

former au milieu même des fausses membranes, et ne leur est point nécessairement apportée par des vaisseaux de la séreuse qui s'allongeraient dans la pseudo-membrane.

#### V. OBSERVATION.

Péritonite dont l'invasion coïncide avec la disparition d'un rhumatisme articulaire. Épanchement rouge dans le péritoine. Vice de conformation de la vessie.

Un homme de cinquante-sept ans, atteint d'une ancienne incontenance d'urine, et ayant depuis trois mois du dévoiement par intervalles, avait un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, lorsqu'il entra à la Charité au commencement du mois de novembre 1821. Nous vîmes tour-à-tour, jusqu'au 16 novembre, diverses articulations devenir gonflées et douloureuses. Plusieurs saignées furent pratiquées. Le 17, les deux poignets et l'épaule gauche étaient le siège du rhumatisme; le mouvement fébrile persistait; jusque-là, d'ailleurs, rien n'avait annoncé l'affection d'autres organes. Dans la journée, les articulations que je viens d'indiquer cessèrent tout-à-coup d'être douloureuses et tuméfiées; aucune autre ne devint malade; mais, pour la première fois, de vives douleurs se firent sentir dans l'abdomen; elles augmentèrent toute la nuit, et, le lendemain matin 18, elles étaient tellement intenses qu'elles arrachaient des cris au malade; la pression ne les exaspérait pas, mais elle ne les diminuait pas non plus. La face, décolorée, exprimait l'anxiété la plus vive; le malade se plaignait d'avoir froid, et en effet la température de la peau était très-peu élevée; le pouls, très-fréquent, conservait de la dureté. Ce nouvel ensemble de symptômes ressemblait à ce que les anciens médecins désignaient sous le nom de *métastase rhu-*

*matismale*. La principale indication à remplir paraissait être de rappeler l'irritation à son siège primitif. Dans ce but, des cataplasmes sinapisés furent appliqués tour-à-tour sur diverses articulations, en même temps que des sangsues furent placées en grand nombre sur l'abdomen; puis le malade fut mis dans un bain chaud; des frictions stimulantes furent faites sur les membres, et, dans la soirée, deux vésicatoires furent appliqués aux cuissés. Mais ces divers moyens devaient être inutiles, et, le lendemain matin 19, l'état du malade avait singulièrement empiré: la douleur abdominale était portée dans tous les points du ventre au dernier degré d'intensité; elle augmentait par la pression, par le toucher le plus léger, ce qui n'avait pas lieu la veille; de plus, l'abdomen avait acquis un remarquable développement, et l'on y sentait une fluctuation évidente. Quelques nausées avaient eu lieu sans vomissement. Le pouls, toujours très-fréquent, avait perdu sa dureté, et il présentait quelques intermittences. Le malade succomba dans la nuit du 19 au 20, avant la fin du troisième jour depuis l'invasion des douleurs abdominales.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

A peine eut-on incisé les parois abdominales, qu'on vit s'échapper à travers l'ouverture un flot de liquide d'un rouge intense, au milieu duquel nageaient quelques flocons blancs. Tout le paquet des intestins était coloré en rouge, et à la surface de plusieurs anses étaient déposées des concrétions membraniformes également colorées. Le liquide qui remplissait le péritoine ressemblait entièrement au sang qu'on vient de tirer d'une veine; d'ailleurs on n'observait rien qui ressemblât à des caillots, et l'on ne trouva aucun gros vaisseau ouvert. A l'intérieur du tube digestif, on ne rencontra d'autre lésion

qu'un développement très-marqué des follicules de la fin de l'intestin grêle, du cœcum et du commencement du colon; ces follicules étaient limités par un cercle noir, et leur centre existait en un autre point noir. De plus, dans l'épaisseur des parois du colon ascendant, existait un kyste séreux ayant le volume d'une noisette, développé entre la tunique charnue et la membrane muqueuse qu'il soulevait.

