part, il arrive parfois, même avec cette dernière circonstance, qu'il n'y ait aucun trouble notable des fonctions locomotrices ; et d'autre part, il est certain que l'inflammation de l'encéphale et des méninges suffira seule à produire toutes les perturbations possibles de la contractilité musculaire, et cela sans entraîner nécessairement le désordre mental. Le renversement du tronc en arrière et de façon à former une sorte d'arc, en un mot, l'opisthotonos, voilà le symptôme que l'on a prétendu être l'indice le plus certain d'une méningite rachidienne. Eh bien, cela n'est rien moins que pathognomonique ; si effectivement ce symptôme se rencontre parfois avec la méningite rachidienne, il peut, parfois aussi, se montrer sans elle.

Au surplus, dans la plupart des cas où l'on constate une méningite rachidienne, on trouve en même temps une méningite encéphalique. Et voilà même, en grande partie du moins, pourquoi la science, jusqu'à présent, n'a guère pu faire la part précise des symptômes qui appartiennent à la première affection, et de ceux qui appartiennent à la seconde.

570. *Thérapeutique.* — (290 et 568.) — Pour peu qu'on soit fondé à soupçonner l'existence d'une méningite rachidienne chez un malade, voici quels sont les moyens de traitement à mettre en œuvre :

Phlébotomies. Ventouses scarifiées ou sangsues le long de la colonne vertébrale. Bains tièdes ou chauds. Hydrargyrose promptement poussée. Opium à haute dose. Vésicatoires, cautères ou moxas le long de la colonne vertébrale ; mais cela particulièrement pour les cas chroniques.

ARTICLE XXXII.

PÉRITONITE.

(Modern., — de Περιτόναιον, péritoine. — En latinité médicale, *Peritonitis* était le mot qui avait prévalu par corruption, — au lieu de *Peritonœitis*, mot tout-à-fait correct et qu'ont employé quelques auteurs, entre autres un certain Lynch, dans une thèse citée par Ploucquet, à l'article *Peritonæum*, et intitulée : *Diss. de peritonœitide puerperarum*. Edinburgh, 1799.)

(Voir nos 303-4.)

571. *Bibliographie.* — LAENNEC. *Histoires d'inflammations du péritoine.* (Dans le *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, en deux articles, fructidor an X, et vendémiaire an XI.)

GASC. — (Dans le *Dictionn. des sc. médic.*, — t. XI, p. 490-529.) — Art. *Péritonite.*

BAUDELOCQUE. *Traité de la péritonite puerpérale.* Paris, 1830, in-8°.

ANDRAL. — (*Clinique médicale*, t. II, p. 540-704.)

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XXIII, p. 558-603.) — Art. *Péritonite.*

DUPARCQUE. *Mémoire sur la péritonite aiguë essentielle chez les jeunes filles.* (Dans les *Annales d'obstétrique*, mai et juin 1842.)

RILLIET et BARTHEZ. — (*Op. cit.*, — t. Ier, p. 555-75 ; — et t. III, p. 377-406.)

572. *Définition scolastique* (29. A.). — La péritonite est l'inflammation du péritoine, ou, mieux encore, du tissu cellulaire sous-péritonéal.

573. *Synonymie.* — Vulgairement, Inflammation du bas-ventre. Terme sous lequel l'inflammation du péritoine fut si longtemps, c'est-à-dire jusqu'à la fin du dernier siècle, confondue avec les inflammations de l'intestin, de la matrice, etc.

§ I. De la Péritonite aiguë en particulier.

574. *Nosologie.* — A. Prenons d'abord pour type, en fait de symptomatologie, la péritonite occupant la totalité du péritoine, la *péritonite générale*, lorsqu'elle est suraiguë, et qu'elle se présente avec un certain ensemble de symptômes bien tranchés qui la font assez facilement reconnaître. Or, en pareil cas, qu'y a-t-il de plus important, de plus saillant à noter ? A cet égard, il suffit, je pense, de fixer dans sa mémoire les divers points que voici.

