

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

muqueuse de l'estomac est très-rouge dans la plus grande partie de son étendue; en tirant légèrement les parois de l'estomac, on les déchire avec une remarquable facilité. La surface interne du duodénum participe à la rougeur de la muqueuse gastrique; mais ses tuniques ne se déchirent point comme celles de l'estomac. On ne trouve rien de notable dans le reste du tube digestif, si ce n'est une grande quantité de gaz, qui sont comme emprisonnés dans plusieurs anses de l'intestin grêle, et en opèrent ainsi la distension partielle,

====

Cette observation diffère des précédentes par la nouvelle complication dont elle offre un exemple. Dans les cas cités jusqu'ici, les vomissements ne dépendaient point d'un état d'inflammation de la membrane muqueuse gastrique; dans le cas actuel, ils coïncident avec cette inflammation, et d'ailleurs celle-ci est révélée par un nouvel ordre de symptômes que nous n'avons pas retrouvés dans les autres observations où il y avait péritonite sans gastrite: ces symptômes sont la rougeur et la sécheresse de la langue et des lèvres, la soif vive. La gastrite était très-intense; non-seulement elle était annoncée par la rougeur considérable de la membrane muqueuse, mais encore par la diminution de cohésion des tuniques subjacentes; si le malade eût vécu plus long-temps, son estomac se fût peut-être perforé. C'est d'ailleurs par des signes d'inflammation du péritoine que débuta la maladie. Dans l'observation suivante, nous allons voir une péritonite aiguë survenir comme complication d'une gastro-entérite chronique.

IX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Péritonite aiguë. Gastro-colite chronique. Deux tumeurs hydatifères, dont l'une développée entre le foie et l'estomac, et l'autre entre le rectum et la vessie.

Un peintre, âgé de trente ans, fit, comme militaire, la campagne de France de 1814; il y éprouva toutes les angoisses de la misère, il fit abus des liqueurs alcooliques. Il rentra dans ses foyers en 1815; les années suivantes, sa santé fut chancelante. Depuis 1819 seulement, des symptômes morbides graves se sont manifestés: son appétit commença alors à se déranger; il vomit de temps en temps des eaux acres, mais jamais ses aliments; il avait fréquemment la diarrhée avec ténesme, et selles sanguinolentes. Ces symptômes persistèrent jusqu'à la fin de 1822; il était parvenu peu à peu à une degré assez avancé du marasme. Il ne s'était jamais astreint à aucun traitement. Vers le 15 octobre 1822, il fut pris de douleurs abdominales, et entra à la Charité.

Lorsqu'il se présenta à notre examen, la face était pâle et grippée; le ventre, tendu et développé, ne pouvait être légèrement pressé sans que les douleurs ne s'exaspérassent d'une manière atroce. On sentait dans l'abdomen une fluctuation obscure. Immédiatement au-dessus du pubis existait une tumeur globuleuse, dure, un peu déjetée à gauche de la symphyse, ayant à peu près le volume d'une grosse orange, paraissant se prolonger derrière le pubis, simulant par sa forme la vessie distendue par l'urine, et déviée à gauche. Cependant le malade urinait librement; la sonde, introduite dans la vessie, fit reconnaître une obliquité de ce réservoir à droite, c'est-à-dire en sens inverse de la position de la tumeur. Le

malade avait des nausées continuelles ; il avait vomi depuis la veille une grande quantité de bile verte ; la langue avait un aspect naturel ; les envies d'aller à la selle étaient fréquentes, mais le malade ne rendait chaque fois qu'une petite quantité de matières glaireuses et sanguinolentes ; le pouls était petit, très-fréquent ; la peau peu chaude.

*Diagnostic.* Phlegmasie chronique de l'estomac et du gros intestin ; péritonite aiguë ; tumeur anormale dans l'hypogastre, ne paraissant avoir avec la vessie qu'une analogie trompeuse de forme.

