

## CHAPITRE IV.

INFLAMMATIONS PARTIELLES DU TISSU CELLULAIRE  
SOUS-PÉRITONÉAL.

Il me semble convenable de parler de ces inflammations à la suite des diverses péritonites partielles qui viennent d'être décrites ; c'est en effet un complément de leur histoire. D'abord les symptômes de la plupart des affections du tissu cellulaire sous-péritonéal se confondent avec les symptômes des maladies du péritoine lui-même ; en second lieu, les recherches de MM. Ribes et Gendrin tendent à faire admettre qu'il n'y a que bien peu de différence, sous le rapport de la texture, entre le péritoine proprement dit et le tissu cellulaire qui lui est subjacent, et que c'est dans ce tissu cellulaire que se passent un grand nombre de phénomènes physiologiques ou pathologiques, dont on place ordinairement le siège exclusif dans la lame mince appelée péritoine.

## XXXI. OBSERVATION.

Tumeur développée sous l'épiploon gastro-hépatique, pouvant être prise pendant la vie, en raison de sa situation et des symptômes qu'elle produit, pour une tumeur du foie et de l'estomac. Ictère.

Un homme, âgé de soixante-onze ans, maçon, fit une chute sur les lombes, dans le cours du mois de juillet 1821. Il garda le lit pendant quelques jours, puis reprit ses occupations ordi-

naires. Au mois d'octobre de la même année, il commença à ressentir des douleurs peu intenses et passagères dans la partie droite de l'épigastre. Peu à peu elles devinrent plus fortes et continues. En même temps, perte de l'appétit ; rapports ; vomissements d'eaux acides ; constipation ; diminution des forces ; amaigrissement ; développement graduel d'une tumeur dans l'hypochondre droit. Le 25 décembre, le malade entre à la Charité et présente les symptômes qui viennent d'être énoncés. A droite de l'épigastre, existe une tumeur qui occupe, au-dessous du rebord des côtes, une étendue de cinq travers de doigt en hauteur ; elle est globuleuse, immobile, très-douloureuse à la pression. La face a une teinte jaune-paille très-prononcée. La langue a son aspect naturel. Le pouls est faible, sans fréquence ; la peau sèche et rude. Même état les trois jours suivants. (*Eau de veau émulsionnée ; tisane de chicorée avec vingt-quatre grains d'acétate de potasse ; lavement purgatif ; cataplasmes émollients sur la tumeur ; bouillons et vermicelles.*) Le 28 décembre, une teinte ictérique très-prononcée existait sur les conjonctives et sur toute la peau. Le 29, l'ictère persiste ; il y a un léger trouble dans l'intelligence ; la face est singulièrement altérée ; le pouls est misérable. Les deux jours suivants, la prostration devient de plus en plus grande ; l'intelligence est comme anéantie ; les extrémités se refroidissent ; le pouls cesse de battre, et la mort a lieu le 1<sup>er</sup> janvier.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, on aperçut vers la partie droite de l'épigastre une tumeur qui avait le volume de deux poings réunis, circonscrite en bas par la petite courbure de l'estomac, en rapport supérieurement avec le lobe gauche du



foie et le diaphragme, reposant en arrière sur l'aorte. Cette tumeur adhérait fortement au bord diaphragmatique et à la face postérieure de l'estomac; elle faisait à l'intérieur de cet organe, dans la portion pylorique, une saillie considérable: cependant l'estomac lui-même ne présentait d'autre altération dans ses tuniques qu'un peu de rougeur de la muqueuse vers le grand cul-de-sac. Cette tumeur était formée par les tissus squirrheux et encéphaloïde à l'état de crudité, avec dépôt de matière tuberculeuse en quelques points. Il ne me fut pas bien démontré qu'en arrière, cette tumeur comprimât les canaux biliaires. La première portion du duodénum était saine; on y voyait, comme de coutume, un grand nombre de follicules muqueux très-apparens, dont plusieurs présentaient un point noir à leur sommet; mais dans les deux autres portions de cet intestin, on observait une rougeur très-vive; on eût dit que les valvules conniventes avaient été teintes par du sang. L'orifice du canal cholédoque était marqué par un tubercule rouge, et beaucoup plus saillant que de coutume. Dans les premières anses du jéjunum, les traces d'inflammation disparaissaient peu à peu: on n'en retrouvait plus dans le reste du tube digestif. Le foie ne parut pas être altéré; on ne trouva rien d'insolite dans les canaux biliaires. Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen, du thorax et du crâne.

