

X^e OBSERVATION.

Fièvre continue légère. Enduit jaune de la langue; constipation d'abord, puis diarrhée légère. Tuméfaction des follicules: une seule ulcération sur l'une des plaques, terminée par la perforation de l'intestin. Mort par péritonite le treizième jour de la fièvre. Communication entre le tube digestif et la cavité péritonéale. Tubercules pulmonaires.

Un brossier, âgé de dix-sept ans et demi, tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours joui d'une très-bonne santé. Le 13 octobre 1822, à sept heures du soir, il ressentit, sans cause connue, des étourdissements et un malaise général. Toute la nuit il éprouva une chaleur brûlante. Le lendemain 14, même état; anorexie, une seule selle, sueur abondante la nuit. Le 15 il entra à la Charité. Il sua encore dans la nuit du 15 au 16. A la visite du 16, il présenta l'état suivant:

Face rouge, yeux brillants, brisement des membres, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, lèvres rouges, bouche mauvaise, anorexie, peu de soif, ventre souple et indolent: pas de selle depuis vingt-quatre heures, pouls fréquent assez développé, peau moite. (*Tisane d'orge gommée, lavement de guimauve.*)

Le malade n'alla qu'une fois à la selle jusqu'au lendemain matin.

Le 17, six grains d'ipécacuanha furent administrés: le malade vomit à deux reprises une assez grande quantité de bile; il n'alla point à la selle. La nuit, il dormit bien; il se réveilla un peu en moiteur.

Le lendemain matin 18, l'enduit jaunâtre de la langue avait disparu; elle était d'une belle couleur vermeille; le mauvais goût de la bouche n'existait plus. Le pouls était peu fréquent, la température de la peau à peu près ordinaire.

Du 19 au 23, un léger mouvement fébrile persista: anorexie, même état de la langue. Une selle chaque jour après le lavement. (*Tisanes adoucissantes, deux bouillons chaque vingt-quatre heures.*)

Le 23, la langue avait rougi, la fréquence du pouls avait considérablement augmenté, la peau était brûlante, l'abdomen était douloureux à la pression. Deux selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Cette récrudescence des symptômes fut combattue par l'application de huit sangsues à l'anus. (*Tisane d'orge, diète.*)

Dans la journée, les douleurs abdominales prirent une intensité effrayante. Le malade commença à vomir pendant la nuit une grande quantité de bile verte, porracée.

Dans la matinée du 24, nous le trouvâmes couché sur le côté droit, l'œil éteint, la face pâle, cadavéreuse. La pression la plus légère exercée sur l'abdomen, le moindre mouvement, provoquaient les plus vives douleurs. Des nausées continuelles tourmentaient le malade, et étaient suivies de temps en temps de l'expulsion de quelques gorgées de bile. La respiration, haute, accélérée, ne s'exécutait que par le soulèvement des côtes; le pouls était très-fréquent, misérable; la peau sans chaleur.

L'existence d'une péritonite n'était pas douteuse. M. Lermier présuma que la cause pouvait en être placée dans une perforation intestinale. (*Quarante sangsues sur l'abdomen, fomentations huileuses, sinapismes mitigés aux jambes dans la soirée, tisane de lin.*)

Les vomissements continuèrent à avoir lieu toute la journée.

Le 25, à huit heures du matin, l'abdomen était moins sensible, mais il était plus développé, rénitent. Percuté, il rendait partout un son mat; on n'y sentait pas de fluctuation. Les membres étaient froids, le pouls filiforme. Cepen-

dant l'œil avait encore une expression assez naturelle. L'intelligence était nette, la parole libre. (*Vésicatoires aux cuisses.*)

Mort à cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

45 heures après la mort.

Des flocons albumineux, étendus en fausses membranes, unissaient entre elles les anses de l'intestin grêle. Une sérosité trouble, lactescente, très-fétide, était épanchée dans les deux flancs et dans l'excavation du petit bassin. Au-dessous des flocons albumineux le péritoine était vivement injecté.

La membrane muqueuse de l'estomac était partout blanche et saine; une égale blancheur régnait dans toute l'étendue de l'intestin grêle; mais dans l'espace d'un pied environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existaient cinq à six élevures ovalaires, blanches, ainsi que la muqueuse qui les entourait. Le centre de l'une d'elles était ulcéré; le fond de cette ulcération, formé par la membrane séreuse, présentait à son centre une perforation arrondie, d'une ligne et demie à deux lignes de diamètre. Autour de ces élevures la membrane muqueuse était parsemée de plusieurs petites pustules blanches, miliaires, et faisant à peine saillie au-dessus de sa surface.

