

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

par l'extension de l'inflammation, d'autres fois par suite de la rupture d'un abcès des reins. Les plaies pénétrantes des calices et des bassinets, ou bien leur perforation ou leur rupture, ordinairement produite par des calculs, sont encore une cause très-active du phlegmon périnéphrétique, qui arrive ici consécutivement à l'infiltration de l'urine; enfin, les abcès lombaires peuvent survenir après une perforation du côlon.

On conçoit, d'après cette énumération, combien sont variées les lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres du côté de quelques-uns des viscères abdominaux. Quant aux altérations dépendantes de l'abcès lui-même, on rencontre le tissu cellulaire sous-péritonéal et celui compris entre le muscle carré des lombes et ses aponévroses, gonflés, ramollis, injectés, infiltrés de pus et quelquefois gangrenés. Les fibres musculaires sont elles-mêmes bleuâtres, décolorées, ramollies et détruites par la suppuration. Enfin, les altérations peuvent s'étendre jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané des lombes, qui souvent est infiltré de pus ou tout au moins de sérosité citrine.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Lorsque le phlegmon périnéphrétique est primitif, les malades accusent dans la région lombaire correspondante une douleur plus profonde que dans le lumbago, et qui s'exaspère par la pression et par les mouvements du tronc. Bientôt cette région se déforme, se bombe; la sécrétion urinaire continue néanmoins à se faire comme de coutume; il y a une fièvre vive, de la constipation, et souvent aussi des nausées et des vomissements. Au bout de quelques jours, ces accidents s'aggravent, les douleurs sont plus lancinantes, la tumeur lombaire s'accroît encore; puis la douleur devient simplement obtuse, la tuméfaction est œdémateuse, enfin la fluctuation s'y fait sentir. Le pus accumulé dans les lombes peut se frayer une issue à travers un des points de la paroi abdominale postérieure, ou bien il s'échappe par le côlon ou par l'uretère; quelquefois, fusant dans la fosse iliaque, il s'ouvre à l'extérieur dans le flanc ou dans l'aîne; enfin, on a vu ces abcès, prenant une direction contraire, perforer à gauche le diaphragme et le poumon, et être rendus par expectoration.

Les accidents sont, en général, plus graves, et la marche de la maladie est plus rapide, lorsque la phlegmasie est produite par une infiltration d'urine ou de matière fécale. Dans ces cas, des signes de maladie des reins ou du côlon précèdent de quelque temps le phlegmon lombaire; celui-ci s'étend alors rapidement sur une grande surface; la gangrène ne tarde pas à s'y développer et l'on distingue plus ou moins profondément, en pressant sur la tumeur, une crépitation nombreuse qui est produite par l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire; la mortification gagne bientôt la peau, si l'on n'arrête les progrès de l'infiltration septique par de larges et profondes incisions. La plupart de ces malades succombent au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques et ataxiques des plus graves. Lorsque la guérison a lieu, elle ne survient guère qu'après un temps fort long; en raison de l'étendue des lésions et des décollements qui ont lieu, la plaie reste souvent fistuleuse. Cela se remarque spécialement lorsque l'abcès a été symptomatique d'une perforation des intestins ou d'un des conduits urinaires: dans le premier cas, on voit les gaz et les matières intestinales s'échapper; dans le second, le pus, d'aspect séreux, exhale une odeur urineuse et entraîne souvent avec lui des fragments de calculs.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de distinguer un abcès extra-rénal d'une collection purulente encore renfermée dans le rein sans communication avec l'uretère. Cependant, si l'on remarque que, dans ce dernier cas, il a existé antérieurement des signes de maladies des reins, notamment des accès de colique

néphrétique, on sera déjà porté à soupçonner l'existence d'un abcès rénal. Ajoutons, en outre, que la tumeur formée par celui-ci proémine beaucoup en avant, ce qui est le contraire des abcès périnéphrétiques; en outre, dans les premiers, la fluctuation est plus obscure et plus profonde. Il est des cas pourtant dans lesquels le manque de renseignements précis et l'époque, déjà avancée de la maladie empêcheront de localiser très-exactement l'affection. On conçoit, enfin, combien le diagnostic offre d'incertitude lorsqu'il y a à la fois collection de pus dans le rein et dans le tissu cellulaire extérieur. Cependant l'étude des antécédents pourra quelquefois permettre d'établir l'existence de cette double altération: ainsi, lorsque, chez un sujet qui offre des signes rationnels ou positifs d'une suppuration des reins, on voit survenir tout à coup autour de la tumeur rénale des accidents aigus, tels que douleur vive, induration plus étendue, bientôt remplacée par de l'œdème et par de la fluctuation, on ne pourrait conserver aucun doute sur l'existence d'un foyer consécutif à une pyélite.

Lorsque l'abcès est ouvert à l'extérieur, on ne peut pas toujours juger, d'après la nature du pus, des altérations viscérales qui existent: c'est ainsi que le liquide exhale souvent une odeur stercorale, bien qu'il n'existe aucune communication entre le foyer et le côlon. Souvent aussi l'abcès communique avec le bassinnet ou avec les calices, sans que le pus répande une odeur urineuse: c'est ce qui a lieu surtout lorsque le rein, entièrement détruit, ne remplit plus ses fonctions.

Pronostic. — Les abcès périnéphrétiques constituent toujours une affection grave, excepté peut-être lorsqu'ils sont primitifs et très-circonscrits.

Traitement. — Tout le traitement consiste, dans la période phlegmoneuse, à employer les antiphlogistiques, surtout les émissions sanguines locales; puis, dès que la suppuration est certaine et qu'on perçoit de la fluctuation, il faut se hâter de lui livrer une issue par une incision, afin de prévenir les larges décollements. On se hâtera surtout dans les abcès consécutifs à une perforation du côlon et du bassinnet, à cause de la gangrène et des désordres que produisent l'urine et les matières fécales épanchées dans le tissu cellulaire; dans ces cas, on ne doit pas même attendre la manifestation de la fluctuation pour opérer de larges incisions, afin de donner issue au plus tôt aux matières septiques qui infiltrent les parties molles et qui les mortifient par leur contact.

DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES

Les fosses iliaques internes sont fréquemment le siège de tumeurs phlegmoneuses. Celles-ci méritent toute l'attention du médecin, en raison de leur gravité et par certaines difficultés que leur diagnostic présente dans quelques cas.

Historique. — Cette maladie a fixé, dès le siècle dernier, l'attention de quelques chirurgiens, et surtout de plusieurs accoucheurs. Delamotte (1), Ledran (2), Levret (3), Bourienne (4), Puzos (5), Deleurye (6) et plusieurs autres avaient publié sur ce sujet des observations utiles; mais l'affection pourtant n'était encore que très-imparfaitement connue. Signalée à la clinique de Du-

(1) *Chirur.*, t. I.(2) *Obs. de chir.*, t. II. Paris, 1731.(3) *Art des accouchements*, p. 165. Paris, 1766.(4) *Journal de médecine*, t. XLIII, année 1775.(5) *Mémoire sur les dépôts lacteux*, p. 72.(6) *Accouchements*, 2^e édit., 1777, p. 509.