

ment à ce que la résorption de l'opium par l'intestin est ralentie. La substitution des piqûres de morphine à l'opium n'est recommandable que s'il faut atteindre un effet narcotique prompt ou que les vomissements persistent malgré l'administration de l'opium.

Parfois quelques symptômes particuliers réclament une médication spéciale. Contre les *vomissements* on donnera, outre l'opium, des fragments de glace, des glaces aux fruits en petite quantité, etc. Quand le *météorisme* est excessif, on cherchera à dégager une partie des gaz au moyen d'une sonde intestinale introduite aussi haut que possible. Beaucoup de médecins ont pratiqué la ponction des intestins météorisés à l'aide d'un trocart fin. Les *phénomènes de collapsus* et la *faiblesse du cœur* réclament l'administration des excitants (champagne, vin, éther, camphre, ces deux derniers par la voie sous-dermique). *L'alimentation des malades* est d'ordinaire très difficile. On prescrira le plus avantageusement de petites portions de lait glacé.

Le traitement de la *péritonite circonscrite* se base en général sur les mêmes règles. Dans des cas appropriés le *traitement opératoire* de la maladie peut avoir une très grande valeur, sa description détaillée est du domaine de la chirurgie.

CHAPITRE DEUXIÈME.

PÉRITONITE CHRONIQUE ET PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

Étiologie. La *péritonite chronique, non tuberculeuse*, est une affection assez insolite. On la rencontre le plus souvent à l'autopsie de malades qui ont souffert pendant longtemps d'ascite par stase, de même que chez les personnes atteintes d'affections chroniques du cœur, de maladies du foie, etc. Cependant la péritonite chronique, dans ces circonstances, n'est pas un résultat de la stase en elle-même, mais le plus souvent, comme il a été dit, elle doit être mise sur le compte des *ponctions* faites du vivant du malade pour évacuer le liquide ascitique. Dans des cas rares, la péritonite chronique vient compliquer les *affections graves de l'intestin (processus ulcéreux)*. C'est ainsi, par exemple, qu'on l'a observée à la suite du typhus abdominal.

En outre, la péritonite chronique peut se développer à titre de conséquence de la *péritonite aiguë*. Une terminaison de cette nature est exceptionnelle, à la vérité, mais elle se rencontre parfois dans les formes légères de la péritonite aiguë, qui ne conduisent pas rapidement à la mort. Les exsudats péritonéaux enkystés prennent généralement, comme il résulte de ce qui précède, une marche chronique.

Enfin il y a un petit nombre de péritonites chroniques auxquelles on ne sait assigner de raison étiologique suffisante. Parfois le *traumatisme* est renseigné parmi les causes. D'après quelques-uns l'alcoolisme créerait une prédisposition particulière à la péritonite chronique. Un grand nombre de péritonites à allures idiopathiques se révèlent à la fin comme étant des affections tuberculeuses.

La *péritonite tuberculeuse* est la forme la plus ordinaire de la péritonite chronique. Souvent elle constitue une partie intégrante de la synthèse morbide que nous avons qualifiée à différentes reprises de *tuberculose des membranes séreuses* (v. p. 390 et 490). Le plus fréquemment, dans ces cas, elle doit son origine à la propagation à travers le diaphragme du processus tuberculeux émané de la plèvre. Un autre mode de production de la péritonite tuberculeuse réside dans l'infection du péritoine de la part d'organes voisins atteints de tuberculose. Habituellement ce processus a son point de départ dans les *ulcères tuberculeux de l'intestin* qui s'étendent en profondeur jusqu'au péritoine, ou dans les *ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux et mésentériques* infiltrés de tubercules. Chez la femme, le développement de la péritonite tuberculeuse, née de la *tuberculose des organes génitaux*, présente de l'intérêt. La tuberculose de l'utérus se complique souvent de celle des trompes qui est due à la propagation directe du processus; des trompes le virus tuberculeux passe immédiatement dans la cavité du ventre où il engendre une inflammation tuberculeuse. Enfin, disons encore que dans la tuberculose miliaire généralisée, le péritoine peut aussi être le siège d'une multitude de noyaux tuberculeux qui n'ont, en règle générale, aucune signification clinique particulière.

