

mer séparément, on peut néanmoins avancer que ce fut Bichat qui, le premier, isola cette affection, et en fit une maladie aussi distincte de l'entérite et de la gastrite que la pleurésie l'est de la pneumonie. Les recherches pathologiques de Gasc (thèse de 1802), celles de Laënnec, insérées la même année dans le *Journal de Corvisart*, ne tardèrent pas à confirmer les opinions de notre grand physiologiste : dès lors la péritonite trouva sa place distincte dans le cadre nosologique, et devint l'objet de travaux très-importants, que nous devons surtout à Broussais (1), à M. Andral (2), à Chomel (3), à M. Scoutetten (4). (Voyez plus bas, *Péritonite puerpérale*.)

**Divisions.** — On doit distinguer plusieurs espèces de péritonites : l'une, que nous nommerons *spontanée* ou *primitive*, et qui survient chez l'homme ou bien chez la femme hors de l'état puerpéral, sous l'influence des causes qui président au développement des autres phlegmasies ; nous nommerons la deuxième espèce *symptomatique* ou *consécutive*, parce qu'elle se déclare consécutivement à quelque lésion des viscères abdominaux, et notamment après une perforation d'un des organes creux contenus dans le ventre ; la troisième espèce est la péritonite dite *puerpérale*, parce qu'elle affecte les femmes récemment accouchées ; enfin nous décrirons une péritonite *chronique*. Dans chacune de ces quatre espèces, la phlegmasie peut être *générale*, c'est-à-dire envahir tout le péritoine ; ou bien être *partielle*, ou limitée à un point plus ou moins circonscrit de la membrane séreuse.

#### De la péritonite aiguë simple, ou primitive.

L'observation journalière nous a démontré que la péritonite spontanée ou primitive est une affection excessivement rare ; c'est à peine en effet si dans le cours d'une année entière on en rencontre un ou deux exemples dans le service le plus actif d'un hôpital ; la pratique de Chomel, celle de M. Louis confirment pleinement cette opinion.

**Caractères anatomiques.** — On a dit que lorsque les malades succombaient à une époque très-voisine du début, comme douze ou vingt-quatre heures, on trouvait le péritoine seulement injecté, rouge, sec ou poisseux au toucher. Cependant cette sécheresse, ou plutôt cet état poisseux est dû à la sécrétion d'une matière morbide, d'un produit albumino-fibrineux, qui ôte à la séreuse son poli, et fait bientôt adhérer entre elles les circonvolutions intestinales. Cette sécrétion, qui constitue le principal caractère anatomique de la péritonite, est d'autant plus marquée, le nombre des circonvolutions intestinales qui adhèrent entre elles et avec les parois abdominales est d'autant plus considérable, que la mort est survenue à une époque un peu plus éloignée du début. Si la péritonite a duré deux ou trois jours, on trouve en outre, épanchés dans le péritoine, de 100 à 500 grammes et plus d'un liquide séro-purulent mêlé à une plus ou moins grande quantité de flocons blancs, ou bien jaunes ou verdâtres. Dans quelques cas rares, l'épanchement liquide est formé par du sang pur qui a été exhalé ; car on ne trouve, pour expliquer sa présence, aucune lésion appréciable des vaisseaux. Le péritoine enflammé ne subit aucune grave altération de nutrition : on ne le trouve jamais ni ulcéré ni gangrené ; quelquefois il semble un peu friable, et il paraît se détacher plus facilement de la sur-

(1) *Phlegmasies chroniques*.

(2) *Clinique médicale*.

(3) *Dictionnaire de médecine*, art. PÉRITONITE.

(4) *Archives*, t. III, p. 497.

face des intestins, mais il n'est jamais épaissi. Lorsqu'on l'isole complètement des concrétions albumineuses qui se sont formées à sa surface, on constate qu'il n'a point perdu sa transparence ; si l'on en détache des lambeaux sans entraîner de tissu cellulaire, on peut se convaincre que l'injection l'a très-rarement pénétré, et que presque toujours la couleur rouge, qui semble lui être propre lorsqu'on l'examine en place, dépend de la congestion sanguine du réseau capillaire subjacent. Comme Ménière l'a démontré le premier, je crois, le péritoine enflammé subit un mouvement de retrait et fait subir au tube digestif, surtout à l'intestin grêle, un raccourcissement plus ou moins considérable ; celui-ci peut, en effet, avoir perdu le quart, le tiers ou la moitié de sa longueur : aussi semble-t-il plus épais, les valvules conniventes sont alors aussi nombreuses et presque aussi saillantes près de la valvule qu'elles le sont dans le jéjunum. Lorsque, au lieu d'avoir une issue funeste, la péritonite se termine par la guérison, les concrétions albumineuses subissent la même série de transformations que dans la plèvre. Elles peuvent disparaître ou se transformer en filaments cellulux, en fausses membranes, qui plus tard deviennent souvent la cause d'étranglements intestinaux.