Le sommet de la vessie était surmonté par une vaste poche ovoïde, qui, se prolongeant derrière le paquet des intestins grêles, adhérait par son extrémité supérieure avec la troisième portion du duodénum : on détruisait facilement cette adhérence, qui était due à de fosses membranes molles, paraissant être de formation récente. A l'intérieur, cette poche avait un aspect analogue à celui de la vessie, et, dans ses parois, l'on pouvait suivre les diverses tuniques que l'on retrouve ordinairement dans la vessie; seulement, les fibres de la tunique musculaire étaient peu développées et entremêlées de beaucoup de tissu cellulaire. Cette sorte de vessie surnuméraire communiquait avec la vessie normale par une ouverture que rétrécissait un épais bourrelet, que contribuait à former la muqueuse, et surtout le tissu cellulaire très-condensé. On eût dit, au premier aspect, de la valvule pylorique. A la partie droite du pourtour de cette ouverture, existait une autre petite poche, qui aurait pu contenir une noix, et qui communiquait également avec la vessie normale; elle était séparée de la grande poche par une cloison qui faisait saillie dans sa cavité. On pouvait suivre aussi dans ses parois les diverses tuniques de la vessie.

On trouvera, dans les volumes suivants, des cas de pneumonies, de pleurésies, de péricardites, dont l'invasion coïncida

avec la disparition d'affections rhumatismales aiguës. L'observation qu'on vient de lire peut être rapprochée de ces cas; c'est ici une péritonite qui remplaça un rhumatisme. Il importe peu d'appeler ce déplacement de maladie métastase ou autrement, pourvu que l'on n'oublie pas le fait, pourvu que l'on retienne que la brusque disparition d'un rhumatisme est souvent liée au développement d'une phlegmasie interne, qui, en vertu de dispositions individuelles, frappe tel ou tel organe, mais surtout les membranes séreuses. Le premier jour où se manifestèrent chez notre malade les douleurs abdominales, elles ressemblaient à ce qu'on appelle vulgairement un rhumatisme fixé sur les entrailles : ces douleurs avaient cela de remarquable, que la pression ne les augmentait pas; et, dans cet état de choses, il n'était point certain qu'il y eût péritonite, et le pronostic n'était pas encore décidément grave. Il est, en effet, bien certain que, dans beaucoup de cas où, comme ici, des douleurs vives, atroces, se font tout-à-coup sentir dans l'abdomen chez des individus actuellement ou anciennement atteints de rhumatismes, ces douleurs se dissipent plus ou moins promptement, sans laisser après elles aucune trace d'affection grave, et alors il est au moins douteux qu'elles soient le résultat d'une inflammation du péritoine. Mais chez le malade qui fait le sujet de l'observation actuelle, il n'en fut point ainsi, et, dès le deuxième jour de l'apparition de ces douleurs, l'existence d'une péritonite ne pouvait plus être révoquée en doute : on sentait de la fluctuation dans l'abdomen, et l'évidence de cette fluctuation était elle-même une circonstance remarquable; car le plus souvent, pendant les premiers jours de l'existence d'une péritonite, l'épanchement abdominal, peu considérable, peut être plutôt reconnu par la tension, la rénitence des parois, la modification de forme du ventre, que par une grande augmentation de son volume et par l'existence de

la fluctuation. Ici, il en fut autrement, et la nature du liquide trouvé dans le péritoine en rendit suffisamment raison. Ce liquide était du sang, ou du moins de la sérosité unie à la matière colorante du sang, qui, en un très-court espace de temps, avait été exhalée en énorme quantité à la surface interne de la membrane séreuse; il y avait de plus des flocons, des fausses membranes qui attestaient que cette sorte d'hémorrhagie se trouvait liée à un état inflammatoire du péritoine. C'est là, d'ailleurs, un de ces cas de péritonites les plus aiguës, sans existence de perforation intestinale, que nous ayons eu occasion d'observer. Trois jours s'écoulèrent à peine entre l'invasion des premières douleurs abdominales et l'époque de la mort; et cependant, ici encore, comme dans l'observation IV, on ne trouve altéré d'une manière appréciable pour nous aucun des organes importants à la vie (cœur, poumon, centre nerveux).

#### VI. OBSERVATION.

Péritonite aiguë à la suite d'un accouchement. Duodénite avec ictère.

