

rationnels, ne sont presque jamais couronnés de succès. Il est enfin des complications ou des symptômes incommodes auxquels on opposera une médication spéciale : ainsi la diarrhée est combattue par les mucilagineux et par l'opium ; les vomissements, par les eaux gazeuses, par la glace ; s'ils résistent, on donnera un demi-gramme ou un gramme d'ipécacuanha. Enfin, lorsqu'il existe un météorisme considérable qui gêne la respiration, on fera sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée. Je ne dis rien des moyens qu'on a conseillés pour rappeler les lochies supprimées et pour exciter les sécrétions du lait, car ils sont peu efficaces, et l'indication qu'on veut remplir est tout à fait illusoire.

Nature de la maladie. — Faut-il admettre une fièvre puerpérale ? —

On a vu, par les nombreux détails d'anatomie pathologique, combien sont nombreuses et variées les lésions trouvées à l'autopsie des femmes qui succombent à la suite de leurs couches. Ces lésions, qui sont tantôt isolées, le plus souvent réunies en plus ou moins grand nombre, expliquent non-seulement la gravité des symptômes et la mort, mais elles rendent compte, en grande partie du moins, de la marche plus ou moins rapide de l'affection et de la physionomie spéciale qu'elle revêt. Les femmes en couches ne meurent pas toutes, en effet, de la même manière : les unes sont victimes d'une infection putride lorsque l'utérus, mortifié ou retenant seulement dans sa cavité des détritres de placenta et des caillots décomposés, permet, par ses nombreux vaisseaux encore béants, la pénétration dans l'économie de l'agent délétère ; d'autres, en beaucoup plus grand nombre, meurent victimes d'une phlébite. Dans l'un et l'autre cas la mort peut être très-prompte et survenir même en moins de vingt-quatre heures. C'est ce qui arrive lorsque les femmes sont déjà très-débilitées, ou que la proportion de matière septique introduite est telle et sa pénétration si prompte, qu'il en résulte une sorte de sidération. On voit d'ailleurs, ici, un genre de mort qu'on peut produire à volonté en injectant dans les veines d'un animal un liquide putréfié ou du pus, fût-il même phlegmoneux. Enfin, le plus grand nombre des femmes en couches meurent victimes d'une phlegmasie du péritoine, tantôt primitive, d'autres fois consécutive aux nombreuses lésions, presque toujours de nature inflammatoire, qu'on trouve dans l'utérus et dans ses annexes, spécialement vers les trompes et vers les ovaires.

Voilà des faits positifs, aisément constatables, et cependant ils ont été insuffisants pour convaincre. Beaucoup de médecins, au lieu de les accepter, ont préféré courir après les chimères, supposer une affection primitive du sang qu'ils ne peuvent démontrer, et au lieu de reconnaître, dans les accidents puerpéraux, des maladies essentiellement distinctes par leur siège, par la forme symptomatique et souvent par les indications différentes qu'elles présentent, ils n'ont vu qu'une individualité, ils ont imaginé une maladie unique, une maladie générale, qu'ils ont classée résolument dans les pyrexies et à laquelle ils ont donné le nom de *fièvre puerpérale*. Je ne saurais accepter ce langage et surtout assimiler aux fièvres des maladies qui n'ont avec elles aucune espèce de rapport, aucune analogie.

Nous avons dit, en effet, plus haut, que les pyrexies étaient des maladies primitivement générales : beaucoup sont contagieuses ou naissent par l'infection des lieux ; les unes n'ont aucune lésion anatomique ; d'autres ont des lésions constantes, caractéristiques, presque toujours consécutives au mouvement fébrile, et incapables d'expliquer la gravité et la généralisation des symptômes ; enfin nous avons vu, contrairement à ce qui arrive pour les phleg-

masies, la quantité de fibrine du sang rester stationnaire ou diminuer ; c'est le contraire de la maladie faussement dénommée *fièvre puerpérale*. Ici les altérations des solides sont constantes ; je n'ignore pas pourtant qu'on a cité quelques cas très-rares où les lésions avaient complètement fait défaut ; mais ces observations, à supposer qu'elles soient inattaquables (ce que je ne crois pas), sont, de l'aveu de tous, si exceptionnelles, qu'on ne saurait logiquement s'en servir pour faire de la maladie une théorie qui aurait contre elle la presque universalité des faits. Non-seulement les lésions sont constantes, mais elles sont graves, et soit qu'elles siègent dans les veines ou dans le péritoine, elles sont suffisantes pour expliquer la gravité des symptômes et la mort. Enfin, les analyses du sang, en démontrant une augmentation considérable du chiffre de la fibrine, ont fourni un nouveau caractère distinctif des plus importants.