Le gros intestin était parfaitement sain, ainsi que les autres viscères.

Une masse tuberculeuse, de la grosseur d'une petite noix, existait au sommet du poumon droit.

La principale circonstance qui rende cette observation digne

d'intérêt, c'est l'existence d'une entérite folliculeuse très-bien caractérisée chez un individu qui, jusqu'à l'époque de l'invasion de la péritonite, présenta seulement les symptômes d'une fièvre continue fort bénigne en apparence. C'était, par les symptômes, une *fièvre bilieuse peu intense*; l'abdomen était souple, indolent dans tous ses points. La langue, sans rougeur, présentait un enduit épais, qui disparut à la suite de l'administration d'un doux vomitif. Après que celui-ci eut été donné, les symptômes dits d'embarras gastrique disparurent; mais il resta un peu de fièvre, et bientôt une légère diarrhée succéda à la constipation qui existait depuis le commencement de la maladie. Ce fut du dixième au onzième jour qu'apparut ce flux du ventre. Son invasion marqua-t-elle le moment où l'une des plaques exanthémateuses commença à s'ulcérer? Presque en même temps survint la péritonite dont l'ouverture du cadavre montra la cause dans une ulcération intestinale qui, par son extension en profondeur, avait déterminé la perforation des parois de l'iléum.

Ainsi, dans ce cas, pour expliquer l'ensemble des symptômes observés pendant la vie, avant l'invasion de la péritonite, on trouve une maladie des follicules; ils sont tuméfiés sans être rouges, et l'une des plaques qu'ils constituent par leur assemblage est déjà ulcérée. Nous ne trouverons pas des lésions plus intenses dans d'autres observations, qui nous présenteront cependant des symptômes bien autrement graves. D'une autre part, nous avons déjà vu, dans l'observation première, un cas où les symptômes sont à peu près semblables à ceux que nous a offerts le sujet de l'observation actuelle, et chez lequel, pour expliquer ces symptômes, qui étaient ceux d'une fièvre bilieuse assez légère, nous retrouvâmes encore la même lésion des follicules intestinaux. Ce n'est donc pas seulement dans les fièvres graves qu'existe cette lésion.

Notons, dans ce cas, la coïncidence de l'état sain de l'estomac avec une couleur rouge de la langue, et rappelons-nous qu'au moins chez cet individu les vomissements, qui furent provoqués, n'eurent pas pour effet de remplacer les signes d'embarras gastrique par ceux d'une gastrite plus intense. A la suite du vomitif la langue reprit un aspect naturel, et ce ne fut que plus tard qu'elle rougit, à l'époque où apparut la diarrhée.

Faisons enfin remarquer l'existence de quelques tubercules au sommet du poumon, chez un individu qui, examiné attentivement pendant tout le cours de sa maladie, ne nous présenta aucun symptôme qui pût nous porter à soupçonner une pareille lésion; il avait de l'embonpoint, sa respiration paraissait libre, et il ne toussait pas.

XI^e OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de fièvre bilieuse peu grave. Pas d'amélioration à la suite d'un vomitif. Épistaxis suivie d'un amendement notable. Espoir d'une convalescence prochaine; mort subite le quatorzième jour. Quelques ulcérations vers la fin de l'intestin grêle. Tubercules pulmonaires.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis six semaines, ressent, le 8 décembre, sans cause connue, un violent frisson, suivi d'une forte chaleur sans sueur. Les jours suivants il éprouve une chaleur continuelle, de la céphalalgie, un grand abattement physique et moral; il a du dégoût pour les aliments et ne va pas à la selle. Entré à la Charité le 25, il présenta tous les caractères d'une fièvre dite bilieuse (*deux grains d'émétique furent administrés*). Le malade ne vomit pas, et alla plusieurs fois à la selle. Dans la nuit il sua abondamment. Cependant, le lendemain 26, la fièvre persistait; la langue était