**Symptômes. Marche. Durée. Terminaisons.** — Le début de la péritonite est souvent marqué par un frisson violent ; mais la douleur du ventre est presque toujours le premier et l'un des principaux symptômes de la maladie. Cette douleur, généralement bornée à un point de l'abdomen, comme l'ombilic, l'hypogastre, les hypochondres ou les flancs, est vive, pongitive, lancinante et très-superficielle ; les mouvements, les secousses de la toux, les efforts de vomissement ou ceux que nécessitent la miction et la défécation, une pression même très-moderée, l'exaspèrent toujours. Aussi voit-on les malades ne pouvoir supporter le poids des cataplasmes, des fomentations, et même celui des couvertures de leur lit, qu'on est alors obligé de tenir éloignées à l'aide de cerceaux : ce fait est pourtant très-exceptionnel, et l'on a tort de le considérer comme existant dans la plupart des phlegmasies aiguës du péritoine.

Dès le début de la maladie, on observe des troubles sympathiques très-variés : presque toujours il survient des vomissements formés le plus souvent d'un liquide bilieux, jauné ou verdâtre ; la figure, plus altérée qu'elle ne l'est dans la plupart des maladies aiguës, exprime la souffrance et l'anxiété ; le pouls, toujours fréquent, peut être dès le début petit et dur ; souvent aussi il offre, du moins momentanément, de l'ampleur et de la résistance. La respiration est fréquente, elle est courte, interrompue, non à cause d'une complication thoracique, mais à raison de l'acuité de la douleur du ventre, qui ne permet pas à l'inspiration d'agrandir suffisamment le diamètre vertical, et parfois aussi en partie à cause du météorisme. Si dans quelques cas, très-rares en effet, le ventre conserve son volume et sa forme, on le voit presque toujours, dès le premier ou deuxième jour, se tuméfier parfois d'une manière considérable, d'abord par un dégagement de gaz qui se fait dans l'intestin, plus tard par un épanchement d'un liquide séro-purulent dans le péritoine. Celui-ci est rarement assez abondant pour qu'on constate de la fluctuation à la partie inférieure de l'abdomen, surtout vers les fosses iliaques ; le son est seulement plus ou moins obscurci, tandis que partout ailleurs existe une sonorité tympanique exagérée. On comprend que la phlegmasie ayant eu pour effet de tapisser le péritoine d'un produit pseudo-membraneux, on puisse constater un bruit de frottement analogue à celui qu'on rencontre si communément dans la pleurésie et dans la péricardite. Cela peut arriver quelquefois, mais le frottement péritonéal est rare, et on ne le voit se produire que lorsqu'il existe certaines dispositions physiques dont je parlerai plus tard.

Lorsque la maladie s'aggrave, lorsqu'elle se généralise, le pouls, petit et faible, acquiert une fréquence qui atteint et dépasse 120 pulsations par minute; la face se grippe, les nausées sont presque continuelles et les vomissements plus rapprochés; il survient du hoquet; le malaise et l'anxiété sont extrêmes. Si la maladie continue ses progrès, le ventre se développe encore davantage par l'exagération simultanée du météorisme et de l'épanchement péritonéal; par contre, on voit en même temps la douleur diminuer ou même cesser tout à fait, et les individus éprouver un calme qui peut les illusionner, mais qui ne saurait tromper l'œil clairvoyant du médecin. Tout, d'ailleurs, révèle un péril plus grand et même prochain: la face est profondément altérée, les traits sont amaigris, les yeux excavés, bordés d'un cercle noirâtre; les lèvres sont violacées, la figure et les extrémités se refroidissent, se cyanosent et se couvrent d'une sueur visqueuse; la respiration s'accélère; il en est de même du pouls, devenu filiforme, irrégulier, et d'une fréquence telle, qu'il est souvent difficile de le compter; les liquides contenus dans l'estomac, au lieu d'être expulsés par les secousses du vomissement, sortent alors sans effort par un simple mouvement de régurgitation. C'est au milieu de ces symptômes si graves que la mort survient après une courte agonie, quelquefois précédée par un peu de délire ou de coma: la plupart conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment et meurent pour ainsi dire en parlant. La forme de péritonite que nous étudions actuellement est rarement mortelle avant la fin du cinquième ou du sixième jour.