α. Les *symptômes locaux* sont : 1° une douleur vive, atroce, dans toute l'étendue de l'abdomen, soit qu'elle ait eu dès son début ce caractère de généralité, soit qu'elle ait commencé par se faire sentir dans un siége plus ou moins restreint, à l'ombilic, par exemple, ou bien à l'épigastre, ou bien dans l'une des fosses iliaques, etc., auquel cas elle peut souvent, après s'être propagée partout, garder un plus haut degré d'intensité dans ce siége primitif ; douleur ordinairement tensive, quelquefois pongitive ou bien térébrante ; s'exaspérant par la pression même la plus légère, par le poids d'un cataplasme, voire même d'un simple drap de lit, en sorte que, parfois, il y a nécessité absolue de soutenir les couvertures à l'aide de cerceaux ; s'exaspérant aussi, comme de raison, par les efforts de vomissement, par l'acte d'exonération alvine, par les contractions nécessaires pour la miction, par les moindres mouvemens que le malade essaie pour changer de position dans son lit ; 2° une sensation locale de chaleur brûlante qui accompagne la plupart du temps cette douleur abdominale ; 3° le ventre dur, — quelquefois, mais rarement, rétracté, ce qui n'arrive guère que dans les premiers jours de la maladie, — le plus ordinairement météorisé, et présentant chez tels et tels malades une intumescence d'autant plus considérable, qu'il était auparavant flasque de sa nature, ou qu'il venait d'être récemment distendu, comme chez les femmes à la suite de l'accouchement, ou dans les deux sexes après la paracentèse ; 4° enfin, les vomituritions et les vomissemens.

ε. Parmi les *symptômes généraux* que la péritonite suraiguë ne manque jamais d'entraîner, et qui dans leur ensemble constituent un appareil fébrile de formes extrêmement variées selon les cas (280. D.), il importe spécialement de signaler les traits suivans comme ayant une existence à peu près constante, et concourant par conséquent à caractériser la maladie. Ce sont : 1° le décubitus dorsal (45. A.); 2° la face grippée (45. G. δ.); 3° l'horrible tourment d'une soif brûlante que les malades n'osent satisfaire de peur de réveiller les vomissemens; 4° la respiration non seulement fréquente, mais, de plus, petite, et parfois même entrecoupée (46. F. γ.), ce qui tient à ce que l'abaissement du diaphragme a pour effet, comme la pression de la main sur le ventre, de produire l'exaspération des douleurs abdominales; 5° enfin, le pouls fréquent et serré (46. F. δ.).

γ. En ce qui touche à la *marche de la maladie*, remarquons, premièrement, que d'ordinaire il y a une fièvre prodromique, tout au moins une courbature et un frisson, avant l'apparition de la douleur abdominale; mais que, dans certains cas, au contraire, cette douleur est le premier symptôme, le phénomène d'invasion. En second lieu, une vérité fort triste à dire, mais incontestable, c'est que, dans le plus grand nombre des cas, la maladie aboutit rapidement à un dénouement funeste; elle peut emporter le malade en l'espace d'un septénaire, quelquefois plus vite encore, en trois ou quatre jours, en quarante-huit heures, voire même en moins de vingt-quatre heures. Toutefois, la résolution de la péritonite aiguë n'est pas chose impossible, et quelques malades sont assez heureux pour obtenir une telle terminaison. Chez d'autres, moins heureux, on voit bien, au bout de quelques jours, les symptômes cesser leurs alarmans progrès, décliner même et diminuer tous à la fois d'intensité, mais sans que la guérison pourtant s'accomplisse; la péritonite passe à l'état chronique.