*(Trente sangsues sur l'abdomen, boissons et lavements émollients.)*

Le lendemain, 30 octobre, les douleurs abdominales, moindres, ne se faisaient plus sentir que dans la région hypogastrique. Les autres symptômes ne présentaient point de changements. *(Trente sangsues sur l'abdomen.)*

Le 1<sup>er</sup> novembre, même état. *(Fomentations émollientes.)*

Le 2 novembre, faiblesse extrême, peau froide, pouls filiforme, persistance des vomissements ; mort dans la soirée.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Une petite quantité de liquide trouble, au milieu duquel nageaient quelques flocons albumineux, était épanchée dans l'un et l'autre flanc ; le péritoine ne présentait d'ailleurs ni fausse membrane, ni aucune autre trace d'inflammation. La tumeur dont l'existence avait été reconnue pendant la vie était annexée à la partie latérale gauche de la vessie ; elle se prolongeait entre celle-ci et le rectum : un tissu cellulaire dense l'unissait à ces parties ; le péritoine la recouvrait : elle était dure, résistante. A peine l'eut-on incisée, qu'il en sortit avec impétuosité un liquide limpide, au milieu duquel nageaient

sept à huit hydatides (acéphalocystes à bourgeons), dont quatre ou cinq avaient à peu près le volume d'une noix, et les autres celui d'un œuf de poule. Les parois du kyste étaient formées par un tissu fibreux, présentant çà et là quelques plaques cartilagineuses.

Au moment où l'on allait ouvrir l'estomac, on reconnut entre ce viscère et le foie une seconde poche semblable à la précédente ; elle ne contenait qu'une volumineuse hydatide, d'une couleur verdâtre, crevée, et plusieurs fois repliée sur elle-même.

La muqueuse gastrique était molle et d'un rouge brunâtre dans la plus grande partie de son étendue. L'intestin grêle était sain. La muqueuse du gros intestin, épaisse et noire, présentait dans toute son étendue de nombreuses végétations comme pisiformes, faisant au-dessus de sa surface une saillie d'une à deux lignes.

Les organes du crâne et du thorax étaient sains.

La double phlegmasie de l'estomac et du gros intestin explique suffisamment les divers symptômes que le malade présentait depuis trois ans. Survenue chez un individu déjà épuisé, la péritonite, bien que peu intense, fut rapidement mortelle.

Les deux poches hydatiques n'eurent sans doute que très-peu d'influence sur la production des accidents passés ou actuels éprouvés par le malade. Peut-on expliquer, par la présence de la tumeur logée entre le foie et l'estomac, pourquoi les vomissements augmentaient lorsque le malade se couchait à gauche ? L'autre tumeur avait déjà dévié un peu la vessie : plus tard, elle aurait pu, en se développant davantage, obli-

térer plus ou moins complètement le passage des urines ou des matières fécales.

Une rétention d'urine, produite par une semblable cause, n'est pas sans exemple. Il est question, dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, d'un homme de quarante-cinq ans, chez lequel on trouva, entre la vessie et le rectum, une poche hydatique volumineuse, qui comprimait fortement le premier de ces organes. Il avait été atteint, pendant les derniers temps de sa vie, d'une violente strangurie, à laquelle le cathétérisme n'avait pu remédier.

#### X<sup>e</sup> OBSERVATION.

Péritonite aiguë survenue pendant le cours d'une entérite chronique. Épanchement de sérosité rougeâtre dans le péritoine, sans autre trace d'inflammation de cette membrane.

Un homme de cinquante-quatre ans, marbrier, ayant été plusieurs fois traité à l'hôpital de la Charité de la colique métallique, était atteint depuis quatre mois d'un abondant flux de ventre. Lors de son entrée à l'hôpital, il était faible et très-maigre, neuf ou dix selles avaient lieu en vingt-quatre heures. Langue naturelle; anorexie; ventre simple et douloureux seulement par intervalles, le plus souvent avant d'aller à la selle. (*Décoction blanche de Sydenham. Potion gommeuse composée. Lavement d'amidon, avec addition de deux gouttes de laudanum de Rousseau et d'un jaune d'œuf. Deux bouillons.*)

Le malade n'alla que quatre fois à la selle jusqu'au lendemain matin, 20 février. Les trois jours suivants, même médication. Trois selles seulement en vingt-quatre heures.

Le 24, on ajouta à la prescription un verre de décoction

de cachou. Deux selles seulement eurent lieu jusqu'au lendemain matin; abdomen indolent, point de fièvre. Mêmes médicaments et même état jusqu'au 28. Deux selles liquides seulement chaque jour, sans colique; état général assez satisfaisant.