Une femme de vingt-neuf ans accouche facilement et promptement d'un enfant à terme: immédiatement après l'accouchement, il survint une perte abondante, qui est combattue par des applications de glace sur l'hypogastre, et par du suc de citron porté sur le col utérin. Les lochies coulent comme de coutume. Le quatrième jour, sans cause connue, toute espèce d'écoulement se supprime, et l'abdomen devient le siège de vives douleurs. Le lendemain, cinquième jour, cette femme entre à la Charité. L'abdomen est fortement ballonné, très-douloureux à la pression; la respiration est accélérée, sans

toux ni expectoration, le pouls fréquent et petit, la peau chaude et sèche, la langue naturelle. Aucune selle n'a eu lieu depuis deux jours: il y a absence de nausées et de vomissements. La face est pâle, altérée; la malade paraît profondément abattue. D'ailleurs, on ne sent aucune tumeur au-dessus du pubis, et le col utérin peut être touché sans douleur. (*Vingt sangsues sur le ventre, une once d'huile de ricin dans du bouillon aux herbes, fomentations et lavements émollients.*) Toutes les fois que la malade essaya de prendre de l'huile de ricin, elle la vomit. Dans la journée, elle s'affaissa de plus en plus; une teinte jaunâtre se répandit sur sa figure, et dans la matinée du sixième jour elle avait un ictère très-prononcé. D'ailleurs, l'abdomen était toujours ballonné et douloureux, et il n'y avait d'autre changement dans son état qu'une prostration qui d'heure en heure, en quelque sorte, devenait de plus en plus grande. Elle succomba dans la soirée, six jours après son accouchement, et trois jours seulement non encore accomplis depuis l'invasion des douleurs abdominales. Peu d'heures avant la mort, la tuméfaction du ventre était très-considérable, et, dans toute l'étendue de sa paroi antérieure, il résonnait comme un tambour.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

L'abdomen était ballonné comme pendant la vie. En incisant les parois, on piqua une anse intestinale, et une grande quantité de gaz s'échappa avec bruit du tube digestif. Entre les intestins étaient amassées des masses blanchâtres albumineuses qui les unissaient, et ne présentaient d'ailleurs encore aucune trace d'organisation. Un pus blanc et épais remplissait l'excavation du petit bassin; une vive injection colorait en beaucoup de points le tissu cellulaire sous-péritonéal; la surface interne

de l'estomac était pâle, mais une forte rougeur existait dans tout le duodénum; de petits vaisseaux rampaient en grand nombre dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la totalité de l'intestin grêle et du cœcum : le reste du gros intestin était blanc et rempli de matières fécales dures. Le foie ne nous offrit, soit dans ses canaux, soit dans son parenchyme, aucune altération appréciable. L'utérus, revenu sur lui-même, ne dépassant que le pubis, offrait une assez ample cavité, dont la surface interne était rougeâtre. Rien de remarquable dans les organes du thorax et du crâne.

—

Cette péritonite eut encore une plus courte durée que celle qui fait le sujet de la cinquième observation. Elle survint chez une femme récemment accouchée, qui n'avait éprouvé d'autre accident qu'une métrorrhagie. D'ailleurs, aucune cause extérieure appréciable ne lui donna naissance. Un symptôme local qui doit ici fixer notre attention, c'est la tympanite considérable qui se manifesta en même temps que se déclarèrent les douleurs abdominales. On aurait pu croire que cette tympanite constituait même la seule maladie, et méconnaître facilement la phlegmasie du péritoine. La distension qu'éprouvait la tunique séreuse des intestins devait puissamment contribuer à exaspérer les douleurs causées par cette phlegmasie. Ce développement considérable de gaz intestinaux était d'ailleurs lié à une assez vive injection sous-muqueuse de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin. On pouvait s'attendre à trouver l'estomac plus ou moins affecté, en raison de l'extrême susceptibilité qu'il manifesta lorsqu'on essaya de donner de l'huile de ricin à la malade, dans le but de faire cesser une constipation qui était une cause d'augmentation de la tympanite. Cependant l'estomac était sain en apparence,

