

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*.

Un mois après l'apparition de l'ascite, les membres inférieurs commencèrent à s'œdématiser. Il y avait toujours apyrexie. Les vomissements devinrent de plus en plus fréquents, le malade se plaignait d'éprouver des régurgitations continues; il ne prenait pour toute nourriture que des bouillons. Il s'affaiblissait de jour en jour, il urinait très-peu, ne suait jamais; le pouls présentait de temps en temps une légère fréquence: la langue, qui avait été long-temps celle d'un homme qui jouit d'une santé parfaite, rougit et se sécha; dès lors, pouls fréquent et très-petit, obscurcissement de l'intelligence, état adynamique. Mort. L'abdomen, très-tuméfié jusqu'au dernier moment, n'avait jamais été douloureux.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité trouble dans le péritoine, contenant des flocons albumineux, qui existent surtout en grande quantité vers l'hypochondre gauche. Injection de la membrane muqueuse gastrique vers le grand cul-de-sac: dans l'étendue de deux travers de doigt en deçà du pylore, cette membrane n'existe plus; l'ulcère qui résulte de sa destruction présente un fond brunâtre; formé par le tissu lamineux considérablement épaissi, induré (squirrhe). Dans ce même espace, on ne trouve plus de traces de la tunique musculaire; le pylore, considérablement rétréci, ne peut pas admettre l'extrémité du petit doigt. Le reste du tube digestif est sain, si ce n'est en un point du colon transverse, ayant environ trois pouces de long sur un de large, où la muqueuse, comme froncée sur elle-même, présente plusieurs petites franges noirâtres qui semblent résulter de ce froncement. Au-dessous d'elle, le tissu lamineux présente un aspect squirrheux semblable à celui du pylore.

Nul doute, d'après la nature des lésions trouvées sur le cadavre, qu'une péritonite n'ait existé chez cet individu. Cependant cette inflammation n'avait été annoncée par aucune douleur, soit à son début, soit pendant son cours: tout semblait porter à penser que la tuméfaction du ventre était le résultat d'une simple ascite, dite essentielle.

Cette péritonite, si complètement indolente, survint comme complication vers la dernière période de l'affection de l'estomac; celle-ci, essentiellement chronique, repassa à l'état aigu pendant les derniers jours de la vie du malade. A cet état aigu appartenait la rougeur vive que présenta une portion de la membrane muqueuse gastrique, et pendant la vie le changement subit dans l'état de la langue qui, jusqu'alors naturelle, rougit et se sécha. En même temps que se manifesta ce symptôme de gastrite aiguë, la prostration fit de rapides progrès; et l'état adynamique au milieu duquel succomba le malade sembla bien, dans ce cas, être le résultat de la phlegmasie aiguë de l'estomac, entée sur une affection chronique de ce viscère.

Nous remarquerons enfin l'exacte similitude de la lésion organique de l'estomac et de celle du colon.

XXIII. OBSERVATION.

Ascite survenue sans douleur; anasarque. Épanchement rougeâtre, avec fausses membranes dans le péritoine. Ramollissement du tissu du cœur.

Un homme de soixante-trois ans entra à la Charité vers le commencement de l'année 1822. Il avait à cette époque une ascite considérable et un œdème des membres inférieurs: *il n'avait jamais ressenti aucune douleur abdominale.* Cette hydropisie existait depuis sept mois; le malade se plaignait

d'un peu d'oppression. En appliquant la main sur la région précordiale, on sentait à peine les battements du cœur; avec le cylindre, on les entendait sans impulsion sous les deux clavicules; le pouls était irrégulier, chaque battement du cœur était accompagné d'un léger bruit de soufflet. Pendant les quatre ou cinq mois que ce malade séjourna à l'hôpital, il resta à peu près dans le même état, puis il succomba tout-à-coup: la veille de sa mort, il s'était levé et promené dans les salles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le péritoine contient une grande quantité de sérosité rougeâtre; les intestins sont partout couverts de fausses membranes épaisses et noires.

Les parois du cœur sont très-minces, et tellement molles, qu'une très-légère traction suffit pour les déchirer, et que le doigt, appuyé avec assez peu de force sur la surface extérieure du cœur, s'y enfonce avec facilité. Rougeur dans la membrane interne du cœur et de l'aorte; elle est en contact avec du sang noir liquide; poumons sains, non engoués.

Le foie n'occupe qu'une petite partie de l'hypochondre droit; comme le cœur, il se laisse déchirer avec la plus grande facilité.

La rate est d'une remarquable petitesse.

La péritonite est encore ici plus marquée, sous le rapport des altérations organiques, que chez le sujet de l'observation précédente; cependant ici encore cette péritonite fut toujours complètement indolente. Certes, ce n'est pas *à priori* qu'on aurait admis que les fausses membranes épaisses qui recou-

vraient de toutes parts le paquet intestinal s'étaient formées sans éveiller, là où elles se produisaient, aucune espèce de sensibilité morbide.

