

## CHAPITRE IX.

## CALCULS INTESTINAUX. — ENTÉROLITHES.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Assez fréquentes chez certains quadrupèdes, notamment chez les chevaux, les chèvres, les grands ruminants, les concrétions intestinales (1) sont rares chez l'homme; elles présentent chez lui les mêmes types fondamentaux, distingués depuis longtemps par des expressions spéciales: TYPE PIERREUX ou minéral, soit *bézoard*; TYPE PILEUX plus ou moins pur, soit *égagropile*. Favorisés par l'atonie de l'intestin, par la constipation habituelle, par toutes les circonstances qui ralentissent le cours des matières et en prolongent le séjour dans le tube digestif, les calculs intestinaux sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme; plus fréquents aussi chez

(1) VICQ D'AZYR, *Hist. de la Soc. roy. de médecine*, 1779-1781. — RUBINI, *Pensieri sulla varia origine e natura di corpi calcolosi*. Verona, 1808. — MONRO, *Morbid anatomy of the human gullet*. — PENADA, *Mem. della Soc. italiana*, t. XVI. — VAUQUELIN et FOURCROY, *Ann. du muséum d'hist. Nat.*, 1802. — VAUQUELIN, *Eodem loco*, 1811. — COPLAND, MARCET, *Med. chir. Transact.*, 1812. — MECKEL, *Ueber die Concretionen im menschlichen Darmkanal (Meckel's Archiv I)*. — LAUGIER, *Mém. sur les concrétions qui se forment dans le corps de l'homme*. Paris, 1825. — CHILDREN, *Philosoph. Transactions*, 1822. — TORBET, *The Edinb. med. and surg. Journal*, 1825. — CAVENTOU, *Bézoard humain (Bullet. Acad. de méd., 1826)*. — DENIS, *Arch. gén. de méd.*, 1828. — S. COOPER, *Dict. de chir. pratique*, art. CALCULS ABDOMINAUX. — JOLY, *Art. CALCULS in Dict. de méd. et chir. pratiques*. — SMART, *The American Journ. of med. Sc.*, 1830. — JAEGER, *Ueber die Darmsteine des Menschen und der Thiere*. Berlin, 1834. — EVERTS, *De enterolithiasi*. Arnheim, 1835. — RUBEN, *De lithiasi intestinorum*. Heidelb., 1840. — J. FRANK, *Præceps medicæ præcepta universa*. Lipsiæ, 1826-1841. — DE LA BERGE et MONNERET, *Art. CALCULS INTESTINAUX, in Compendium de médecine*; II. Paris, 1837. — O'BRIAN BELLINGHAM, *De la présence de cristaux dans les intestins de l'homme (Arch. gén. de méd., 1839)*. — TURNES, *The Monthly Journ. of med. Sc.*, 1843. — BUCHNER, *Zeits. f. ration. Med.*, 1850. — CLOQUET, *Gaz. méd. Paris*, 1855. — PEEBLES, *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1858. — NEILL, *Liverpool med. and surg. Journ.*, 1858.

HAFNER, *Untersuchung von Darmconcrementen (Würtemb. med. Corresp. Blatt, 1860)*. — VIRCHOW, *Ein seltener Darmstein vom Menschen (Dessen Archiv, XX; 1861)*. — SAN-CHEZ DE TOGA, *Entérotomie abdominale; extraction d'un calcul intestinal du poids de 600 grammes (El Siglo Medico et Gaz. hebdomad., 1862)*. — ABERLE, *Ein Fall von Steinbildung im Darmkanale (Würtemb. med. Corresp. Blatt, 1868)*. — WATSON et HERON, *On intestinal concretion (Edinb. med. Journ., 1868)*. — PATERSON, *Case in which fifteen intestinal concretions were passed with complete and permanent relief (Eodem loco, 1868)*. — RUSSEL, *A case in which the cavity of the stomach was occupied by an enormous mass of human hair (Med. Times and Gaz., 1869)*. — INMAN, *Human*

les sujets avancés en âge, avec une exception toutefois pour les concrétions pileuses; l'aberration qui consiste à avaler des cheveux est plutôt observée chez des individus jeunes. Ainsi les trois cas les plus récents, ceux de Russel, de Inman et de Best, concernent des femmes de trente à trente-quatre ans, chez lesquelles cette habitude vicieuse existait depuis quinze années au moins. Le fait plus ancien rapporté par Breschet est relatif à un garçon de seize ans, qui avait le goût assez dépravé pour avaler tous les cheveux qu'il pouvait se procurer. A sa mort, on trouva dans l'estomac et l'intestin grêle des masses de cheveux présentant des formes concentriques; un de ces amas contenait à son centre un noyau de cerise.