mais il y avait dans le duodénum une inflammation qui est ici d'autant plus remarquable, qu'elle coïncide avec l'existence d'un ictère, sans qu'il y ait d'ailleurs aucune lésion appréciable dans le foie. Les premières traces de cet ictère apparurent à la suite des vomissements que provoqua l'huile de ricin; exemple frappant de disposition individuelle, puisque rien de semblable n'eut lieu chez les sujets des observations précédentes, à la plupart desquels l'huile de ricin fut également donnée. Ici, ce médicament fut-il vomé parce qu'il y avait déjà duodénite antécédente, qui, exaspérée par lui, se propagea aux canaux biliaires et produisit l'ictère, ou bien fut-il la cause première de l'inflammation du duodénum? A propos de ce fait, remarquons l'impossibilité d'établir des règles fixes, invariables, sur l'opportunité de l'administration des médicaments, et sur leurs effets. Cette duodénite ne contribua pas peu peut-être à produire la prostration extrême dans laquelle tomba tout-à-coup la malade, et au milieu de laquelle elle succomba.

#### VII. OBSERVATION.

Péritonite consécutive à une métrite aiguë chez une femme récemment accouchée.

Une femme âgée de trente-un ans accoucha naturellement, mais avec beaucoup de difficulté et de douleurs, d'un premier enfant, dans les premiers jours du mois de décembre 1820. Vers le commencement du quatrième jour après ses couches, elle fut prise, sans cause connue, d'une fièvre violente et d'une douleur peu vive dans l'hypogastre. Entrée le soir même à la Charité, elle était faible et abattue; on sentait, élevée de trois bons travers de doigt au-dessus du pubis, une tumeur glo-

buleuse, douloureuse à la pression, qui ressemblait, par sa forme et par sa position, au corps de l'utérus développé. La douleur hypogastrique était moins vive que celle que la malade disait sentir dans les deux aines. Le reste de l'abdomen était souple et indolent. Aucun écoulement n'avait eu lieu par le vagin; le col de l'utérus parut tuméfié et douloureux au toucher. Le pouls était fréquent et dur, la peau chaude et sèche, la langue naturelle, les selles rares, la respiration libre. M. Lerminier annonça l'existence d'une métrite aiguë, et prescrivit *l'application de trente sangsues sur l'hypogastre, des fomentations émollientes, des demi-bains de même nature.*

Le lendemain, troisième jour de l'invasion présumée de la métrite, les symptômes étaient les mêmes: du troisième au septième, saignée générale, deux nouvelles applications de sangsues (quinze chaque fois); diminution graduelle de la fièvre, cessation des douleurs inguinales et hypogastriques, mais persistance de la tumeur; et, malgré l'amélioration de plusieurs symptômes, dépérissement rapide, pâleur extrême de la face, remarquable altération des traits.

Du huitième au neuvième jour, de nouveaux symptômes se manifestent: la malade est prise de vomissements continuels; elle rejette beaucoup de bile verte et toutes les tisanes qu'elle boit: la langue n'a pas d'ailleurs changé d'aspect; elle n'est qu'un peu blanchâtre. Tout l'abdomen est devenu le siège d'une très-vive douleur que le moindre contact exaspère; il n'est pas tendu. Les évacuations alvines et urinaires sont supprimées; le pouls est très-fréquent et misérable, la peau sans chaleur et d'une humidité désagréable au toucher; la face prend rapidement un aspect cadavérique; la mort survient quarante heures après l'invasion de ces nouveaux symptômes. Le cas parut tellement désespéré que M. Lerminier ne voulut