La manière dont la maladie se développe et se propage serait-elle exclusive aux pyrexies et devrait-elle être considérée comme un argument de quelque valeur ? Je ne le crois pas, car la contagion de la fièvre dite puerpérale, timidement annoncée par quelques-uns, ne s'appuie sur aucune preuve décisive, et s'il est incontestable que l'encombrement, que l'infection des lieux, engendrent la maladie dans un grand nombre de circonstances, ne voyons-nous pas la même cause, agissant dans les salles de chirurgie, produire une phlébite, maladie essentiellement locale, mais généralisant bientôt ses effets par l'infection du sang ? Qui oserait dire, à moins d'être dépourvu de tout sens médical, qu'il existe ici une pyrexie, une fièvre purulente ?

Le caractère souvent épidémique aurait-il une valeur plus grande ? Non certes, puisqu'il est commun à une foule de maladies, et il n'est encore, que je sache, entré dans l'esprit d'aucun pathologiste raisonnable, de classer dans des cadres nosologiques distincts, la bronchite, la pneumonie, l'angine, suivant qu'elles sont sporadiques ou qu'elles règnent épidémiquement.

En résumé, je pense qu'il faut considérer les femmes en couches comme étant toujours en imminence morbide, à cause des changements que la grossesse a amenés dans les solides ainsi que dans la constitution du sang, et plus encore en raison des actes traumatiques qui ont lieu nécessairement dans tout accouchement, quelque régulier qu'il soit. C'est cette circonstance même qui explique pourquoi les phlegmasies occupent presque toujours l'utérus et ses annexes, le péritoine et les veines de l'excavation pelvienne. On peut, d'autre part, invoquer l'altération préexistante des fluides pour expliquer, en grande partie, la marche rapide de ces phlegmasies, et quel que soit leur siège, leur tendance à la suppuration (1).

De la péritonite chronique.

La péritonite chronique se présente très-fréquemment dans la pratique. Elle est pourtant méconnue dans un grand nombre de cas, bien que ses caractères soient nets et bien tranchés. Cela tient sans doute à ce que cette maladie a été généralement mal décrite. Je me suis efforcé, dès les premières éditions de ce livre, à tracer d'une manière plus exacte, je crois, qu'on ne l'avait fait, les

(1) Pendant la grossesse, le sang subit des changements considérables. Les globules et l'albumine diminuent, tandis que la proportion de fibrine augmente. Le sérum, moins riche en matériaux solides, est aussi plus abondant, et il a une densité moindre.

caractères anatomiques et symptomatiques d'une maladie qu'il importe beaucoup au médecin de savoir diagnostiquer dès le début.

La péritonite chronique est très-rarement consécutive à la péritonite aiguë, presque toujours elle survient primitivement. Elle peut être partielle ou générale, très-rarement elle est simple; le plus communément elle se complique de la présence de tubercules ou de tumeurs cancéreuses dans le ventre.