δ. Un *phénomène consécutif* que l'on voit d'ordinaire persister très longtemps, indéfiniment même, chez la plupart de ceux qui ont survécu à une péritonite, c'est une douleur sourde dans un ou plusieurs points de l'abdomen, et qui ne laisse pas que d'y devenir plus sensible par la pression, par la marche, par toutes les secousses imprimées au corps. Effet dû, selon toute vraisemblance, à des adhérences partielles, qui, lors même qu'elles ne produisent aucun trouble notable dans les fonctions de l'économie animale, n'en sont pas moins un vice anatomique toujours fâcheux, en ce qu'elles peuvent donner lieu à un accident des plus graves, à l'étranglement interne de quelque anse intestinale. Au surplus, ces douleurs que la péritonite laisse après elle, et qui s'expliquent si bien par les adhérences péritonéales, sont quelquefois portées au point de constituer une infirmité cruelle. M. Chomel (*Leçons sur le rhumatisme*, p. 84-5), cite une malade dont tel était le cas, très probablement du moins, et qui, pendant une dizaine d'années, ne put ni se livrer à une marche tant soit peu rapide, ni même supporter les oscillations de la voiture la plus mollement suspendue, sans éprouver bientôt, et parfois même sur-le-champ, de très vifs élancemens dans l'intérieur du ventre : elle ne pouvait alors se rendre de Paris à Passy en carrosse; comme on lui avait conseillé l'usage des eaux d'Enghien à la source même, elle ne pouvait se rendre à ces bains qu'en se faisant porter sur les bras d'hommes qui se relayaient : aussi n'y allait-elle que la nuit. Au bout de dix ans, cette dame en était venue seulement à supporter la voiture une heure ou deux, mais pas davantage; dans le milieu de la journée, pour mettre fin à certains tiraillemens abdominaux, elle était obligée de se déshabiller, et de se reposer horizontalement. Et aujourd'hui encore (octobre 1844), c'est-à-dire en dépit du laps de huit autres années, elle en est toujours au même point; M. Chomel m'écrit qu'elle reste incapable de faire de plus longues promenades en voiture, et qu'elle ne peut pas non plus se dispenser chaque jour, dans l'après-midi, de céder au même besoin du déshabillé et du décubitus.

B. La péritonite, loin de se montrer toujours avec des symptômes bien tranchés (A. α. et ε.), peut aussi être latente, conformément à la loi générale qui régit les phlegmasies séreuses (304. C.). Il y a lieu, certes, de poser ce cas en espèce à part, ainsi que le fit Alibert dans sa *Nosologie* (famille II, *Entéroses*, genr. VI, esp. 4, *Péritonite larvée*). Broussais, dans son Traité des *Phlegmasies chroniques*, avait appelé l'attention des médecins sur le fait des péritonites latentes, fait aujourd'hui connu universellement. Ce n'est pas, au surplus, un cas bien rare. Depuis le premier exemple que j'ai observé, et dont je pris note (en 1828, à l'hôpital de la Charité), jusqu'à celui que j'ai vu dernièrement et que je vais citer et rapporter plus bas pour un point de vue étiologique (575. D. α.), combien de péritonites latentes n'ai-je pas constatées par autopsie, les unes soupçonnées par moi du vivant même des malades, les autres, je l'avoue, demeurées inaperçues jusqu'à l'ouverture du cadavre.

C. La péritonite est quelquefois bornée à une portion du péritoine : c'est la *péritonite partielle*. En pareille circonstance, la douleur reste, comme elle a débuté, dans un point, dans une région du ventre, à l'hypogastre, par exemple, ou dans l'un des flancs, etc. A cette douleur il se joint souvent de la tuméfaction et de la dureté dans la région affectée, et, de plus, une fièvre inflammatoire (280. D.) plus ou moins intense. Mais, en général, on n'observe alors ni les vomissemens, ni la face grippée. La péritonite partielle peut se transformer, après plus ou moins de temps, en une péritonite générale; et là en est le danger, toujours à craindre jusqu'à guérison parfaite. Mais, d'ordinaire, la péritonite par-

exemple, un fait qui se trouve consigné dans la *Médecine clinique* de Pinel (p. 243), et que voici : — Une femme âgée de soixante-deux ans, sujette à la goutte, éprouvait depuis quelques jours des symptômes arthritiques au pied gauche ; à la suite d'un accès de colère, la goutte du pied disparaît ; deux heures après, symptômes alarmans du côté de l'estomac et du péritoine : mort le sixième jour ; l'autopsie démontre l'existence d'une gastro-péritonite.

