

huitième, sans que la maladie perde un seul instant le caractère d'une affection franchement aiguë. La péritonite par perforation peut tuer dès le second ou le troisième jour. — Quand l'ISSUE doit être FAVORABLE, les phénomènes s'amendent dès le début du second septénaire; les douleurs sont moins vives; la constipation est assez souvent remplacée par des selles diarrhéiques qui coïncident avec la chute du météorisme; les vomissements cessent, la fièvre tombe; dans quelques cas fort rares, les liquides épanchés se frayent une issue à travers la paroi abdominale ou dans l'intestin; enfin une convalescence plus ou moins longue conduit à la guérison. Comme la résorption des produits membraneux est ordinairement incomplète, le malade reste exposé à tous les dangers des adhérences, notamment à l'étranglement par brides. Chez la femme, les adhérences peuvent provoquer l'avortement en s'opposant au développement de l'utérus lors de la gestation, et elles peuvent aussi devenir une cause de stérilité en immobilisant le pavillon de la trompe (Walter, madame Boivin). — Dans certains cas, la terminaison est autre: la résolution a lieu dans la plus grande étendue de l'abdomen; l'orage soulevé par la péritonite générale cesse; avec lui disparaît le danger immédiat, mais il reste en un point du ventre un foyer qui ne se résout pas, le malade conserve une de ces PÉRITONITES PARTIELLES à évolution variable, dont j'ai parlé plus haut. Cette terminaison n'est pas très-rare dans les péritonites qui sont provoquées par une lésion de l'intestin ou de l'appareil utérin. — Enfin, mais très-rarement, la péritonite, restant générale, passe à l'ÉTAT CHRONIQUE.

Péritonite chronique. — Elle survient le plus souvent d'emblée, soit chez des individus déjà souffrants de tuberculose pulmonaire, soit plus ordinairement chez des sujets encore bien portants en apparence, mais de constitution faible ou détériorée. Le début est obscur, parce qu'il peut s'écouler plusieurs semaines ou même des mois avant que les malades soient obligés de garder le lit. Les symptômes initiaux sont des coliques sourdes, qui apparaissent surtout pendant le travail digestif, et qui, à des intervalles variables, présentent des exaspérations d'un ou plusieurs jours de durée; il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, et avec ces phénomènes peu accusés, le malade perd ses forces, il maigrit et se décolore. Les vomissements ne sont pas constants, et, lorsqu'ils existent, ils ont une fréquence très-variable; ils sont composés de matières verdâtres et porracées, et coïncident souvent avec les attaques de coliques. Tôt ou tard le ventre augmente de volume par suite du météorisme et de l'épanchement liquide; celui-ci est plus abondant que dans la péritonite aiguë, mais il est extrêmement rare qu'il le soit assez pour donner lieu aux phénomènes physiques de l'ascite. La matité n'existe que dans les régions inférieures; la fluctuation peut être nulle ou perçue par places seulement, en raison du cloisonnement de la cavité, et dans la plus grande partie de l'abdomen on ne constate pas de liquide. Dans ces points-là, pourtant, la

sonorité n'est pas normale, elle est obscurcie par la présence de fausses membranes toujours fort épaisses. A la main et à l'oreille on perçoit souvent de gros bruits de frottement, et, par une palpation méthodique pratiquée avec la main étendue à plat, on constate un empâtement diffus, une rénitence générale de l'abdomen, souvent aussi des saillies plus ou moins considérables dues aux produits membraneux et à l'agglomération des anses intestinales. Quand la maladie dure depuis un certain temps, et qu'il n'y a pas d'épanchement liquide, le ventre est rétracté par les fausses membranes; il se peut aussi que le liquide finisse par être résorbé et qu'au gros ventre du début succède un ventre plat excavé en bateau: le fait cependant n'est pas commun.

La marche de la maladie est très-lente; elle est parfois interrompue par des poussées aiguës après lesquelles les caractères objectifs de l'abdomen sont modifiés; mais un moment vient où la tendance cachectique du mal s'affirme par une diarrhée continuelle, un dépérissement rapide, la teinte terreuse de la peau, qui est sèche et rugueuse, souvent aussi par une fièvre hectique à manifestations vespérales, et par des œdèmes fugaces et mobiles. Le malade succombe dans le marasme; mais on observe parfois un phénomène trompeur sur lequel j'ai attiré l'attention: les paquets membraneux et les intestins accolés peuvent faire office de tumeur dans la cavité pelvienne, et comprimer les veines iliaques et l'extrémité de la veine cave, de manière à produire un œdème colossal et fixe des membres inférieurs, du scrotum et de la paroi abdominale. Si la compression s'étend jusqu'au niveau et au-dessus de l'embouchure des veines rénales, l'urine est chargée d'albumine. Les mêmes résultats peuvent être produits par les ganglions mésentériques, dont la tuberculose coïncide fréquemment avec la péritonite chronique. La maladie est mortelle, cependant un cas de Grissolle en établit la curabilité.