Caractères anatomiques. — Chez les sujets qui succombent à la péritonite chronique, j'ai trouvé un épanchement ascitique à peine dans un dixième des cas. Il est parfois blanc, opaque, tout à fait purulent; plus souvent il n'est que séro-floconneux; il est ordinairement peu abondant, car c'est à peine si dans deux ou trois cas je l'ai vu s'élever à 2 ou 3 litres. Le plus souvent il n'existe donc point ou à peine d'épanchement liquide; la paroi abdominale antérieure, déformée, tantôt aplatie, le plus souvent saillante, adhère intimement à l'épiploon et aux intestins grêles. Souvent, à l'ouverture du ventre, on n'aperçoit aucun des viscères contenus dans cette cavité, pas même le tube intestinal, à cause des fausses membranes qui les recouvrent. Celles-ci sont épaisses, grisâtres ou noirâtres, consistantes ou bien molles, friables, et d'un aspect amorphe. Elles sont parfois accumulées en grande quantité dans divers points de l'abdomen, surtout à la partie inférieure, où elles forment des tumeurs, des bosselures inégales, qui souvent ont donné lieu, pendant la vie, à de graves erreurs de diagnostic. En déchirant les fausses membranes on trouve au-dessous d'elles le tube intestinal. L'intestin grêle peut être comme rétracté au-devant de la colonne vertébrale, où il forme un paquet du volume des deux poings; le plus souvent les anses intestinales sont étalées et adhèrent partout entre elles, formant un plan continu de l'excavation pelvienne jusqu'à l'épigastre. Elles adhèrent entre elles si intimement qu'on ne peut les isoler sans les déchirer. Dans les cas rares où il est permis de le faire, on trouve que l'intestin est diminué de moitié et même des deux tiers de sa longueur. Le diamètre de l'intestin est beaucoup moins considérable, et les parois, qui ont subi une véritable atrophie, semblent n'être plus formées que par les tuniques interne et externe. Dans quelques cas rares, les fausses membranes se présentent autrement: elles sont organisées, transformées en un tissu lamineux, celluleux, dense, ayant subi dans quelques points la transformation fibreuse ou cartilagineuse. Cette disposition, quoique peut-être un peu moins défavorable que la précédente, apporte cependant beaucoup de gêne aux fonctions des organes abdominaux, qui sont comprimés et tiraillés par ces brides qui se croisent en tous sens dans la cavité du ventre.

Dans la presque totalité des cas, c'est-à-dire onze fois sur douze, nous avons trouvé des tubercules. On les rencontre en plus ou moins grand nombre dans les fausses membranes elles-mêmes, plus constamment on les trouve sous la tunique péritonéale des intestins. Ils sont à des degrés différents de développement, depuis l'état miliaire jusqu'au ramollissement. Il en existe aussi à la face interne des intestins, où en se ramollissant ils provoquent des ulcérations plus ou moins nombreuses. Celles-ci peuvent par leur progrès occasionner une perforation, on trouve alors un épanchement de matière stercorale parfois dans toute la cavité du péritoine, plus souvent limité, lorsque la perforation s'est effectuée dans un petit espace circonscrit par de fausses membranes. Enfin, on voit quelquefois une communication accidentelle s'établir entre deux anses intestinales accolées l'une à l'autre: cette perforation est produite tantôt par une ulcération développée à la face interne de l'une d'elles, d'autres fois c'est par l'intermédiaire d'un abcès tuberculeux qui, formé dans les fausses membranes, s'ouvre à la fois dans les deux anses d'intestin qui lui sont contiguës.

Annouer la présence des tubercules dans le péritoine et dans les intestins, c'est dire qu'il y en a presque toujours aussi dans les poumons. Nous n'avons, en effet, guère observé qu'une seule exception à cette règle. Presque toujours les tubercules pulmonaires, à en juger du moins par leur développement, semblent être antérieurs à ceux du ventre. Ils sont le plus souvent crus, parfois ramollis, mais presque toujours ils existent en petit nombre et limités au sommet; fréquemment je n'en ai rencontré que cinq ou six, juste ce qu'il fallait en quelque sorte pour confirmer la vérité de la loi posée par M. Louis; c'est-à-dire la constance des tubercules pulmonaires lorsque ces produits morbides existaient quelque autre part.

En résumé, il suit, de ce qui précède, que la péritonite chronique est presque toujours tuberculeuse. Nous avons vu, en effet, les tubercules ne manquer qu'une fois, et dans ce cas il y avait déjà de ces productions dans les poumons; de sorte qu'il est naturel de penser que, si le malade avait succombé un peu plus tard, il s'en serait également développé dans les intestins et dans les fausses membranes du péritoine. Ce résultat est à peu près conforme à celui de M. Louis, qui jusqu'à présent n'a rencontré la péritonite chronique que chez les sujets tuberculeux.

Deux fois j'ai vu la péritonite chronique survenir dans le cours d'un cancer envahissant le grand épiploon, et une fois chez une femme atteinte d'un cancer utérin; les lésions étaient les mêmes que tantôt, sauf qu'il n'existait point de tubercules dans les fausses membranes. La péritonite chronique, suite de cancer, est spéciale à l'adulte et au vieillard, tandis que la péritonite tuberculeuse ne se rencontre guère que dans l'enfance et dans la jeunesse.