Nous appellerons l'attention du lecteur sur le remarquable ramollissement qu'offrit chez ce sujet le tissu du cœur. Aucune autre lésion organique de ce viscère et de ses dépendances ne rendit compte et du bruit de soufflet et de l'irrégularité du pouls.

XXIV^e OBSERVATION.

Ascite précédée d'anasarque; abdomen constamment indolent et souple. Épanchement sanguinolent dans le péritoine; fausses membranes organisées, et tubercules au milieu d'elles.

Un fumiste, âgé de vingt-sept ans, cheveux noirs, peau brune, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1822. Il tomba alors de quinze pieds de haut, et reçut dans sa chute un seau d'eau froide qui sécha sur lui. Le lendemain il toussa, et continua à tousser pendant deux mois. Au bout de ce temps, il crache du sang; cette hémoptysie revint plusieurs fois; la toux persista. Vers la fin d'avril, il sentit une chaleur inaccoutumée, il commença à suer la nuit. Entré à cette époque à l'Hôtel-Dieu, il eut *cent quatre-vingts sangsues et plusieurs vésicatoires sur la poitrine*. Quand il en sortit il ne toussait plus, la respiration était libre; mais bientôt la toux reparut: les pieds s'enflèrent d'abord, puis les membres inférieurs, et enfin le ventre. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur dans l'abomen.

A l'époque de son entrée à la Charité, la respiration s'entendait forte et nette en avant des deux côtes: en arrière et à droite, elle était nette; du râle bronchique existait à gauche.

Le cœur s'entendait sans impulsion, sans bruit, et régulier, à la région précordiale, un peu le long du sternum et sous la clavicule gauche; toux fréquente, crachats de catarrhe aigu, oppression, pouls d'une petitesse remarquable, disparaissant quelquefois complètement; langue vermeille, bon appétit, une ou deux sellés en vingt-quatre heures; fluctuation évidente dans le ventre, qui n'offre pas la moindre tension.

Ce malade s'affaiblit graduellement, sa respiration s'embarassa de plus en plus, et il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les ventricules contenaient à peine une cuillerée à café de sérosité limpide.

Thorax. Le diaphragme était refoulé jusqu'à la quatrième côte. Le cœur était caché presque entièrement par le poumon; le péricarde adhérait au poumon et était entouré de tissu lamineux infiltré: il adhérait au cœur à l'aide d'une fausse membrane épaisse et qui paraissait ancienne. Les parois du cœur étaient un peu amincies; ses cavités contenaient du sang fluide.

Les deux poumons, parfaitement crépitants, œdématiés dans leur partie postérieure, étaient parsemés d'un grand nombre de granulations miliaires.

Abdomen. Le péritoine contenait trois litres d'un liquide séro-sanguinolent. Le péritoine des parois abdominales était recouvert d'une fausse membrane mince, teinte en rouge par la sérosité. Il était uni aux épiploons, aux intestins et au foie par des brides celluleuses, qui formaient des loges et des cellules, les unes ayant le volume d'un œuf, d'autres, plus petites, contenant les unes de la sérosité citrine, d'autres de la sérosité sanguinolente. Le grand épiploon était ramassé en une masse épaisse, étendue d'un hypochondre à l'autre, et

fixée au niveau de l'ombilic au devant de l'arc du colon. Des prolongements membraneux la fixaient au mésentère. Dans son intérieur étaient développés une infinité de tubercules miliaires. Les intestins étaient unis par de fausses membranes dans l'intérieur desquelles existaient aussi des tubercules miliaires. Ces fausses membranes formaient les parois d'autant de loges qui contenaient des liquides différents. La muqueuse de l'estomac et des intestins présentait une légère teinte brunnâtre qui était plus prononcée près du cœcum. Les gros intestins étaient d'une pâleur remarquable. Le tissu sous-muqueux du colon était infiltré. Le foie était très-petit, la rate peu développée.

==

Cette observation présente encore un exemple frappant de péritonite latente, développée sans aucune espèce de douleur. En voyant l'abdomen parfaitement souple, sans tension, sans rénitence, il était impossible de ne pas croire à une simple collection de sérosité. Ce qui pouvait encore induire en erreur, c'est que l'infiltration avait commencé par les membres, comme dans le cas où l'anasarque est produite par une maladie du cœur.

Le pouls, très-petit, insensible par intervalles, paraissait lié à une maladie du cœur. Nous ne trouvâmes rien qui pût nous en rendre compte.

Comme dans un grand nombre d'autres cas, la péritonite chronique coïncidait avec une altération organique du tissu du poumon.