Cet individu avait présenté, pendant la vie, tous les signes rationnels d'une affection organique de l'estomac, et il était naturel de regarder la tumeur comme appartenant à cet organe. Cependant ce diagnostic, qui semblait reposer sur des bases si certaines, n'était pas juste. L'estomac était sain; mais la compression à laquelle il était soumis par la tumeur déve-

loppée dans son voisinage, l'oblitération d'une partie de sa cavité par cette même tumeur, rendent suffisamment compte des divers symptômes de gastrite chronique que présenta le malade. A propos de ce fait particulier, je ne crois pas devoir discuter longuement sur l'origine et la nature de la tumeur. Je rappellerai seulement, quant à son origine, qu'il est possible que la chute faite sur les lombes, c'est-à-dire une cause irritante, ait contribué à la produire. Quant à sa nature, je ferai remarquer qu'elle était développée dans du tissu cellulaire, et, en la rapprochant d'autres tumeurs dont j'ai cherché ailleurs à approfondir la nature, je la regarderai comme le produit d'une altération profonde du mode normal de nutrition de ce tissu cellulaire.

Les nouveaux symptômes qui apparurent pendant les derniers jours de l'existence du malade, l'ictère, les accidents cérébraux, l'état de prostration dans lequel il tomba rapidement, ne trouvèrent leur explication dans aucune affection du foie ou de l'encéphale; mais il y avait une très-remarquable inflammation du duodénum, avec tuméfaction de la muqueuse autour de l'orifice du canal d'excrétion de la bile.

#### XXXII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Abcès autour d'un rein. Atrophie de celui-ci. Plusieurs symptômes de néphrite chronique.

Une femme, âgée de quarante ans, éprouvait depuis longtemps une douleur sourde à la partie postérieure du flanc droit.

Un an environ s'écoula sans que sa santé fût d'ailleurs dégradée; mais au bout de ce temps les digestions se troublèrent,



des vomissements survinrent de temps en temps, la douleur devint plus vive, et un mouvement fébrile s'établit chaque soir. Lorsque cette femme entra à la Charité, dix-huit mois environ après qu'avait commencé à se manifester la douleur rénale, elle était dans un état de marasme déjà fort avancé; le pouls était habituellement fréquent; il y avait des sueurs chaque nuit. Le décubitus sur le côté gauche était le seul possible. La cause de ces symptômes semblait résider dans une lésion du rein droit, annoncée: 1° par l'ancienne douleur dont le flanc droit était le siège; 2° par une tuméfaction très-notable de la partie postérieure de ce même flanc, qui était très-douloureux par une pression même légère; 3° par le caractère des urines, qui étaient rouges et déposaient un sédiment blanchâtre. Plusieurs applications de sangsues furent faites sans succès. L'empatement de la région rénale droite devint de plus en plus considérable; le membre abdominal droit s'infltra; une abondante diarrhée s'établit, et la malade succomba après un séjour de près de quatre mois à l'hôpital.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Le colon ascendant était soulevé et repoussé vers la ligne médiane par une tumeur volumineuse qui occupait la place du rein. A peine le scalpel y eut-il été enfoncé de quelques lignes, qu'on vit jaillir un pus blanc jaunâtre très-abondant. Il était contenu dans une poche bornée en avant par le péritoine, qui passait au-devant d'elle, et qu'elle avait soulevé; en arrière, le feuillet aponévrotique sur lequel repose le rein était détruit, et du pus était infiltré entre les muscles jusque près de la peau des lombes. En haut, ce pus était séparé du foie par un tissu cellulaire dur et épais, et en bas ce même tissu cellulaire l'empêchait de s'étendre du côté de la fosse iliaque. Au milieu de

