

Le traitement est des plus difficiles et la plus grande incertitude règne sur ses résultats. La médication topique serait la meilleure ; mais le côlon transverse est trop loin de l'anús pour que les lavements aient une réelle efficacité. Tout ce qu'on pourrait envoyer par là n'irait pas à son adresse.

On a quelque chance d'arriver à un résultat par des laxatifs anodins à répétition ; mais le résultat est bien aléatoire. On a conseillé une médication à bascule, c'est-à-dire par les astringents et les laxatifs administrés successivement : c'est une médication purement spirituelle et qui ne réussit ni mieux ni plus mal que la précédente.

En résumé, quelle que soit la thérapeutique, dans l'immense majorité des cas, la maladie se prolonge indéfiniment et devient une humiliation pour le médecin, et pour le malade une tristesse et un chagrin perpétuels.

PÉRITONITE CHRONIQUE.

Il est peu de monographies sur les péritonites chroniques ou tuberculeuses où l'auteur n'exprime tout d'abord le regret d'avoir à traiter d'une affection si incomplètement étudiée. Les observations fréquentes dans la pratique sont rarement recueillies, plus rarement encore publiées. On peut poser en règle que toutes les fois qu'une maladie dure au delà de trois à quatre mois, on la décrit en termes généraux plus volontiers qu'on ne la raconte. Il existe ainsi, dans la science, une sorte de description convenue de la péritonite chronique que les livres élémentaires reproduisent presque sans variantes, et qui se perpétue sous la garantie de la tradition.

Une maladie à évolution rapide, lors même qu'elle ne subit pas d'importantes transformations, est si peu identique à elle-même dans tout son cours, que nous sommes obligés de la diviser artificiellement par périodes.

Dans le décours d'une maladie chronique à marche indéfiniment prolongée, les possibilités s'accroissent, les incidents se multiplient, les diversités individuelles se dessinent, et l'histoire vraie de la maladie n'est que la réunion des histoires particulières des malades. Dans ces conditions, chaque observation nouvelle qui présente des phénomènes d'exception mérite d'être recueillie, et nous avons cru rendre service en ajoutant un fait instructif et curieux aux cas trop peu nombreux qui ont déjà été publiés.

Les divisions établies dans la classe des péritonites chroniques

reposent sur des bases très diverses : on a pris en considération la nature, la genèse ou le processus de la maladie. Il est rare que ces trois éléments puissent également concourir au diagnostic, selon qu'on observe le malade à un âge plus ou moins avancé de la maladie : c'est au début, et surtout chez les adultes, que les difficultés et par suite les causes d'indécision sont communes.

Une péritonite chronique d'emblée se développe chez une femme qui a passé l'adolescence ; il n'existe ni antécédents défavorables dans la famille ni lésions tuberculeuses dans la poitrine. De quel droit affirmer la nature spéciale de l'altération ? On peut, mais en vertu d'une appréhension banale, tout redouter de l'avenir, sans rien affirmer du présent. Au bout de trois ou quatre mois les choses auront changé de face ; mais si justifiables que soient ces craintes, elles sont certainement moins légitimées pour la péritonite que pour la pleurésie.

Une péritonite aiguë survient subitement dans des circonstances analogues ; l'épanchement persiste, la fièvre dure, s'atténue ou disparaît à la longue ; il reste des douleurs revenant spontanément par intervalles, se réveillant sous la pression de la main, apparaissant tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Les troubles digestifs se renouvellent eux-mêmes de temps à autre. Trois possibilités se présentent à l'esprit : ou l'affection, devenue chronique secondairement, donnera lieu au développement de produits tuberculeux, ou elle aboutira à la suppuration, ou elle guérira par la résorption successive de l'épanchement, sans autres métamorphoses. Là encore, s'il est possible après plusieurs mois d'être mieux renseigné, on est d'abord condamné à cette réserve que l'on appelle de la prudence, faute de lui donner un nom plus juste et moins élogieux.

Non seulement on n'a pas les moyens de fixer d'avance les événements probables de la maladie, mais, à mesure qu'ils s'accomplissent, il est bien difficile de les constater. A quels signes discernera-t-on la transformation purulente du liquide dans une maladie qui, en dehors de la suppuration, provoque des frissons

intermittents, des poussées fébriles répétées, des désordres dans les fonctions digestives, lorsque tout examen direct des lésions est interdit ? Il n'est pas un médecin qui ne sache par expérience combien souvent l'autopsie a déjoué les meilleures prévisions, lorsqu'on était, pendant la vie, réduit aux seuls enseignements que fournissent les phénomènes abdominaux.