Péritonites partielles. — Elles sont caractérisées par une douleur vive, mais localisée, par une fièvre assez intense, et par des vomissements; ces deux derniers symptômes persistent rarement au delà des trois premiers jours. Lorsque l'exsudat est peu abondant, la résolution peut être rapide et complète en huit à dix jours; mais dans le cas contraire une TUMEUR survient, qui, selon la cause de la phlegmasie, occupe l'une des fosses iliaques ou la région péri-utérine. La palpation, le toucher vaginal et rectal permettent d'apprécier les caractères de cette tumeur, et d'en suivre l'évolution, soit jusqu'à la *condensation définitive* en un noyau d'induration, soit jusqu'à la *transformation purulente*, soit plus rarement jusqu'à la *résorption*. Les adhérences sont constantes après cette forme de péritonite; c'est elle, bien plutôt que la péritonite généralisée, qui doit être soigneusement recherchée dans les antécédents des malades affectés d'étranglement interne. — La péritonite périhépatique est ordinairement chronique, et ne donne lieu qu'à des douleurs hypochondriques; lors-

que, par exception, elle est plus intense, elle peut produire un ictère passager par extension de la phlegmasie à la muqueuse des voies biliaires.

DIAGNOSTIC.

Certaines maladies ont en commun avec la péritonite des douleurs abdominales très-vives et des vomissements : ce sont les COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES, et l'ENTÉRALGIE des hystériques. Or, sans parler des caractères de la douleur, l'absence de fièvre permet dans tous ces cas un diagnostic certain. — L'inflammation du foie, des reins, de la vessie sera reconnue à la localisation de la douleur et aux symptômes issus du siège de la phlegmasie, ictère précoce dans l'HÉPATITE, altérations notables de l'urine dans la NÉPHRITE et la CYSTITE. — Les péritonites partielles formant tumeur peuvent être confondues, surtout dans le bassin, avec des TUMEURS SOLIDES; dans bon nombre de cas, l'exploration directe suffit pour dissiper les doutes en révélant une rénitence molle étrangère aux productions solides; mais si ce critérium fait défaut, on aura pour se guider les symptômes qui ont accompagné la formation de la tumeur; symptômes fébriles et inflammatoires dans la péritonite, symptômes nuls ou purement mécaniques dans la tumeur solide. — Quoique la péritonite par perforation ne provoque pas immédiatement de la fièvre, elle est facilement reconnue à la douleur subite et à la prostration générale, lorsqu'elle se développe dans le cours d'une maladie bien accentuée telle qu'une dysentérie ou une fièvre typhoïde; mais si elle est causée par un ulcère de l'estomac ou du duodénum à marche latente, le jugement peut être égaré par cette prostration même, par le refroidissement et la pâleur de la peau, et la petitesse du pouls; on pourrait aussi bien croire à une hémorrhagie interne, surtout si la douleur n'est pas très-vive. Il est prudent de suspendre le diagnostic jusqu'au développement de la fièvre ou du météorisme, phénomènes qui ne tardent pas à survenir en cas de perforation.

La cause de la péritonite sera recherchée par l'examen complet du malade, et un interrogatoire minutieux sur ses antécédents. Cette notion de cause est utile au pronostic, car si la péritonite générale est une maladie toujours grave, il est bien certain cependant que celle qui est produite par le refroidissement, par une typhlite stercorale, par une contusion de l'abdomen, offre plus de chance de curabilité. La péritonite puerpérale est la plus grave de toutes. Quant aux péritonites adhésives qui se développent au voisinage des lésions de l'intestin ou des autres viscères, elles sont éminemment favorables, puisque, en cas d'ulcération ou de rupture, elles préviennent l'épanchement des matières dans le péritoine.

Le diagnostic de la péritonite chronique et de l'ascite sera étudié dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT.

