chement à droite. Le côté gauche de la poitrine était sain. La ponction fut faite trois jours après; le liquide était citrin; après, le malade se trouva soulagé, mais le liquide se reforma et bientôt le malade se mit à tousser et à maigrir considérablement. Il perd l'appétit et s'affaiblit tous les jours. On fait une seconde fois la ponction. Le liquide retiré a la même composition que le premier. Le ventre devient douloureux après un frisson et augmente de volume. Le malade a des nausées et des vomissements bilieux, de la constipation. La percussion de l'abdomen donne lieu à une sonorité tympanique, en quelques jours la douleur du ventre disparaît à tel point que l'on pouvait presser aussi fortement que possible sans que le malade accusât la moindre douleur.

Il mourut dans le marasme le plus complet, après avoir eu pendant quelques jours de la diarrhée.

A l'*autopsie*, on trouva le poumon droit refoulé et bridé au sommet de la cage thoracique; le reste de la cavité thoracique était rempli de liquide citrin et flaconneux; les deux plèvres sont fortement épaissies et farcies de tubercules; le poumon droit est complétement atélectasique; le gauche et parfaitement normal. Cœur normal.

Dans l'abdomen, il est impossible de séparer les parois des viscères, il faut presque disséquer pour arriver à cette séparation. Tous les viscères ne font pour ainsi dire qu'un seul tout, refoulé en haut par le liquide un peu rougeâtre qui existe dans le petit bassin. On ne peut distinguer ce qui représente l'épiploon, l'intestin ou l'estomac. Partout des néo-membranes assez fortement organisées et complétement remplies de tubercules, les uns gris, mais la plus grande part jaunes caséeux; la muqueuse intestinale est très-hyperémiée, on ne peut pas dérouler les intestins pour les examiner complétement. Le foie offre une couleur jaune-paille; les reins sont graisseux.

A cause des fortes adhérences péritonéales on n'a pas pu examiner les viscères abdominaux comme on l'aurait désiré.

TROISIÈME SÉRIE

Formes chronique, insidieuse.

Observation V (personnelle).

Tuberculisation généralisée avec prédominance abdominale, infiltration du poumon, de toute la séreuse péritonéale, du foie et dn rein droit. — Forme chronique.

Le nommé Dassa (Joseph), domestique, entre à l'hospice de la Charité, dans le service de M. Bouillaud, le 16 juin 1871. C'est un jeune homme de 22 ans, né dans la partie sud d'Afrique, venu en Europe en 1867. Très-bien portant à son arrivée à Paris, il a servi presque tout le temps comme domestique. A son départ d'Abyssinie il a laissé toute sa famille en bonne santé, mais il y a longtemps qu'il n'en a pas reçu de nouvelles. Lui-même, jusqu'à mois de décembre, était bien portant; mais pendant le siège de Paris il a beaucoup souffert de privations de tous genres, ce qui lui occasionna une diarrhée persistante accompagnée de légères coliques et de vomissements; il vit en même temps son ventre augmenter de volume. Tel fut le début de sa maladie. Malgré les soins qu'il a reçus, elle persista, le ventre grossit de plus en plus, et voyant que son état s'aggravait, cet homme dut solliciter son entrée à l'hopital.

Le jour même de son arrivée, on constate que son ventre est plus saillant, élargi dans son diamètre transversal, un peu douloureux à la pression; la percussion révèle dans toute la région hypogastrique une légère matité et au-dessus de l'ombilic, dans une étendue de 7 centimètres, une matité absolue, la pression est aussi plus douloureuse dans cette région. Cette matité ne se déplace pas lorsqu'on fait coucher le malade alternativement sur un côté et sur l'autre; la palpation ne révèle pas franchement la sensation de fluctuation. En déprimant fortement la paroi abdominale, on ne peut pas constater la présence d'une tumeur quelconque. Le malade se plaint beaucoup de sa diarrhée qui l'incommode et de légères coliques; la peau est sèche, la température légèrement élevée, le pouls depressible, à 100 pulsations par minute; les narines un peu fuligineuses, la langue humide et blanche; la soif est intense, pas de nausées ni de vomissements; les selles se renouvellent 5 à 8 fois dans les 24 heures; le foie présente une légère augmentation de volume; les urines ne contiennent pas d'albumine; aucun désordre fonctionnel du côté du système nerveux; le malade tousse très-peu, l'expectoration est presque nulle.

