

XXV^e OBSERVATION.

Entéro-colite chronique, suivie d'ascite. Résorption de celle-ci, récrudescence des symptômes de l'inflammation intestinale, et mort. Fausses membranes noires, parsemées de tubercules dans le péritoine. Masse grisâtre, amorphe, située au milieu de sa cavité. Ulcérations intestinales formées en dehors et en dedans.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, habitait Paris depuis un an lorsqu'il fut pris de diarrhée. Trois semaines après l'établissement de celle-ci, l'abdomen se tuméfia, et six semaines environ après l'apparition de la diarrhée, qui persistait, le malade entra à la Charité. *Jusqu' alors il n'avait ressenti aucune douleur dans l'abdomen.*

A l'époque de son entrée, les traits de la face ne paraissent point altérés; l'embonpoint était assez considérable, les muscles bien développés. Le ventre, tuméfié, présentait une fluctuation évidente; *il n'était douloureux d'aucune manière.* Langue blanche; cinq à six selles liquides chaque jour. Pouls à peine fréquent, peau sans chaleur, urines rares. La poitrine, percutée, auscultée, parut être dans l'état sain.

Cet individu fut regardé comme atteint d'une phlegmasie chronique de la partie inférieure du tube digestif, avec épanchement consécutif de sérosité dans le péritoine. Le bon état de la nutrition pouvait faire espérer que la guérison aurait lieu (*dix sangsues à l'anus; fomentations émollientes sur l'abdomen; tisane d'orge gommée*).

Le lendemain, diminution du nombre des selles; urines beaucoup plus abondantes; apyrexie complète (*deuxième application de sangsues à l'anus*).

Les jours suivants, le dévoïement cessa tout-à-fait; mais l'ascite ne diminuait pas. On prescrivit des *frictions sur les membres avec la teinture de digitale*. Cette médication n'augmenta pas la sécrétion urinaire; alors on chercha à solliciter les sueurs: *quinze grains de poudre de Dover furent donnés en deux doses, à une heure d'intervalle l'une de l'autre*. Le malade sua beaucoup, pour la première fois, à la suite de cette administration; les cinq jours suivants, continuation du même médicament; sueurs abondantes. On le supprime, les sueurs ne se montrent plus; cependant la collection péritonéale ne diminuait pas. M. Lerminier essaya alors la méthode de *Sydenham*: la diarrhée n'existait plus depuis longtemps; la langue était naturelle, il y avait absence complète de réaction fébrile et de sensibilité abdominale. On crut donc pouvoir chercher à solliciter les évacuations alvines: dans ce but, on prescrivit d'abord, pendant deux jours de suite, *deux onces d'huile de ricin et une once de sirop de nerprun*, puis on donna des *pitules composées de catomet et de savon*. Elles furent continuées pendant plusieurs jours: des selles nombreuses furent excitées, et en même temps l'ascite diminua au point que la fluctuation ne fut bientôt plus que très-obscur. Mais, d'un autre côté, d'autres phénomènes morbides apparurent: la fièvre s'alluma, de la toux survint, la nutrition s'altéra de plus en plus; les selles devinrent sanguinolentes avec épreintes très-pénibles, du délire survint, et le malade succomba bientôt, au milieu des symptômes d'une dysenterie aiguë.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une petite quantité de liquide d'un gris brunâtre était épanchée dans le péritoine et remplissait l'excavation du petit bas-

sin. Au-devant des vertèbres lombaires était étendue une sorte de membrane repliée et comme roulée sur elle-même, épaisse de trois à quatre lignes, d'un gris sale, présentant une de ses faces lisse, polie, l'autre rugueuse et inégale, flottante, libre de toute adhérence, au milieu de la cavité péritonéale. Était-ce là un paquet de fausses membranes? ou bien était-ce le grand épiploon qui, frappé de gangrène, était séparé du péritoine?

Tout le paquet intestinal était recouvert par des fausses membranes épaisses, d'un noir d'ébène, parsemées de nombreux tubercules. Plusieurs de ces derniers corps existaient aussi entre la membrane séreuse et la tunique charnue des intestins; quelques-uns, ramollis, avaient donné lieu à des ulcérations, dont le fond était formé par la membrane musculaire, dans l'une d'elles par la membrane muqueuse.

La portion de membrane séreuse qui tapisse les parois abdominales était aussi recouverte par une fausse membrane noire, tuberculeuse.

Le long du bord colique de l'estomac, existaient plusieurs ganglions lymphatiques tuberculeux; on en voyait aussi quelques-uns autour du pylore.

Rien de remarquable dans l'estomac, non plus que dans la partie supérieure de l'intestin grêle. Rougeur intense de la membrane muqueuse de la fin de l'iléon et de celle du gros intestin dans toute son étendue.