On ne pouvait douter que la diarrhée avait diminué sous l'influence des moyens thérapeutiques et de la diète. M. Lermnier substitua au cachou et à la décoction blanche une décoction de simarouba édulcorée avec le sirop de coing. Le soir, deux pilules de cynoglosse.

Jusqu'au lendemain, 1<sup>er</sup> mars, il n'y eut pas de selles; aucune douleur abdominale ne fut ressentie. Continuation du simarouba. (*Trois crèmes de riz. Deux bouillons.*) Du 1<sup>er</sup> au 6 mars, il n'y eut qu'une selle chaque vingt-quatre heures; liquide jusqu'au 5, elle fut bien consistante le 6 et le 7; le ventre était souple et indolent; le malade se trouvait bien; cependant ses forces ne se relevaient pas, et il restait sans appétit.

Le 6, tout a changé de face: fièvre, langue rouge et sèche; cependant le dévoiement n'a pas reparu. (*Suspension du simarouba. Tisanes émollientes.*)

Le 10, la fièvre n'existait plus, la langue était redevenue humide et pâle; le dévoiement avait reparu. On prescrivit de nouveau la décoction de simarouba, une tisane d'orge gommée acidulée avec l'eau de Rabel.

Le 12, ce dévoiement était de nouveau arrêté; du 12 au 15, il ne reparut pas. (Alors cessation du *simarouba*.) Tout semblait annoncer la possibilité de la guérison. Cependant la face restait d'une pâleur remarquable; nous n'observions pas sans inquiétude que l'anorexie persistait, que les forces ne se rétablissaient pas, et qu'un léger mouvement fébrile se manifestait de temps en temps, surtout vers le soir.

Le 16, un grand changement eut lieu dans la position du malade. Il était dans un état d'anxiété extrême : il éprouvait des douleurs abdominales assez vives pour lui arracher des cris ; la moindre pression les exaspérait encore. En même temps grande fréquence et petitesse du pouls, vive chaleur à la peau. L'invasion d'une péritonite ne nous semble pas douteuse. (*Vingt sangsues sur l'abdomen.*)

Le lendemain, douleur abdominale moins intense : mais tuméfaction de l'abdomen, qui présente une fluctuation obscure.

Du 18 au 24, les douleurs abdominales cessèrent de se faire sentir ; la fluctuation devint de plus en plus manifeste, et bientôt l'on observa une ascite considérable. Le pouls était faible, sans fréquence ; deux selles liquides seulement avaient eu lieu chaque jour dans les vingt-quatre heures. (*Vésicatoire aux jambes, simples émollients à l'intérieur.*)

Le 25, réapparition de la douleur abdominale ; prostration extrême ; pouls filiforme, peu fréquent. Les traits de la face, profondément altérés, annonçaient une mort prochaine ; elle eut lieu le 26.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité rougeâtre, abondante, dans le péritoine, sans mélange d'autres flocons, sans trace de pseudo-membranes, sans apparence d'un travail phlegmasique quelconque dans la membrane séreuse, ou dans le tissu cellulaire qui lui est subjacent.

Estomac sain, ainsi que les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle. Dans le quart inférieur, on observe d'assez nombreuses ulcérations, dont le fond brunâtre est formé par le tissu lamineux, dur et épaissi ; dans plusieurs, le fond est au

niveau des bords, et le tissu qui les forme paraît se continuer avec la muqueuse. Était-ce une cicatrisation commençante ? Entre ces ulcérations, et même sur leurs bords, la membrane muqueuse était blanche, bien consistante. La membrane muqueuse du gros intestin, également blanche, de consistance et d'épaisseur naturelles, était exempte de toute altération appréciable.

Rien de remarquable dans les autres viscères de l'abdomen, du thorax et du crâne.

La péritonite aiguë dont cette observation fournit un exemple, ne peut être révoquée en doute, en raison des symptômes qui l'annonçaient pendant la vie ; par la seule inspection du cadavre, elle eût été méconnue. On ne trouva, en effet, d'autre altération dans le péritoine qu'un épanchement de sérosité unie à une certaine quantité de matière colorante du sang. C'est ce qu'on observe dans certains cas de simple ascite consécutive à un obstacle mécanique, et survenue sans douleur. Voilà donc un cas où la nature des symptômes éclaire davantage sur la véritable nature de la maladie que ne le fait l'anatomie pathologique : comparez ces cas à ceux où, bien qu'aucune douleur n'ait existé pendant la vie, on trouve du pus, des fausses membranes, etc., dans le péritoine !