D. Comme causes déterminantes, accusons principalement celles que voici :

α. Les *contusions*, surtout les contusions très violentes, qui portent sur l'abdomen, n'importe par quel point du pourtour de cette importante cavité. Il ne faut pas même excepter celles qui ont lieu par l'épaisse masse des parois lombaires, si bien faites pourtant pour protéger et garantir l'intérieur de l'abdomen. Tout récemment encore, je viens d'observer, dans mon service (Hôtel-Dieu annexe, salle Sainte-Cécile, n° 6 ; février-mai 1843, internat de M. Em. Chauffard), un exemple de péritonite née d'une contusion sur la région lombaire : — Rosalie Cantin, par suite d'une chute, éprouvait une douleur vive, profonde et opiniâtre dans la partie droite des lombes ; station et marche d'abord difficiles, puis impossibles, en raison de cette douleur ; fièvre hectique ; toux fréquente et pénible avec fort peu d'expectoration ; inappétence de plus en plus prononcée ; dyspepsie ; plus tard, diarrhée colliquative ; mais jamais de vomissemens, mais une parfaite indolence du ventre à la pression ; rien à noter du côté de la poitrine, quant aux phénomènes de percussion et d'auscultation ; quelques temps avant la mort, œdème des extrémités inférieures, puis le *flot du liquide* (*Path. chir.*, t. I, p. 76) se fait sentir dans le ventre, assez obscurément, il est vrai, et à la condition d'une exploration très attentive.—*Autopsie :* péritonite bien caractérisée avec de nombreuses adhérences des circonvolutions intestinales ; épanchement considérable de sérosité ; cirrhose commençante ; collection purulente sous-péritonéale, auprès et au-dessous de la portion lombaire du muscle psoas du côté droit, et là était, évidemment, la cause immédiate de la péritonite ; poumons parfaitement sains,—quoique, en raison de la toux et du marasme, le mot de *tubercules* eût été, et cela devait être, le mot inscrit à titre de diagnostic sur la feuille d'entrée, d'après le Bureau central, auquel les règlemens commandent un diagnostic sur chaque billet d'admission, tâche véritablement, je dirai même physiquement impossible à remplir d'une façon toujours exacte avec l'énorme affluence de malades qu'il faut là, chaque jour, n'examiner qu'à la hâte.

β. Les *plaies pénétrantes* de l'abdomen. Catégorie où il va sans dire que se trouve comprise la paracentèse, opération après laquelle, chez

les sujets ascitiques, la péritonite n'est assurément pas la règle, mais n'est pas non plus un accident très rare.

γ. Les *perforations ulcératives, gangréneuses ou autres, de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, du rein, d'un kyste, d'un abcès*, etc., par où des matières plus ou moins irritantes, comme les alimens, le chyme, la bile, la matière fécale, des hydatides, du pus, etc., viennent à s'épancher dans la cavité du péritoine. Pour en revenir particulièrement aux perforations gastro-intestinales, qui sont, sans contredit, les plus fréquentes, elles peuvent être, en effet : — tantôt spontanées, comme on dit, par suite d'une gastrite ou d'une entérite à forme ulcéreuse ou gangréneuse ; — tantôt déterminées par une action véritablement traumatique de certains poisons, de certains corps étrangers,—1° poisons caustiques, qui produisent une escarre de toute l'épaisseur des parois de l'estomac et de l'intestin, dans une étendue plus ou moins grande, d'où ensuite un trou à l'instant que l'escarre vient à se séparer du vif, — 2° corps étrangers mécaniquement vulnérans, en raison de leur forme, comme on le voit, par exemple, — prenons entre tant et tant d'autres faits analogues cet exemple-là, qui nous tombe sous la main, — comme on le voit, dis-je, dans le cas très curieux et très intéressant, rapporté par M. le docteur Névet (de Nancy), d'un saltimbanque lithophage, qui, un jour, après avoir avalé une assez grande quantité de cailloux, avala aussi une cuiller de fer, eut, peu d'heures après, tous les symptômes d'une péritonite, et mourut le lendemain, la cuiller (c'est ce que l'autopsie démontra) se trouvant arrêtée dans le duodénum, et en ayant opéré la déchirure avec son manche, qui sortait déjà de *deux pouces* par cette déchirure. (Voir *Archives générales de médecine*, juillet 1839, p. 353-6.) Pour les perforations rénales, je puis et je dois renvoyer le lecteur à un article de mon premier volume, à l'article *Pyélite* (525. D. — 526. F. — et 527. D.).