Débuts de la maladie. — Presque toujours la péritonite chronique survient primitivement ou d'emblée. Ce n'est pas chez les sujets déjà malades ou du moins manifestement tuberculeux qu'elle se déclare, mais elle affecte des individus en apparence bien portants. Je n'ai pas encore vu d'exception à cette règle, du moins chez les jeunes gens et chez les adultes. Jamais, en effet, je n'ai vu chez eux une péritonite chronique se déclarer dans le cours d'une phthisie pulmonaire confirmée. Quelques-uns semblent avoir des prodromes: on les voit, avant que le péritoine soit gravement atteint, se plaindre de colique, de diarrhée; ils s'étiolent et ils maigrissent, puis le ventre devient plus sensible, le péritoine est dès lors envahi.

Symptômes. — Dans quelques cas rares, la péritonite débute brusquement et d'une manière subaiguë. Le ventre est presque aussi sensible que dans une péritonite très-aiguë; il y a des vomissements, parfois de la diarrhée, et un mouvement plus fébrile assez accusé. Presque toujours la maladie débute d'une manière bien obscure. Les malades se plaignent de douleurs de ventre obtuses, de coliques sourdes, revenant plus vives à d'assez longs intervalles, et apparaissant alors sous forme de paroxysmes qui durent un ou plusieurs jours, pendant lesquels le repos est nécessaire. Les coliques s'accompagnent en général de diarrhée, quelquefois de constipation: le plus souvent ces deux symptômes alternent entre eux. Le malade languit, maigrit, se décolore, et perd plus ou moins rapidement ses forces. Chez quelques-uns, le ventre grossit presque aussitôt à cause du météorisme des intestins et bientôt d'un peu de liquide qui s'épanche dans le péritoine; il se déforme, il proémine en avant, mais il ne présente pas cet évasement qu'il a à la partie inférieure chez les individus atteints d'ascite. L'épanchement ascitique est rarement considérable: jamais il ne devient aussi abondant qu'il l'est dans les ascites qui surviennent consécutivement à une cirrhose ou à une maladie du cœur. Cependant l'intumescence du ventre peut être énorme, mais par la percussion on découvre aisément que la couche de liquide est bornée à la partie inférieure de l'abdomen où le son est mat, tandis que partout ailleurs

une sonorité tympanique indique la distension gazeuse du tube digestif. L'épanchement ascitique, après avoir persisté quelque temps et offert plusieurs alternatives d'augmentation et de diminution, finit le plus souvent par se résorber tout à fait. Le ventre alors, quoique moins volumineux, n'en reste pas moins déformé, tantôt aplati, le plus souvent saillant. La palpation du ventre est parfois un peu douloureuse, mais en général pourtant elle l'est faiblement. On distingue souvent le relief que forment les anses intestinales distendues et qui, entourées parfois de fausses membranes épaisses, résonnent moins à la percussion et peuvent donner l'idée qu'il existe une tumeur hétéromorphe. Si avec la paume de la main on exerce une pression douce sur la paroi abdominale, surtout sur les régions ombilicale et hypogastrique, il sera très-aisé de constater que la partie n'a plus sa souplesse normale, comme lorsque les anses intestinales, libres d'adhérences, peuvent glisser et se déplacer librement. Ici la main qui explore éprouve la sensation d'une *dureté*, d'une *tension* ou plutôt d'une *rénitence* qui est tout à fait caractéristique, car on ne la retrouve dans nulle autre maladie. Elle dépend de ce que les anses intestinales, recouvertes de fausses membranes et adhérant intimement entre elles, forment une espèce de plancher ou de plan solide. Cette rénitence est à son maximum lorsque la paroi intestinale fait corps avec le paquet intestinal; on l'aperçoit encore lorsqu'il existe un épanchement liquide, car quoique pouvant se déplacer, celui-ci ne peut glisser pourtant entre les anses intestinales, et il est maintenu à la surface du plan résistant formé par le paquet intestinal adhérent. Dans les cas où il n'existe pas de liquide, et où les fausses membranes sont résistantes et susceptibles de glisser les unes sur les autres, on peut sentir à la main ou par l'auscultation, un bruit de froissement ou de frottement péritonéal.