L'examen du thorax révèle à droite et en arrière une diminution notable

des vibrations thoraciques; une matité absolue qui remonte jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, une disparition presque complète du murmure vésiculaire au niveau de la matité, un souffle doux et éloigné au sommet et en arrière; en avant, on trouve une légère submatité, de l'expiration prolongée et des craquements secs.

Le 2 juillet. L'état général s'est aggravé; l'amaigrissement est plus considérable, le malade a un dégoût très-prononcé pour les aliments; le pouls est toujours fréquent, mou et dépressible; le ventre qui a acquis un volume plus considérable, présente à la palpation et à la pression une rénitence plus marquée; la percussion révèle la présence d'une légère quantité de liquide dans la cavité péritonéale

Le 15. Les symptômes abdominaux ont encore augmenté d'intensité.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes; la diarrhée persiste mais moins abondante, le ventre n'est douloureux que dans la région ombilicale sous l'influence des contractions musculaires et de la pression; des efforts qui provoquent les contractions des muscles abdominaux, le malade n'accuse dans cette région qu'une sensation de gêne qui lui semble produite par *une sorte de boule* qui adhérerait à la paroi abdominale.

Le 22. L'épanchement ascitique paraît avoir augmenté de quantité. La fièvre n'est plus intense, (100 pulsations.)

La percussion du thorax en arrière et à droite indique la présence d'un épanchement pleurétique qui monte jusqu'au niveau de la fosse sous-épineuse; à l'auscultation, on constate des craquements secs et humides au sommet du poumon droit, des râles muqueux à grosses bulles et du souffle tubaire très-prononcée.

Le 26 Les systômes généraux sont plus intenses, le pouls, à 120, est mou, dépressible, la respiration plus fréquente, l'amaigrissement fait tous les jours des progrès, la toux est presque insignifiante, sans expectoration.

1er août. La diarrhée devient très-intense les selles se répètent plus de 30 fois dans les 24 heures, le pouls bat 85 fois par minute.

Le 6. La diarrhée est moins abondante, le ventre est un peu diminué de volume; l'état général est le même. L'examen de la poitrine nous fait constater à droite du frottement pleurétique, du souffle et de l'égophonie.

A la région précordiale, on trouve une matité plus étendue, on perçoit distinctement les bruits du cœur, mais ils sont profonds et éloignés.

Le ventre, quoique moins volumineux; est dur, saillant, peu douloureux à la pression; on y observe cette *dureté*, cette *tension*, cette *rénitence* qui sont si caractéristiques de la péritonite chronique.

Au-dessus de l'ombilic on sent comme une tumeur immobile constituée probablement par des *anses intestinales recouvertes de fausses membranes adhérant intimement entre elles et formant une espèce de plancher ou de plan solide* (Grisolle). Dans l'hypochondre droit, on sent au toucher sur quelques points, du froissement ou le bruit du frottement péritonéal; le foie est toujours refoulé en haut, la matité qui était si intense dans la region hypogastrique commence a être remplacée par une sonorité tympanique.

Le 12. Le malade n'a plus qu'une ou deux selles par jour, l'épanchement pleurétique est devenu moins abondant, la respiration s'entend dans toute l'étendue de la poitrine; elle est accompagnée de souffle tubaire, de râles caverneux et de râles humides vers le sommet droit, et de frottement pleurétique vers la base et la paroi externe du côté droit du thorax; le ventre est rénitent et tympanique dans toute son étendue; la douleur est presque nulle. A ce moment, d'après l'examen clinique on peut affirmer que l'épanchement s'est résorbé partout.