δ. Enfin, l'*entérite phlegmoneuse* (468-9), par quelque cause que cette maladie soit produite et entretenue. Et, indépendamment, bien entendu, d'une terminaison par perforation, mais ne fût-ce que par l'extension du molimen inflammatoire des tuniques intérieures de l'intestin à la tunique séreuse.

576. *Diagnostic.* — Signalons ici un double écueil ; et, assurément, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de n'y échouer dans aucun cas.

A. Un premier écueil est de méconnaître la péritonite, lorsqu'elle est latente (574. B.), voire même toutes les fois qu'elle existe sans un appareil symptomatique qui soit des plus propres à la caractériser d'une façon évidente et indubitable.

B. Un second écueil, l'écueil contraire, c'est de voir la péritonite là

où elle n'existe pas; c'est de la voir dans tous les cas de fièvre puerpérale indistinctement et sans exception; c'est de la voir dans quelques autres affections abdominales, où se montrent des symptômes semblables à ceux qui sont ordinairement les siens. Je me borne à avertir que les affections qui peuvent simuler quelquefois une péritonite sont principalement : 1° le rhumatisme pré-abdominal (Voir les *Leçons cliniques sur le Rhumatisme*, p. 67 et suiv.); 2° l'inflammation très aiguë de quelque viscère abdominal, notamment de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus ou de la vessie; 3° enfin, les coliques nerveuses.

Voilà les difficultés indiquées; voilà pour ainsi dire les problèmes posés. Si je voulais maintenant entrer dans le détail des données propres à résoudre ces problèmes, sinon toujours, du moins pour la majorité des cas, une telle discussion exigerait de trop longs développemens. Je laisse à mes lecteurs de suppléer cette lacune par leurs propres recherches, par leurs propres méditations.

577. *Pronostic.*—Toujours grave, très grave, sauf tout au plus le cas de péritonite partielle, et lorsque cette péritonite partielle n'occupe qu'un espace peu considérable. La péritonite générale est le plus souvent mortelle; et, en particulier, celle qui est due à la perforation d'un viscère creux, d'un kyste ou d'un abcès, l'est presque toujours, et cela dans un court délai.

578. *Thérapeutique.* — (290.) — A. Emploi des émissions sanguines dès le début de la maladie, avec autant d'énergie et de profusion que le permet l'état des forces. Une ou deux larges phlébotomies, par exemple, dans les premières vingt-quatre heures. Sangsues en grand nombre : cinquante, cent ou même davantage, sur le ventre.

B. Cataplasmes émolliens et laudanisés, si tant est que le poids n'en soit pas insupportable : sinon, se borner aux fomentations, aux embrocations de même nature; quelquefois même, mieux vaut ne rien faire, absolument rien en ce genre, tant se montre excessive, en certains cas, la sensibilité du ventre, je ne dirai plus à la pression, mais au moindre contact!

C. Boissons acidules (132. F. α.), froides et même à la glace : voilà ce qui, en général, convient et réussit le mieux pour étancher la soif, sans redoubler les vomissemens. Au besoin, potion anti-émétique de Rivière. En cas de péritonite par perforation du canal digestif, le mieux serait de ne rien boire du tout; car, autrement, il n'est guère possible qu'une plus ou moins grande quantité de la boisson administrée au malade ne vienne pas à passer dans la cavité du péritoine, ce qui ne saurait avoir lieu sans aggraver l'état des choses, ou du moins sans contrarier la formation et la consolidation des adhérences à l'aide desquelles la nature pourrait remédier d'elle-même à la perforation. Si donc, en

semblable circonstance, on ne veut pas renoncer à toute espérance de salut, il faut persuader aux malades d'endurer la soif et de ne la calmer, pour ainsi dire, qu'à la dernière extrémité, soit en suçant des quartiers d'orange, des morceaux de glace, etc., soit en ne buvant qu'une ou deux gorgées de tisane à la fois, et encore à de rares intervalles.

D. Intervention de la médicamentation narcotique, et notamment des préparations opiacées, toutes les fois que les douleurs sont excessivement vives et qu'elles n'ont point cédé à un raisonnable déploiement de phlébotomies et de sangsues.