cette vaste poche purulente on ne trouvait plus d'autres vestiges du rein qu'un corps qui n'avait pas le quart du volume d'un rein ordinaire, mais qui en avait d'ailleurs la forme, la structure, et duquel partait l'uretère. L'autre rein était sain; la surface interne de la vessie présentait une couleur ardoisée et un aspect rugueux. La membrane muqueuse du colon était molle, comme pulpeuse, sans être rouge. Le grand cul-de-sac de l'estomac était remarquable par l'extrême minceur de ses parois, qui, en plusieurs points, ne semblaient plus réellement constituées que par le péritoine.

Les lésions trouvées sur le cadavre de cet individu rendent parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie. Nous appellerons l'attention sur cette atrophie du rein, laquelle parut s'effectuer en même temps que le tissu cellulaire qui l'entoure devenait le siège d'un travail morbide plus actif. Il semble que, dans ce cas, la nutrition, en excès dans le tissu cellulaire, se fit en moins dans le rein.

#### XXXIII. OBSERVATION.

Abcès dans le muscle psoas, avec destruction du périoste des vertèbres qui sont en contact avec le pus. Ascite.

Un peintre en bâtiment, âgé de quarante-cinq ans, avait plusieurs fois subi à la Charité le traitement de la colique saturnine. Il y rentra une dernière fois accusant encore des douleurs abdominales, qu'il rapportait comme les précédentes, au maniement des préparations de plomb; mais on se convainquit bientôt qu'elles reconnaissaient une autre cause. Voici, en effet, ce que nous constatâmes: quatre mois avant d'entrer à la Charité, ce malade avait commencé à ressentir



à la région lombaire, surtout à gauche, une douleur profonde que la pression n'augmentait pas, mais qui s'accroissait par la marche et par les divers mouvements du tronc. Pendant les trois premiers mois il avait continué, quoique avec peine, ses occupations accoutumées; mais au bout de ce temps la douleur lombaire s'étendit à l'abdomen; la marche devint impossible, et bientôt après le ventre commença à se tuméfier. Lorsque nous vîmes ce malade, il avait une ascite non douteuse, et, de plus, les deux membres abdominaux étaient infiltrés, ainsi que le scrotum. La face était pâle et considérablement émaciée, ainsi que les membres thoraciques. Le pouls était fréquent, la peau chaude. La cuisse gauche restait immobile et demi-fléchie; dès que le malade essayait de lui imprimer quelque mouvement, les douleurs qu'il ressentait profondément dans l'abdomen et dans les lombes du côté gauche augmentaient beaucoup d'intensité; on la soulevait, au contraire, sans accroître ces douleurs. Le malade suait abondamment chaque nuit; il toussait depuis plusieurs mois, et expectorait des crachats verdâtres et opaques. (*Vésicatoires aux jambes; frictions et boissons diurétiques.*) Ce malade resta trois mois à l'hôpital, sans que son état changeât d'une manière sensible; puis il se forma sur le sacrum une large escharre, dont rien ne put arrêter les progrès; une des cuisses devint le siège d'un vaste érysipèle; dès lors le malade tomba rapidement dans un état adynamique, et ne tarda pas à succomber. Pendant les derniers temps de son existence il avait eu une expectoration semblable à celle que nous observons souvent à la Charité chez les phthisiques: au milieu d'un liquide semblable à de l'eau de gomme étaient suspendus des flocons grisâtres (crachats floconneux).