pas tourmenter la malade par une médication active; il fit seulement appliquer aux cuisses deux vésicatoires qui ne prirent pas.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Une sérosité trouble, lactescente, était épanchée en médiocre quantité dans le péritoine; cette membrane était recouverte çà et là de plaques blanchâtres, membraniformes, sans trace d'organisation; elle offrait généralement une vive injection, qui me parut résider dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. En plusieurs points, celui-ci était partiellement rempli par une sérosité rougeâtre, semblable à celle qui existe dans les phlegmons commençants; le péritoine, soulevé par elle, ne ressemblait qu'à une très-mince pellicule, qu'on eût prise pour une portion d'épiderme soulevée en ampoule par la sérosité d'un vésicatoire. Des flocons plus nombreux, et un liquide plus épais que dans le reste de la cavité péritonéale, étaient amassés dans l'excavation du bassin. Au-dessus du pubis, faisait encore saillie la tumeur qui avait été reconnue pendant la vie, et qui était effectivement l'utérus développé. Le tissu de cet organe avait acquis une grande friabilité; il se déchirait très-facilement, et de divers points de ses parois incisées s'écoulait en nappe un pus crêmeux abondant; les parois de l'utérus, dans toute leur étendue, et surtout vers le fond de l'organe, étaient infiltrées de ce pus, qui en cinq ou six endroits était amassé en foyers. La cavité utérine était très-ample, et sa surface rouge; elle contenait une petite quantité de liquide sanguinolent; je ne trouve pas, dans mes notes, quel était l'état du col, non plus que celui des ovaires. La membrane muqueuse gastro-intestinale, et en particulier celle de l'estomac, était partout blanche et de consistance ordinaire.

Deux lésions remarquables existaient dans les organes thoraciques : 1° un état tuberculeux des ganglions bronchiques, qui étaient très-volumineux ; 2° au sommet du poumon gauche, une petite cavité à parois cellulo-fibreuses pouvant admettre une cerise, et communiquant, par des espèces de fistules anfractueuses, avec deux autres cavités plus petites encore, contenant toutes une médiocre quantité de liquide rougeâtre ; le tissu pulmonaire qui les entourait était noir et dur ; vu extérieurement, il était froncé, comme affaissé, et séparé de la première côte par une sorte de culotte épaisse de plusieurs lignes, demi-cartilagineuse, évidemment formée par d'anciennes fausses membranes de la plèvre.

Ce cas est remarquable sous plus d'un rapport. Il offre d'abord un exemple tranché de métrite aiguë, survenant, sans cause connue, quatre jours après un premier accouchement, chez une femme déjà un peu âgée. A la suite d'un traitement antiphlogistique énergique, les symptômes s'amendent, et l'on aurait pu croire que l'inflammation de l'utérus marchait vers sa résolution, si le volume de la tumeur formée par cet organe n'était pas resté le même. D'un autre côté, le rapide dépérissement de la malade annonçait la persistance d'une lésion grave : elle n'était effectivement que trop réelle. Chose remarquable, et bien digne de toute l'attention du praticien ! en même temps que le mouvement fébrile devenait à peu près nul, et que les douleurs de l'hypogastre et des aines disparaissent, l'utérus se désorganisait, son tissu se remplissait de pus, et vers le dixième jour de l'invasion de la métrite, ce pus y formait déjà plusieurs abcès. Il n'est pas d'ailleurs très-rare de voir, dans différents organes, la formation du pus coïncider avec une rémission marquée des symptômes les plus

graves : c'est, par exemple, ce qui plus d'une fois a été observé dans le cerveau. Ce qui donne un intérêt de plus au cas actuel, c'est la rapidité avec laquelle s'établit la suppuration : chronique par plusieurs de ses symptômes, la maladie fut aiguë par sa marche.

La péritonite peut être considérée comme ayant eu son point de départ dans la portion de membrane séreuse voisine de l'utérus. Les abondantes émissions sanguines qui avaient été faites, l'état de débilité dans lequel était plongée la malade, l'espèce de marasme aigu qui l'avait frappée, n'empêchèrent point le développement de ce nouveau travail inflammatoire, qui, du tissu de l'utérus, parut se propager par contiguïté de tissu, à sa membrane enveloppante, et de là au reste du péritoine. D'ailleurs, généralisant ce cas particulier, on peut dire que par cela seul qu'un organe est enflammé, c'est une raison pour que d'autres le deviennent ; aussi, dans la plupart des maladies aiguës, et surtout chroniques, il est infiniment rare qu'on ne trouve qu'un seul organe affecté. Cependant, dans cette observation même, il se présente à ce qui vient d'être dit une exception remarquable qui, dans le cas de péritonite, est presque constante : c'est la conservation de l'état sain de la membrane muqueuse gastro-intestinale, malgré l'inflammation très-vive du péritoine. Cet état sain existait d'ailleurs, ici comme dans plusieurs des observations précédentes, avec d'abondants vomissements.