E. Une condition généralement bonne à remplir dans le traitement de la péritonite aiguë, mais qui est surtout de rigueur en cas de perforation de l'estomac ou de l'intestin, et peut encore, alors même, ouvrir une certaine chance de salut, c'est l'immobilité complète et absolue du corps. Quand la nature elle-même n'y oblige pas forcément les malades par l'atroce exagération de leurs douleurs à l'occasion du moindre mouvement, les malades font bien de se condamner volontairement à une telle immobilité. Qu'ils n'aient jamais à s'aider eux-mêmes de leurs mains pour avaler leur tisane; qu'une main étrangère les fasse boire avec les plus douces précautions, sans même leur soulever la tête. Miction dans un urinal; exonérations alvines dans un bassin adroitement placé sous le siége.

F. Bains ou demi-bains chauds, avec ou sans addition de principes émolliens. Mais seulement, bien entendu, quand l'immobilité absolue n'est pas de rigueur (E.), et quand le malade peut, sans trop de douleur, sans trop d'inconvéniens, supporter les déplacemens, les translations de son lit à la baignoire et de la baignoire à son lit.

G. Large vésicatoire sur le ventre; emploi de la pommade stibiée; frictions avec l'huile de croton tiglium : voilà autant de moyens révulsifs, qu'il est rationnel d'exploiter lorsque les émissions sanguines ne peuvent pas ou ne peuvent plus être mises en usage.

H. Frictions mercurielles sur le ventre, répétées, par exemple, à la dose de quatre grammes d'onguent napolitain chaque fois. C'est là une médicamentation qui a ses prôneurs pour être employée soit dès le début même de la péritonite aiguë, avec ou sans le concours des émissions sanguines, soit seulement après que celles-ci ont été suffisamment réitérées. J'y ai eu bien des fois recours de cette dernière façon; mais, je dois le dire, sans avoir jamais eu le bonheur d'être parfaitement édifié sur l'efficacité réelle d'un tel mode de traitement.

§ II. Quelques mots sur la Péritonite chronique.

579. *Nosologie.* — A. La péritonite chronique fait suite, cela va sans dire, à un état d'inflammation aiguë, soit latent, soit avec symptômes tranchés et caractéristiques. Dans ce premier cas, où il est assez ordinaire de dire, par abus de mot, par catachrèse, que la péritonite est chronique primitivement, chronique d'emblée, on voit la maladie empirer progressivement; et de légère, d'obscure qu'elle était d'abord, en venir, chez beaucoup de sujets, à se dessiner de la façon la plus franche et la plus incontestable. Dans le second cas, une rémission de l'ensemble symptomatique, un amendement, hélas! plus apparent que réel, marque le passage de l'état aigu à l'état chronique (574. A. γ.).

B. Ici encore, comme à l'égard de la péritonite aiguë, supposons la péritonite chronique se montrant avec un ensemble de symptômes qui soient des plus propres à la caractériser. Que voyons-nous alors?

α. D'abord, quant à l'*état du ventre*, notons la douleur, qui, généralement, il est vrai, n'est ni intense ni continue, mais sourde et obscure, et qui, la plupart du temps même, ne se manifeste que sous la pression d'une main qui explore, ou à l'occasion d'un effort qui détermine une contraction énergique des muscles abdominaux, ou bien en raison d'une secousse imprimée au corps, soit par un faux pas, soit par le cahotage d'une voiture. Le ventre, outre cela, présente à l'inspection et à la palpation deux manières d'être, qui correspondent à deux variétés anatomiques de la péritonite chronique, variétés constituées, l'une par l'existence d'un épanchement dans la cavité péritonéale, l'autre par l'absence de l'épanchement, ou nul dès le principe, ou plutôt disparu par résorption. Dans la première variété, en effet, le ventre est augmenté de volume, ou tout au moins, en gardant son volume naturel, se montre plus dur, plus tendu qu'à l'ordinaire: la percussion y découvre une matité pathologique, soit générale, soit partielle; on peut même y constater le *flot du liquide*, mais d'une façon rarement très manifeste, le plus communément obscure, comme je disais tout-à-l'heure l'avoir observé chez Rosalie Cantin (575. D. α.). Dans la seconde variété, au contraire, le ventre est plutôt diminué qu'augmenté de volume; il offre à la main qui l'explore, une résistance et une dureté contre nature et qui ne tiennent pas du tout à la contraction des muscles abdominaux; quelquefois même on sent sous le nombril une saillie mal circonscrite et peu considérable, que les intestins ratatinés et confondus entre eux par les adhérences forment au-devant de la colonne vertébrale. Inutile d'ajouter que cette variété succède, dans certains cas, à la première, et cela par la résorption de l'épanchement.

