

tumeur, dans l'espace correspondant à l'hypochondre gauche et au flanc du même côté; à droite, elle adhérait au lobe droit du foie. La tumeur et le paquet intestinal déjeté à droite par elle étaient recouverts par de fausses membranes noires.

Au milieu même du péritoine, au-devant des colons transverse et descendant, était développée une masse énorme de matière blanchâtre, dure, et criant sous le scalpel en plusieurs points, ramollie et réduite en pulpe grisâtre ou rougeâtre en d'autres points: cette masse égalait à peu près en volume celui de la tête d'un fœtus à terme. Les anses de l'intestin grêle étaient unies entre elles par une semblable matière, qui recouvrait également les deux faces du foie, et entourait les vaisseaux biliaires, l'artère hépatique et la veine-porte.

Dans le mésentère, on trouvait des ganglions lymphatiques volumineux, et également dégénérés en une substance blanchâtre, semblable à celle qui constituait la tumeur principale.

CHAPITRE II.

INFLAMMATION PARTIELLE DU PÉRITOINE DES FLANCS ET DES HYPOCHONDRES.

On trouve assez fréquemment sur le cadavre des brides celluluses qui unissent le diaphragme et la face convexe du foie. On en trouve aussi quelquefois entre la rate et la partie des parois abdominales avec laquelle sa surface externe est en rapport. Il n'y a souvent en même temps aucune trace d'inflammation dans le reste du péritoine. Dans la plupart des cas où l'autopsie découvre ces péritonites partielles, que l'on pourrait appeler périhépatiques ou périspléniques, on ne sait pas si, pendant la vie, elles ont produit quelque symptôme particulier. Voici cependant, à cet égard, quelques faits que j'ai recueillis.

Dans deux cas où d'intimes adhérences unissaient le foie et le diaphragme, l'histoire antécédente des malades nous apprend que, plusieurs années avant l'époque où nous les examinâmes, ils avaient eu un ictère. Le foie était dans son état normal.

Dans un troisième cas, un ictère se manifesta chez un malade pendant son séjour à l'hôpital, comme complication d'une autre affection (congestion cérébrale avec fièvre). La mort eut lieu le neuvième jour de l'apparition de la jaunisse. Le malade n'avait jamais accusé aucune douleur du côté du foie. A l'ouverture du cadavre, on trouva celui-ci exempt de toute lésion appréciable, et peu gorgé de sang; mais entre lui et le diaphragme étaient interposés des rudiments de pseudo-membranes, molles, blanchâtres, inorganiques, et qui étaient évi-

demment de formation récente. Le duodénum n'était point altéré. Comme traces de la maladie primitive, on trouva de nombreuses ulcérations à la fin de l'intestin grêle et dans le gros intestin.

Si nous avons admis ailleurs qu'une simple pleurésie diaphragmatique peut, lorsqu'elle existe à droite, déterminer un ictère en irritant sympathiquement le foie (*voyez* dans le troisième volume les observations citées à l'appui de cette assertion), à plus forte raison devons-nous, ce me semble, admettre que l'ictère peut être le résultat de l'inflammation de la portion du péritoine qui entoure le foie, tout de même qu'une phlegmasie de la plèvre détermine la toux, en irritant sympathiquement le parenchyme pulmonaire et les bronches.

Un autre malade avait accusé d'anciennes et fréquentes douleurs dans l'hypochondre droit : il n'avait jamais eu d'ictère. Après la mort, nous trouvâmes la capsule de Glisson notablement épaissie, et des brides celluluses étendues, d'une part, entre la face convexe du foie et le diaphragme, et, d'autre part, entre le foie et l'arc du colon. Les brides qui constituaient cette dernière espèce d'adhérences étaient remarquables par leur longueur.

