

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-

gardée mal à propos comme le produit d'une névrose. J'ai eu occasion d'observer un cas de ce genre. Le sujet était une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siège dans l'hypogastre, derrière les os pubis, et qui ne se manifestait que d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Lorsqu'elle reparaisait, elle régnait dans le lieu indiqué, et était peu intense; mais par moments elle devenait lancinante, était alors assez forte pour arracher des cris à la malade, et se propageait comme par irradiation vers le col utérin; en haut, vers les parois abdominales, et, en arrière, dans la région lombaire, où la malade disait ressentir des douleurs semblables à celles qui existent à une certaine époque du travail de l'enfantement. Tel fut le récit qui nous fut fait par la malade lorsqu'elle entra à la Charité. Cette affection, telle que je viens de la décrire, ne ressemblait-elle pas à une névralgie? Mais lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle n'était plus dans cet état de simplicité. Depuis un mois la douleur était devenue continue; elle était d'ailleurs moins intense que lorsqu'elle n'existait que par intervalles. La pression de l'hypogastre était douloureuse; le reste du ventre était souple et indolent. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre continue, des sueurs fréquentes. Il n'était que trop évident que la maladie ne consistait plus dans une simple névralgie. Nous pensâmes qu'il existait une affection chronique d'un des ovaires ou d'une des portions du péritoine qui les entourent. (*Sangues; fomentations émollientes et narcotiques sur l'hypogastre.*) Même état à peu près pendant les quinze jours suivants; puis une diarrhée abondante s'établit. L'abdomen dans sa totalité devient tendu et douloureux; la malade s'affaiblit rapidement, et succomba.

L'ouverture du cadavre montra dans le péritoine les traces

d'une inflammation aiguë récente, que la tension et les douleurs générales de l'abdomen avaient annoncée pendant les derniers jours de la vie. (*Sérosité trouble, avec mélange de flocons fibrineux amorphes.*) La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées, lésion qui était en rapport avec la diarrhée survenue dans les derniers temps. Ces altérations rendaient un compte suffisant des accidents nouveaux qui, ajoutés à la maladie primitive, avaient accéléré le terme fatal; mais quelle était la cause de l'ancienne douleur hypogastrique? Nous la trouvâmes dans une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre le corps de l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par des fausses membranes superposées, évidemment formées au sein du péritoine. L'utérus, les ovaires, le rectum et la vessie ne présentèrent aucune altération appréciable. Ainsi, cette douleur, qui avait long-temps revêtu les caractères d'une névralgie, et qui plus tard seulement avait paru se lier à une inflammation chronique, reconnaissait pour cause une phlegmasie bornée à une petite portion du péritoine pelvien, sourdement établie à la suite de l'accouchement. Toute circonscrite qu'elle était, cette phlegmasie, au bout d'un certain temps d'existence, était devenue cependant une cause suffisante de fièvre et de dépérissement graduel. J'ai observé chez une autre femme la même espèce de douleur, accompagnée de la même série d'accidents, et survenue également après un premier accouchement; mais,

après huit mois de souffrance, tous les accidents se dissipèrent, et elle recouvra une santé parfaite. Chez cette dernière la même affection avait-elle existé ?

Des tumeurs semblables à celle qui vient d'être décrite peuvent être situées ou se développer de manière à comprimer les organes qu'elles touchent, à gêner, par exemple, le cours des matières fécales ou de l'urine. J'ai vu un cas où, comme cause d'une très-ancienne constipation avec dépérissement progressif, on trouva dans l'excavation du bassin une poche volumineuse, pleine de pus, développée dans le péritoine, à parois dures, comme fibreuses; elle occupait la place du rectum qui, aplati sur elle comme un ruban, était fortement dévié à droite, et n'était plus en rapport avec le sacrum. Les parois de l'intestin n'étaient pas elles-mêmes altérées; mais il est difficile de penser que, si l'individu eût prolongé encore plus long-temps son existence, le rectum n'eût pas subi à son tour quelque lésion de texture, comprimé, irrité qu'il était par la présence de la tumeur qui l'avait déplacé. Alors il eût pu se faire que, à l'aide d'une fistule établie entre la cavité de la tumeur et celle du rectum, le pus eût été évacué par l'anus, et que la guérison se fût effectuée. On avait cru pendant la vie à une induration squirrheuse des parois du rectum. Les matières ne sortaient qu'avec une extrême difficulté et comme à travers une filière. Il n'y avait jamais eu de vives douleurs.