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Une grande quantité de sérosité limpide existait dans la cavité péritonéale. Rien n'indiquait, anatomiquement parlant, que cette ascite eût succédé à une péritonite. Au-dessous et en dehors de la lame du péritoine, qui des reins se réfléchit sur le côté gauche de la colonne vertébrale pour former un des feuilletts du mésentère, existait une énorme collection de pus. Elle occupait la place du muscle psoas, dont on ne trouvait plus que quelques fibres éparses, qui se terminaient inférieurement à son tendon demeuré intact. Le pus touchait immédiatement le corps des vertèbres, qui était dépouillé de son périoste et rugueux. On retrouvait aussi du pus au-dessous de l'arcade crurale; il existait en grande quantité entre les muscles de la partie interne de la cuisse, dans son tiers supérieur environ.

La membrane muqueuse de l'estomac était d'un gris ardoisé, le reste du tube digestif légèrement injecté en quelques points, sain d'ailleurs. Les bronches étaient rouges, le parenchyme pulmonaire engoué, sans tubercules. La rougeur érysipélateuse de la peau de la cuisse persistait; l'ulcération gangréneuse de la peau du sacrum avait mis à nu une partie de cet os.

---

Cette observation offre un exemple de la maladie qui a été décrite, depuis quelques années, sous le nom de psôitïs. Il me semble au moins fort douteux que, dans le cas dont il s'agit ici, la maladie ait commencé par une affection du muscle lui-même. On ne voit guère, en effet, un simple rhumatisme musculaire se terminer par suppuration: celle qui



eut lieu dans ce cas sur la partie latérale gauche du rachis me paraît bien plutôt avoir eu son point de départ dans une inflammation, sourdement établie, du tissu cellulaire sous-péritonéal et inter-musculaire de cette partie. Elle ne fut longtemps annoncée par d'autres symptômes que par une douleur lombaire; de même que, dans l'observation citée avant celle-ci, nous avons vu une douleur formée au flanc être le seul signe qui annonçât pendant long-temps la formation d'un abcès autour de l'un des reins. La destruction du muscle psoas, au milieu duquel existait le pus, ne fut pas consécutive à la phlegmasie du tissu cellulaire; ses fibres disparurent peu à peu, comme disparut le périoste du corps des vertèbres. Nous retrouvons un pareil état des muscles dans un grand nombre d'anciens phlegmons des membres. L'immobilité de la cuisse du côté affecté, l'extrême douleur que produisait toute contraction tendant à lui imprimer du mouvement, ont été notées comme des symptômes de psôitïs; ces phénomènes étaient très-marqués chez notre malade. L'ascité, l'infiltration du scrotum et des membres abdominaux furent consécutives à l'abcès sous-péritonéal. En dépendaient-elles? on ne trouva, du moins, aucune autre cause à laquelle on pût les attribuer.

J'ai dit ailleurs quelle importance il fallait attacher aux caractères des crachats pour diagnostiquer l'existence des tubercules pulmonaires. Ici, l'on observa pendant plusieurs jours ces crachats floconneux, qui sont regardés par quelques personnes comme caractéristiques de la phthisie, et cependant il n'y avait que simple bronchite chronique. Celle-ci existait depuis long-temps, et cependant aucun tubercule ne s'était formé dans le poumon; il n'y avait donc pas disposition à la sécrétion tuberculeuse, ce qui était tout-à-fait en rapport avec la nature du pus formé sous le péritoine lom-

baire: il était crémeux, homogène, et non séparé en grumeaux plus ou moins séreux, tel qu'on le trouve le plus ordinairement chez les individus disposés aux tubercules; tant il est vrai que le travail local qui produit le tubercule est lié à une disposition générale des solides et des fluides qui se manifeste par des modifications remarquables de la nutrition et des sécrétions.

XXXIV<sup>e</sup> OBSERVATION.

Tumeur à parois cartilagineuses, contenant une matière grasse et des poils, développée entre les lames du mésentère.