Les fonctions digestives sont plus ou moins gravement altérées, et cela dès le début; il y a du dégoût pour les aliments et une soif variable; la plupart éprouvent à différentes époques des vomissements bilieux, en général verdâtres, et que j'ai vus maintes fois persister pendant quelques mois avec une opiniâtreté désespérante. Tous ont de la diarrhée, les uns d'une manière continue, d'autres de temps en temps. Chez quelques-uns, les aliments sont rendus intacts ou à moitié digérés (*lientérie*), ce qui dépend tantôt d'une simple perversion des forces digestives, d'autres fois de ce qu'une perforation s'est établie entre le jéjunum et une portion du gros intestin. On conçoit que dans ces cas, heureusement fort rares, les malades sont à peu près dans les mêmes conditions que ceux qui ont un anus contre nature dans un point voisin de l'estomac: aussi voit-on l'amaigrissement faire des progrès rapides, et la mort survenir dans le marasme. Lorsque la péritonite est simple, ou lorsqu'il y a peu de tubercules, quelques malades s'éteignent sans avoir eu de fièvre; cependant presque toujours ils ont un mouvement fébrile qui offre tous les caractères de la fièvre lente ou hectique. Enfin, à une époque plus ou moins éloignée, on voit les individus tousser et présenter au sommet de l'un ou l'autre poumon des signes positifs de tuberculisation.

Indépendamment des phénomènes précédents, qui existent presque constamment, il en est quelques-uns d'accidentels, dépendant de la compression que les anses intestinales et que les fausses membranes formant tumeur, exercent sur quelques organes. C'est ainsi que nous avons vu une malade se plaindre de dysurie; chez une autre, l'utérus était dévié; enfin nous avons observé, avec Chomel, une sciatique très-douloureuse, qui résista à tous les moyens de traitement et qui était produite par la compression du nerf sciatique correspondant.

La péritonite chronique nous a offert quelques différences dans les cas où

elle dépendait d'un carcinome épiploïque ou utérin. Le ventre était alors le siège de douleurs lancinantes qu'on n'observe ni dans la péritonite chronique simple, ni dans celle qui est tuberculeuse; l'épanchement ascitique a été permanent, il n'a jamais complètement cessé. On voyait, de plus, dans les cas de cancer épiploïque, se dessiner à la région moyenne du ventre une tumeur dure et bosselée, soulevant la paroi abdominale, qui ne présentait point d'ailleurs la dureté et la résistance que nous avons notées déjà comme un signe caractéristique: aussi la péritonite a-t-elle été méconnue chez ces deux malades.

Marche. Durée. Terminaisons. — La péritonite chronique a une marche lente: souvent elle reste stationnaire pendant quelque temps, très-rarement elle semble rétrograder; presque toujours la maladie suit lentement une marche ascendante; enfin elle se termine presque nécessairement par la mort, après une durée qui varie entre deux mois et deux ans. Sa durée moyenne peut être fixée à sept mois. Presque tous les malades succombent épuisés; chez d'autres, c'est une perforation intestinale ou une pneumonie qui accélère le terme fatal. Cependant nous rappellerons que la perforation intestinale et que l'épanchement stercoral, s'opérant dans un péritoine recouvert de fausses membranes épaisses, peuvent avoir lieu sans exciter l'appareil symptomatique formidable que nous avons précédemment décrit: la douleur manque presque toujours. Quelquefois on ne constate qu'une altération profonde des traits et un affaissement subit des forces, ce qui indique l'invasion d'une maladie intercurrente quelconque, mais sans en caractériser précisément aucune.

La péritonite chronique est curable. J'ai guéri, depuis la dernière édition de cet ouvrage, deux et peut-être trois individus chez lesquels le diagnostic ne laissait aucun doute. La guérison est possible, même lorsque la présence de tubercules dans les poumons indique que les mêmes produits doivent exister dans le péritoine. Je n'ai observé, jusqu'à présent, qu'un seul cas de ce genre: c'est bien peu assurément pour modifier le pronostic fâcheux d'une maladie; néanmoins, cela permet de ne pas croire voués à une mort inévitable tous ceux qui sont atteints d'une péritonite tuberculeuse, même dans les conditions les plus mauvaises en apparence (1).

