* » scléreuse, véritable cirrhose périphérique qui trouble leur fonctionnement.

Symptomatologie et diagnostic. — 1^o FORME ASCITIQUE. — Prenons les cas qui se présentent au chirurgien, et non les

formes miliaires aiguës et généralisées qui sont du ressort de la médecine. Le type ordinaire, c'est l'ascite chronique : vous vous trouvez en présence d'un sujet qui maigrit, perd ses forces, souffre de troubles digestifs, avec des alternatives de diarrhée et de constipation, et présente des élévations de température parfois très peu marquées, quelquefois prenant l'allure intermittente ou rémittente, d'une telle irrégularité qu'il ne faut point se contenter de relever la température du matin et du soir et qu'il convient de multiplier les explorations thermométriques pour dépister ces mouvements fébriles.

Le volume du ventre est augmenté : le malade éprouve, surtout après les repas, le besoin de desserrer ses vêtements. A la palpation, vous trouvez une ascite, à fluctuation moins nette que celle de l'hydropisie cirrhotique : le flot, en effet, est affaibli et brisé par les adhérences et les masses indurées qui s'interposent entre les deux mains. Au lieu de rechercher le flot d'un côté à l'autre, le malade étant dans le décubitus dorsal, explorez-le d'avant en arrière, sur le sujet assis : c'est le flot *lombo-abdominal* de Bard. Dans les formes récentes, aux confins de l'ascite, ou dans les formes à très faible épanchement, vous pourrez percevoir sous la main le *frémissement neigeux ou amidonné* de Guéneau de Mussy : ce sont des frottements péritonéaux, par dépoli de la séreuse et jeunes adhérences.

Il est rare que le liquide soit absolument libre dans la cavité : il tend à se cloisonner ; parfois il s'enkyste en une poche bien circonscrite. — Aussi, il ne se déplace pas vers les zones déclives autant que l'épanchement hydropique. Dans le cas d'une hydropisie, en effet, délimitez par la percussion et tracez la zone mate : elle correspond aux points déclives, c'est-à-dire qu'elle occupe les bas flancs et la partie basse de l'hypogastre, formant un croissant à concavité regardant en haut, qui encadre la zone sonore péri et sus-ombilicale, où viennent surnager les anses. Faites incliner le sujet à droite ou à gauche : du côté de l'inclinaison, la bande mate s'élargit et monte, tandis que du côté relevé la région sonore s'agrandit. — Dans l'ascite tuberculeuse, l'épanouissement des bas flancs est moins étalé que dans l'hydropisie cirrhotique : l'abdomen proémine davantage

en avant ; c'est le « ventre en obusier », par opposition au « ventre de batracien » aux flancs élargis des cirrhotiques. Les deux cornes du croissant mat ne sont pas de largeur égale et symétrique. De plus, les modifications des zones de matité et de sonorité sont généralement moins nettes ; et c'est un signe différentiel qui, joint à l'absence de la circulation collatérale, au volume normal du foie, permet le diagnostic d'avec l'hydropisie par cirrhose hépatique.

Il y a des cas où le cloisonnement a déterminé la formation d'une poche antérieure : la zone de matité est alors centrale, dans la région péri-ombilicale et épigastrique. C'est, dans ces formes, que la confusion avec un kyste de l'ovaire est possible : mais ces ascites enkystées ne donnent jamais la sensation d'une poche à paroi propre : leur contenu liquide paraît plus superficiellement senti par les doigts ; le contour n'a pas la régularité, la netteté de limite du contour kystique ; la pseudo-tumeur formée par le paquet d'anses adhérentes et le liquide enkysté n'a pas l'indépendance d'un vrai kyste, formation pédiculée ; elle n'offre pas la mobilité de déplacement que les mouvements de latéralité peuvent imprimer à un kyste. Ce sont là des caractères différentiels à considérer, de même que l'état général des sujets, les poussées fébriles, les symptômes de tuberculose pleuro-pulmonaire ; mais les meilleurs cliniciens s'y sont trompés.

La pleurésie coïncide souvent avec la lésion péritonéale. Il est une forme où cette coexistence est la règle : c'est la *tuberculose miliaire pleuro-péritonéale*, de FERNET et BOULLAND, dont le début est marqué par des vomissements bilieux, une fièvre élevée et irrégulière, la fréquence du pouls, des sueurs abondantes, la dyspnée, un météorisme douloureux du ventre. Aiguë, cette forme tue en quelques semaines ; subaiguë, elle dure quelques mois et peut même passer à l'état chronique, aboutir à la forme fibro-caséuse ou à l'ascite. — Dans la *forme ascitique chronique*, les lésions pleurales n'ont pas une importance égale ni une évolution parallèle aux lésions péritonéales : elles se bornent souvent à la submatité d'une base, à la diminution de l'ampliation et de la perméabilité pulmonaire à ce niveau, à quelques frottements. Mais, peu ou prou, la plèvre est prise ;

et la loi de GODELIER se trouve ordinairement vérifiée en clinique : quand il y a de la tuberculose péritonéale, il y a toujours tuberculisation de l'une des deux plèvres.