β. Pour ce qui est, maintenant, des *autres symptômes*, en voici un

bref aperçu. Dyspepsie constante, comme en cas de gastrite chronique (454. D. α.); inappétence, dégoût. Chez quelques sujets, mais non pas chez tous, il y a des vomituritions et même des vomissemens. Chez les uns, constipation excessive; chez les autres, dévoiement: mais il faut ajouter que, sur la fin de la maladie, une diarrhée colliquative est, en général, la règle. Pouls fréquent; chaleur fébrile, particulièrement vers le soir. Assez ordinairement, de la dyspnée et de la toux viennent à se produire en surcroît de tourmens, à titre de conséquences, — sympathiques ou mécaniques, ne discutons pas cela, — de l'état pathologique où se trouve l'abdomen. Face grippée ou quelque chose d'approchant. Amaigrissement, marasme, asthénie de plus en plus considérable. Il n'est pas rare, dans la première variété de péritonite chronique (α.), dans la péritonite chronique avec épanchement, d'observer l'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales, et, pour ainsi parler, une sorte de demi-anasarque.

C. La péritonite chronique a communément une marche lente et une longue durée. Souvent elle demeure stationnaire pendant plusieurs mois. Elle peut même offrir une ou plusieurs fois des apparences d'amendement, qui presque toujours ne sont que momentanées. La mort est la terminaison ordinaire, dans l'une et l'autre des variétés anatomiques de cette maladie, et peut-être plus particulièrement dans la seconde variété que dans la première.

D. L'épanchement, en cas de péritonite chronique, est presque toujours séreux ou, tout au plus, mélangé de flocons pseudo-membraneux. Il ne se peut guère qu'il soit purulent, si ce n'est lorsque la péritonite est partielle et qu'elle occupe un petit espace: car la sécrétion d'un liquide purulent sur toute la surface du péritoine constitue un cas fort peu susceptible de passer à l'état chronique, un cas suraigu par excellence et qui, en général, entraîne une mort très rapide.

E. Avec ou sans épanchement, l'autopsie constate des adhérences (304. G.) plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, plus ou moins intimes, qui agglomèrent et confondent les anses intestinales entre elles, et aussi avec les épiploons, voire même avec le feuillet pariétal du péritoine. Cette agglomération des intestins en une sorte de paquet inerte, où les mouvemens nécessaires au parfait accomplissement des fonctions digestives ne peuvent plus avoir lieu, voilà ce qui rend la guérison impossible, la mort inévitable, alors même que l'épanchement s'est résorbé et que l'inflammation séreuse est véritablement terminée. Dans certains cas où il n'y a pas d'épanchement, l'adhérence de la masse viscérale avec le feuillet pariétal du péritoine est telle que, si l'on est novice en fait d'investigations nécroscopiques, on peut, tout en atteignant déjà du scalpel la colonne vertébrale, ne pas se croire parvenu dans la

cavité péritonéale : erreur jusqu'à un certain point justifiée par l'oblitération de cette cavité, par l'amincissement des parois abdominales et par l'atrophie des intestins.

F. Encore un dernier trait d'anatomie pathologique. C'est que, dans un grand nombre de cas, la péritonite chronique est une péritonite tuberculeuse (304. I.). Mais presque toujours, en semblable circonstance, outre les tubercules que l'on constate çà et là dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, particulièrement sur les circonvolutions intestinales, on en constate aussi dans d'autres organes, notamment dans les poumons.

580. *Thérapeutique.* — Que faut-il faire? Que faut-il prescrire? Hélas! en vérité, c'est avec la pensée bien triste et bien décourageante qu'une guérison n'est possible que par exception rare, une fois sur cent, une fois sur mille, que sais-je? Mais enfin toujours est-il qu'on agit, du moins, dans un but certain de thérapeutique palliative, dans le but de soulager les malades et de prolonger leurs jours.