(1) Au commencement du mois de mars 1859, j'ai soigné à l'Hôtel-Dieu un homme âgé d'une trentaine d'années, d'une bonne santé habituelle et de constitution moyenne, ayant depuis six semaines quelques coliques et un peu de diarrhée. A son entrée le ventre est volumineux, dur, rénitent, surtout à l'hypogastre; il est le siège d'une ascite considérable; on constate aussi un épanchement pleurétique gauche, envahissant la moitié de la plèvre et survenu lentement. Il n'y a pas de toux, mais l'expiration est prolongée sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droites. Le malade a de la fièvre le soir, et quelques sueurs partielles pendant le sommeil. Durant deux mois, l'amaigrissement va croissant, la toux augmente, le son s'obscurcit au niveau des régions sus-épineuse et sous-claviculaire droites: on y entend des craquements secs d'abord, puis humides et assez nombreux. Pendant que les symptômes du sommet du poumon s'aggravent, l'épanchement pleurétique se résorbe, l'ascite diminue considérablement, et alors on sent encore mieux cette rénitence, cette dureté du ventre, qui n'appartient qu'à la péritonite. La fièvre du soir et les sueurs sont à peu près les mêmes, mais la diarrhée, calmée par le bismuth et l'opium, ne revenant plus qu'à de longs intervalles, a permis d'alimenter substantiellement le malade et de lui donner des toniques, surtout les préparations de quinquina. De nombreux vésicatoires sont en même temps appliqués successivement sur le ventre. Pendant le mois de mai, l'état reste stationnaire, puis s'améliore au point que le malade peut quitter l'hôpital dans le courant de juin. L'ayant revu à la fin d'octobre de la même année, après un séjour à la campagne, nous constatons toutes les apparences d'une santé parfaite: l'embonpoint est revenu, les forces sont complètes, la diarrhée a cessé; l'appétit est excellent; le ventre, indolore partout, est devenu souple, sans dureté ni rénitence nulle part; quelques vomissements, survenant sans cause et à de longs intervalles, sont le seul trouble que cet individu accuse du côté des organes abdominaux. La toux a cessé complètement

Diagnostic. — La péritonite chronique est d'un diagnostic difficile au début : on ne peut, en effet, que la *souppçonner* lorsque les malades ne se plaignent encore que de douleurs sourdes, de coliques passagères, de diarrhée, de quelques vomissements verdâtres et d'une diminution dans l'embonpoint et dans les forces. Ce n'est que lorsque le ventre se déforme, qu'il devient le siège d'un épanchement, et lorsque les parois abdominales offrent la rénitence et la dureté dont j'ai parlé, que le diagnostic peut être sûrement établi.

En traitant plus loin de l'ascite, j'exposerai les signes qui permettent de reconnaître les lésions dont elle est habituellement le symptôme. Disons seulement ici qu'une ascite qui se développe lentement chez des enfants ou chez des jeunes gens, et qui a été précédée de douleurs abdominales, de vomissements verdâtres, de diarrhée, est généralement l'effet d'une péritonite chronique; l'exploration du ventre viendra presque toujours confirmer cette présomption. Dans aucune affection connue, en effet, on ne trouve cette rénitence tout à fait caractéristique. Le ventre même, lorsqu'il est le siège d'un épanchement, n'a pas la forme qu'il a dans une ascite; il est ovale, saillant, peu développé à la partie inférieure, il n'a pas la forme semi-hémisphérique, la forme d'outre qu'il affecte dans les ascites qui sont symptomatiques de toute autre affection. Dans ces épanchements nous verrons qu'il y a communément une matité complète en bas, une ligne de niveau très-marquée, et un son tympanique considérable là où les intestins surnagent. On comprend qu'il n'en est pas toujours ainsi dans la péritonite chronique. Les intestins étant adhérents entre eux, étant bridés de toutes parts, formant plancher, on voit le liquide ascitique, même lorsqu'il est peu abondant, se répandre en quelque sorte uniformément de bas en haut jusqu'à l'épigastre; mais, si avec le doigt ou le plessimètre on déprime alors fortement la paroi abdominale, de manière à déplacer la couche liquide, et si l'on percute, on sent manifestement la présence des intestins en ce point. Ce signe non signalé a une grande valeur et il m'a permis d'arriver au diagnostic exact dans des cas où le doute était permis.