Un individu était atteint d'un double cancer du foie et de l'estomac auquel il succomba. Des adhérences celluluses assez lâches unissaient le foie au diaphragme et aux parois abdominales antérieures, derrière lesquelles on le sentait pendant la vie. Cet individu avait présenté cette circonstance particulière, qu'il souffrait surtout à la région du foie, lorsqu'il descendait un escalier; est-ce parce qu'alors les brides celluluses qui unissaient le foie au diaphragme subissaient un tiraillement pénible?

Maintenant, on pourrait se demander pourquoi, les mêmes adhérences existant autour du foie, dans un cas elles ne sont

annoncées par aucun symptôme, dans un second cas elles sont douloureuses, et dans un troisième elles produisent l'ictère. Mais on ne peut répondre qu'en citant des cas analogues, en montrant qu'il n'y a pas plus de constance dans la plupart des symptômes qui signalent l'inflammation aiguë ou chronique des autres membranes séreuses : ainsi la pleurésie peut exister avec ou sans douleur, avec ou sans toux ; ainsi la péricardite, dont l'invasion est souvent annoncée par une douleur si caractéristique, peut être indolente à son début, et rester telle pendant toute sa durée ; elle peut déterminer dans les contractions du cœur les modifications les plus variées, ou ne pas les déranger de leur état normal ; ainsi la méningite, son siège étant supposé le même, ainsi que son intensité, tantôt produit le délire, et tantôt laisse l'intelligence intacte ; elle est ou non accompagnée de céphalalgie, etc.

Dans le voisinage du foie, de la rate et des reins, se développent souvent des tumeurs, qui résultent de l'emprisonnement d'une certaine quantité de liquides de nature variable par des fausses membranes qui forment parois de poche, et qui sont le résultat d'une inflammation partielle de la membrane séreuse abdominale. Ces fausses membranes n'ont le plus souvent rien de régulier dans leur arrangement mutuel ; elles produisent ordinairement à l'intérieur de la poche dont elles constituent les parois, des brides, des cloisons complètes ou incomplètes qui la divisent en plusieurs loges. D'autres fois, elles s'élèvent, si je puis ainsi dire, à un degré plus avancé d'organisation : la face interne des parois de la poche présente alors un aspect régulier, lisse ou aréolé, comme on le trouve dans les cavités naturelles ; cette pseudo-membrane, qui n'était d'abord qu'un produit amorphe, mais organisable, s'est transformée en un tissu membraneux cellulo-vasculaire, qui revêt lui-même quelquefois l'aspect d'une membrane séreuse

ou muqueuse. Alors les sécrétions les plus variées peuvent s'y opérer; et ainsi l'on peut concevoir comment, à l'intérieur de ces tumeurs enkystées, on trouve des liquides si différents, de la sérosité, du pus et ses nombreuses variétés; du sang; d'autres matières, auxquelles aucun nom spécial n'a encore été imposé, semblables à de la gelée de viande, à du miel, à du sulf, etc.; on y a même rencontré des hydatides.

Parmi ces cas, citons ceux qui présentent quelque particularité intéressante sous le rapport du diagnostic.

XXX. OBSERVATION.

Tumeur dans l'hypochondre gauche, développée au milieu de fausses membranes du péritoine.

Un imprimeur, âgé de vingt-trois ans, présentait tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà très-avancée lorsqu'il entra à la Charité. De plus, au-dessous du rebord cartilagineux des fausses côtes gauches, les parois abdominales étaient soulevées par une tumeur plutôt oblongue qu'arrondie qui paraissait se prolonger derrière les côtes, et qu'on sentait dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous d'elle. Transversalement, elle finissait en arrière au niveau de l'extrémité abdominale de la onzième côte, et en avant elle se terminait un peu à gauche de la ligne blanche. La percussion faisait reconnaître un son très-mat à la partie latérale inférieure gauche du thorax, là où ordinairement la présence du grand cul-de-sac de l'estomac distendu par des gaz produit un son plus clair que partout ailleurs. Cette matité ne pouvait dépendre que des trois circonstances suivantes: 1° d'un épanchement pleurétique qui aurait refoulé en bas le diaphragme, et fait saillir la rate dans l'hypochondre; 2° d'un développe-