Si la maladie a une heureuse issue, les vomissements cessent, la douleur diminue, le pouls perd peu à peu de sa fréquence; le ventre s'affaisse, la physionomie cesse d'être aussi altérée, puis l'épanchement se résorbe, les liquides épanchés dans le ventre sont résorbés. Dans quelques cas très-rares on a vu les fluides se frayer une issue à travers les parois abdominales ou dans les intestins. Cette terminaison, presque inconnue dans les péritonites généralisées, a été quelquefois observée dans celles qui sont partielles, surtout lorsqu'elles occupent l'excavation pelvienne. La convalescence suit une marche plus ou moins rapide. Les rechutes spontanées sont assez rares.

La péritonite guérie peut devenir cause de plusieurs incommodités, et parfois d'accidents qui compromettent la vie. Quelques malades restent sujets pendant longtemps à des douleurs ou à des tiraillements dans le ventre, qui augmentent dans certaines positions du tronc, gênent les mouvements et les digestions, ce qui dépend presque toujours des adhérences qui se sont établies: on dit que ces incommodités ont pu persister pendant toute la vie. Il n'en est rien pourtant dans l'immense majorité des cas, soit que les fausses membranes se résorbent sur place, soit que, en raison de la mobilité des anses intestinales, elles s'allongent assez pour ne plus gêner aucun mouvement. Il est vraiment remarquable de voir avec quelle rapidité disparaissent les fausses membranes que l'inflammation du péritoine a accumulées dans sa cavité. J'ai vu celles-ci formant des tumeurs nombreuses du volume du doigt s'amincir peu à peu, puis disparaître, du moins sans laisser de trace appréciable à la palpation de l'abdomen. Cependant, dans beaucoup de cas, il reste pour accuser une péritonite antérieure des brides plus ou moins longues, plus ou moins étendues, qui le plus souvent ne troublent en rien les fonctions des organes abdominaux, mais qui, à un moment donné et sans cause appréciable, peuvent être l'occasion d'un accident formidable, l'étranglement interne. (Voyez tome II, article *Néus*.) D'autre part, madame Boivin a prouvé que les adhérences qui existent entre l'utérus et les parties voisines sont souvent cause d'avortement, en raison de l'obstacle qu'elles apportent au libre développement de l'organe pen-

dant la gestation; enfin, M. Mercier, reproduisant une idée de Walter, a établi que la péritonite pouvait devenir une cause de stérilité lorsqu'elle avait produit une adhérence du pavillon de la trompe. Ce n'est que dans quelques cas excessivement rares que la péritonite passe de l'état aigu à la chronicité.

**Variétés.** — La plupart des auteurs ont admis des péritonites *bilieuse*, *ataxique* et *adynamique*, suivant la prédominance des symptômes gastriques ou bilieux, et des accidents dits ataxiques et adynamiques; mais il n'y a rien qui soit plus spécial à la péritonite qu'à la plupart des autres phlegmasies; peut-être même sont-ils moins communs dans l'inflammation simple du péritoine que dans les autres. Quoi qu'il en soit, la complication bilieuse se reconnaît à l'amertume de la bouche, aux vomissements de bile, à la suffusion ictérique de la face. La forme ataxique est remarquable surtout par la prédominance du délire, par les soubresauts des tendons; enfin, dans la forme adynamique, on observe la prostration extrême des forces, la langue sèche et noire, un état semi-comateux. Ces formes, rares dans la péritonite ordinaire, se remarquent surtout dans les péritonites puerpérales.