Les signes de la péritonite ne furent pas douteux. Un seul manquait : c'était la tension du ventre ; mais la conservation de la souplesse des parois abdominales est un cas ordinaire chez les femmes prises de péritonite à la suite de couches : on en comprend facilement la raison. Ici, comme dans le cas précédent, il n'y eut point de tympanite.

A l'époque où je recueillis cette observation, je décrivis l'al-

tération du sommet du poumon gauche sans avoir aucune idée sur sa nature. Je suis porté aujourd'hui à la regarder comme indiquant une cicatrisation d'excavations tuberculeuses. Ce fait acquiert ici de l'importance en raison des tubercules qui existaient dans les ganglions bronchiques; c'est une preuve en faveur de l'opinion de M. Louis, qui pense que, toutes les fois qu'un organe quelconque contient des tubercules, le poumon en contient aussi.

Sous le rapport de la suppuration dont le tissu de l'utérus était le siège, l'observation qu'on vient de lire peut être rapprochée de celles qui ont été récemment publiées par MM. Louis et Dance.

#### VIII. OBSERVATION.

Péritonite avec gastrite aiguë.

Un cordonnier, âgé de trente-quatre ans, ayant des muscles grêles, et paraissant faiblement constitué, passa à boire et à danser toute la nuit du 4 au 5 juin 1820. Le lundi 5, il se coucha très-fatigué à quatre heures du soir. Au milieu de la nuit, il fut réveillé par des douleurs abdominales très-vives, qui avaient surtout leur siège dans la région cœcale. Il n'eut d'ailleurs ni nausées, ni vomissements, ni selles. Les quatre jours suivants, persistance des douleurs, constipation opiniâtre. Le 7, application de vingt-cinq sangsues sur la région cœcale. Le 8 et le 9, application de quinze nouvelles sangsues chaque jour. Entré à la Charité le 11 juin, on lui applique encore des sangsues sur l'abdomen. Dans la matinée du 12, il présente l'état suivant :

Face pâle, exprimant la douleur; grandes faiblesse, abdo-

men très-douloureux à la pression, surtout au-dessous de l'ombilic, souple au-dessus de ce point, gonflé et tendu au-dessous, et présentant une sorte de tumeur mal circonscrite qui semble constituée par des anses intestinales réunies en une seule masse; les mouvements inspiratoires, courts et rapprochés, augmentent singulièrement la douleur abdominale; une bile verte, abondante, a été vomie toute la nuit: de plus, ce que nous n'avons pas vu dans les observations précédentes, la langue est rouge et sèche, la soif vive; les lèvres sont d'un rouge vif et saignantes; le pouls est fréquent et petit, la peau peu chaude. (*Quatre demi-lavements avec demi-once d'huile de ricin dans chaque. Cataplasme. Sinapisme aux jambes. Tisane de lin gommée.*) Persistance des vomissements toute la journée. Le lendemain 13, traits de la face plus altérés; pouls filiforme; peau froide, couverte d'une sueur visqueuse; hoquet et nausées continuels: du reste, même symptômes. (*Même prescription.*) Le 14, neuvième jour depuis la nuit de l'invasion, le malade est mourant; hoquets et vomissements bilieux presque continuels. Une sueur froide couvre tout le corps, excepté la partie intérieure de l'abdomen, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, où la peau est chaude et un peu rouge. Mort une heure après la visite.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Tout le paquet des intestins grêles est réuni en une seule masse par des adhérences molles que l'on rompt par une légère traction. La surface externe de la presque totalité des intestins est recouverte par une exsudation blanchâtre, de deux lignes d'épaisseur, se détachant par larges lambeaux. Au-dessous d'elle, on trouve le péritoine très-rouge. Un liquide semblable à de la crème remplit la cavité péritonéale. La membrane