Le pouls est à 90; l'inappétence est complète; la peau toujours sèche. l'amaigrissement extrême, les pieds œdématiés jusqu'aux malléoles.

Le 15. Diarrhée continuelle pendant la nuit seulement.

Le 17. La diarrhée a disparu; pouls à 66. Le malade se trouve mieux.

A l'auscultation, on trouve une respiration rude et du frottement pleurétique très-marqué en arrière et à droite. — Le ventre toujours ballonné n'offre aucun signe appréciable d'épanchement. Sauf au niveau de la fosse iliaque droite où l'on trouve une légère matité, le son est tympanique dans toute l'étendue de l'abdomen.

Le 20. Le malade est toujours dans le même état. Pouls à 72; deux selles dans les vingt-quatre heures.

Le 25. Même situation.

Le 28. Il commence à se plaindre de ne plus pouvoir aller à la selle.

Le 30. La constipation persiste.

Le 3 septembre, à deux heures du matin, le malade est pris de vomissements abondants qui déterminent un épuisement tel que la terminaison fatale survient à dix heures du matin.

Autopsie le 5, à neuf heures et demie du matin, vingt-quatre heures après la mort.

Cavité abdominale. La séreuse péritonéale est adhérente aux parois du ventre et aux intestins, les viscères sont unis entre eux au moyen de pseudo-membranes qui forment une seule masse.

En enlevant les muscles droits antérieurs, on aperçoit des tubercules uniformément disséminés dans toute l'étendue du péritoine pariétal. Les intestins eux-mêmes sont réunis entre eux par des fausses membranes, dans lesquelles s'étaient aussi développés des tubercules; le grand épiploon adhère aux intestins et au péritoine pariétal présentait une multitude innombrable de tubercules. Des fausses membranes pleines de tubercules revêtaient le foie, la rate, le cul-de-sac recto-vésical.

Le mésentère, les ganglions lombaires, contenaient aussi des tubercules.

La membrane muqueuse de l'estomac et de la totalité de l'intestin grêle était légèrement injectée, mais ne présentait nulle part d'ulcération.

Les ganglions inguinaux sont également tuméfiés.

La substance du foie contient aussi, mais en très-petit nombre, des granulations miliaires; le rein gauche renferme un seul tubercule implanté dans la substance corticale.

Entre les fausses membranes et les intestins, on trouve une petite quantité de liquide séreux, offrant la coloration citrine.

Tous les tubercules décrits plus haut sont à la période de dégénerescence caséeuse, et offrent, excepté ceux du foie, qui sont très-petits, un volume variant entre celui d'une lentille et d'un très-petit pois.

Cavité thoracique. Des adhérences pleurales sont plus marquées à droite. Les sommets sont libres et contiennent des tubercules ramollis en plus grande abondance que dans le reste du poumon; le lobe supérieur droit contient quelques excavations. La base du poumon est œdématiée, les bronches sont dilatées; on trouve de la sclérose partielle sur divers points du poumon, quelques ganglions bronchiques sont tuberculisés.

Léger épanchement séreux à la partie postérieure droite et vers la base.

Les plèvres ne contiennent pas la moindre trace de tubercules.

Le péricarde adhère au cœur au moyen d'une couche d'exsudat séro-fibrineux, déposée sur presque toute la périphérie du cœur. Dans l'intérieur du cœur, rien d'anormal.

Cavité crânienne. Cerveau sain; on ne trouve qu'une petite quantité de liquide séreux dans les ventricules.

Observation VI.

(Observation résumée par M. Louis (1).

Péritonite tuberculeuse à forme insidieuse.

Au début et simultanément, toux sèche, excès de volume du ventre, qui reste indolent; selles liquides, perte de l'appétit et des forces, cessation de travail.