Anatomie pathologique. Dans les cas graves de péritonite chronique, on trouve d'ordinaire le péritoine notablement épaissi. Des adhérences nombreuses et très étendues relient les anses intestinales entre elles et avec les organes avoisinants. Souvent on éprouve beaucoup de difficulté à dégager les unes des autres les circonvolutions intestinales conglomérées. Le foie et la rate sont parfois entourés d'une coque résistante et ferme. L'épiploon et le mésentère présentent des endroits fortement rétractés (*péritonite déformante*). L'épiploon peut de cette façon être entièrement converti en une grosse corde. On ne trouve d'ordinaire qu'une petite quantité d'exsudat liquide, parfois il n'y en a pas du tout. Cet exsudat qui dans la péritonite chronique commune consiste d'ordinaire en une sérosité trouble, est beaucoup plus rarement *de nature purulente*.

Comme il a été dit, on observe généralement les formes légères de la péritonite chronique] commune après les ascites par stase qui ont été plusieurs fois ponctionnées. Les endroits où la paracentèse a eu lieu se recon-

naissent souvent à des adhérences ou à de petites extravasations sanguines qui marquent la face interne de la paroi abdominale. Les pseudo-membranes qui s'y sont formées sont parfois très nombreuses, mais d'ordinaire lâches et faciles à déchirer. Le fluide séreux de la cavité abdominale est en partie du transsudat dans lequel cependant nagent une grande quantité de flocons fibrineux. Dans des cas exceptionnels on a observé une forme particulière de péritonite chronique consécutive aux ponctions ascitiques et où le péritoine presque tout entier était revêtu d'une membrane de nouvelle formation, parsemée d'épanchements sanguins considérables (*péritonite hémorragique chronique avec formation d'hématomes*, FRIEDREICH).

On distingue communément deux formes d'affection tuberculeuse du péritoine : la *tuberculose du péritoine* (aiguë et chronique) et la *péritonite tuberculeuse* (le plus souvent chronique). Dans la première forme, le péritoine est criblé d'une foule de granulations miliaires de petite dimension ou de noyaux tuberculeux plus gros (jusqu'au volume d'un pois) sans accompagnement d'altérations *inflammatoires* notables. Dans la péritonite véritablement tuberculeuse, au contraire, les altérations inflammatoires du péritoine présentent d'ordinaire, d'une manière prononcée, les caractères que nous avons décrits plus haut et il n'y a que l'examen au microscope qui établisse la nature tuberculeuse de l'inflammation, en démontrant l'existence, dans les produits inflammatoires, de tubercules et de foyers caséeux. La péritonite tuberculeuse suit le plus souvent une marche assez chronique, de manière à faire adhérer les viscères abdominaux entre eux à l'aide de tractus fibreux multiples. La quantité de l'exsudat est tantôt assez abondante, et tantôt très minime. Comme dans la pleurésie tuberculeuse, l'épanchement de la péritonite tuberculeuse est quelquefois aussi de *nature hémorragique*. Mentionnons encore la combinaison assez fréquemment observée de la péritonite tuberculeuse avec la *cirrhose du foie* (v. plus loin).

Symptômes et marche de la maladie. Diagnostic. Si la péritonite chronique fait suite à l'état aigu, les symptômes graves de celui-ci s'atténuent peu à peu, tandis qu'une série de symptômes persiste. Dans les autres formes de péritonite chronique, la maladie se développe d'emblée, avec des allures lentes et insidieuses.

La *sensibilité du ventre* n'est jamais aussi vive que dans la péritonite aiguë. Certainement les malades se plaignent de douleurs sourdes et de susceptibilité à la pression, mais ces douleurs sont généralement reléguées en tout ou en partie à l'arrière-plan du tableau morbide. Par l'*examen objectif* on constate que l'abdomen présente un certain degré de gonflement qui n'est pas toujours uniforme, parce que les anses intestinales les plus météorisées sont plus saillantes que les autres. Dans quelques cas le gonflement du

ventre fait complètement défaut. L'abdomen est plat ou enfoncé et les parois en sont dures et contractées.