État sain des autres viscères abdominaux, ainsi que des organes du thorax et du crâne.

Voilà encore un exemple d'une phlegmasie chronique des plus graves du péritoine, qui, pendant la vie, ne semblait qu'une simple ascite: elle se développe sans douleur, et n'al-

tère pas notablement le mouvement nutritif général. Elle paraît s'être développée consécutivement à la maladie de la membrane muqueuse iléo-colique.

On peut voir ici combien fut avantageux un traitement antiphlogistique modéré pour faire promptement disparaître une diarrhée qui, abandonnée à elle-même, avait déjà duré depuis près de deux mois. En même temps que la phlegmasie intestinale subit un amendement, la sécrétion urinaire augmenta de telle sorte, que l'application des sangsues à l'anus, en diminuant l'excès de vitalité fixé sur une partie, rétablit l'équilibre du jeu des organes, et fit ainsi l'office d'un médicament diurétique. Cependant aucun changement ne survint en même temps ou consécutivement dans l'état du péritoine; l'ascite ne diminuait pas. Les urines étaient redevenues de nouveau troubles et rares; alors on essaya la teinture de digitale en friction, qui parut n'exercer sur les reins aucune influence. On voulut ensuite établir un flux vers la peau, pour diminuer l'activité de l'exhalation péritonéale, ou même pour favoriser la résorption du liquide épanché: des sueurs furent à la vérité excitées par la poudre de Dower (et c'est même ici un des cas où son administration nous a paru plus évidemment exciter la sueur), mais la collection péritonéale ne diminua pas. C'est alors qu'en raison des motifs allégués dans le cours de l'observation, on crut pouvoir tenter la médication dite *hydragogue*: elle fut effectivement couronnée de succès, en ce sens qu'en même temps qu'un flux intestinal abondant s'établit, l'ascite diminua rapidement; mais d'un autre côté des symptômes graves apparurent: une inflammation intestinale aiguë prit naissance avec réaction sympathique sur le cœur, sur le cerveau et sur le poumon. La fièvre établie dans ce cas ne peut certainement pas être considérée comme un effort salutaire de la nature.

La nutrition fut plus altérée en quelques jours par cette inflammation aiguë de l'intestin, qu'elle ne l'avait été par la double phlegmasie chronique qui depuis deux mois avait frappé le péritoine et le tube digestif.

Il y avait chez ce sujet des tubercules dans le péritoine, sans qu'il y en eût dans le poumon, c'est-à-dire qu'ils existaient là où avait eu lieu le travail inflammatoire le plus prononcé. Il est vraisemblable que si l'individu eût vécu plus long-temps, et que la phlegmasie bronchique, qui venait de naître lorsqu'il succomba, n'eût point été enlevée, la même disposition qui avait développé des tubercules dans les fausses membranes du péritoine enflammé et dans l'épaisseur des parois intestinales, les eût aussi fait naître dans le parenchyme pulmonaire.

XXVI. OBSERVATION.

Épanchement sanguinolent dans le péritoine, formé sans douleur, consécutivement à un état tuberculeux des ganglions mésentériques (carreau). Tubercules dans les ganglions cervicaux et bronchiques, ainsi que dans le poumon. Colite.

Un tailleur, âgé de vingt-cinq ans, entra à la Charité présentant tous les symptômes qui peuvent faire soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire au premier degré : toux depuis quatre mois, amaigrissement, hémoptysies antécédentes. Les ganglions cervicaux, engorgés, formaient un volumineux chapelet sur la partie latérale droite du cou. L'abdomen était tuméfié et indolent, on n'y sentait aucune fluctuation ; les selles étaient ordinaires, le pouls fréquent, les sueurs nulles. Pendant les quinze jours suivants, l'état du malade ne subit aucun changement ; puis l'abdomen prit un développement de plus en plus considérable, et la fluctuation y devint

évidente. Il était d'ailleurs complètement indolent : plus tard encore, du dévoisement survint pour la première fois, et à dater de cette époque, il se montra et cessa alternativement jusqu'à la mort : dès lors le dépérissement fut rapide, une véritable fièvre hectique s'établit ; mort six semaines après l'entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain.

D'énormes ganglions lymphatiques tuberculeux entouraient dans la poitrine la trachée-artère et les bronches. Un petit nombre de tubercules crus existaient au sommet du poumon gauche, qui était sain dans le reste de son étendue. La presque totalité du lobe supérieur du poumon droit était occupée par de la matière tuberculeuse, qui commençait à se ramollir en quelques points.

Abdomen. Un liquide d'un rouge foncé, semblable au sang qu'on vient de tirer d'une veine, était épanché en grande quantité dans le péritoine. La portion de séreuse qui recouvre les intestins était partout d'un rouge intense ; elle se détachait très-facilement des tissus subjacents. Le tissu cellulaire intermédiaire entre elle et la tunique musculaire, était lui-même vivement injecté. Des fausses membranes, épaisses de trois ou quatre lignes, et contenant dans leur épaisseur de nombreux tubercules, revêtaient la face concave de la rate et du foie.