L'usage non moins vicieux d'ingérer des graines (Ruysch), des noyaux de fruits (Clarke, Whyte, Hey), des fragments d'os, des arêtes de poisson (Faget), peut être aussi une cause de lithiase intestinale, parce que ces corps solides, non expulsés, deviennent le siège d'un dépôt ultérieur de matières salines qui s'accroît par l'addition de couches successives.

Les *calculs biliaires* pénètrent souvent par voie de migration dans l'intestin. S'ils sont très-volumineux, ils déterminent, dès le premier abord, des accidents d'obstruction. Si leur volume est faible, et s'ils séjournent dans la cavité intestinale, ils s'y accroissent par l'addition de couches calcaires et finissent par former, comme dans le premier cas, un obstacle au cours des matières. Je propose de désigner cette variété assez fréquente de concrétions intestinales sous le nom de *cholentérolithes* qui spécifie à la fois sa nature et son origine. — Les corps étrangers accidentellement introduits dans le tube digestif, en séjournant dans l'intestin, peuvent à leur tour devenir le noyau d'un calcul intestinal, en vertu du même processus lithiasique: Birch rapporte l'observation d'un entérolithe développé autour d'une balle de plomb; Haller a rencontré une semblable concrétion dont un clou de fer formait le noyau.

Les amas que forment dans l'intestin certains *médicaments* inertes tels que le charbon, la craie, le sous-nitrate de bismuth ou la magnésie (Duméril, Cloquet) donnés en trop grande quantité, peuvent tantôt constituer de simples corps étrangers, et tantôt devenir, par leur séjour prolongé dans les voies digestives, le centre et le point d'appel de vrais calculs intestinaux.

*hair in stomach (Eodem loco, 1869)*. — BEST, *Death from accumulation of hair in the stomach of a woman (British med. Journ., 1869)*.

PRATESI, *Saggi chimici fatti sopra alcuni calcoli intestinali (Lo Sperimentale, 1870)*. — LABOULBÈNE, *Sur le sable intestinal (Bullet. Acad. de méd., 1873)*. — LUTON, *Art. INTESTIN in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIX. Paris, 1874. — FOVILLE, *Contrib. à l'hist. des corps étrangers du tube intestinal (Gaz. hebdom., 1874)*. — MIGNON, *Des corps étrangers dans les voies digestives*. Paris, 1874. — BIAGGI, *Du sable intestinal (Presse méd. belge, 1874)*.



Dans les pays où les classes pauvres mêlent de l'avoine à leur pain, on observe une espèce particulière d'entérolithe, désigné sous le nom de *calcul avénacé*, qui paraît être formé par le feutrage des petites barbes implantées à l'une des extrémités de cette graine, et d'une petite quantité de matières salines et terreuses disposées en couches minces à la surface externe et dans l'intérieur même de la concrétion. — Ces calculs ne sont pas extrêmement rares, puisqu'il en existe quarante et un échantillons dans la collection de Monro. — L'observation récente de Paterson en offre un bel exemple : un jeune homme de seize ans, présentant depuis huit ans des accidents intermittents d'occlusion intestinale, rendit dans l'espace de quatre mois quinze concrétions. Elles étaient brunes, à facettes, à surface veloutée, d'un poids variant de 9,30 à 81 grammes. Elles n'avaient pas de noyaux et se composaient de barbes d'avoine et d'une masse brune amorphe; elles contenaient en outre de la graisse, des phosphates terreux et de l'acide silicique. Ce garçon prenait depuis des années chaque matin une tasse de soupe d'avoine, et l'année même où il rendit ces calculs, il avait pris pendant quatre mois, tous les jours, deux lavements composés d'une épaisse bouillie d'avoine avec de l'huile de foie de morue.