La péritonite aiguë générale doit être combattue, chez les individus robustes, par de larges applications de sangsues (20 à 40) sur l'abdomen; c'est là le premier moyen à mettre en œuvre, et il a d'autant plus de chances de succès qu'il est employé à une époque plus rapprochée du début. Chez les sujets de constitution moyenne ou faible, dans les cas où la péritonite dépend d'une maladie pyohémique ou d'une perforation, les émissions sanguines doivent être totalement laissées de côté; il faut recourir d'emblée aux applications froides, lesquelles, dans la première série de faits, doivent succéder aux sangsues. Toutes les fois que le malade peut les supporter, il faut préférer les applications de glace : une large vessie de gutta-percha pleine de glace concassée est appliquée sur une serviette pliée en deux ou trois doubles, et imbibée d'eau; si la pression est trop douloureuse, on peut commencer par des compresses trempées dans l'eau glacée et renouvelées de dix en dix minutes; au bout de quelques heures, d'un jour au plus, la sédation est déjà assez marquée pour permettre l'usage de la glace. Cette médication par le froid est vraiment puissante, mais à la condition qu'elle soit maintenue sans interruption qui permette le réchauffement des parties. Quand la douleur est extrêmement vive, on peut employer en même temps que le froid les injections sous-cutanées de morphine; j'en ai obtenu de très-bons résultats. Si l'invasion de la péritonite a été précédée d'une constipation prolongée, il est essentiel de débarrasser l'intestin par quelque laxatif doux, notamment l'huile de ricin; si le purgatif est vomi et que l'indication soit urgente, je conseille d'introduire dans le rectum un suppositoire contenant une ou deux gouttes d'huile de croton : ce moyen est préférable aux lavements parce qu'il n'exige pas un déplacement aussi complet du malade. — A l'intérieur, on prescrit les boissons acidules glacées, avec du bouillon et un peu de vin également glacés; si ces liquides sont rejetés, il faut se borner à faire prendre des fragments de glace, et il est rare qu'après un jour ou deux les liquides ne soient pas tolérés. — Dans les cas très-intenses, on peut employer concurremment les frictions mercurielles à hautes doses sur la partie supérieure des cuisses; la salivation est l'indice de l'efficacité de la médication, malheureusement il est souvent impossible de l'obtenir. Enfin, lorsque les premiers phénomènes de débilité apparaissent, il convient d'administrer les toniques et les stimulants, si toutefois les médicaments ne sont pas vomis. — Au début, les vésicatoires sont tout à fait inutiles, ils ne trouvent leur indication que dans les cas à évolution prolongée; lorsque les accidents aigus et fébriles commencent à s'apaiser, et que le défaut de résorption locale menace de l'état chro-

nique, de larges vésicatoires sur le ventre sont réellement efficaces; il va sans dire qu'ils doivent être proscrits dans la péritonite liée au mal de Bright, et remplacés par des applications répétées de teinture d'iode. — L'épanchement liquide est rarement assez abondant pour être par lui-même une cause de danger; cependant, s'il en était ainsi, il ne faudrait pas hésiter à lui donner issue par la ponction. — Le sulfate de quinine, particulièrement préconisé dans la péritonite pyohémique et puerpérale, n'a pas d'action spéciale sur le processus phlegmasique; il n'a d'autre utilité que de modérer le mouvement fébrile et de restreindre ainsi la consommation organique. Le médicament n'est donc pas indiqué par la forme de la péritonite, mais simplement par la vivacité et la durée de la fièvre. — La péritonite PAR PERFORATION doit être traitée par le repos absolu, les applications froides, l'abstinence des boissons, l'opium à hautes doses (Graves, Stokes).

La PÉRITONITE PARTIELLE aiguë ne présente aucune indication particulière à son début; mais lorsqu'elle traîne en longueur, il faut insister sur les révulsifs cutanés, entretenir la liberté du ventre, soutenir les forces du malade, et si la liquéfaction de l'exsudat a lieu, il faut, toutes les fois que la chose est possible, intervenir par la ponction, afin de prévenir les désordres que pourrait amener l'évacuation spontanée du pus.