Le mésentère était transformé en une énorme tumeur, résultant de l'agglomération des glandes lymphatiques tuberculeuses : plusieurs avaient le volume d'une orange.

La membrane muqueuse de l'estomac et de la totalité de l'intestin grêle était partout très-pâle. La muqueuse du cœcum,

des trois portions du colon et du rectum, présentait un grand nombre de plaques et de bandes rouges en rapport avec la diarrhée qui avait existé dans les derniers temps.

Les ganglions du côté droit du cou, également tuberculeux, formaient un chapelet considérable, soit sous la peau immédiatement, soit entre les diverses couches musculaires, depuis la branche de la mâchoire jusque derrière la clavicule.

Peut-on regarder l'épanchement d'un rouge intense qui existait dans l'abdomen, comme le résultat d'une véritable péritonite ? n'est-ce pas plutôt une simple hémorrhagie, dont la nature active n'est même pas démontrée ? Nous n'osons rien décider à cet égard ; mais toujours est-il que cette observation fournit un intéressant exemple d'une affection tuberculeuse des ganglions mésentériques, et qu'il n'est pas prouvé que cette affection ait été précédée par un état inflammatoire des portions du tube digestif, d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent principalement à ses ganglions. Quant au gros intestin lui-même, ce n'est que dans les derniers temps que nous le vîmes s'affecter.

XXVII^e OBSERVATION.

Tubercules dans le péritoine; rougeur et tuméfaction du grand épiploon. Pas d'autres signes de lésions du péritoine pendant la vie, qu'un peu de tension abdominale, sans ascite. Iléite chronique compliquée par intervalles de gastrite aiguë.

Un fondeur de cuillères, âgé de vingt ans, d'une faible constitution, ayant souvent éprouvé de la misère, entra à la Charité le 12 septembre. Depuis un mois environ il avait du dé-

voitement ; il n'avait jamais éprouvé d'autre douleur abdominale que quelques coliques avant d'aller à la selle. Pendant tout ce temps il avait continué son genre de vie habituel, portant journellement sur le dos près de cinquante livres dans une hotte. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il avait en vingt-quatre heures cinq ou six évacuations alvines. La langue était rouge et lisse, le ventre un peu tendu et indolent ; le pouls était fréquent, la peau chaude ; des sueurs abondantes avaient lieu chaque nuit.

La maladie avait évidemment son siège dans la muqueuse intestinale ; on pouvait espérer que la phlegmasie dont cette membrane était atteinte, entretenue long-temps par un mauvais régime, céderait à un traitement antiphlogistique (voy. à ce sujet l'observ. xxv). On prescrivit *vingt sangsues à l'anus, la tisane d'orge gommée, la diète*.

Dès le matin, amélioration sensible ; aspect naturel de la langue ; diminution de la diarrhée et de la fièvre. Dans la journée du 15, il n'y eut qu'une seule selle ; mais le 16, sans causes appréciables, le dévoiement reparut plus abondant (*nouvelle application de sangsues*).

Cette fois, aucune amélioration ne succéda à l'émission sanguine (*tisane de riz gommée, un lait de poule, deux bouillons*).

Les jours suivants, le dévoiement persista ; des sueurs eurent lieu chaque nuit. Dans la journée, la peau perdait sa chaleur ; mais la fréquence du pouls ne cessait pas. Le malade commença à tousser un peu ; il dépérissait très-rapidement (*décoction blanche de Sydenham, potion gommeuse composée, crèmes de riz, bouillons*).

Jusqu'au 28 septembre nous vîmes le malade tomber de plus en plus dans le marasme ; il avait en vingt-quatre heures de quinze à vingt selles : chacune d'elles n'était précédée

que d'une légère colique. D'ailleurs, dans leur intervalle, le ventre restait toujours indolent ; seulement il avait un peu de tension, sans qu'il fût pourtant notablement développé ; mais les parois abdominales n'étaient point rétractées et rapprochées de la colonne vertébrale, comme elles le sont dans le marasme.

Un large vésicatoire fut appliqué sur l'abdomen. Le dévoilement diminua pendant quelques jours, puis il reparut aussi abondant. Le mouvement fébrile était continu. De temps en temps la langue rougissait, et quelques nausées se manifestaient.