Il importe de rappeler que la péritonite chronique, ayant pour effet de réunir les anses intestinales entre elles et d'accumuler parfois les fausses membranes en masses considérables dans quelques points, on pourrait croire aisément à l'existence d'un cancer, d'une induration viscérale : car la tumeur est parfois dure, bosselée et plus ou moins mate à la percussion. Cependant on arrivera à un diagnostic précis en ayant égard à la rénitence générale des parois; on remarquera, en outre, que s'il existait une tumeur solide, la matité serait complète et uniforme partout, tandis qu'il ne saurait en être ainsi pour les tumeurs dues à la péritonite chronique, car elles sont formées surtout par les anses intestinales, c'est-à-dire par des organes qui résonnent toujours plus ou moins, quelque peu de gaz qu'ils renferment, et quelque épaisseur que puissent avoir les fausses membranes qui les tapissent. C'est surtout lorsque la péritonite est partielle qu'elle peut simuler les tumeurs dont je parle. Nous verrons plus tard que celle qui siège dans l'excavation pelvienne peut être confondue avec les phlegmasies si communes, dans cette région, chez la femme. D'ailleurs, ce qui ajoute souvent à la difficulté du diagnostic, c'est que la péritonite

et l'exploration attentive de la poitrine ne fait constater sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse correspondante qu'une expiration légèrement prolongée et un retentissement un peu exagéré de la voix, mais on n'y entend aucun râle, même pendant la toux. A la percussion, la sonorité est sensiblement la même que du côté opposé; peut-être a-t-on à droite une sensation d'élasticité un peu moindre. En somme, la guérison nous a paru complète, à M. le docteur Millard, alors mon interne, et à moi.

est presque toujours alors consécutive à une altération des viscères ou du tissu cellulaire contenu dans le bassin.

(Pour le diagnostic avec le *carreau*, voyez cette maladie dans le tome II.)

Pronostic. — Il est inutile d'insister pour prouver combien la péritonite chronique est une affection grave; son issue est le plus communément fatale.

Étiologie. — La péritonite chronique est une maladie qui affecte presque exclusivement les enfants au delà de six à dix ans et les jeunes gens. Elle n'est pas rare pourtant chez les adultes. Toutes les causes débilitantes capables d'engendrer les tubercules peuvent être considérées comme cause de la péritonite chronique.

Traitement. — Le rôle du médecin se borne presque toujours à faire une médecine palliative. C'est ainsi qu'on entretiendra les forces par une alimentation appropriée, on combattra le dévoiement par le bismuth, par les mucilagineux et par les opiacés. Si au début les douleurs sont vives, et s'il existe un état un peu aigu, quelques sangsues sur le ventre seront utiles, mais on ne peut insister beaucoup sur les antiphlogistiques. On appliquera des cataplasmes émollients et sédatifs; on donnera des bains simples ou alcalins. Aux vomissements opiniâtres on oppose les boissons gazeuses et la glace, et si l'épanchement ascitique devient trop abondant, on le vide par une ponction. Après l'hygiène on peut dire que les agents les plus utiles dans le traitement de la péritonite chronique ce sont les révulsifs. On promènera sur les diverses parties du ventre, surtout à la région sous-ombilicale, de larges vésicatoires, qu'on multipliera plus ou moins, et dans l'intervalle on donnera quelques bains sulfuro-alcalins.

Ces moyens doivent inspirer plus de confiance que les pommades iodées et mercurielles et surtout que les cataplasmes de ciguë, qu'on a beaucoup trop prônés, car je les crois absolument impuissants.

J'ai dit qu'il fallait alimenter les malades; dans les cas où les voies digestives seraient à peu près intactes, on devrait prescrire les toniques, une alimentation aussi substantielle que possible; on lui associerait l'huile de foie de morue, les préparations ferrugineuses et iodées, dans le but de favoriser l'assimilation et de combattre la diathèse dont la péritonite chronique n'est trop souvent qu'une manifestation. (Voyez, en outre, ce que j'ai écrit dans le traitement de l'*entérite chronique*.)

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE

DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE.

Sous le nom de *phlegmon périnéphrétique*, on doit comprendre l'inflammation du tissu cellulo-adipeux, qui existe en si grande abondance autour des reins et en avant des muscles carrés des lombes.

Étiologie. Anatomie pathologique. — Cette inflammation est rarement spontanée; si elle ne succède pas à quelque violence extérieure, comme une plaie ou une contusion de la région lombaire, à la présence d'un corps étranger venu du dehors ou de l'intestin, elle est presque toujours consécutive à quelque grave altération du tissu rénal. C'est ainsi que, dans une violente néphrite, on voit quelquefois le tissu cellulaire extérieur s'enflammer, tantôt