J'ai vu un autre cas dans lequel la cavité de la vessie était à peu près complètement effacée par la présence d'une tumeur creusée par une cavité pleine de pus et de débris d'hydatides. Développée entre la vessie et le rectum, elle avait poussé au-devant d'elle la paroi postérieure du réservoir urinaire, assez fortement pour que cette paroi vint presque toucher l'orifice urétral. Les deux uretères, distendus par une très-grande quantité d'urine, avaient presque acquis le volume d'un intestin

grêle. J'ignore quels symptômes avaient eu lieu pendant la vie.

Je regrette de n'avoir à présenter que quelques notes insuffisantes relatives à une femme qui, pendant un assez long séjour qu'elle fit à la Charité, avait présenté, dans la partie droite de la région hypogastrique, une tumeur volumineuse, douloureuse au palper, et qui avait été regardée comme appartenant à l'ovaire. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la plus grande partie de l'excavation pelvienne était occupée par une tumeur considérable qui s'élevait de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis; elle faisait surtout saillie vers la région iliaque droite. Cette tumeur n'appartenait à aucun des organes situés dans le bassin: les ovaires en particulier furent trouvés intacts; elle était creusée d'une cavité remplie de pus.

Ces diverses espèces de péritonites partielles existent moins souvent seules qu'elles ne sont une complication de certaines affections des organes contenus dans le bassin, et en particulier de l'utérus et des ovaires. Ainsi, dans un certain nombre de métrites chroniques, on trouve autour de l'utérus un ou plusieurs foyers purulents qui ont évidemment leur siège dans le péritoine.

Voici un autre cas où l'un de ces foyers purulents était lié à une affection de l'ovaire. Une femme, âgée de trente-six ans, tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles: celles-ci se supprimèrent, et dès lors sa santé, bonne jusqu'alors, se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continuelle, vers la région hypogastrique; plus tard, elle fut prise de vomissements et d'une abondante diarrhée; plus tard enfin, elle présenta les symptômes d'une pleuro-pneumonie, à laquelle elle succomba sept à huit mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus, et à gauche du rectum refoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange: elle était remplie d'un pus con-

sistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume: cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus, dont la cavité aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de jonction des deux tumeurs précédentes s'élevait une troisième tumeur oblongue, à parois minces, transparentes; une sérosité limpide la remplissait. Un des poumons était hépatisé; l'estomac présentait à sa surface interne plusieurs larges plaques rouges, avec ramollissement et amincissement de la muqueuse; la même altération existait dans le gros intestin.

Les inflammations partielles du péritoine pelvien, qui ont donné lieu à la formation de foyers purulents circonscrits par des fausses membranes plus ou moins organisées, ont le plus souvent une terminaison funeste. La mort peut succéder au dépérissement de plus en plus grand dans lequel tombe l'individu; preuve frappante de la fatale influence qu'exerce, sur la nutrition et sur la vie, une phlegmasie chronique peu étendue, et qui n'a son siège dans aucun organe important. *A priori*, rien de grave ne semblerait devoir résulter de la collection d'une médiocre quantité de pus, au milieu de fausses membranes sécrétées partiellement par le péritoine, le reste de cette membrane étant intact, et aucun organe n'étant d'ailleurs affecté. Mais si cette phlegmasie partielle suffit pour troubler la circulation, altérer la nutrition, ôter à l'individu son énergie physique et morale, il arrive rarement que seule elle entraîne la mort. Celle-ci ne survient ordinairement que lorsqu'à la suite du dépérissement dans lequel est déjà tombé le malade, une nouvelle phlegmasie s'établit: tantôt c'est la pé-

ritonite qui, de partielle qu'elle était restée long-temps, devient tout-à-coup générale; tantôt ce sont différents organes qui viennent à s'affecter, et en particulier les poumons ou le tube digestif; car c'est une chose remarquable, que la facilité toute particulière avec laquelle ces deux organes, et surtout le dernier, viennent à être frappés de phlegmasie, dans le cours ou vers la fin de toute maladie chronique. C'est bien plus souvent par ces complications que par la maladie chronique elle-même que la mort est produite.