ment insolite de la rate elle-même; 3° d'une tumeur de nouvelle formation, née dans le voisinage de cet organe. Mais aucun autre signe ne portait à faire croire qu'il y eût un épanchement pleurétique. Nous demandâmes au malade s'il avait jamais eu quelque fièvre intermittente, affection qui laisse souvent après elle, comme vestige de son existence, un engorgement plus ou moins considérable de la rate: sa réponse fut négative. La tumeur qu'il portait dans l'hypochondre gauche s'était, disait-il, développée peu à peu. Trois ans auparavant, il avait ressenti dans ce même hypochondre une très-vive douleur qui l'avait obligé à garder le lit pendant plusieurs jours; cette douleur était accompagnée de fièvre; elle avait été combattue par une saignée générale et par plusieurs applications de sangsues sur l'hypochondre; on lui avait dit alors que cette douleur était rhumatismale. Au bout d'une quinzaine de jours elle cessa: mais depuis cette époque, le malade ressentit continuellement une espèce de gêne et de malaise dans l'hypochondre gauche; il ne s'était pas aperçu de l'existence de la tumeur; celle-ci était douloureuse à la pression; le décubitus était indifférent. D'après cet ensemble de circonstances, nous ne fûmes pas porté à penser que cette tumeur dépendit de la rate; nous la regardâmes comme développée dans le péritoine, et comme ayant eu vraisemblablement son point de départ dans une inflammation partielle de cette membrane, inflammation qui, trois ans auparavant, avait été annoncée par la douleur de l'hypochondre gauche. Le malade succomba bientôt aux progrès de sa phthisie pulmonaire.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, on trouva dans l'hypochondre gauche la tumeur qui avait été reconnue pen-

dant la vie. Elle avait au moins le volume de deux grosses oranges réunies, séparait en haut la rate des parois abdominales, et s'étendait en bas jusque près de la capsule surrénale. Des adhérences assez intimes l'unissaient aux diverses parties avec lesquelles elle était en contact. Elle était fluctuante au toucher. Au moment où on l'incisa, il en jaillit un liquide d'un blanc sale, séro-purulent, inodore. Les parois de la cavité qui le contenait étaient constituées par un tissu blanchâtre, comme cellulo-fibreux; ces parois avaient, terme moyen, de quatre à cinq lignes d'épaisseur. Aucune autre lésion n'existait dans le reste du péritoine. Il y avait des excavations tuberculeuses dans les poumons, des ulcérations avec tubercules dans les intestins. En revenant à un examen plus attentif des parois de la poche purulente de l'hypochondre gauche, nous trouvâmes qu'au milieu du tissu cellulo-fibreux qui constituait ses parois étaient disséminés en assez grand nombre de petits tubercules. Ainsi, le même travail de sécrétion morbide qui existait à un haut degré dans le poumon et dans les intestins, s'effectuait aussi dans le seul autre point du corps où pendant la vie avait existé un travail inflammatoire de longue durée.

Cette observation est digne de remarque, 1° sous le rapport de l'étiologie de la tumeur, dont l'origine fut une péritonite aiguë bornée à l'hypochondre gauche; 2° sous le rapport du diagnostic: il fallait déterminer si la tumeur appartenait ou non à la rate; il fallait assigner une cause à la matité du son de la partie inférieure gauche du thorax; 3° sous le rapport de la composition anatomique de la tumeur, où des tubercules s'étaient développés, preuve de plus à celles que j'ai données ailleurs de l'étiologie souvent inflammatoire des