Le catalogue détaillé du Musée anatomique de Stockholm publié en 1855 renferme un cas analogue au précédent. Il s'agit d'un calcul volumineux expulsé par un homme de cinquante-deux ans. Ce calcul à l'état sec, pesait 14 onces et mesurait 6 pouces sur une coupe longitudinale, on distinguait à son centre une petite cavité oblongue qui contenait un petit caillot de sang desséché. Autour de ce coagulum, on voyait une substance molle, velue comme de la laine comprimée, mêlée à une autre matière jaunâtre plus solide et terreuse. Ces couches chevelues et terreuses avaient une disposition concentrique; leur épaisseur variait dans différentes parties de cette concrétion. Presque toute la surface du calcul était couverte d'une croûte jaune en certains points et blanche dans l'autre. L'examen microscopique démontra que la substance chevelue était formée des barbes qui enveloppent l'écorce de l'avoine; la couleur jaune était sans doute due à la matière colorante de la bile.

Les concrétions avénacées sont fréquemment observées en Suède, en Norwège, en Écosse, en Irlande et en Bretagne.

Il convient de noter enfin l'influence des lésions organiques de l'intestin (notamment du cancer) sur la production des entérolithes; en pareil cas des caillots de sang, des portions de mucus concret, des matières excrémentielles desséchées, des scybales plus ou moins volumineuses, forment le noyau de la concrétion intestinale.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les entérolithes peuvent se rencontrer dans tous les points du tube intestinal; mais le gros intestin et en particulier le cæcum ou son appendice et l'S iliaque en sont le plus habituellement le siège. — Lorsqu'il existe une hernie, c'est alors dans l'anse herniée que ces corps étrangers s'arrêtent, et ils causent les accidents graves de l'engouement. — Il n'est pas rare de rencontrer ces concrétions logées dans l'intérieur des diverticules anormaux du gros intestin. — Les entérolithes sont ordinairement sphériques ou ovoïdes, assez légers, souvent poreux; leur couleur est blanchâtre quand ils sont composés par des carbonates de chaux et de magnésie ingérés comme médicaments et alors ils manquent souvent de noyau, et ne sont que rarement formés de couches distinctes (Brande). — Dans les autres circonstances, ils sont constitués par des couches emboîtées, les unes grisâtres, les autres brunes, couleur café ou de teinte ocreuse (Ch. Robin).

Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une orange. Monro dit avoir rencontré dans le côlon un entérolithe qui pesait quatre livres. La consistance des concrétions intestinales est généralement dure; d'autres fois elles sont spongieuses et friables. Leur structure est rarement homogène. Examinées à la loupe, elles paraissent parfois composées de fibres très-déliées, intimement mêlées et comme feutrées, dont l'intervalle est rempli par une substance compacte et terreuse. Telle est notamment la texture toute spéciale des calculs avénacés : ils sont formés de couches concentriques et successives d'une substance minérale (phosphate calcaire et ammoniaco-magnésien) et d'une substance veloutée, brunâtre, résistant aux réactifs chimiques et brûlant avec une odeur marquée de paille; l'examen microscopique fait découvrir les glumelles d'avoine agglomérées comme les poils des égagropiles.

Les premières analyses chimiques de Cadet, de Fourcroy et Vauquelin avaient déjà montré de la façon la plus évidente que les calculs intestinaux, contrairement à l'opinion de Morgagni, de Portal, de Lassus et de Richerand, n'étaient pas uniquement formés de matières fécales endurcies et concrètes, ni de calculs biliaires accidentellement tombés dans le tube digestif. Mais c'est aux recherches plus récentes de Thomson, de Children, de Robiquet et de Lassaigne que l'on doit une connaissance plus exacte de leur composition chimique. Elle est du reste assez variable, ainsi que le montre le tableau suivant où sont consignés les résultats des analyses de ces quatre chimistes :



