

pêcher la malade de vaquer à ses occupations habituelles, se transforme, au bout d'un certain temps, en une douleur qui revêt tous les caractères des douleurs péritonéales, et alors seulement se manifestent les autres symptômes de la péritonite aiguë. Ces symptômes disparaissent promptement à la suite d'une abondante émission sanguine, et alors commence la troisième période, celle pendant laquelle la maladie du péritoine se montre sous sa forme chronique. Seule, elle eût suffi sans doute pour entraîner lentement la malade au tombeau; mais sa mort fut encore hâtée par l'abondante diarrhée qui s'établit. L'altération qui entretenait celle-ci avait un siège bien circonscrit, elle ne résidait que dans le rectum; partout ailleurs l'intestin était exempt d'altérations appréciables.

Les lésions trouvées dans le péritoine attestent la forme chronique de l'inflammation de cette membrane. On remarquera ces brides nombreuses constituées par un tissu cellulaire dense, et déjà bien organisé, quoique la maladie ne fût pas encore de date bien ancienne. On notera aussi les abcès multipliés, dont les brides celluleuses constituaient les parois, et de plus cet abcès sous-muqueux, formé dans l'épaisseur de l'un des ligaments larges. En pareil cas, on conçoit qu'il doit être impossible de percevoir la fluctuation. Les cloisons nombreuses qui emprisonnent le pus dans autant de loges distinctes y opposent un véritable obstacle.

XIX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Douleurs abdominales au début, mais peu vives, continuant plus tard à se faire obscurément sentir par une forte pression. Diarrhée. Tubercules dans le péritoine, le péricarde et le poumon. Perforation de l'iléum opérée de dehors en dedans.

Un tailleur, âgé de vingt-quatre ans, fut pris, sans cause connue, au commencement du mois de décembre 1821, de douleurs abdominales que la pression augmentait, mais qui ne furent jamais très-vives; il avait en même temps du dévoisement. Il garda la chambre pendant trois semaines, puis il entra à la Charité le 5 janvier 1822. Il offrait alors l'état suivant :

Maigreur générale; face pâle, fatiguée; abdomen tendu, ballonné au-dessus de l'ombilic, présentant une fluctuation obscure au-dessous de ce point, n'étant douloureux que par une pression un peu forte, principalement vers le flanc gauche; selles fréquentes (*sept à huit en vingt-quatre heures*), semblables à de l'eau colorée en jaune, précédées souvent de coliques. Langue rouge vers la pointe, blanchâtre dans le reste de son étendue; anorexie; vomissements de temps en temps; pouls fréquent et petit; toux légère; respiration libre: l'auscultation et la percussion ne font reconnaître rien d'in solite dans les organes thoraciques. Nous regardâmes comme non douteuse l'existence d'une double inflammation (esthétique du péritoine et de la membrane muqueuse gastrique) émoussée (*quarante sangsues à l'anus; fomentations émollientes sur l'abdomen; tisane d'orge; juleps*).

Jusqu'au lendemain matin, le malade n'essentit aucune colique et n'alla point à la selle.

Les cinq ou six jours suivants, le dévoisement ne reparut



pas ; mais aucune amélioration n'avait lieu sous le rapport de la péritonite : le pouls était d'une fréquence extrême. On permettait l'usage de quelques crèmes de riz et de bouillons.

Pendant le reste du mois de janvier, l'abdomen se tuméfia de plus en plus ; il pouvait être pressé sans douleur. Il n'y avait qu'une selle tous les deux jours. Le pouls était habituellement fréquent, la peau d'une aridité remarquable ; les forces diminuèrent. Le malade vomissait de temps en temps une petite quantité de bile ; la langue avait un aspect naturel.