Le pus, rassemblé en foyer en un point quelconque de l'excavation du bassin, se fraie quelquefois une route à l'extérieur; et alors ou bien la guérison peut s'effectuer, ou bien, la suppuration continuant à se faire, l'inflammation ne cessant pas, la terminaison de la maladie n'en est pas moins funeste. Un homme de moyen âge, atteint depuis plusieurs mois d'une diarrhée chronique, présentait vers la région iliaque gauche une tumeur douloureuse à la pression, et dont on pouvait difficilement déterminer la forme et les limites, soit en raison de la douleur que causaient ces recherches, soit en raison de l'empâtement considérable qui existait dans le tissu cellulaire environnant. Au bout d'un certain temps la peau rougit au-dessus de la tumeur, puis elle s'ouvrit spontanément, et une grande quantité de pus s'écoula à travers cette ouverture. Cet événement aurait pu être regardé comme heureux, si en même temps les forces du malade n'avaient pas beaucoup diminué, et si sa diarrhée n'était pas devenue plus abondante. Il ne tarda pas effectivement à succomber. L'ouverture du cadavre montra que le pus était sorti d'une vaste poche creusée au milieu de fausses membranes épaisses, dont la surface en contact avec le pus était généralement d'un gris ardoisé et en plusieurs points d'un noir foncé. Tous les organes contenus dans le bassin étaient entièrement étrangers à cette collection purulente

qui, encore dans ce cas, avait eu lieu dans le péritoine. Dans le gros intestin on trouva de nombreuses ulcérations entourées d'une membrane muqueuse très-épaissie, rugueuse et noire. Toute la surface interne du cœcum ne présentait qu'une seule et vaste ulcération; quelques tubercules existaient dans les poumons.

Une femme avait dans le côté droit de la région hypogastrique une tumeur volumineuse, dure, inégale, médiocrement douloureuse. Pendant les trois premiers mois du séjour qu'elle fit à l'hôpital, cette tumeur resta stationnaire. Au bout de ce temps, la malade rendit, pour la première fois, par les selles une grande quantité de matière purulente, qui fut vue par M. Tallon, élève interne dans le service de M. Lerminier. Les jours suivants, elle en rendit encore; puis cet écoulement purulent cessa; mais, plus tard, il se manifesta de nouveau à plusieurs reprises. Dès le premier jour où eut lieu cette évacuation de pus, le volume de la tumeur diminua, puis elle resta de nouveau stationnaire. La malade se trouvait mieux, et elle quitta l'hôpital.

Il est vraisemblable que les selles purulentes qu'a eues cette femme avaient quelque rapport avec la tumeur hypogastrique, et que c'est la matière contenue dans celle-ci qui se fraya une issue à travers le rectum. En effet, ce n'est jamais en aussi grande quantité à la fois que le pus sort par l'anus, lorsqu'il est sécrété par la membrane muqueuse du gros intestin; et de plus, il ne faut pas oublier que cette évacuation de pus coïncida avec une diminution subite du volume de la tumeur. On ne peut d'ailleurs proposer que des conjectures sur la nature de cette dernière.

Enfin, y a-t-il des cas où le pus rassemblé en foyer en un point du péritoine pelvien peut être résorbé, passer dans les veines, puis être éliminé de la masse du sang, soit peu à peu

et insensiblement, soit de manière à constituer des dépôts purulents au sein de différents organes? Voici à cet égard un fait qui me paraît curieux, de quelque façon qu'on veuille l'interpréter.

Une femme mourut à la Charité peu de temps après être accouchée. Le travail avait été extrêmement laborieux. Pendant son séjour à l'hôpital, elle nous offrit deux périodes dans son état. La première fut caractérisée par des douleurs sourdes dans l'hypogastre, une fièvre continue avec des sueurs abondantes chaque nuit, un dépérissement assez rapide. La seconde fut marquée par une prostration *qui ne s'établit pas graduellement*, par une altération subite des traits de la face, un demi-délire et une abondante diarrhée. Cette seconde période fut courte, et la mort la suivit bientôt. A l'ouverture du cadavre, on trouva les lésions suivantes: 1° un état d'engorgement et de ramollissement très-marqué du tissu de l'utérus; 2° autour de cet organe plusieurs collections purulentes renfermées dans des loges dont les parois étaient constituées par des fausses membranes entrecroisées en sens différents; 3° un peu de sérosité légèrement trouble, épanchée dans le reste du péritoine; 4° une injection vive de la fin de l'iléon, du cœcum et du commencement du colon; 5° une lésion plus rare, sur laquelle j'appelle surtout en ce moment l'attention: un grand nombre de veines situées dans l'excavation du bassin nous frappèrent par leur état de distension; elles étaient remplies par un sang coagulé, auquel était mêlé, sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre que les personnes qui assistaient à l'autopsie comparèrent à du pus. Les parois même de ces veines n'offrirent aucune altération appréciable. Le sang contenu dans la veine iliaque primitive et dans la veine cave inférieure avait le même aspect. On ne trouva plus rien de semblable dans les cavités droites du cœur, ni dans le reste