	(Thompson)	(Children)	(Robiquet)	(Lassaigne).
Phosphate ammoniaco-magnésien.....	5	5	—	4
Phosphate de chaux.....	46	46	30	4
Sels solubles.....	—	25	—	1
Graisse.....	—	—	60	74
Matière animale.....	25	4	8	21
Résidus alimentaires végétaux.....	24	20	—	—

Les concrétions qui sont composées principalement par des matières grasses sont les plus rares. Elles peuvent atteindre le volume d'une noisette; elles sont généralement friables, à surface lisse, jaunâtres en dehors, blanches et grenues à l'intérieur; elles se dissolvent dans l'alcool et laissent déposer des cristaux aciculaires, analogues à ceux des acides gras, et qui brûlent à la manière de ces derniers. On n'y a pas signalé la présence de la cholestérine, ni celle de la biliverdine, en dehors des cas où il s'agissait de calculs biliaires arrivés dans l'intestin (Robin). Il est probable que ces concrétions graisseuses proviennent des corps gras mal digérés et ayant subi un commencement de saponification. On peut rapprocher de cette variété les concrétions caséuses analysées par Mareet et qui lui ont paru être des morceaux de fromage, formés en boule par l'action des intestins, ou des fragments caséux provenant du lait dont s'était nourri le malade, et qui avait été coagulé par les sucs gastriques en ces masses concrètes. L'usage du lait chez les enfants à la mamelle donne souvent lieu à la formation de masses de caséine, arrondies, demi-transparentes, élastiques, et d'une odeur fortement ammoniacale (J. Cloquet).

Les substances qui entrent dans la composition des entérolithes les plus communs sont : le phosphate de chaux, les urates et les oxalates calcaires, le phosphate ammoniaco-magnésien, l'acide silicique, les matières animales, le ligneux, sans parler du noyau dont la composition et la nature sont très-variables. Les noyaux de fruit constituent le plus souvent la partie centrale de ces concrétions. L'observation d'Aberle en est un des plus beaux exemples : Un homme de trente et un ans qui souffrait depuis l'âge de seize ans de troubles digestifs, rendit en quatre semaines trente deux pierres pesant ensemble deux livres et demie; chacune de ces pierres avait au centre un noyau de cerise ou de mirabelle. La masse corticale des calculs était formée de couches concentriques, cristallines, d'une teinte brunâtre; le noyau lui-même était enveloppé d'une couche de substance amorphe, granuleuse, presque blanche. L'analyse chimique montra que ces calculs étaient constitués par des phosphates de chaux et de magnésie, du sulfate de chaux, de la graisse en assez grande quantité, du mucus et des traces de cholestérine.

Quant aux amas de cheveux, aux égagropiles humains, ils peuvent arriver à des dimensions surprenantes. Chez la femme de trente et un ans

dont parle Russel, et qui mourut d'hématémèse, l'estomac dilaté était plein d'une masse dure, composée uniquement de cheveux semblables à ceux du sujet; cette masse pesait 4 livres 7 onces, était longue de 12 pouces, large de 5, épaisse de 4; l'estomac avait pris la position verticale, à ce point que le pylore correspondait au bassin.

Dans le cas de Best, il s'agit d'une femme de trente ans, tuée par péritonite consécutive à une perforation gastrique; la masse occupait à la fois l'estomac et l'œsophage. Les parois de l'estomac étaient hypertrophiées; dans la paroi postérieure on trouva une perforation de la grandeur d'un schelling correspondant à un ulcère simple.

À côté des entérolithes proprement dits, peut être placé le *sable intestinal*, décrit récemment par Laboulbène. Ce sable, de couleur jaunâtre, présente des grains de deux dixièmes de millimètre à un millimètre de diamètre. Il a une apparence cristalline et est formé de particules siliceuses, encroûtées de matières organiques et de phosphate ammoniaco-magnésien. Son origine semble être extérieure; il proviendrait d'une alimentation trop exclusivement végétale et de l'ingestion involontaire de poussières siliceuses. Jusqu'à présent, du reste, ces corps étrangers n'ont pas encore reçu d'interprétation clinique bien précise (Luton).