Vers le commencement du mois de février, la toux augmenta, et un peu d'oppression commença à se faire sentir. La poitrine, percutée de nouveau à cette époque, résonnait bien partout ; la respiration s'entendait partout sans râle. Le pouls était d'une faiblesse extrême ; le marasme était porté au dernier degré ; des sueurs avaient lieu la nuit. Le 14 février, le malade eut encore un vomissement. Dans la matinée du 15, bien que très-faible, il rendait parfaitement compte de son état ; il expira, sans agonie, quelques heures après la visite. Jusqu'à la mort l'abdomen resta parfaitement indolent.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales adhéraient fortement aux intestins. Le liquide d'un gris brunâtre, ayant l'aspect et l'odeur des matières stercorales liquides, existait dans le péritoine. Les anses de l'intestin grêle, réunies en une seule masse, étaient liées entre elles, et recouvertes par des fausses membranes épaissies, d'un noir foncé, au milieu desquelles existaient de nombreux tubercules. Au-dessous de ces membranes, l'on trouvait le péritoine non injecté, mince et transparent comme dans son état ordinaire. Dans le tissu cellulaire interposé entre lui et la membrane charnue des intestins, s'étaient

aussi développés un grand nombre de tubercules ; plusieurs, en se ramollissant, avaient détruit la portion du péritoine qui les recouvrait, et de là résultait un ulcère dont le fond était formé par la membrane musculaire, et les bords par la tunique séreuse irrégulièrement découpée. En d'autres points, la membrane charnue était elle-même détruite, et le fond de l'ulcère n'était plus formé que par la seule membrane muqueuse restée saine. Enfin, à cinq ou six travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cœcale, la membrane muqueuse avait été détruite à son tour, et la perforation de l'intestin en avait été le résultat. Un petit pois aurait pu passer à travers cette ouverture ; ses bords étaient exactement circulaires.

La membrane muqueuse gastro-intestinale était partout blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires.

Le sommet du poumon droit contenait quelques tubercules crus, séparés par un tissu pulmonaire sain.

Le feuillet séreux du péricarde qui tapisse la membrane fibreuse adhérait, dans la plus grande partie de son étendue, au feuillet qui recouvre le cœur ; de fausses membranes épaissies, blanches, les unissaient. L'intérieur de ces pseudo-membranes était parsemé de nombreux tubercules.

Les douleurs qui marquèrent le début de cette péritonite furent moins vives que celles que nous avons vues exister dans les observations précédentes : à une époque plus avancée de la maladie, elles devinrent tout-à-fait nulles ; et cependant on peut voir, par les détails de l'ouverture du cadavre, combien étaient graves les désordres organiques du péritoine. Le mode de perforation de l'intestin, effectuée de dehors en dedans, est digne de remarque.

L'application de quarante sangsues à l'anus fit cesser une diarrhée dont la date était déjà assez ancienne.



XX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Péritonite chronique tuberculeuse, avec légères douleurs au début seulement. Ascite avec infiltration de la face et des membres abdominaux. Ulcérations intestinales. Phthisie pulmonaire.

Un cordonnier, âgé de dix-neuf ans, ressentit vers la fin du mois de mai 1822, une douleur abdominale qui, bien qu'assez vive, ne l'empêcha pas de continuer à travailler; mais bientôt il fut obligé de se mettre au lit chaque après-midi. Cette douleur augmentait par la pression et quand il marchait. Le malade ne vomissait pas et n'avait pas de dévoitement; il toussait beaucoup, s'affaiblissait, et avait de la fièvre chaque soir. Depuis le milieu du mois de juillet, une diarrhée abondante est survenue.

Lors de son entrée à la Charité, vers le 12 août, il présenta l'état suivant: face pâle, un peu bouffie; légère infiltration du pourtour des malléoles; douleur autour de l'ombilic, augmentant par une pression un peu forte: ventre tuméfié, présentant une fluctuation manifeste; trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures; toux légère et sèche; pouls fréquent, petit; sueur chaque matin; maigreur considérable des membres et des parois thoraciques.

Pendant le cours du mois d'août, à l'aide d'un régime doux et de fomentations émollientes sur l'abdomen, la douleur disparut complètement; mais la toux augmenta, la diarrhée persista, le pouls ne perdit pas sa fréquence, les sueurs devinrent plus abondantes, la faiblesse et le marasme firent de rapides progrès. Le malade succomba le 31 août, à sept heures du soir.

## OUVERTURE DU CADAVRE

43 heures après la mort.

*Tête.* Arachnoïde dans son état ordinaire; ventricules contenant chacun une bonne cuillerée à bouche de sérosité limpide.