de l'appareil circulatoire. Mais en incisant le poumon droit, qui, vu extérieurement, paraissait très-sain, on trouva en trois points son parenchyme refoulé par des collections de pus, occupant un espace qui, pour deux d'entre elles, aurait pu contenir une noix, et pour la troisième, une noisette. Autour de ces abcès le parenchyme pulmonaire ne présentait aucune altération appréciable. Dans le foie on trouva un autre abcès, qui, comme ceux du poumon, existait sans lésion du parenchyme autour de lui. Enfin, dans le cerveau, au niveau et en dehors d'une des couches optiques, on rencontra encore un foyer de pus de la grandeur d'une grosse noisette, et que n'accompagnait aucune injection, aucun ramollissement de la substance cérébrale environnante.

J'ai eu occasion d'observer d'autres faits semblables au précédent sous le rapport de ces collections purulentes trouvées simultanément dans différents organes, sans trace d'inflammation de ceux-ci. C'est surtout à la suite de grandes opérations chirurgicales, d'accouchements laborieux suivis de métrite, de suppurations long-temps entretenues, que j'ai observé de semblables cas. Dans le fait particulier dont il s'agit ici, ne semble-t-il pas que le pus, primitivement formé dans l'excavation du bassin, a été absorbé, porté dans les veines où on l'a trouvé, intimement mêlé dans le cœur au reste du sang, où il n'a plus été possible de l'apercevoir, puis déposé dans le parenchyme du poumon, du foie et du cerveau; de même que dans les expériences sur les animaux on voit plusieurs substances introduites dans le tissu cellulaire se mêler au sang, et en être séparées *en nature* à la surface ou dans le parenchyme de différents organes (1).

(1) J'ai déjà eu occasion de discuter cette question, qui vient d'être abordée par M. Velpeau avec une grande sagacité (*Revue Médicale*, juin et juillet

et 1826), soit dans une thèse sur les Crises, soutenue pour le concours de l'agrégation, en 1824, soit dans mes cours de 1825 et 1826, soit dans le second volume de la *Clinique*. Si de nouveaux faits tendent définitivement à faire résoudre cette question par l'affirmative, aux abcès idiopathiques et à ceux par congestion, il faudra ajouter les abcès par transport métastatique du pus, à l'aide de la circulation, sur différents organes, sans inflammation préalable de ceux-ci. Peut-être non plus l'époque n'est-elle pas éloignée où l'on reviendra aussi à une idée de Dehaen, qui admettait que, dans certaines circonstances, le pus peut se former de toutes pièces dans le sang, comme on voit s'y former l'urée dans l'état physiologique. Il est bon de se rappeler quelquefois, dans les sciences, et surtout en médecine, cette pensée du poète latin :

*Mulla renascentur quæ jam cecidère, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.*

(Note de la première édition) (1).

(1) Depuis que cette note a été écrite, les travaux de Dance et d'autres observateurs ont démontré le grand rôle que joue la phlébite dans ces cas où de toutes parts l'on trouve ainsi les différents organes comme criblés de dépôts purulents. Mais il n'en reste pas moins des cas dans lesquels, pour expliquer la production de ces nombreux abcès, on ne peut plus invoquer l'existence d'une phlébite; car on ne découvre sur le cadavre aucune trace de celle-ci; et comme alors la résorption du pus ne saurait non plus être démontrée, on se prend à retourner à l'opinion de Dehaen, et l'on arrive à admettre qu'il y a réellement des cas dans lesquels, sous l'influence d'une véritable diathèse, du pus vient à se former spontanément dans une foule de points de l'organisme, comme dans d'autres cas, et sous l'influence aussi d'une autre sorte de diathèse, on voit se produire de toutes parts de la matière tuberculeuse ou cancéreuse. On pourra consulter sur ce point un intéressant mémoire du docteur Tessier, inséré dans le journal *l'Expérience* (année 1838).

(Note de la quatrième édition.)