Dans les premiers jours d'octobre, on substitua aux boissons adoucissantes *la décoction de ratanhia (une once pour une pinte d'eau), avec addition de deux onces de sirop de coing.* Dès le second jour de ce nouveau traitement, la langue rougit et se sécha, des vomissements survinrent : on reprit l'usage des émoullents. Mais le malade, parvenu au dernier degré du marasme et de la faiblesse, succomba, sans agonie, le 13 octobre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État sain des organes du crâne et du thorax ; légère rougeur de la muqueuse gastrique aux environs du cardia ; pâleur remarquable de la surface externe de l'intestin grêle, jusque dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace, couleur brune et ramollissement pultacé de la membrane muqueuse, qui n'existe plus que par débris, et laisse à nu le tissu cellulaire subjacent, qui ne paraît point altéré. Blancheur parfaite à la surface intérieure du gros intestin, ouvert depuis le cœcum jusqu'à l'a-

nus. État naturel de la membrane muqueuse, sous le rapport de son épaisseur et de sa consistance.

Un autre genre d'altération, qui n'avait pas été soupçonné pendant la vie, existait dans le péritoine. Cette membrane était parsemée d'un grand nombre de tubercules, soit isolés, soit réunis en grosses masses : le grand épiploon, rouge et ayant cinq ou six fois son épaisseur ordinaire, était également rempli de nombreux tubercules.

Des masses tuberculeuses considérables, commençant à se ramollir, formaient comme une sorte de couche sur la face convexe du foie ; la substance même de cet organe n'était nullement altérée ; état sain des autres organes.



Le seul symptôme qui chez ce malade aurait pu nous mettre sur la voie de l'altération dont le péritoine était le siège, était la légère tension du ventre, l'absence de son affaissement chez un individu dans le marasme ; cela dépendait manifestement de l'engorgement du grand épiploon. D'ailleurs, pas d'ascite, pas de douleur. Si la membrane muqueuse intestinale n'avait pas été simultanément affectée, il est vraisemblable que la seule lésion du péritoine eût suffi pour donner lieu à des symptômes généraux plus ou moins graves, tels que fièvre, soit continue, soit n'existant que par intervalles, dépérissement, etc. ; mais combien alors n'eût-on pas été embarrassé pour déterminer le siège et la nature du mal d'où dépendaient ces symptômes !

L'altération de la muqueuse intestinale, cause probable de la diarrhée, fut ici remarquable par sa très-petite étendue. Opposez à ce cas celui où de nombreuses ulcérations parsement la surface interne de l'intestin dans l'espace de plusieurs pieds, ceux où les parois de la totalité de tout le gros intes-

tin sont désorganisées, épaissies, indurées; ceux où la membrane muqueuse du colon est couverte de nombreuses végétations, etc. Cherchez si pour chacun de ces cas, où la gravité des lésions découvertes par l'anatomie est si différente, il y a eu pendant la vie des symptômes différents, et bien souvent vous trouverez que les mêmes phénomènes morbides sont produits par ces diverses lésions.

Dans cette observation, comme dans la précédente, nous trouvons des tubercules dans le péritoine, sans qu'il y en ait dans le poumon; mais il faut noter qu'ici encore, comme dans la vingt-sixième observation, un peu de toux commença à se manifester quelque temps avant la mort. Ces cas rentrent dans ceux qui seront signalés dans le quatrième volume, qui nous montreront la *phthisie abdominale* précédant parfois la phthisie pulmonaire; mais il n'en reste pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas où l'on rencontre dans le péritoine des tubercules disséminés au milieu des fausses membranes, on trouve aussi des tubercules dans les poumons, à divers degrés de développement.

SECTION TROISIÈME.

PÉRITONITES PARTIELLES.

Il sera question dans un des volumes suivants des inflammations partielles de la plèvre, et l'on verra combien les symptômes de cette forme de phlegmasie de la membrane séreuse thoracique diffèrent à certains égards de ceux de la pleurésie générale, et combien il est important d'en acquérir une connaissance exacte. Les mêmes réflexions s'appliquent aux péritonites partielles. Bien qu'assez communes, surtout à l'état chronique, elles n'ont été jusqu'à présent qu'assez superficiellement étudiées; et cependant, quoi de plus digne d'attention que les divers groupes de symptômes, soit locaux, soit généraux, auxquels elles donnent lieu? Quoi de plus délicat que leur diagnostic dans un grand nombre de circonstances? Il y a de ces péritonites qui, en raison de leur siège profond, ne sont annoncées que par une douleur vive ou obscure, continue ou intermittente, sans présence de tumeur appréciable pendant la vie, sans modification de la forme des parois abdominales, sans diminution de leur souplesse accoutumée. D'autres péritonites partielles compriment, déplacent, irritent les organes voisins de la portion de péritoine enflammée, et le phénomène morbide le plus saillant auquel elles donnent lieu est un trouble plus ou moins grand dans les fonctions de ces organes, de telle sorte qu'on croit à une affection de ces derniers, tandis que leur membrane enveloppante est seule malade. D'autres fois, en raison de leur siège plus superficiel, les phlegmasies périto-