

S'il est permis de croire qu'un certain nombre de cas de guérison de perforations intestinales ne sont probablement rien autre chose que des cas analogues à celui-ci, cependant, messieurs, le fait suivant que vous venez d'observer dans les salles de la Clinique met en lumière la possibilité de cette guérison et le mécanisme par lequel elle s'opère; il montre aussi de quelle façon peuvent se produire d'autres péritonites sans perforation, que l'on pourrait appeler par propagation.

Vous vous rappelez cette femme qui était couchée au n° 31 de la salle Saint-Bernard. Sortie trois jours auparavant de l'hôpital Saint-Louis, où elle avait eu une dothiésentérie grave qui avait duré six semaines, elle était pâle et amaigrie, et nous lui trouvions une fièvre assez vive. Elle accusait dans le bas-ventre des douleurs que la pression exagérait; de plus elle avait de la diarrhée et des vomissements bilieux jaunâtres. Nous constatons en outre un gonflement notable du foie et de la rate.

Nous diagnostiquâmes une péritonite consécutive à la fièvre typhoïde, tout en supposant que la malade avait une rechute de dothiésentérie, ce que semblait nous indiquer la présence de quelques taches rosées récentes sur l'abdomen.

Six jours après son entrée à l'hôpital, les accidents de péritonite que nous avons combattus par l'administration du calomel à doses fractionnées, — 5 centigrammes, donnés chaque jour, divisés en dix prises, — paraissaient calmés; les douleurs étaient moindres et le ventre avait repris sa souplesse normale. Mais d'autres phénomènes d'une grande gravité s'étaient manifestés du côté des organes thoraciques. C'était une gêne considérable de la respiration, dont les mouvements étaient accélérés et fréquents. En auscultant la poitrine, nous entendions, en avant et en arrière de l'un et l'autre côté, des râles muqueux et sibilants très-abondants; plus abondants à droite, en arrière et en bas, où ils étaient aussi plus fins, sous-crépitaux, et où nous constatons également une diminution de la sonorité à la percussion. La parole était brève, haletante; la fièvre était plus vive que les jours précédents.

Le lendemain, une expectoration abondante de crachats muqueux, adhérents au vase, quelques-uns ayant une teinte légèrement ocrée, nous indiquait que la bronchite avait pénétré profondément jusque dans les extrêmes ramifications des bronches, gagnant le parenchyme pulmonaire lui-même. La toux, les phénomènes stéthoscopiques, c'est-à-dire les râles muqueux, sous-crépitaux, fins, la diminution de la sonorité à la base, confirmaient le diagnostic. Néanmoins, comme il n'y avait ni souffle, ni râles crépitaux, on ne pouvait prononcer le mot de pneumonie. Et en effet, cinq jours après, tout cet appareil de symptômes avait cédé; malgré la diarrhée, nous avons donné le kermès à la dose de 50 centigrammes, administrés par pilules de 10 centigrammes, en ayant soin de prescrire une goutte de laudanum qui fut prise avec chaque pilule. La toux, l'ex-

pectoration, étaient moindres; le son avait repris son timbre habituel là où nous avons noté sa diminution; nous n'entendions plus que des râles sibilants, muqueux, gros; la respiration était plus facile.

Les accidents abdominaux étaient restés stationnaires, et il n'y avait qu'un peu de diarrhée, qui céda enfin au sous-nitrate de bismuth associé à la craie, à la dose de 4 grammes de chaque, donné en huit prises dans le courant de la journée, lorsqu'au douzième jour survint un délire continu, en même temps que de la bouffissure générale, sans albuminurie, du muguet et des aphthes sur la membrane muqueuse de la langue et de la bouche. En présence de ces phénomènes nouveaux, nous prescrivîmes le quinquina à la dose d'un gramme dans du café noir. Les accidents persistèrent pendant quatre jours sans interruption, et la malade succomba le quinzième jour de son arrivée à l'Hôtel-Dieu.

A l'autopsie, nous trouvâmes les lésions appartenant à une péritonite généralisée. Tous les intestins étaient soudés entre eux par des adhérences pseudo-membraneuses, se détachant facilement. Ces adhérences circonscrivaient des sortes de loges remplies de pus, sans trace d'un épanchement de matières venues de la cavité intestinale. Sur la face concave du diaphragme, dans le petit bassin, le feuillet pariétal du péritoine était rouge, présentant des arborisations vasculaires et des stries purulentes.

En découvrant l'intestin, dont la surface séreuse était également couverte de matière purulente et d'arborisations vasculaires formant des plaques rouges, nous voyions par places, vers la partie inférieure de l'iléon, des taches d'un brun noirâtre, autour desquelles irradiaient des arborisations vasculaires plus prononcées que partout ailleurs. A ce niveau, le péritoine épaissi était froncé comme les bords d'une bourse à coulisse, les replis de la membrane séreuse convergeant tous vers les taches noires dont nous parlons.

L'intestin étant ouvert, nous trouvions que ces taches correspondaient à des ulcérations qui avaient détruit les couches muqueuse et musculaire, et arrivaient ainsi jusqu'à la couche séreuse qui en formait le fond.

Ces ulcérations des glandes de Peyer, caractéristiques de la dothiésentérie, au nombre de dix-huit à vingt, occupaient le dernier mètre de l'intestin grêle, et devenaient d'autant plus confluentes qu'on les trouvait plus près de la valvule iléo-cæcale. — Là toute la surface du tube digestif ne présentait qu'un vaste ulcère creusé profondément, déchiqueté sur les bords. Enfin, dans le dernier pied de l'iléon, nous trouvions, au centre de deux larges ulcérations, des perforations ayant à peu près la largeur d'une pièce de vingt centimes, à bords minces et noirâtres. Dans celle qui était la plus rapprochée du cæcum, flottaient des filaments noirâtres, débris du bourbillon furonculaire, au niveau duquel les perforations s'étaient faites.