La *palpation* fournit, dans beaucoup de péritonites chroniques, des résultats réellement caractéristiques, en ce sens que les épaissements épiploïques dont il a été question plus haut et les adhérences fibreuses multiples qui relient entre elles les circonvolutions intestinales, sont parfois perçues à travers les parois de l'abdomen à l'état de plaques résistantes et de saillies globuleuses. L'épiploon, surtout quand il est enroulé comme une masse charnue, peut simuler une tumeur véritable. Rappelons encore que quelquefois, surtout dans la péritonite tuberculeuse, le bord inférieur du *foie hypertrophié* est accessible à la palpation. Dans d'autres cas de péritonite chronique, les altérations anatomiques sont telles que par elles-mêmes elles échappent au palper ou qu'elles se dérobent sous l'exsudat liquide et la tension des parois abdominales, etc. Les grandes masses d'exsudat se reconnaissent à l'extension considérable que prend l'abdomen, à la sensation de fluctuation qu'elles fournissent et aux renseignements que donne la *percussion*. En général, une très forte accumulation de liquide dans la cavité de l'abdomen est un fait rare dans la péritonite chronique non compliquée, tandis qu'elle constitue pour ainsi dire la règle dans les cas de péritonite tuberculeuse associée à la cirrhose du foie. Alors, il y a par surcroît une tumeur splénique par stase. Nous avons déjà dit que dans la péritonite chronique, les tiraillements et les coudures de l'intestin sont susceptibles de provoquer un *rétrécissement*. Les inflexions du duodénum et du canal cholédoque peuvent occasionner un *ictère* permanent.

Nous avons décrit sous la même rubrique les symptômes objectifs de la péritonite chronique commune et de la forme tuberculeuse, parce que les manifestations abdominales sont identiques dans l'une et l'autre affection. Pour affirmer que la péritonite chronique en présence de laquelle on se trouve est de nature tuberculeuse, on devra forcément invoquer des considérations d'un autre ordre. On envisagera l'habitus général du malade et on tâchera de remonter aux conditions étiologiques (hérédité, affection tuberculeuse antérieure). L'examen attentif des organes thoraciques est de la plus grande importance. Si l'on découvre des signes d'une tuberculose pulmonaire concomitante et notamment d'une pleurésie, le diagnostic de la nature tuberculeuse de la péritonite chronique ne laisse plus guère de doute. La composition de l'exsudat est une donnée précieuse, en ce sens que l'épanchement hémorragique, comme il a été dit, se rencontre principalement dans la péritonite tuberculeuse. A notre connaissance, on n'a pas encore démontré l'existence de bacilles tuberculeux dans l'exsudat.

Le diagnostic de la tuberculose péritonéale commune sans accompagne-

ment d'altérations *inflammatoires* notables, est le plus souvent difficile, parfois même impossible. Les douleurs et la sensibilité à la pression manquent parfois complètement. D'ordinaire il n'existe qu'un gonflement modéré de l'abdomen dépendant de la sérosité épanchée dans le péritoine.

La *péritonite chronique chez les enfants* mérite une mention spéciale. D'abord nous devons signaler un genre d'*ascite* qui se déclare *chez les enfants* (de deux à dix ans), que nous avons observée à diverses reprises de même que d'autres auteurs et qui est nettement caractérisée, même parfois assez considérable. On ne peut pas lui assigner de cause particulière et après quelques mois elle disparaît complètement. Pendant ce temps les enfants sont un peu plus pâles, plus abattus que dans les conditions ordinaires, ils éprouvent un certain degré d'amaigrissement, mais rarement des malaises locaux un peu intenses. Comme ces cas guérissent, le substratum anatomique de l'affection n'est pas établi. Il est probable qu'il s'agit d'une forme légère de péritonite chronique commune. Cependant d'autres processus peuvent naturellement être la cause effective de l'ascite (maladies du foie résultant de la syphilis héréditaire, etc.).