**Péritonites partielles.** — Au lieu d'envahir tout le péritoine, l'inflammation n'occupe souvent qu'une portion circonscrite de cette membrane: on dit alors que la péritonite est *partielle*. Celle-ci se rencontre surtout dans l'excavation pelvienne et aux hypochondres. Elle est caractérisée, comme celle qui est générale, par une douleur vive plus ou moins circonscrite, et par les autres symptômes de la maladie, tels que fièvre, hoquet, nausées et vomissements; mais les troubles fonctionnels sont moins graves que dans les cas où la phlegmasie envahit la totalité ou la plus grande partie de la séreuse. Ce n'est guère que dans les péritonites locales qu'on constate quelquefois le bruit de frottement précédemment indiqué. Ce phénomène que Després, ancien chirurgien de Bicêtre, a signalé le premier en 1833, se produit surtout lorsque l'inflammation s'est développée au niveau d'un organe ou d'une tumeur solide, comme le foie, la rate ou un kyste de l'ovaire; on conçoit aisément qu'en raison de la résistance que ces surfaces opposent, le frottement doit être beaucoup plus énergique. Il n'en est pas de même lorsque la phlegmasie occupe des surfaces mobiles et dépressibles, comme le sont les intestins, qui, se déplaçant facilement, n'offrent pas à la paroi abdominale une résistance suffisante pour que les fausses membranes qui tapissent les deux surfaces opposées donnent le frottement caractéristique. Celui-ci n'est pas seulement perçu en appliquant l'oreille, on le sent mieux encore par la palpation; il donne au doigt une sensation analogue à celle qu'on a lorsqu'on froisse de l'amidon ou de la neige.

Dans la péritonite partielle, on voit en outre se développer des symptômes particuliers, suivant la portion du péritoine qui est enflammée. Lorsque la phlegmasie atteint la séreuse qui tapisse la face inférieure du diaphragme, ou bien le péritoine qui recouvre les faces convexe et concave du foie, on voit survenir une teinte ictérique sans que pour cela le foie soit lui-même visiblement altéré. On dirait que, par suite du voisinage de la phlegmasie, l'organe hépatique a sécrété plus de bile que de coutume. La péritonite qui atteint la surface vésicale est souvent remarquable aussi par la dysurie, par des envies plus fréquentes d'uriner, et par des douleurs qui deviennent plus vives pendant la miction.

La péritonite partielle a le plus souvent peut-être une heureuse issue: cependant nous avons vu plusieurs fois l'inflammation bornée à l'excavation pelvienne se terminer par la mort. C'est surtout dans cette variété de la maladie

qu'on a vu l'épanchement abdominal se circonscire et se vider par l'intestin ou à travers les parois abdominales, comme P. Frank l'a observé.

C'est spécialement aussi dans la péritonite partielle qu'on observe des adhérences persistantes et plus ou moins intimes, entre les divers viscères, ou entre les viscères et les parois; c'est ce qu'on voit surtout pour la péritonite de l'excavation pelvienne, et pour celle qui occupe la face convexe du foie.

**Diagnostic.** — Une douleur vive du ventre, superficielle et augmentant par la pression, des vomissements, de la fièvre, un pouls fréquent et presque toujours petit et concentré, ainsi que l'altération profonde des traits, établissent une différence essentielle entre la péritonite générale et le rhumatisme des parois abdominales, qui n'a d'autre ressemblance avec l'inflammation du péritoine que celle que lui donne une sensibilité excessive du ventre s'aggravant à la plus légère pression ainsi que par les mouvements du tronc. Ces mêmes symptômes différencient la péritonite des coliques nerveuses, car dans celles-ci la douleur, que la pression calme le plus souvent, revient par accès et ne s'accompagne pas de fièvre; souvent même le pouls reste aussi calme qu'il l'était dans l'état de santé.