Au nombre des lésions accessoires que peuvent déterminer les entérolithes, je dois citer la dilatation et les bosselures de l'intestin, au niveau des parties où les concrétions séjournent. En ce point, les parois intestinales s'épaississent et s'enflamment ou bien se laissent distendre et finissent par se rompre; c'est ce qui a lieu principalement dans le cæcum où peuvent se produire tous les accidents décrits par Albers (de Bonn) sous le nom de *typhlite stercorale* avec ses redoutables conséquences, la pérityphlite, le phlegmon de la fosse iliaque, les abcès stercoraux, les fistules et surtout la péritonite. — Dans le cas rapporté par Koltmann, il s'agissait d'une péritonite partielle, consécutive à la perforation de l'appendice vermiforme par un calcul intestinal chez un homme de trente ans, qui avait joui jusqu'à cette époque d'une santé parfaite. Une ouverture pratiquée au-dessus du ligament de Fallope à l'aide du caustique de Vienne donna issue à la collection péritonéale enkystée, et le malade se rétablit assez promptement. — Mais le plus souvent la concrétion intestinale ne provoque pas de complications phlegmasiques, et se borne à produire la dilatation passive du cæcum ou de l'appendice vermiculaire, qui peut, dans certains cas, présenter des dimensions vraiment colossales, en rapport avec le volume du calcul contenu dans sa cavité.



## SYMPTOMES ET MARCHE.

Beaucoup de calculs intestinaux restent et grossissent dans l'intestin sans donner lieu à des signes particuliers, et lorsqu'ils déterminent quelques phénomènes, ceux-ci varient suivant le siège, le volume, la mobilité ou la fixité des entérolithes. — Ce n'est en général que quand ils ont acquis un volume considérable, lorsqu'ils se sont arrêtés au niveau d'une partie rétrécie de l'intestin, qu'ils provoquent des troubles fonctionnels. Un des premiers symptômes, et pendant longtemps même le seul que l'on ait à noter, est une douleur fixe, profonde, circonscrite en un point limité de l'abdomen, accompagnée parfois de coliques et d'épreintes pénibles au moment de la défécation, ou aussitôt après l'accomplissement de cet acte. — Les troubles des fonctions digestives consistent en vomissements copieux de mucus, de glaires sanguinolentes, quelquefois même de sang pur (Cooper), en diarrhée alternant avec une constipation opiniâtre. — Dans le premier cas les selles sont sèches, sanguinolentes, entraînant des lambeaux de mucus glaireux et concret ou des cylindres albumineux plus ou moins fragmentés, représentant assez exactement le moule du gros intestin, ou parfois même des parcelles du calcul et du sable intestinal.

Il n'est pas rare de voir apparaître, tôt ou tard, de véritables symptômes d'occlusion intestinale qui cèdent à l'administration d'un purgatif énergique, et se reproduisent à plusieurs reprises. Ces accidents d'étranglement interne cessent quelquefois brusquement à la suite de l'expulsion des calculs intestinaux. — Si l'interruption du cours des matières est plus complète, on voit le ventre se ballonner, les intestins distendus par les gaz se dessiner au-dessous de la paroi abdominale, tout en un mot fait présager un péril imminent, et le malade peut succomber dans une de ces atteintes d'iléus. Lorsque la concrétion est volumineuse, la palpation permet parfois de reconnaître l'existence d'une tumeur arrondie, dure, occupant ordinairement l'une des fosses iliaques; ainsi peut être soupçonnée la nature du mal, dont le seul signe pathognomonique est l'expulsion du calcul.

Cependant si la concrétion était arrêtée dans le rectum, on pourrait avoir la preuve directe et positive de son existence par le toucher. Le siège de la douleur dans cette partie de l'intestin, les fréquentes épreintes, le ténesme incessant, la sensation d'un poids au-dessus de l'anus, au col de la vessie et dans le périnée, jointe au suintement anal, mettront, en pareil cas, sur la voie du diagnostic.