Nous nous expliquions comment nous n'avions pas trouvé d'épanchement de matière intestinale dans le péritoine, en considérant que ces perforations étaient bouchées par le fait des adhérences des intestins, dont les anses étaient accolées les unes aux autres.

Toute la surface interne du tube digestif, dans ses dernières portions, était arborisée; ces arborisations étaient d'autant plus serrées qu'elles se rapprochaient des parties ulcérées.

Les ganglions mésentériques, tuméfiés, étaient ramollis et réduits en une pulpe rougeâtre.

Le tissu de la rate et du foie, dont le volume était considérablement augmenté, était mou et s'écrasait sous la pression. — Les poumons, congestionnés, ne présentaient pas d'hépatisation. — L'encéphale n'offrait aucune lésion appréciable.

Ainsi que je vous l'ai dit, messieurs, ce fait permet de comprendre les guérisons de perforations intestinales, dont les professeurs Stokes, Graves (de Dublin), et d'autres médecins après eux, ont rapporté des exemples: il nous montre aussi la pathogénie des péritonites sans perforation.

Celles-ci peuvent être la conséquence des ulcérations qui arrivent, comme vous l'avez vu chez notre malade, jusqu'à la lame séreuse de l'intestin, qu'elles enflamment sans la détruire. Supposez ces ulcérations en très-petit nombre ou très-éloignées les unes des autres, la péritonite qui se développera à leur niveau pourra rester circonscrite dans un espace très-limité et n'avoir pas de gravité; mais supposez ou que ces ulcérations soient nombreuses et confluentes, ou que l'inflammation de la membrane séreuse abdominale s'étende de proche en proche, à la façon d'un érysipèle, la péritonite se généralisant pourra tuer le malade.

Maintenant ces péritonites partielles vont vous expliquer la possibilité de la guérison des perforations intestinales. Ces lésions, vous le savez, n'amènent la mort que par le fait de la péritonite générale et violente que provoquent les matières versées de l'intérieur du tube digestif dans la cavité du péritoine. Or, quand des adhérences se sont établies entre les anses intestinales consécutivement à l'inflammation de la membrane séreuse qui les recouvre, l'épanchement des matières ne peut plus avoir lieu, puisque les ouvertures des ulcérations se trouvent fermées par l'accolement des intestins, et l'on conçoit que ces adhérences pouvant persister assez longtemps pour permettre à la solution de continuité de se cicatriser, le malade guérisse de cette complication.

C'est par ce mécanisme que la femme dont il vient être question n'a pas succombé aussi rapidement que succombent d'ordinaire les individus atteints de perforations. Chez elle, la mort a été la conséquence de la péritonite généralisée produite par les ulcérations multiples de l'intestin arrivant jusqu'à la membrane séreuse et non d'une péritonite générale

d'emblée, consécutive aux perforations et à l'épanchement des matières fécales, puisque, à l'autopsie, je vous l'ai fait observer, nous trouvions les anses des intestins accolées les unes aux autres, et empêchant par conséquent cet épanchement de se faire.

Quant au diagnostic, qu'elles soient spontanées, qu'elles soient causées ou non par des perforations, ces péritonites se manifestent par les mêmes symptômes. On a bien dit que la péritonite consécutive à la perforation pouvait se reconnaître à la spontanéité et à l'excessive acuité de la douleur, se manifestant d'abord dans la région du ventre occupée par le cæcum et par la deuxième partie de l'iléon, lieux d'élection des ulcérations intestinales, s'étendant bientôt de là dans tout l'abdomen, s'exaspérant à la pression; on a dit encore que dans la péritonite par perforation, il y avait toujours suppression d'urine, mais se sont là des signes très-peu certains d'un diagnostic différentiel que l'ouverture du corps permet seule d'établir.

On conçoit néanmoins que ce diagnostic ait une certaine importance au point de vue du pronostic, car la péritonite sans perforation ne présente pas la même gravité que la péritonite par perforation, qui est presque fatalement mortelle. Dans l'impossibilité où nous sommes de distinguer la nature de ces complications, nous devons craindre, lorsqu'elles arrivent, une terminaison funeste. Enfin, messieurs, vous comprendrez combien, en ayant égard aux altérations du tube digestif dans la dothiésentérie, vous devez être réservés dans le pronostic à porter de cette maladie, en songeant que dans les cas mêmes où elle s'était montrée sous les dehors de la plus absolue bénignité, au moment où, croyant votre malade quitte de tout accident, vous allez annoncer sa guérison, vous pourrez voir survenir cette perforation intestinale, terrible complication contre laquelle vous essayerez trop souvent en vain de lutter, ou une de ces péritonites sans perforation qui, bien que moins dangereuses, ont aussi leur gravité.

§ 2. — Hémorrhagies intestinales. — Fièvre putride hémorrhagique.

Une femme âgée de soixante-quatre ans, — j'appelle votre attention sur son âge, car cette malade nous a présenté une des rares exceptions à la règle générale qui veut que la dothiésentérie n'attaque le plus habituellement que les jeunes sujets; — une femme âgée de soixante-quatre ans entra le 7 mars 1859 à l'Hôtel-Dieu, où vous l'avez vue couchée au n° 31 de la salle Saint-Bernard. Elle succomba le septième jour de son arrivée, emportée par une complication dont je veux vous entretenir.

A son entrée dans nos salles, elle était dans la prostration et le délire. Le ventre paraissait indolent, on ne provoquait pas le gargouillement par la pression de la fosse iliaque; il n'y avait pas de diarrhée. Le pouls