tubercules; 4° sous le rapport des symptômes: une fois passée la période aiguë, ces symptômes sont à peu près nuls; pendant les trois années qu'emploie cette tumeur à se développer, le travail morbide de nutrition et de sécrétion dont elle est le siège n'est annoncé que par un peu de gêne dans le point où il a lieu; on ne peut pas savoir, d'ailleurs, s'il aurait occasioné quelques symptômes généraux, parce que ceux qui existaient reconnaissent une cause suffisante dans l'existence de la double affection du poumon et des intestins. Supposez maintenant la tumeur située de manière à ne pas être appréciable au palper (et cette supposition aurait pu bien facilement se réaliser), supposez cette même tumeur constituant la seule lésion qui existât chez le malade, la circulation, la nutrition, diverses sécrétions eussent été vraisemblablement troublées. Combien alors n'eût-on pas été embarrassé pour déterminer le siège et la nature de l'affection locale, cause et point de départ du trouble de ces fonctions!

En examinant le cadavre d'un autre individu que je n'avais point examiné de son vivant, j'ai trouvé l'hypochondre gauche occupé par une tumeur grosse comme le poing, à parois fibreuses, et qui était remplie par plusieurs acéphalocystes; une très-volumineuse et crevée, et cinq ou six autres plus petites et entières, contenant, comme de coutume, à leur intérieur, un liquide limpide comme de l'eau de roche: elles nageaient au milieu d'un autre liquide d'un gris sale, sécrété par les parois de la grande poche qui leur formait une enveloppe commune. Cette tumeur hydatique était développée au milieu du péritoine; les organes qui l'entouraient lui étaient unis par des adhérences celluluses.

J'ai montré à l'Académie de Médecine la pièce d'anatomie pathologique relative aux faits suivants.

Un homme entra à la Charité, ayant dans l'abdomen une

tumeur volumineuse qui remplissait les deux hypochondres et l'épigastre; plusieurs mois auparavant il avait senti une douleur sourde vers l'hypochondre droit et avait eu la jaunisse. Cette tumeur semblait constituée par le foie. Le malade mourut au bout de quelques temps, après avoir présenté des symptômes de phthisie pulmonaire, d'entérite et de péritonite. A l'ouverture du cadavre, on trouva des tubercules dans le poumon, un épanchement séro-purulent, avec pseudo-membranes, dans le péritoine, de la rougeur dans le gros intestin, et de plus les deux lésions suivantes :

1° Une tumeur enkystée, grosse comme une tête de fœtus à terme, située entre le rein droit et la face concave du foie : elle paraissait avoir pris naissance dans le péritoine, était à parois fibreuses, et remplie par un liquide purulent, au milieu duquel nageaient des débris de membranes acéphalocystes. Cette tumeur nous sembla avoir été primitivement un sac hydatifère, dans lequel les hydatides avaient été successivement rompues, détruites et remplacées par du pus (1). La tumeur avait déplacé le foie, qui, chassé de l'hypochondre droit, faisait dans l'épigastre et l'hypochondre gauche une saillie considérable. C'était donc effectivement cet organe qu'on avait senti pendant la vie à travers les parois abdominales. Son lobe droit, comprimé par la tumeur, avait voulu subir une véritable atrophie, et, au contraire, le lobe gauche avait acquis un volume insolite. Sa substance était saine.

2° Un second kyste, rempli aussi d'hydatides acéphalocystes, crevées et roulées, était situé sur le trajet des vais-

(1) En traitant des maladies du foie, j'ai eu occasion de citer quelques cas où j'ai également trouvé, dans le foie, des poches accidentelles contenant à la fois du pus et des débris d'hydatides.

seaux biliaires. Autour des membranes rompues des acéphalocystes, et entre elles, était déposée une matière suiffeuse, abondante, semblable à celle que l'on trouve quelquefois dans certains kystes des ovaires, où elle est souvent mêlée à des touffes de poils.

A ce cas, nous ajouterons encore le fait suivant, recueilli à la Charité vers la fin de l'hiver de 1824.