*Poitrine.* Son diamètre vertical était considérablement diminué par le refoulement du diaphragme en haut. Le cœur, dans son état physiologique, nageait au milieu d'un grand verre de sérosité limpide. Les poumons adhéraient fortement aux parois thoraciques. Le lobe supérieur du poumon gauche était comme transformé en matière tuberculeuse, de telle sorte qu'on voyait à peine quelque trace du parenchyme pulmonaire. Au sommet, existait une cavité capable de loger une noix. Le lobe inférieur du poumon gauche et tout le poumon droit étaient parsemés de tubercules miliaires. Le tissu pulmonaire qui les séparait était sain et crépitant.

L'ouverture de l'abdomen donna issue à près d'un seau de sérosité citrine. On trouva l'épiploon raccorni et formant une masse épaisse qui, en haut, était appliquée et fixée sur le colon transverse, et en bas embrassait la masse des intestins grêles: il contenait un grand nombre de tubercules miliaires. De cette masse se détachaient une foule de prolongements membraneux, remplis également de tubercules, et qui allaient se terminer, soit au mésentère, soit à diverses portions d'intestins: les intestins étaient eux-mêmes réunis par des fausses membranes, dans lesquelles s'étaient aussi développés des tubercules. Au centre du mésentère existait une tumeur volumineuse, formée par l'agglomération de plusieurs ganglions lymphatiques tuberculeux.

La surface interne de l'estomac était très-blanche, un peu



brune vers le pylore; la surface interne de l'intestin grêle était partout très-pâle. Vers la fin de l'iléum, existaient quelques plaques de points noirs; au milieu de ces plaques, la muqueuse était soulevée par de petits tubercules crus, du volume de la tête d'une épingle. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale existait une ulcération à bords blancs et non élevés; le fond, également blanc, était formé par la tunique charnue. Au-dessous de la valvule étaient creusées deux ou trois ulcérations, semblables à la précédente; la valvule elle-même était le siège d'une ulcération qui l'avait perforée et l'avait transformée en une sorte de pont: de nombreux tubercules la recouvraient.



Ici, la douleur est encore moins marquée que dans le cas précédent; elle existe d'abord sans autre symptôme grave, et n'est pas assez vive pour obliger le malade à suspendre même ses pénibles occupations. Plus tard, elle disparaît complètement, et l'on n'observe plus autre chose que les symptômes d'une simple ascite, compliquée d'entérite chronique et d'une affection tuberculeuse des poumons. Cependant il n'y avait pas seulement de la sérosité dans le péritoine; on y trouva des traces non douteuses d'un ancien travail phlegmasique, et au milieu des produits de celle-ci s'étaient développés des tubercules. Dans cette observation, comme dans la précédente, l'existence de ces tubercules dans le péritoine et dans d'autres séreuses coïncidait avec l'existence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

Nous ferons remarquer la décoloration complète de la membrane muqueuse intestinale, malgré les ulcérations qui la parsemaient: ces ulcérations elles-mêmes étaient blanches dans leur fond et sur leurs bords.

XXI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Ascite précédée par des douleurs de péritonite aiguë. Résorption spontanée de l'épanchement coïncidant avec un flux copieux d'urine. Guérison complète.

Un scieur de long, âgé de soixante-quatre ans, jouit d'une bonne santé jusque vers le mois d'avril 1822. A cette époque, il entra à l'Hôtel-Dieu pour une blessure au pied. Huit jours après son entrée, il ressentit de vives douleurs abdominales, que la pression exaspérait; puis l'abdomen augmenta peu à peu de volume. Il quitta l'Hôtel-Dieu, guéri de sa plaie, mais avec une énorme ascite. Peu de temps après, il entra à la Pitié, où un grand nombre de sangsues furent inutilement appliquées sur les parois abdominales: il en sortit, sans avoir été soulagé, vers le 15 juin. Le 20 du même mois, les jambes commencèrent à s'œdématiser pour la première fois; au bout de quatre ou cinq jours, l'enflure gagna les cuisses, puis le scrotum. Le malade entra à la Charité le 29 juin.