La PÉRITONITE CHRONIQUE doit être combattue par les vésicatoires répétés ou les applications de teinture d'iode, par des bains sulfureux ou sulfuro-alcalins, par la ponction, si l'épanchement devient considérable; en même temps, si la diarrhée est abondante, on donne les opiacés et le bismuth, et l'on prescrit des toniques et une alimentation substantielle; la viande crue peut être très-utile, de même que l'huile de foie de morue lorsqu'elle ne provoque pas de dévoiement. On ne négligera pas de stimuler les fonctions de la peau par des frictions sèches, et l'on opposera aux poussées aiguës les applications et les boissons glacées.

CHAPITRE II.

ASCITE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'hydropisie du péritoine ou ascite (1) résulte, dans la majorité des cas, d'une gêne circulatoire dans le système porte; c'est une **hydropisie**

(1) PORTAL, *Obs. sur la nature et le traitement de l'hydropisie*. Paris, 1823. — LANDRÉ-BEAUVAIS, *Dict. de méd.*, t. III. — MONDIÈRE, *l'Expérience*, t. VII. — TARRAL,

mécanique. Tantôt les vaisseaux portes sont *directement* atteints, tantôt ils le sont *indirectement* par suite d'un accroissement de tension dans les grosses veines thoraciques ou dans le cœur droit.

L'ASCITE MÉCANIQUE DIRECTE est produite par les *néoplasmes du péritoine* (tuberculose, cancer) qui ne déterminent pas de péritonite chronique, notamment par le cancer alvéolaire et les tumeurs à échinocoques, — par les *altérations du foie*, de la *rate*, du *pancréas* et des *ganglions mésentériques*; l'hépatite interstitielle ou scléreuse tient la première place dans cette étiologie.

L'ASCITE MÉCANIQUE INDIRECTE n'est qu'un des éléments d'une hydropisie plus ou moins généralisée, et elle est toujours précédée d'un œdème tributaire de la veine cave inférieure, parce que la gêne de la circulation porte n'est que la conséquence de l'accroissement de pression dans le système veineux général. Cette ascite est amenée par les *maladies du cœur et des poumons*.

Dans une seconde série de cas déjà bien plus rares, c'est l'hydrémie qui est la cause de la transsudation péritonéale. L'**ascite dyscrasique**, qui est presque toujours précédée d'autres manifestations hydropiques, est amenée par le *mal de Bright* et par les *cachexies*.

Enfin, dans quelques faits complètement exceptionnels, une **ascite primitive** est provoquée par le mécanisme de la *fluxion compensatrice* sous l'influence du *froid*, ou de l'*ingestion de boissons glacées* pendant que le corps est en sueur (voy. t. I), ou encore à la suite de l'*arrêt du flux menstruel*.

Journ. hebdomadaire, n. 82. — PIORRY, *loc. cit.* — BOULLAUD, *Dict. de méd. et chirurg. prat.*, t. III. — ANDRAL, HODGKIN, *loc. cit.* — BRICHETEAU, *Clin. méd. de l'hôpital Necker*. Paris, 1835. — DELABERGE et MONNERET, *Compend. de méd.* — BARTHEZ et RILLIET, *loc. cit.* — BAMBERGER, *loc. cit.* — H. GINTRAC, art. ASCITE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*. — DOLBEAU, *Gaz. hôpit.*, 1866. — WASSE, *Thèse de Montpellier*, 1867. — E. BESNIER, *Bullet. de therap.*, 1867. — HABERSHON, *Clinical Notes on dropsy of the peritoneum (The Lancet)*, 1867. — FARIA, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1867. — MORELAND, *Eodem loco*, 1868. — WEBB, *The Lancet*, 1868. — DAVID, *Thèse de Paris*, 1868. — GALVAGNI, *Rivista clinica di Bologna*, 1869.

SIEVEKING, *A case of ascites, successfully treated by oil of copaiba (The Lancet)*, 1870. — RIPPANN, *Eine seröse Cyste in der Bauchhöhle mit einem Inhalt von 50 Litres Flüssigkeit (Deutsche Klinik)*, 1870.

LYONS, *On tapping in abdominal dropsy (Dublin Journ. of med. Sc.)*, 1873. — BAEUMLER, *Chronische pseudomembranöse Peritonitis nach wiederholter Paracentesis abdominalis (Virchow's Arch.)*, LVIII; 1873. — HEHN, *Ueber die Entstehung mechanischer Ödeme (Centr. bl. f. d. med. Wissensch.)*, 1873. — RUTHERFORD, *Ascites with general anasarca tapped four times; recovery (Med. Press and Circular)*, 1874. — BROCHIN, *Sur les hydropisies (Gaz. hôp.)*, 1874.