Une femme de vingt-huit ans entra à l'hôpital vers la fin de l'hiver de 1824; alors existence d'une tumeur rénitente, élastique, indolente dans la région de l'hypochondre droit : elle semblait avoir le volume d'une grosse orange, à gauche elle n'empiétait pas sur l'épigastre; en haut, elle paraissait se prolonger sous le foie. On lui imprimait assez facilement quelques mouvements, cependant on ne pouvait pas la déplacer; d'ailleurs, autres fonctions en bon état, nutrition bonne.

Cette femme était entrée à l'hôpital pour y être débarrassée de cette tumeur, qui, suivant ses expressions, l'inquiétait plus pour l'avenir qu'elle ne la tourmentait pour le présent.

Diagnostic. Tumeur hydatifère appartenant vraisemblablement au foie. Après un assez court séjour, la malade sortit de l'hôpital à peu près dans le même état où elle y était entrée. Au bout de quelques mois elle y rentra de nouveau : alors la tumeur était un peu plus considérable; mais, de plus, existaient tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire. Dépérissement dans les derniers temps, dégoût pour les aliments, vomissement, diarrhée. Mort dans le commencement de juin 1825.

Excavations tuberculeuses dans les poumons; foie sain ainsi que ses dépendances; au-dessous de son lobe moyen, et immédiatement en contact avec lui, apparaît une tumeur globuleuse, à parois élastiques et transparentes, qui a refoulé

à gauche le duodénum et l'estomac, et qui en bas s'étend, sans diminuer de volume, jusqu'à la région iliaque droite. De la partie supérieure de son côté interne se détache un conduit qu'on reconnaît être l'uretère. Là, cette tumeur aurait pu contenir trois grosses oranges. Elle contenait plusieurs hydatides volumineuses; ses parois étaient formées par une membrane fibro-séreuse, tapissée en dedans par une couche de matière pulpeuse grisâtre, d'une nature difficile à déterminer; une matière semblable était adhérente à la surface interne de l'une des hydatides. On crut d'abord que c'était le rein transformé en une poche hydatifère; mais on s'assura bientôt que ce n'était qu'un kyste développé à la surface extérieure du rein; celui-ci, beaucoup plus petit que dans l'état normal, et véritablement atrophié, se trouvait comme caché à la partie interne de la tumeur; il avait d'ailleurs subi un déplacement notable; son tissu était parfaitement sain. Autre rein dans l'état normal.

CHAPITRE III.

INFLAMMATION PARTIELLE DU PÉRITOINE DE L'EXCAVATION DU BASSIN.

Ce genre de péritonite partielle est remarquable et par la fréquente obscurité de son diagnostic, et par la nature des symptômes auxquels elle donne lieu. Je rangerai en deux classes les observations qui y ont rapport: dans l'une, trouveront place les cas où pendant la vie l'inflammation du péritoine pelvien n'a produit aucune tumeur appréciable au toucher; la seconde classe comprendra les autres cas où il y a eu une tumeur susceptible d'être reconnue à travers les parois abdominales. Cette tumeur étant constatée, la tâche de l'observateur n'est pas finie; il faut qu'il en détermine la nature, qu'il établisse si elle appartient simplement au péritoine ou à l'un des organes pelviens, perfection de diagnostic à laquelle il n'est pas toujours possible d'arriver.

Il est un certain nombre d'inflammations chroniques du péritoine pelvien qui sont seulement annoncées par la douleur et le dépérissement du malade. Il est clair que ni l'un ni l'autre de ces signes ne peut servir à découvrir la nature de l'affection qui les cause. La douleur est rarement très-vive: chez les uns elle est continue; chez d'autres, elle ne revient que par intervalles, et son retour paraît lié à des exaspérations passagères de la péritonite. Dans des cas où il n'y avait d'autre symptôme local que cette douleur, et où en même temps la nutrition générale n'était pas encore très-altérée, on l'a re-