La péritonite partielle, suivant le point où elle siège, pourrait simuler une gastrite, une entérite, une hépatite, une cystite, une métrite; mais dans ces dernières affections, la douleur est moins vive et moins superficielle que dans la péritonite, et l'on observe, en outre, des troubles fonctionnels spéciaux. Enfin l'exploration des parties fournira des renseignements utiles; c'est ce qui a lieu surtout pour la métrite, dans laquelle le toucher rectal fera constater une augmentation dans le volume de l'organe. Dans la cystite, les envies fréquentes d'uriner, la dysurie, un dépôt muqueux, floconneux ou purulent de l'urine, et lorsque la phlegmasie occupe spécialement le col, la distension de la vessie par ce liquide, seront des phénomènes caractéristiques. S'agit-il d'une gastrite, la soif, les douleurs et les vomissements pénibles excités par l'ingestion d'une boisson quelconque, permettront d'établir le diagnostic différentiel. Dans certains cas, cependant, celui-ci présente quelques difficultés, en raison surtout des phénomènes sympathiques que la péritonite excite du côté de l'estomac. Lorsque la péritonite diaphragmatique produit un ictère, on ne doit pas croire pour cela à l'existence d'une hépatite, si la réaction fébrile était très-forte, la chaleur très-vive, et si la palpation de l'hypochondre ne faisait point reconnaître une augmentation dans le volume du foie. Le phlegmon diffus des parois du ventre pourrait aussi simuler une péritonite; mais la dureté du ventre, le siège superficiel de la douleur, l'absence de troubles sympathiques, permettront d'éviter toute confusion.

Le diagnostic de la péritonite une fois établi, il faut le compléter en déterminant si la maladie est primitive, ou si, comme cela a lieu presque toujours, elle est consécutive à quelque lésion récente ou ancienne des organes abdominaux. Pour résoudre ce problème, on aura égard à l'état de santé antérieur, à la manière dont la péritonite a débuté et à la marche qu'elle suit. (Voyez plus bas, *Péritonite symptomatique*.)

Il est inutile de dire que, chez les nouveau-nés, la péritonite se révèle par les mêmes symptômes que chez l'adulte. On a noté, en effet, chez eux, la tension et la sensibilité du ventre, les vomissements verts, la constipation, la respiration fréquente, le pouls petit, accéléré; la face exprime la souffrance, et la mort arrive en deux ou quatre jours.

La péritonite du nouveau-né est souvent méconnue, parce qu'on explore les enfants d'une manière incomplète, et souvent aussi parce que, la péritonite éclatant dans le cours de diverses maladies, celles-ci, plus évidentes, détournent l'attention et masquent la première.

tant dans le cours de diverses maladies, celles-ci, plus évidentes, détournent l'attention et masquent la première.

**Pronostic.** — La péritonite est une maladie toujours très-sérieuse. Son pronostic sera subordonné à la gravité des symptômes généraux et à l'étendue de la maladie. Celle qui est générale est presque nécessairement mortelle. Elle est fort grave, surtout chez les nouveau-nés; quelques faits, néanmoins, portent à penser qu'elle est curable non-seulement chez eux, mais même lorsqu'elle se développe pendant la vie intra-utérine.

**Étiologie.** — La péritonite spontanée, primitive, peut être observée à tous les âges de la vie. Des faits nombreux, recueillis surtout par Dugès (1), par MM. Thore (2) et Lorain (3), en France, ainsi que ceux de Simpson (4), prouvent que la péritonite n'est pas rare pendant la vie intra-utérine, ainsi que chez les nouveau-nés. L'éminent professeur d'Édimbourg pense que la péritonite est une des causes les plus fréquentes de la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse; il lui a paru, en outre, que la phlegmasie du péritoine était plus commune chez les enfants appartenant à des mères syphilitiques. De même que chez l'adulte, ces péritonites sont souvent consécutives à la lésion d'un viscère, comme le foie, la vessie, les intestins, etc. Rien ne prouve encore que les péritonites soient plus souvent primitives chez le fœtus ou l'enfant que dans les âges suivants. Mais si, chez le nouveau-né, l'inflammation péritonéale n'est pas toujours symptomatique de la lésion d'un viscère abdominal, très-souvent, ainsi que cela résulte des observations de M. Thore, elle arrive comme affection secondaire dans le cours de diverses maladies, notamment dans la pneumonie, dans le muguet, et surtout dans les érysipèles des parois abdominales, que M. Thore a vus se compliquer de péritonite dans les deux tiers des cas. Enfin, d'après les observations récentes de M. Lorain, la péritonite qui atteint le nouveau-né et le fœtus surviendrait fréquemment sous l'influence des mêmes causes qui engendrent la péritonite des femmes récemment accouchées.

Nous ne savons absolument rien de positif sur les causes prédisposantes de la péritonite simple: presque toujours la maladie se déclare spontanément et sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. L'impression du froid, la contusion du ventre, la suppression d'une hémorrhagie, la métastase rhumatismale, sont les circonstances qui ont agi plus souvent comme causes déterminantes. On dit avoir vu plusieurs fois la péritonite régner épidémiquement, surtout dans les armées (Pujol). C'est là une assertion qu'on ne doit accepter qu'avec réserve. L'observation contemporaine ne l'a pas, que je sache, confirmée.