La *péritonite tuberculeuse des enfants* joue un rôle important comme partie constituante de la tuberculose des organes abdominaux, de ce qu'on appelle *tabes mésaraique* (atrophie mésaraique). Ainsi qu'il a été dit plus haut, la tuberculose en ces cas procède presque toujours de l'intestin. C'est pour cela qu'on trouve en même temps que la tuberculose intestinale, des tubercules dans le péritoine, le foie et les ganglions lymphatiques abdominaux. Les symptômes cliniques dépendent en majeure partie de la péritonite tuberculeuse : gonflement et endolorissement de l'abdomen, épanchement de liquide dans le péritoine, etc. Puis viennent s'y ajouter des diarrhées rebelles, dues à la coexistence d'ulcères tuberculeux de l'intestin, une fièvre intermittente opiniâtre, de l'amaigrissement général, de l'anémie, éventuellement des dégénérescences tuberculeuses dans les divers organes (poumon, plèvre, méninges), tandis que dans d'autres circonstances la tuberculose se restreint entièrement aux organes abdominaux.

Nous n'avons que peu de choses à ajouter concernant la *marche* ultérieure de la *péritonite chronique*. S'agit-il d'une péritonite chronique commune, la guérison définitive est possible, bien que — abstraction faite de la forme susdite propre aux enfants — ce soit une exception, en raison des états pathologiques qui existent simultanément. Le pronostic de la péritonite tuberculeuse est le plus souvent absolument fatal, la maladie se terminant par la mort en peu de semaines ou de mois. Dans quelques circonstances cependant il est possible que la péritonite tuberculeuse chronique elle-même ait une issue favorable, ou du moins que ses symptômes entrent

dans une période d'accalmie. Cela a lieu surtout dans la *tuberculose dite primitive des membranes séreuses* (v. plus haut). Si dans ces conditions, les autres organes et en particulier les poumons et l'intestin sont exempts de la tuberculose, il peut arriver, comme dans la pleurésie tuberculeuse, que l'exsudat se résorbe à la fin. Il est vrai que la guérison n'est pas toujours durable, et que dans la suite la tuberculose se manifeste de nouveau dans l'un ou l'autre organe.

Traitement. Les moyens dont nous disposons pour influencer favorablement la marche de la péritonite chronique sont excessivement limités. A part l'importance qui s'attache au régime diététique général (bonne alimentation), le traitement doit se borner à combattre quelques symptômes en particulier. Parmi les applications locales, on aura recours surtout aux cataplasmes chauds à demeure et aux draps mouillés de PRIESSNITZ. Les opiacés sont assez rarement indiqués contre l'élément douleur, on s'en servira plus souvent contre les fortes diarrhées. Dans d'autres cas, au contraire, la tendance à la constipation réclamera notre intervention (lavements, légers purgatifs). Comme moyens spéciaux, citons les *préparations iodées*, l'iodure de potassium et l'iodure de fer (sirop d'iodure de fer) qui sont parfois prescrits avec un avantage marqué. On peut également faire un essai avec l'*arsenic*. — Le fer et le sirop d'iodure de fer sont également usités dans la péritonite chronique des enfants.

CHAPITRE TROISIÈME.

ASCITE.

(Hydropisie du péritoine.)

On désigne sous le nom d'*ascite* l'accumulation par stase d'un exsudat séreux dans la cavité abdominale. Comme les veines péritonéales appartiennent au système-porte, il en résulte que l'ascite se développe principalement dans toutes les maladies qui mettent obstacle à la circulation de ce département veineux. C'est pour cela que dans la partie suivante de ce livre nous insisterons sur la fréquence avec laquelle l'hydropisie du péritoine vient compliquer la *cirrhose du foie*, la *syphilis du même organe*, la *compression de la veine-porte* par des tumeurs, la *thrombose de la veine-porte*, etc. D'autre part, l'ascite peut également faire partie constituante de l'hydropisie générale qui se déclare à la suite des troubles de la circulation, notamment de ceux qu'entraînent les *maladies du cœur* et l'*emphysème pulmonaire*. Elle entre pour une grande part encore dans l'hydropisie qui se rattache aux diverses *affections rénales* aiguës et chroniques.