La thoracentèse, pratiquée aux périodes les plus variées de la pleurésie chronique, en a plus appris sur les modifications subies par les liquides épanchés dans la plèvre que l'auscultation elle-même. Or, dans la péritonite chronique, la ponction n'est de règle que quand la masse du liquide a pris d'énormes proportions. Cette donnée classique est-elle un bien ou un mal ? Je ne saurais le dire, n'ayant pas de moyens de comparaison. Les cas où l'évacuation se fait au dehors, sans intervention chirurgicale, sont extrêmement rares, et, malgré des recherches assidues, je n'ai pas pu recueillir des faits assez authentiques pour autoriser la plus humble induction.

La maladie dont je rapporte l'histoire est déjà, sous ce rapport, d'un intérêt qu'on peut dire exceptionnel. Une issue s'est ouverte spontanément au liquide par la paroi abdominale, et j'ai pu, à l'aide de cette fistule, constater l'abondance et toutes les variations du liquide excrété chaque jour. Non seulement j'ai soigné la malade pendant toute la durée de la péritonite, mais depuis quatre ans je ne l'ai pas perdue de vue, et elle est encore aujourd'hui dans mon service, atteinte d'une tuberculisation pulmonaire, dont aucune des phases ne m'a échappé.

Cette observation, que je suis loin de vouloir généraliser, est donc aussi près que possible d'être complète, et en la rapportant sous une forme sommaire, j'indiquerai les réflexions qu'elle m'a suggérées.

F. C.... a aujourd'hui 25 ans. Fille unique, née de parents robustes, elle a été délicate depuis sa première enfance. Ses règles ont apparu tard ; elles ont toujours été irrégulières, douloureuses. L'enfant était alors dans un de ces états de demi-chlorose qui semblent représenter plutôt une constitution

qu'une maladie, et qui cèdent imparfaitement à tous les remèdes. A diverses reprises on fut obligé de suspendre son travail comme apprentie chez une couturière, parce qu'elle supportait mal les veilles, qu'elle maigrissait et se plaignait d'un malaise indéfini.

A l'âge de 17 ans, elle fut recueillie dans une famille où sa mère avait été nourrice et servait encore comme domestique. Là, grâce à une existence qu'on lui faisait facile, elle reprit une santé moins chancelante. A aucune période elle n'avait toussé, et il n'y a chez ses ascendants aucune menace héréditaire.

Le 15 août 1860, sans cause connue, F... fut prise, en se réveillant, de douleurs dans le ventre qui ne la forcèrent pas à garder le lit. Deux jours plus tard ses règles se montrèrent avant leur époque régulière, et comme leur apparition était souvent l'occasion de souffrances abdominales mal caractérisées, elle espéra que les douleurs déterminées par la menstruation céderaient d'elles-mêmes. En effet, elles allèrent en diminuant, et la malade se croyait guérie quand, le 25 du même mois, elle éprouva une douleur violente dans le ventre, sans localisation définie, exagérée par la moindre pression. La fièvre fut ardente dès le début, et il était impossible de méconnaître tous les signes locaux et généraux d'une péritonite aiguë et diffuse.

Le traitement consista dans l'emploi des mercuriaux, de l'opium à haute dose, et des antiphlogistiques habituellement employés. Il eut pour effet de tempérer la douleur sans suspendre les accidents. Le ventre se ballonna énormément; la palpation, moins douloureuse, permit de constater la présence d'un épanchement auquel, à cause de la tension des intestins, on ne pouvait assigner de limites exactes.

Au mois de septembre, la malade put être transportée à l'hôpital Necker, à une grande distance de sa demeure. Le trajet se fit en voiture et fut parfaitement supporté.

Quelle avait été la cause première de la maladie? Fallait-il l'attribuer à l'apparition des règles, ou au contraire voir dans la venue prématurée de l'hémorrhagie menstruelle une de ces

concordances qu'on observe si souvent au début d'autres affections fébriles?

Les douleurs avaient précédé les règles, mais en réalité elles n'avaient pris une intensité significative que quatre jours après leur commencement. Dès la première heure, la péritonite s'était généralisée, et, malgré l'examen attentif, rien n'autorisait à croire qu'elle fût d'abord circonscrite dans un foyer limité. J'ajouterai que, depuis lors, l'inflammation du péritoine a toujours été la seule lésion, et que les règles n'ont jamais donné lieu à des accidents de quelque nature que ce soit. La présomption fut que la péritonite s'était produite sous l'influence du molimen hémorrhagique, plutôt que de l'hémorrhagie elle-même, et qu'il n'existait pas de lésion péri-utérine appréciable à laquelle on dût l'attribuer.

Pendant les mois d'octobre et de novembre, aucun phénomène nouveau ne se produisit. Le ballonnement du ventre diminua peu à peu, et on put mesurer plus exactement la quantité du liquide épanché. La matité s'étendait du pubis à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sans fluctuation manifeste. Le liquide était un peu mobile lorsqu'on faisait coucher la malade sur le côté, mais l'examen fut toujours incomplet, la malade ne pouvant quitter le décubitus dorsal sans éprouver de très vives douleurs.