**Traitement.** — La péritonite exige l'emploi d'un traitement énergique. Lorsque la force du pouls le permet, on doit pratiquer une large saignée, qu'on répétera, si besoin est, une ou deux autres fois dans la première journée; en même temps le ventre sera couvert, dans les parties où siège la douleur, d'un nombre de sangsues assez considérable, comme 50 ou 100, et l'on favorisera l'écoulement du sang par de larges cataplasmes émollients et par des fomentations, à moins que les malades ne puissent en supporter le poids. Lorsque les mouvements ne sont pas trop douloureux, on plongera les malades dans un bain tiède, et ils y resteront le plus longtemps possible. Il conviendra de se servir, en cette circonstance, d'une baignoire à double fond, à l'aide de laquelle les

(1) Thèse inaugurale et *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 588.

(2) *Archives générales de médecine*, 4<sup>e</sup> série, t. I, p. 389.

(3) Thèse, année 1855, n<sup>o</sup> 161.

(4) Extrait dans les *Archives générales de médecine* de 1838, t. III, p. 444.

malades atteints de péritonite, de rhumatisme ou de toute autre affection très-douloureuse, sont mis dans l'eau et en sont retirés sans efforts et sans douleur. On prescrit des boissons douces, mucilagineuses, acidules : elles seront données froides et même glacées ; elles seront prises en petite quantité à la fois, pour ne pas exciter les vomissements. Il importe aussi de tenir le ventre libre : les lavements étant contre-indiqués par les mouvements que leur administration nécessite, on les remplacera par quelque laxatif doux, donné par la bouche. Lorsque, nonobstant ces moyens, la péritonite continue à faire des progrès, et lorsque surtout la faiblesse du pouls ne permet plus de recourir aux émissions sanguines, on devra tenter l'emploi des mercuriaux à haute dose ; on fera sur le ventre et sur les cuisses, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, des onctions avec l'onguent napolitain, en employant pour chacune d'elles de 60 à 100 grammes de pommade ; on donnera en même temps le calomel à doses fractionnées (10 ou 15 centigrammes en quinze ou vingt prises). Loin de redouter la salivation, il faudra au contraire la désirer, car la plupart des malades qui la gagnent guérissent.

La médication révulsive, si généralement utile dans la plupart des phlegmasies des séreuses, échoue beaucoup plus souvent ici que dans la pleurésie et la péricardite. Cependant l'application d'un ou plusieurs vésicatoires volants sur l'abdomen a été parfois avantageuse pour combattre la phlegmasie ou pour provoquer la résorption de l'épanchement qui en a été la conséquence. Dans ce dernier cas, on a même pratiqué la ponction ; mais celle-ci, en général peu utile, n'a donné quelques résultats avantageux que dans les péritonites partielles.

Il est un symptôme qu'on ne doit jamais négliger : c'est la douleur. Lorsqu'elle résiste aux antiphlogistiques, on essaiera de la modérer par l'administration de l'opium à l'intérieur. Dans un cas que j'observai avec M. Danyau, nous substituâmes aux fomentations émollientes des applications froides ; celles-ci furent continuées pendant huit jours, et produisirent aussitôt un calme complet. La malade, qui nous paraissait être dans un état tout à fait désespéré, guérit néanmoins.

Comme on le voit dans toutes les phlegmasies, il peut se présenter dans la péritonite quelques autres indications tirées de l'état général. C'est ainsi que lorsque les symptômes adynamiques prédominent, on administrera les toniques et les cordiaux ; les antispasmodiques et le musc conviendront mieux lorsqu'on observe ces troubles nerveux qui caractérisent l'état ataxique. Mais malheureusement il est rare que les efforts du médecin soient récompensés par le succès. La complication saburrale est une des plus rares, et par conséquent les vomissements dont on a souvent abusé en raison des vomissements bilieux que la plupart des malades éprouvent, sont rarement justifiés et utiles.