Certains phénomènes insolites ont été signalés dans quelques observations. C'est ainsi que dans le cas d'Aberle, dont j'ai parlé précédemment, il est fait mention d'une dysphagie intense qui rendait impossible l'inges-

tion des aliments solides. Le malade, dont Paterson a rapporté l'intéressante observation, présenta des symptômes violents d'iléus avec des douleurs généralisées dans tout l'abdomen et des accidents convulsifs épileptiformes qui durèrent près de douze heures. Peu de temps après, il rendit un noyau de prune encroûté de sels calcaires. Ces mêmes accidents convulsifs réflexes furent observés sur un ambassadeur de Charles-Quint, dont Fernel a relaté l'histoire.

Les troubles de la nutrition sont quelquefois si profonds que les malades épuisés succombent dans l'amaigrissement et le marasme. Van Swieten parle d'une jeune fille qui, réduite à l'état de squelette, ne tarda pas à recouvrer la santé, dès qu'elle eut rendu un calcul du poids de cinq drachmes, dont le centre était un noyau de prune. — Dans les cas heureux, dont la précédente observation offre un bel exemple, les malades, en effet, après de longues souffrances qui les réduisent au dernier degré du marasme, expulsent enfin les concrétions par l'un ou l'autre orifice du tube digestif. — L'évacuation au dehors par un abcès qui s'ouvre au niveau de la paroi abdominale, ou se fait jour par le vagin ou par l'anus, est infiniment plus rare.

La péritonite par distension extrême de l'intestin ou par rupture, notamment par perforation de l'appendice cæcal, est une éventualité le plus souvent fâcheuse que l'on doit toujours redouter; cependant cette complication n'est pas fatalement mortelle, ainsi que le prouve le cas de guérison rapporté par Koltmam.

## DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Le diagnostic des concrétions intestinales est parfois d'une simplicité élémentaire, mais le plus souvent, au contraire, entouré d'insurmontables difficultés. — Les calculs gastriques par exemple qui ne déterminent habituellement aucun symptôme, ne sont reconnus qu'après leur expulsion.

Quand le gastrolithe est assez volumineux pour être senti par la palpation de la région épigastrique, le diagnostic n'en est pas moins obscur, et la tumeur ainsi formée peut être confondue avec les lésions organiques de l'estomac. L'erreur inverse fut commise, au dire de S. Cooper, par des chirurgiens anglais qui, s'étant décidés à extraire par la gastrotomie des calculs qu'ils croyaient exister dans l'intestin, découvrirent qu'ils avaient affaire à un squirrhe de l'estomac. Quand les entérolithes ne se révèlent que par des douleurs, l'hypothèse d'une colique hépatique doit toujours être soulevée; elle est d'autant plus légitime dans certains cas que la migration du calcul biliaire peut être le point de départ de la lithiase intestinale.

La présence d'une tumeur abdominale appréciable à la palpation ne con-



stitue qu'une présomption, mais non une certitude; il en est de même des accidents d'obstruction.

La symptomatologie des tumeurs stercorales offre en effet les mêmes points communs. Mais, dans ce dernier cas, l'indolence habituelle de la tumeur, sa consistance molle et pâteuse, les modifications qu'une malaxation un peu énergique lui fait subir, la constipation opiniâtre qui l'accompagne, l'absence d'amaigrissement et de troubles dans la santé générale, seront autant de circonstances suffisantes pour établir le diagnostic différentiel.

C'est par l'intermittence des accidents et par l'exclusion des causes ordinaires de l'iléus, que celui-ci sera promptement éliminé du diagnostic dans les cas où viendraient à éclater les symptômes de l'obstruction intestinale.

Quant au pronostic, il dépend du volume du calcul et du degré de l'occlusion. — L'émaciation, résultant des troubles intestinaux ou d'une inflammation suppurative prolongée, les accidents d'étranglement interne, et surtout ceux de la péritonite par perforation, sont, de toutes les terminaisons, celles qui entraînent le pronostic le plus funeste.

#### TRAITEMENT.

L'indication thérapeutique la plus rationnelle est assurément de faciliter l'expulsion des entérolithes par la voie rectale; c'est à ce titre que la médication purgative sous toutes les formes et avec tous ses agents (huile de ricin, huile de croton-tiglium, aloès, jalap, etc...), doit être avant tout mise en œuvre. On pourra y joindre les suppositoires aloétiques, les lavements purgatifs, les douches ascendantes ou bien encore les grandes injections d'eau, proposées par Cloquet pour distendre l'intestin, et favoriser la migration de l'entérolithe.

