

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-

tômes s'exaspérèrent tout-à-coup ; la douleur abdominale devint surtout beaucoup plus intense , et les vomissements , qui n'avaient existé qu'au début de la maladie , reparurent. Nous vîmes , pour la première fois , ce malade dans la matinée du 27 avril. Alors l'abdomen était très-douloureux à la pression , et tendu ; la résistance uniforme de ses parois semblait dépendre du paquet intestinal , dont les anses étaient unies et comme soudées par des fausses membranes. Le pouls était petit et fréquent , la langue naturelle (*vingt-quatre sangsues furent appliquées à l'anüs , et quarante-huit sur l'abdomen , deux vésicatoires aux jambes , boissons délayantes*). Le lendemain 28 , le malade se dit mieux ; mais la tension du ventre persiste , ainsi que la douleur , surtout sur l'hypogastre (*quarante-huit sangsues sur cette région : vingt-quatre sur le reste de l'abdomen*). Le 29 et jours suivants , l'état du malade étant le même , M. Lermnier continue l'application des sangsues ainsi qu'il suit : le 29 , *trente-six sangsues à l'anüs* ; le 30 , *vingt-quatre sangsues à l'hypogastre* ; le 1<sup>er</sup> mai , le 2 et le 3 , même prescription ; le 4 , les douleurs étant beaucoup moindres , on n'appliqua que *douze sangsues , toujours à l'hypogastre*. Le 5 , même application. Le 6 et le 7 , les douleurs abdominales sont à peu près nulles ; le pouls a peu de fréquence ; le malade se sent bien ; mais la tension du ventre n'a pas diminué. Le 13 , retour des douleurs : *douze sangsues à l'hypogastre*. Deux heures après la visite , le malade fait un léger mouvement dans son lit , perd connaissance , et expire au bout de quelques secondes.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Une sérosité sanguinolente s'échappe de l'abdomen , au moment où l'on en incise les parois. Des caillots d'un sang noir

recouvrent les intestins et remplissent l'excavation du bassin ainsi que les flancs. Des adhérences encore molles et colorées par le sang épanché unissent les anses intestinales entre elles , de manière que celles-ci , ainsi réunies , ne constituent plus qu'une seule masse , à laquelle était due la résistance offerte pendant la vie par les parois abdominales. Le paquet intestinal formant tumeur ayant été écarté , on découvrit à la place occupée par le mésentère une tumeur considérable constituée par des couches fibreuses , superposées , dont la densité allait en diminuant de l'extérieur à l'intérieur ; les couches les plus externes étaient dépouillées de matière colorante. Au centre , existaient des caillots mous , semblables à ceux qui remplissaient le péritoine. Ces masses de fibrine recouvraient la fin de l'aorte et les iliaques primitives. Presque immédiatement après sa séparation de l'aorte , l'artère iliaque primitive droite était percée d'un trou assez large pour admettre une pièce de cinq sous. Ses bords irréguliers présentaient des lambeaux des membranes externe et moyenne. Aucune lésion organique appréciable n'existait , soit dans le reste de l'artère iliaque , autour ou loin de la perforation , soit dans l'aorte , soit dans toutes les autres parties du système vasculaire , à sang rouge et noir.

La cause de la mort subite du malade est suffisamment expliquée par l'hémorrhagie interne qui eut lieu à travers la perforation de l'artère iliaque primitive droite. Il est vraisemblable qu'un commencement de rupture de cette artère , déjà précédemment malade , s'effectua à l'époque où , à la suite d'un effort , une vive douleur fut ressentie au bas des lombes. L'irritation se propagea au péritoine , ainsi que l'attestent les symptômes d'inflammation de cette membrane qui se manifestèrent

alors, et qui depuis ne cessèrent pas d'exister avec des degrés variables d'intensité. Depuis l'époque de l'entrée du malade à la Charité, un traitement antiphlogistique des plus actifs fut mis en usage (*trois cent douze sangsues furent appliquées dans l'espace de douze jours, tant sur l'abdomen qu'à l'anus*). Les douleurs furent calmées; le malade fut sensiblement soulagé, et ses forces étaient conservées en assez bon état; mais si la forme aiguë de la maladie fut ainsi enlevée, elle n'en persista pas moins sous une forme qui se rapprochait plus de l'état chronique. Ce cas est d'ailleurs un exemple remarquable de la quantité de sang que peut perdre un individu, sans en être sensiblement affaibli.

Ayant cité dans le troisième volume de cet ouvrage des observations de péritonites produites par des perforations de l'estomac et des intestins, et ayant alors insisté avec quelques détails sur les symptômes, la marche, le diagnostic des inflammations péritonéales qui reconnaissent ce genre de causes, il serait inutile de revenir encore sur ce sujet; j'ai eu occasion de mentionner dans d'autres chapitres du présent volume des cas de péritonites causées par divers corps étrangers introduits dans des organes voisins, tels que le foie, la vésicule du fiel, le péritoine, etc. Je vais donc sur-le-champ rapporter quelques observations de péritonites aiguës terminées par résolution.

## CHAPITRE II.

### PÉRITONITES AIGÜES GUÉRIES.

Parmi les individus dont je vais rapporter l'histoire, les uns, revenus à la santé, après avoir offert tous les symptômes d'une péritonite aiguë, ont succombé plusieurs années après à une autre maladie, et l'on a trouvé dans le péritoine des adhérences celluleuses ou d'autres états morbides, indices d'une ancienne inflammation de cette membrane. Chez d'autres, qui paraissaient également avoir eu une péritonite dont ils avaient guéri, il n'existait dans le péritoine aucune trace de travail pathologique ancien ou récent. Chez d'autres, enfin, nous n'avons pas eu occasion d'examiner le péritoine.

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

Symptômes de péritonite aiguë. Guérison. Deux ans après, phthisie pulmonaire et mort. Plusieurs anses intestinales unies par des adhérences celluleuses.

Un boulanger, âgé de trente-huit ans, présentait l'état suivant lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours de l'hiver de 1823; vives douleurs abdominales, augmentant par la pression la plus légère, par le seul poids des couvertures; tension générale des parois du ventre; fluctuation obscure; pouls très-fréquent, sans beaucoup de chaleur à la peau; nausées continuelles, sans vomissement; langue naturelle et constipation; face pâle, exprimant une anxiété profonde. Deux jours aupa-