#### De la péritonite aiguë consécutive, ou symptomatique.

**Causes des péritonites consécutives.** — Nous avons dit précédemment combien étaient rares les péritonites spontanées et primitives. En effet, presque toutes les phlegmasies du péritoine qui surviennent d'une manière spontanée en apparence, et qui entraînent la mort des malades, ont leur point de départ dans quelques lésions des viscères ou des parois de l'abdomen. Ainsi le péritoine s'enflamme quelquefois à une période avancée des cancers de l'utérus, de l'estomac, des intestins et du foie, ce qui dépend souvent de ce qu'une petite quantité d'ichor ou de pus cancéreux a été mise en contact avec la membrane séreuse ; d'autres fois il n'y a qu'un effet de voisinage ou de sim-

ple contiguïté de tissu. C'est de cette manière que le péritoine s'enflamme dans le cours des phlegmasies qui ont primitivement atteint un des organes abdominaux ou bien le tissu cellulaire sous-péritonéal. La péritonite est aussi un accident très-commun dans les étranglements internes, ainsi que dans la hernie étranglée, même après l'opération. Elle survient parce que les matières intestinales s'épanchent dans le péritoine par une crevasse ou en filtrant à travers les tuniques sphacélées. Mais, de toutes les péritonites symptomatiques, les plus communes sont celles qui se déclarent consécutivement à la rupture d'un abcès ou d'un kyste, ou à la perforation d'un des organes creux renfermés dans la cavité abdominale. De toutes les altérations qui sont ainsi cause de péritonite, la plus fréquente est, sans contredit, la perforation intestinale survenant dans le cours de la fièvre typhoïde et des autres affections qui produisent des ulcérations intestinales : telles sont la dysenterie et l'entérite tuberculeuse. Il ne faut pas ignorer que la perforation peut siéger aussi sur un point de l'appendice vermiforme du cæcum, et qu'elle peut être produite, comme pour le reste de l'intestin, par une ulcération typhoïde ou tuberculeuse ; plus souvent elle est le résultat d'une inflammation simple ou gangréneuse, ou d'une déchirure opérée par un corps étranger, comme une esquille, une arête, un calcul, etc. Enfin, une ulcération solitaire dont la circonférence pourrait être mesurée par la tête d'une très-petite épingle, mais pénétrant dans un moment donné dans le péritoine, peut provoquer une inflammation qui semble spontanée, car elle arrive sans troubles digestifs préalables chez des sujets ayant toutes les apparences de la santé : c'est ce que j'ai déjà observé plusieurs fois.

Quelle que soit la cause organique qui ait provoqué la péritonite, celle-ci peut, comme lorsqu'elle est spontanée, envahir toute la séreuse, ou bien être circonscrite.

**Anatomie pathologique.** — Les péritonites qui sont consécutives aux causes que je viens d'énumérer ont les mêmes caractères anatomiques que les péritonites simples. Presque toujours elles sont générales ; mais communément on trouve que la rougeur est d'autant plus vive, et que les fausses membranes sont d'autant plus abondantes, qu'on se rapproche davantage de la perforation ou de la lésion qui a été la cause déterminante de la péritonite ; la cavité de la séreuse contient en outre, en quantité plus ou moins grande, les liquides dont l'épanchement a provoqué la phlegmasie. Si celle-ci a été consécutive à la perforation de l'estomac ou des intestins, le péritoine pourra renfermer aussi des gaz qui se dégagent avec bruit à l'instant où le scalpel pénètre dans sa cavité.

Il importe de remarquer ici que, vu la rareté excessive des péritonites primitives, on devra, dans tous les cas de phlegmasie péritonéale, examiner avec le plus grand soin les parois de l'abdomen et tous les organes contenus dans cette cavité, sans oublier jamais l'appendice vermiculaire du cæcum, qui non-seulement peut être perforé ou gangrené, mais qui souvent n'ayant été qu'enflammé, a contracté des adhérences et donné lieu à un petit abcès, lequel, en s'ouvrant dans le péritoine, a déterminé une péritonite suraiguë. On devra non-seulement toucher et voir chaque anse intestinale en particulier, mais il faudra encore, dans le cas où l'on ne trouve pas d'abord la lésion, insuffler l'intestin sous l'eau : sans cette précaution, des perforations très-petites, n'admettant, par exemple, que la pointe d'une fine épingle et bouchées déjà par des fausses membranes, pourraient passer inaperçues très-facilement. On ne devra jamais non plus négliger d'explorer avec soin la vésicule biliaire, qui non-seu-