A. Grand repos. Eviter toute pression sur le ventre, toute secousse, tout effort qui réveillerait ou exaspérerait les douleurs. Régime alimentaire habilement et sévèrement maintenu dans une juste mesure. Voilà pour les soins de pure hygiène.

B. Encore, au besoin, les saignées, notamment la saignée locale à l'aide de sangsues sur le ventre, lorsque cette ressource a été négligée dans les commencemens du mal, et aussi lorsqu'il survient quelque recrudescence du molimen inflammatoire; encore quelques saignées, disons-nous, sauf, bien entendu, les contre-indications que l'asthénie peut élever. Mais surtout, et en règle générale, les bains et les demi-bains, simples ou émolliens; la médicamentation émolliente par le moyen de cataplasmes, de fomentations, d'onctions; les exutoires (vésicatoires, cautères, moxas ou sétons), soit sur le ventre même, soit à la partie supérieure des cuisses; et enfin, la mercurialisation par les frictions, ou bien encore par le calomel à l'intérieur.

C. Pourquoi pas la paracentèse? Pourquoi ne pas essayer cette ressource, lorsqu'un épanchement général ou partiel persiste après la cessation de l'orgasme inflammatoire, — et, bien entendu, lorsque les fonctions digestives s'exécutent encore assez régulièrement et que l'état des forces vitales se montre encore assez bon pour fonder une légitime espérance de guérison sur la disparition de l'épanchement? Là peut-être gît une chance de salut, surtout en cas de péritonite partielle. Les fastes de l'art nous présentent des cas dans lesquels, assure-t-on, la nature a sauvé elle-même les malades en ouvrant spontanément une issue extérieure à la collection purulente ou séro-purulente.

ARTICLE XXXIII.

PLEURÉSIE.

(Dictionn. de l'Acad., Vitet, Pinel, Laënnec, etc. — *Pleuresis*, de Paracelse : — par altération, pour Πλευρῖτις, Hipp., mot dérivé de Πλευρά, côte, et qui signifiait un *point de côté*, c'est-à-dire indifféremment la pleurésie et la pleurodynie d'aujourd'hui.)

(Voir nos 303-4.)

581. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIe partie, sect. IV, chap. 1er, *De la pleurésie.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. IV, p. 402-632.)

CRUVEILHIER. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. XIII, p. 281-343.) — Article *Pleurésie.*

CHOMEL. — (Dans le *Répert.*, — t. XXV, p. 6-55.) — Article *Pleurésie.*

HIRTZ. *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie.* (Dans les *Archives*, février 1837.)

HEYFELDER. *Sur la pleurésie chronique et l'empyème.* (Dans les *Archives*, mai 1839.) — Avec quelques réflexions de M. Valleix, à la suite de ce mémoire.

BARON (Ch.). *De la pleurésie dans l'enfance.* Th. inaug. Paris, 1841.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. I, p. 140-81.)

SÉDILLOT. *De l'opération de l'empyème.* Thèse de concours. Paris, 1841, in-4°.

DAMOISEAU. *Recherches cliniques sur plusieurs points de diagnostic des épanchemens pleurétiques.* (Dans les *Archives*, octobre et décembre 1843.)

VALLEIX. — (*Guide du médecin*, — t. II. Paris, 1843, in-8°. — Chap. VI.)

582. *Définition scolastique.* — Le mot pleurésie, depuis Pinel, ne sert plus qu'à désigner précisément, uniquement, exclusivement, l'inflammation de la plèvre, ou, si l'on aime mieux dire ainsi, du tissu cellulaire sous-pleural.

Je dis depuis Pinel; car il faut savoir qu'antérieurement aux progrès du diagnostic anatomique on ne se faisait pas scrupule de confondre, sous le titre de pleurésie, les simples inflammations de la plèvre et les pleuro-pneumonies; tant il est vrai que le point de côté passait pour le fait capital, pour l'essence même de la maladie, aux yeux des médecins qui se préoccupaient de l'étude des symptômes plus que de celle des altérations anatomiques! Et ce qui est bien digne de remarque, c'est qu'un livre de Pinel lui-même nous offre encore des traces de cette vieille con-