A cette époque, les parois abdominales étaient distendues par une quantité considérable de liquide dont le flot se faisait très-facilement sentir. Les jambes, les cuisses et les bourses étaient médiocrement infiltrées. La gêne légère de la respiration paraissait uniquement dépendre du refoulement du diaphragme. Les battements du cœur ne présentaient rien d'insolite; le pouls, sans fréquence, était de force ordinaire. L'appétit était médiocre, la soif nulle, les selles de bonne nature, les urines rares et sédimenteuses.

En ayant égard aux circonstances antécédentes, on pouvait présumer que l'ascite avait succédé à une phlegmasie du péritoine. (*Tisane d'orge nitrée; frictions avec la teinture de digitale; quart.*)



Ce malade resta dans le même état jusque vers la moitié du mois d'août; puis, sans qu'aucun changement eût eu lieu dans le traitement, ses urines devinrent tout-à-coup très-abondantes, et en même temps l'hydropisie diminua rapidement. L'urine continua à couler ainsi, et l'hydropisie à diminuer jusqu'à la fin du mois. Le 29, les membres, non plus que l'abdomen, ne présentaient plus aucune trace d'épanchement séreux. Le malade sortit bien portant le 31 du mois d'août.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, des douleurs, qui paraissent dépendre d'une inflammation du péritoine, marquent le début de la maladie; puis ces douleurs disparaissent complètement. Mais ici, il ne reste plus rien qui annonce une phlegmasie péritonéale, et l'on n'observe plus autre chose qu'une simple hydropisie. Vainement opposa-t-on à celle-ci l'application d'un grand nombre de sangsues sur l'abdomen; au contraire, elle disparut en même temps que s'établit spontanément un flux copieux d'urine (1).

(1) Les cas dans lesquels on voit ainsi une hydropisie disparaître en même temps que les urines viennent à couler avec une abondance insolite, sont certainement plus rares qu'on ne l'a dit dans la plupart des ouvrages; de temps en temps cependant on en rencontre quelques exemples. Ainsi j'ai donné des soins à une dame âgée de soixante ans, dont l'estomac est habituellement mauvais, et chez laquelle le péritoine se remplit peu à peu de sérosité, sans que les membres s'infiltrassent; je ne pouvais expliquer par aucune lésion le développement de cette ascite; je soupçonnais vaguement un état morbide du foie. L'ascite durait déjà depuis sept à huit mois, et le ventre avait acquis un volume considérable; une foule de médicaments avaient été vainement mis en usage; un jour la malade commença à uriner en quantité extraordinaire, et en même temps le ventre s'affaissa rapidement. Le flux d'urine continua ainsi pendant trois ou quatre jours; ce fut la malade elle-même qui m'en avertit. Voilà trois ans que cet événement a eu lieu, et il n'a reparu depuis aucune trace d'hydropisie.

(Note de la quatrième édition.)

## CHAPITRE II.

### PÉRITONITES CHRONIQUES DES LEUR DÉBUT.

#### XXII. OBSERVATION.

Ascite survenue sans douleur. Œdème des membres. Sérosité trouble, floconneuse, dans le péritoine. Squirrhe de l'estomac et du colon.

Un couvreur, âgé de soixante ans, commença à ressentir quelques troubles dans les fonctions digestives, deux ans avant son entrée à la Charité; il n'éprouva jamais aucune douleur à l'épigastre, et sept mois seulement avant l'époque où nous le vîmes, il a commencé à vomir.

Lorsque ce malade fut soumis à notre observation, il était dans le marasme; la face était très-pâle: la plupart des aliments qu'il prenait étaient vomis plusieurs heures après leur introduction. L'anorexie était complète; beaucoup de rapports aigres avaient lieu; la langue était couverte d'un enduit jaunâtre épais; il y avait une constipation opiniâtre.

A l'époque de l'entrée du malade, des *sangsues furent appliquées avec succès sur l'épigastre*, et quelques jours plus tard on y plaça un *moxa*. A la suite de l'application de ce topique, les symptômes gastriques parurent d'abord s'améliorer; les vomissements en particulier devinrent rares; mais bientôt l'abdomen commença à se tuméfier, et l'existence d'un épanchement péritonéal ne tarda pas à être évidente. En même temps, les vomissements, les aigreurs se montrèrent comme avant l'application du *moxa*.