L'état général était celui qu'on observe dans le cours de toutes les affections subaiguës. La médication devait être et fut extrêmement réservée. Il était évident qu'on n'avait plus à compter sur une révolution rapide, et qu'il fallait s'attendre à tous les peut-être de la chronicité. Lorsque la péritonite a débuté ainsi par une invasion soudaine, violente, ces commencements ne sont pas seulement une particularité bonne à noter, mais sans action sur la marche ultérieure de la maladie. Après une inflammation si franchement aiguë, la membrane séreuse est dans d'autres conditions que lorsque la phlegmasie a cheminé lentement, insidieusement. Les chances d'une inflammation adhésive sont plus nombreuses; l'épanchement, s'il ne se résorbe pas, se

circonscrit, et, à mesure que la maladie marche en ce sens, elle s'éloigne davantage des simples ascites.

Les symptômes généraux, toujours les mêmes dans leurs oscillations restreintes, ne me fournissaient pas d'indices de l'évolution morbide, mon intention fut toute portée sur les signes locaux. S'il se formait des adhérences, l'épanchement déjà peu mobile devait acquérir encore plus de fixité. En constatant avec soin et à des intervalles rapprochés la *distribution* du liquide, je reconnus qu'il se rassemblait pour ainsi dire de plus en plus sur le devant de l'abdomen.

La matité absolue sur la ligne médiane s'étendait de chaque côté à un travers de main environ, et là elle se perdait sans limites précises. Au côté externe des deux fosses iliaques, on percevait du son d'un timbre très variable, comme si on avait percuté tantôt sur une surface à peine sonore, tantôt sur une anse d'intestin presque sous-jacente à la peau.

Dans les premiers jours de décembre, l'épanchement mieux dessiné formait une sorte de tumeur qu'on eût pu prendre à la première inspection pour un kyste adhérent de l'ovaire.

La malade dit plus tard avoir éprouvé pendant quelques jours une légère douleur au fond du nombril, qu'elle attribuait à un peu d'irritation et dont elle ne tint pas compte. Le 21 décembre, avant la visite, un suintement d'abord peu abondant se produisit à l'ombilic, et bientôt il s'échappa du même point un flot de liquide purulent qui, coulant en bavant, se répandit dans les aîses, et dont la quantité resta forcément indéterminée. A la visite, l'écoulement continuait : on le rendit plus abondant en exerçant une légère pression sur le ventre. La malade était fatiguée, anxieuse ; il n'y avait aucun profit à hâter l'évacuation en provoquant de la douleur. Mon avis fut de se borner à un simple pansement et à une compression modérée, à l'aide d'un bandage de corps, qui fut aisément supporté.

Nous avons acquis une double information : d'une part, la péritonite était circonscrite ; de l'autre, le foyer ouvert au dehors contenait du pus assez épais, de bonne nature, sans fétidité spé-

ciale. J'aurais donné issue par une ponction au liquide que je n'aurais pas hésité à refermer immédiatement l'ouverture. Là, il n'y avait pas à intervenir ; il était certain que la fistule resterait perméable quoi qu'on fit, ou que, si elle se refermait, ce ne serait que momentanément.

Pendant les jours suivants, le pus continua de s'écouler en quantité variable. La pression sur le foyer augmentait un peu l'abondance de l'écoulement, mais beaucoup moins qu'on aurait pu le prévoir. La tumeur ne diminuait pas sensiblement de volume ; il n'était pas douteux que ses parois avaient une épaisseur assez considérable, et il y avait lieu de supposer que l'intérieur en était cloisonné, de manière qu'elle ne se vidât pas comme l'aurait fait un kyste uniloculaire.

Pendant le mois de janvier, le pus suintait peu abondant et par une évacuation presque continue. La santé générale s'amendait sous l'influence d'une hygiène et d'un régime favorables. Vers la seconde moitié de février, la malade essaya pour la première fois de se lever et de faire quelques pas dans la salle. Elle marchait courbée en deux, n'osant pas se redresser, crainte de ranimer les douleurs. Pour éviter la fatigue et la souffrance provoquées par les mouvements, je fis appliquer sur l'abdomen un bandage analogue à celui que M. le professeur Trousseau a préconisé pour les abcès du sein, et formé de bandelettes de diachylon imbriquées. Cette tentative ne réussit que médiocrement. Les dimensions du ventre étaient trop variables, et on n'obtenait un soulagement marqué que pendant un petit nombre d'heures. J'essayai successivement d'autres modes de compression avec une persévérance à laquelle s'associait la malade. C'est ainsi qu'on employa d'abord une plaque de liège fixée par un bandage de corps et, plus tard, une lame de gutta-percha qui se moulait mieux sur les parties.

On put, en variant les procédés, soutenir l'énergie morale de la malade, que ces essais entretenaient dans l'espoir de la guérison.

Deux mois se passèrent de la sorte, et, convaincu de l'insuffi-