Une autre maladie existait chez cet individu à l'époque de son entrée : c'était une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse intestinale ; ou, du moins, nous devons considérer comme étant le résultat de cette phlegmasie la diarrhée qui depuis long-temps existait chez lui. Le traitement, pendant l'administration duquel cette diarrhée diminua d'abord, puis se suspendit, doit fixer notre attention. On donna d'abord de simples émollients, des narcotiques, puis des astringents to-

niques (*cachou, simarouba*). Nous vîmes, pendant que ces médicaments étaient donnés, le dévoiement disparaître à la vérité, mais momentanément. L'estomac s'irrita; son affection fut annoncée par la rougeur de la langue et par la fièvre. Il suffit de suspendre l'administration du simarouba pour faire cesser cette gastrite, que cette écorce avait vraisemblablement causée. Alors, le dévoiement reparut; on reprit l'usage de l'écorce astringente, et il cessa de nouveau: il ne reparut plus pendant le cours de la péritonite.

D'après l'influence exercée d'abord par la médication tonique, sur la cessation de la diarrhée, on devait naturellement être porté à penser que cette diarrhée n'était point ici liée à une phlegmasie intestinale, mais qu'elle dépendait plutôt d'un état d'atonie de la membrane muqueuse, *que c'était une sorte de flux passif*. L'ouverture du cadavre nous démontra qu'il n'en était point ainsi. Dans une certaine étendue de l'intestin existaient des ulcérations dont l'aspect indiquait l'ancienneté: mais entre elles la décoloration que présentait la membrane muqueuse, d'ailleurs bien consistante, indiquait l'absence de réaction antérieure des ulcérations. Voilà la stricte expression des faits. Que si nous voulons maintenant en tirer quelque conséquence, nous demanderons si un pareil cas ne semble pas conduire à prouver qu'il est certaines inflammations chroniques auxquelles on peut opposer avec avantage un autre traitement que les simples antiphlogistiques. Nous avons déjà développé ailleurs ce point de doctrine. Notez, de plus, qu'on ne peut pas dire, dans ce cas, que la cessation du dévoiement a été le résultat d'un accroissement d'irritation de la membrane muqueuse intestinale; car, s'il en eût été ainsi, nous aurions vu les douleurs abdominales s'exaspérer, la fièvre s'al-lumer; en un mot, nous aurions observé cet ensemble de symptômes qui se manifestent lorsqu'une phlegmasie chronique

repassé momentanément à l'état aigu. Mais il n'en fut point ainsi. Nous nous demanderons toutefois si l'irritation dont l'estomac devint le siège à la suite de l'administration des astringents, ne joua pas un rôle dans la disparition momentanée de la diarrhée. Nous n'oublierons pas, d'ailleurs, que, même après la cessation du dévoiement, la persistance de l'anorexie et de la faiblesse générale, ainsi que le mouvement fébrile erratique, annonçaient une lésion organique qui survivait à la diarrhée.

Nous trouvons dans ce cas un nouvel exemple d'une diarrhée dans laquelle la cause du flux intestinal résidait uniquement dans l'intestin grêle, le gros intestin ayant été trouvé parfaitement sain.

Nous remarquerons encore que l'anorexie complète que le malade éprouvait depuis long-temps ne reconnaissait pour cause aucune altération appréciable de l'estomac lui-même, qui ne parut s'être irrité que momentanément, à l'époque où la langue rougit et où la fièvre augmenta.

#### XI. OBSERVATION.

Péritonite consécutive à un anévrysme de l'artère iliaque primitive droite.  
Mort subite par suite de la rupture du sac anévrysmal dans la cavité du péritoine.

Un garçon marchand de vin, âgé de vingt-six ans, fortement constitué, entra, le 26 avril 1824, à la Charité: il présentait alors tous les signes caractéristiques d'une péritonite aiguë. Trois semaines auparavant, en pompant de l'eau, il avait été pris tout-à-coup d'une forte douleur lombaire, qui fut suivie de douleurs abdominales et de vomissements. Il garda le lit pendant les vingt jours suivants, puis les symp-