Après quinze jours, pendant lesquels les mêmes symptômes continuent, le malade garde la chambre et quelquefois le lit; après un peu moins d'un mois de souffrance, il est conduit en voiture à l'hôpital Beaujon, où on lui pratique quelques émissions sanguines les premiers jours, sans changement appréciable. Examiné avec soin le 8 juin, un mois après le début des premiers accidents, son ventre est volumineux et donne une fluctuation manifeste; la toux est rare, l'auscultation et la percussion de la poitrine n'offrent rien de remarquable, l'appétit et les forces sont très-diminués, le pouls est calme. Cet état continue en s'aggravant, la faiblesse et la diarrhée augmentent, en même temps que l'appétit devient meilleur. Bientôt l'existence des tubercules pulmonaires est reconnaissable à droite et à gauche, à l'aide de l'auscultation; un épanchement a lieu dans le côté droit de la poitrine, la diarrhée persiste; le malade s'éteint, en quelque sorte dans le calme, le 27 juin, moins de deux mois après le début des premiers accidents, sans avoir *éprouvé* de

(1) Louis. Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie pulmonaire, p. 285, 2e édit., 1843.

douleur de ventre : et à l'autopsie du cadavre, on trouva de légers désordres du côté des poumons, des désordres considérables du côté du péritoine et de ses replis. Des tubercules ou des granulations demi-transparentes grisâtres, adhérentes à sa surface libre avec ou sans fausses membranes, etc.

Cette dernière circonstance mérite d'être remarquée : partout où il n'existe que des granulations grises demi-transparentes, il n'y a pas de fausses membranes, et là où celles-ci existent, on trouve des tubercules : ce qui indique, d'une part, que les tubercules se développent suivant les mêmes lois à la surface du péritoine et dans le parenchyme pulmonaire, qu'ils commencent par se produire sous forme de granulations grises demi-transparentes : d'autre part, que dans un certain nombre de cas, le développement des fausses membranes est postérieur à celui des granulations grises demi-transparentes, puisque, dans le cas actuel, il n'y avait pas de fausse membrane là où l'on ne trouvait que des granulations.

Un autre fait doit encore fixer l'attention; je veux parler du calme du malade et, en quelque sorte, de la bénignité des symptômes qu'il éprouvait, malgré la marche rapide de l'affection, devenue mortelle en moins de deux mois! Il n'y eut, en effet, à aucune époque de la maladie de douleur de ventre; le mouvement fébrile ne fut jamais très-marqué; la diarrhée, quoique d'assez longue durée, fut moins considérable que dans un grand nombre de cas où l'affection a une marche chronique; et cependant, du côté de l'abdomen, que de fausses membranes, de tubercules, de graves transformations des replis du péritoine! Dans la poitrine, que de tubercules à la face adhérente aux plèvres! Le principal et le plus remarquable des symptômes fut la faiblesse; car après quinze jours de maladie, pendant lesquels les accidents furent très-légers, le malade était déjà obligé de garder la chambre, souvent le lit; et l'on est forcé, à raison de la gravité des lésions du péritoine et de leur début, qui se confond avec celui de la maladie, de les considérer comme la cause principale de cette faiblesse, et de leur attribuer aussi, en grande partie du moins, l'amaigrissement, par suite de la gêne qu'elles devaient apporter dans les fonctions digestives.

Cependant, et malgré le petit nombre de symptômes observés du côté de l'abdomen, le diagnostic de la péritonite ne fut pas longtemps incertain. D'une part, antérieurement à la toux et avant que le ventre prît un excès de volume, le malade se portait bien, n'avait éprouvé aucun symptôme qui pût faire croire à une maladie organique du foie ou d'aucun autre viscère de l'abdomen; l'état de l'urine ne pouvait faire soupçonner une affection des reins, et les maladies du cœur, assez avancées pour produire un épanchement, amènent d'abord l'infiltration du tissu cellulaire. D'autre part, l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité dans la cavité de l'abdomen est quelquefois un des premiers symptômes de la péritonite chronique; les quelques craquements entendus au sommet des poumons, quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, indiquaient l'existence de tubercules dans les poumons; dès lors il n'y avait plus moyen de douter, et rien de ce qui arriva dans la suite ne put modifier le diagnostic.