Un négresse, âgée de cinquante-neuf ans, entra à la Charité dans un état de marasme et de faiblesse extrême. On ne put obtenir d'elle aucun renseignement sur les accidents qu'elle avait éprouvés jusqu'alors. Au-dessous de l'ombilic, le palper faisait reconnaître une tumeur arrondie, mobile; elle se prolongeait vers l'hypogastre; par sa forme et sa situation elle ressemblait assez à l'utérus développé. Cette femme mourut deux jours après son entrée.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Entre les lames du mésentère, en dehors par conséquent du péritoine, faisait saillie, au-devant des vertèbres lombaires, une tumeur grosse comme la tête d'un enfant naissant, irrégulièrement ovoïde. Son enveloppe était cartilagineuse: il fallut un fort scalpel pour l'entamer. Cette tumeur était entièrement remplie par une matière d'un blanc jaunâtre, ne pouvant être mieux comparée qu'à du suif. On y trouvait épars un grand



nombre de poils libres par leurs deux extrémités, qui ne présentaient ni renflement ni bulbe. Outre ces poils isolés, on trouva plongée au milieu de la matière suiffeuse une touffe de poils qui étaient mêlés les uns aux autres de manière à former des nœuds inextricables. Cette touffe avait le volume de deux noix réunies (1).

(1) Bien que j'aie placé cette observation au nombre de celles qui sont relatives à des cas d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, je suis très-loin de penser qu'un travail phlegmasique ait nécessairement précédé la formation de l'étrange tumeur dont cette observation fournit un exemple. C'est là encore une de ces aberrations de la force plastique qui n'accusent pas plus un état d'irritation qu'un état contraire, et qu'il est nécessaire de faire intervenir pour expliquer, en dehors de la dichotomie brownienne, le développement de la plupart des produits accidentels.

(Note de la quatrième édition.)

FIN DU TOME DEUXIÈME.



BIBLIOTECA

000353

## TABLE

### DES MATIÈRES.

	Pages
Observations sur les maladies de l'abdomen. . . . .	1
SUITE DU LIVRE PREMIER. — Maladies du tube digestif. . . . .	4
SECTION PREMIÈRE. — Maladies du tube digestif dans lesquelles les symptômes locaux sont seuls ou prédominants. . . . .	4
CHAPITRE PREMIER. — Observations sur la gastrite aiguë. . . . .	3
CHAPITRE II. — Observations sur la gastrite chronique . . . . .	30
ARTICLE PREMIER. — Altérations produites dans l'estomac par la gastrite chronique. . . . .	32
§ I. Altérations de la membrane muqueuse. . . . .	33
§ II. Altérations des tissus subjacents à la membrane muqueuse. . . . .	70
ARTICLE II. — Symptômes de la gastrite chronique. . . . .	128
ARTICLE III. — Traitement de la gastrite chronique . . . . .	154
CHAPITRE III. — Observations sur quelques affections de l'estomac, qui ne consistent point dans un état inflammatoire de cet organe. . . . .	157
CHAPITRE IV. — Observations sur la colique de plomb et sur quelques autres maladies des voies digestives qui s'en rapprochent par leurs symptômes et par le traitement qui leur convient. . . . .	198
ARTICLE PREMIER. — État du tube digestif chez les individus morts pendant qu'ils avaient la colique de plomb. . . . .	199
ARTICLE II. — Symptômes de la colique de plomb. . . . .	215
ARTICLE III. — Traitement des accidents causés par les préparations de plomb. . . . .	222
A. Emploi de la strychnine. . . . .	226
B. Emploi de la brucine. . . . .	229
ARTICLE IV. — Nature de la colique de plomb. . . . .	231
ARTICLE V. — Observations sur quelques états morbides qui, par leurs symptômes et leur traitement, ont plus ou moins d'analogie avec les accidents causés par les préparations de plomb. . . . .	232