Si celui-ci parvenu dans la partie inférieure du rectum est devenu accessible, on peut en tenter l'extraction avec des tenettes, ou bien à l'aide d'une simple curette, à l'instar de C. Whyte et de Morand. Mais parfois le volume énorme du calcul rend son extraction impossible, et, dans ce cas, il est nécessaire d'en opérer le broiement préalable avec un lithotrite ou un brise-pierre disposé à cet effet.

## CINQUIÈME LIVRE.

### MALADIES DU PÉRITOINE.

#### CHAPITRE PREMIER.

##### PÉRITONITE.

##### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation du péritoine (1) est PRIMITIVE ou SECONDAIRE quant à ses causes, — GÉNÉRALE ou PARTIELLE quant à son *étendue*, — AIGÜE ou CHRONIQUE quant à sa *marche*. Cette maladie est fort commune, mais cette

(1) WALTER, *De morbis peritonæi*. Berolini, 1786. — BICHAT, *Anat. gén.* — GASC, *Thèse de Paris*, 1802. — LAENNEC, *Histoire des inflammations du péritoine*. Paris, 1804. — BARON, *An inquiry into the nature of tuberculated accretions of serous membranes*, London, 1819. — GRAVES, *Dublin Hosp. Reports*, V. — CHOMEL, *Dict. de méd.*, t. XVI. — LOUIS, *Recherches anat.-path.* Paris, 1826. — GENDRIN, *Hist. anat. des inflammations*. Paris, 1826. — DUCÈS, *Dict. de méd. et chir. pratiques*. — BROUSSAIS, *Phlegmasies chroniques*, 7<sup>e</sup> édit. Paris, 1826. — BRIGHT, *Report of med. cases*. London, 1827-1831. — BAUDELOQUE, *Traité de la péritonite puerpérale*. Paris, 1830. — ANDRAL, *Clinique méd.* Paris, 1831. — STOKES, *Cyclop. of pract. Med.*, III. — SCOUTETTEN, *Anat. path. du péritoine* (*Arch. gén. de méd.*, III et IV). — PEMBERTON, ABERCROMBIE, *loc. cit.* — HELM, *Traité des maladies puerpérales*. Paris, 1840. — HODGKIN, *Die Krankheiten der serösen und mucösen Häute* (Uebersetzung von Levin). Leipzig, 1813. — BARBRAU, *De la métropéritonite puerpérale*, thèse de Paris, 1845. — *Discussion sur la fièvre puerpérale* (*Bullet. Acad. de méd.*, 1858). — HABERSHON, *Med.-chir. Transact.*, 1860.

ALBERS, *Ueber Peritonitis circumscripta junger Leute* (*Deutsche Klinik*, 1862). — BRIZIO COCCHI, *Sulla cura della peritonite con l'applicazione continua dell'freddo sull'abdome* (*Gaz. med. ital. Lombardia*, 1862). — HABERSHON, *Path. and pract. Obs. on diseases of the abdomen*. London, 1862. — PATENOTRE, *De l'emploi du collodion riciné contre la péritonite aiguë* (*Union méd.*, 1863). — BRESLAU, *Ein ausgezeichnete Fall freier Gasentwicklung aus eitrigem Peritonälexsudate* (*Wiener med. Wochens.*, 1863). — DRESSLER, *Prager Vierteljahr.*, 1863. — HERVIEUX, *Bullet. therap.*, 1864. — SKODA, *Wiener allg. med. Zeitschr.*, 1864. — PRUDHOMME, *Journ. de méd. milit.*, 1865. — HEMEY, *De la péritonite tuberculeuse*, thèse de Paris, 1866. — HEYMANN, *De la péritonite spontanée* (*Gaz. hôp.*, 1866). — LEHMUS, *De peritonitide*. Berolini, 1867. — LASÈGUE, *Péritonite chronique* (*Arch. gén. de méd.*, 1867). — GILEWSKI, *Ueber den Einfluss der chronischen, parenchymatösen Bauchfellentzündung auf die Blutcirculation*