2° FORME FIBRO-CASÉUSE. — L'évolution de cette forme se fait ordinairement par poussées successives, que marquent une élévation thermométrique variable et oscillant entre 38° et 40°, quelques frissons, une tachycardie qui nous a toujours frappé, des sueurs profuses, quelques vomissements alimentaires, des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, de l'endolorissement du ventre. Sous l'influence des poussées, le sujet maigrit, perd ses forces ; et l'on n'en trouve pas la raison dans l'état pulmonaire.

Explorez le ventre : vous le verrez légèrement proéminent, gonflement qui est dû plutôt au météorisme des anses qu'à la saillie de collections enkystées. — A la percussion, vous trouverez un mélange irrégulier de zones mates, submates, et sonores. — A la palpation, pas de flot net ; mais perception d'empatement, de gâteaux répondant aux paquets d'anses incluses dans les fausses membranes, d'épaississements péritonéaux ou épiploïques. — La persistance de la fièvre, l'abondance des sueurs, les frissonnements irréguliers, la dénutrition progressive, indiquent l'évolution vers le ramollissement caséux et la fonte ulcéreuse : c'est alors qu'on peut voir, surtout chez les jeunes sujets, une collection séro-purulente s'ouvrir à l'ombilic (phlegmon péri-ombilical de VALLIN) ; ou bien la perforation se faire dans la vessie ou entre des anses intestinales tangentés (phlegmons stercoraux ordinairement mortels). — Au contraire, la disparition de la fièvre, le relèvement des forces et de l'appétit, l'arrêt de la diarrhée et des sueurs, l'extension des zones sonores annoncent l'évolution vers la transformation fibreuse, vers la sclérose de guérison.

3° FORME FIBRO-ADHÉSIVE. — Elle a ordinairement un début ascitique. En quelques semaines, l'épanchement séreux se résorbe : la fluctuation perd sa netteté ; la surface sonore s'accroît ; la consistance du ventre devient plus ferme. Au palper, on trouve de petites masses dures, répondant à des gâteaux péritonéaux ou à des nodosités épiploïques en voie de

diminution progressive. Cette forme est d'évolution favorable, mais il faut faire des réserves sur deux complications possibles : l'occlusion intestinale qui peut être produite par agglutination des anses, coudure ou bride rétractile ; les troubles digestifs et de nutrition résultant de la « périviscérite » scléreuse qui diminue la valeur fonctionnelle du foie, de l'intestin, de la rate, des reins.

Traitement. — Le traitement médical (aération, alimentation, iodures à dose faible et continue) a une action réelle. Nous avons obtenu deux bons résultats, dans des cas qui avaient été jugés dignes d'une laparotomie refusée par les malades, par l'emploi quotidien d'un suppositoire contenant 15 centigrammes de naphthol camphré. — Mais le traitement de choix, c'est la laparotomie ; elle est surtout efficace dans les formes *ascitiques chroniques* ; elle donne quelques succès dans les formes *fibro-caséuses* ; elle n'est indiquée dans les formes *fibreuses* que par des accidents d'occlusion ou de compression ; elle est à peu près impuissante dans les formes *miliaires aiguës* : elle est contre-indiquée par des lésions pulmonaires avancées. — Comment la simple ouverture du ventre agit-elle pour guérir ? Cette influence n'est point encore précisée ; il est probable que l'irritation directe du péritoine par l'air, par la lumière et l'assèchement, stimule la phagocytose, accroît les sécrétions bactéricides et favorise le processus fibro-adhésif qui est la condition anatomique de la guérison.

CHAPITRE VI APPENDICITE

ARTICLE PREMIER

APPENDICITE AIGUE

Définition. — Dans la fosse iliaque droite, prennent naissance des lésions et des symptômes de gravité variable, qui ont pour point de départ l'infection de l'appendice iléo-cæcal.

L'appendicite est définie cliniquement par l'ensemble de ces troubles morbides, qui se classent en trois ordres : 1° des *symptômes douloureux* ; 2° des *phénomènes inflammatoires* plus ou moins localisés ; 3° des *symptômes subjectifs et généraux*.

Les *symptômes douloureux* sont constitués par une triade : 1° une douleur localisée en un point qui répond au milieu de la ligne joignant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic (point de MAC BURNEY) ; 2° une contraction de défense de la paroi qui se tend et s'indure lorsqu'on la palpe ; 3° une hyperesthésie cutanée superficielle de la région (signe de DIEU-LAFOY).

Les *phénomènes inflammatoires* sont plus ou moins circonscrits à la fosse iliaque : ils traduisent l'infection et la réaction péritonéales, provoquées par les lésions appendiculaires ; et leur diffusion, comme leur gravité, se subordonne à ces lésions mêmes (qui peuvent être simplement inflammatoires, ou perforantes, ou gangréneuses) et à leur degré de septicité.

Les *symptômes subjectifs* sont de deux sortes : les uns portent sur les fonctions du tube digestif (vomissements qui sont dus à l'inflammation péritonéale, constipation qui peut aller jusqu'à l'occlusion et qu'il faut rattacher à la paralysie de l'intestin) ;