rouge. Jusqu'au 31, l'état du malade resta à peu près le même. Il avait du dévoïement; il suait chaque nuit; il ne prit que des tisanes adoucissantes. Dans la nuit du 30 au 31 (quatorzième jour), il eut une épistaxis abondante, et en même temps tous les autres symptômes s'amendèrent. Cette hémorrhagie pouvait être raisonnablement regardée comme un mouvement critique. Dans la journée le malade se trouva assez bien; la fièvre était très-moderée. Vers midi il se leva pour aller à la selle; à peine était-il remonté dans son lit, qu'il cessa tout-à-coup de respirer et de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cadavre, ouvert le lendemain, ne nous présenta aucune lésion qui pût rendre raison d'une mort aussi prompte. Le cerveau et la moelle épinière, attentivement examinés, furent trouvés dans leur état naturel; le cœur avait les proportions qui constituent son état physiologique, un peu de sang noir liquide remplissait ses cavités; l'aorte et les autres gros vaisseaux étaient sains; les poumons, parfaitement crépitants, présentaient à peine un léger engouement à leur partie postérieure; le sommet du poumon droit contenait cinq ou six gros tubercules crus sans hépatisation autour d'eux. Aucun corps étranger n'existait dans le larynx ni la trachée.

La face interne de l'estomac était dans toute son étendue d'un blanc légèrement rosé. Détachée des tissus subjacents, la muqueuse était d'épaisseur et de consistance naturelles.

Dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus du cœcum, la muqueuse de l'intestin grêle présentait sept ou huit petites ulcérations avec légère rougeur autour d'elles; le cœcum était rouge, le reste du gros intestin était blanc.

Cette observation est la troisième dans laquelle nous pouvons constater l'état du tube digestif chez un individu qui n'avait présenté autre chose que des symptômes d'une fièvre continue légère (bilieuse inflammatoire des auteurs), sans complication d'adynamie ou d'ataxie. Voilà donc trois cas où les symptômes de cette fièvre coïncident avec une même espèce de lésion intestinale, lésion qui est seulement, dans ces trois cas, à différents degrés : c'est un simple exanthème chez le sujet de l'observation première, mort le sixième jour; c'est un exanthème avec commencement d'ulcération chez le sujet de l'observation neuvième, mort le treizième jour. Ce ne sont plus que des ulcérations chez le sujet de l'observation actuelle, mort du quatorze au quinzième jour. Mais ce qu'il y a de plus remarquable chez ce dernier, c'est que, malgré la présence des ulcérations, il y avait depuis deux jours une tendance notable vers un état meilleur. Comme chez le sujet de l'observation neuvième, l'estomac était sain. Comme chez lui, un vomitif fut administré; mais cette médication n'eut ici aucun effet avantageux.

Quelle fut maintenant la cause de la mort subite, imprévue, de ce malade? L'anatomie resta impuissante pour répondre à cette question.

Parmi les cas de mort subite, que ne peut expliquer aucune lésion appréciable, le suivant nous paraît être un des plus remarquables.

Un garçon de quatre à cinq ans, entré à l'hôpital des Enfants, ayant la teigne depuis quelques mois, fut atteint d'un catarrhe pulmonaire et de diarrhée. Cette double maladie céda en peu de temps aux moyens adoucissants.

L'enfant toussait encore un peu, il n'avait plus de dévoiement; il se levait et se promenait chaque jour. Le 23 août 1821, il était gai comme à l'ordinaire; il se lève, va à la selle,

puis se place sur une chaise, disant qu'il va dormir. On croit qu'il dort en effet. Sept à huit minutes après il avait cessé de vivre.

On ne trouva aucune lésion appréciable dans le cerveau et ses dépendances; les poumons, d'un blanc grisâtre et parfaitement crépitants, n'étaient pas même engoués à leur partie postérieure: le cœur était intact, ainsi que les gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent; il ne contenait point de concrétion polypeuse. Le larynx et la trachée étaient sains. La surface interne de l'estomac présentait une couleur blanche, légèrement rosée, avec quelques petites plaques rouges d'espace en espace; le reste du canal digestif était généralement blanc, injecté par intervalles; les autres organes étaient sains.

Le cœur, dans les cas de ce genre, cesse-t-il tout-à-coup de battre? la mort n'est-elle alors qu'une syncope prolongée? Les fonctions du cerveau se suspendent-elles primitivement et tout-à-coup? Ainsi meurent instantanément les individus frappés d'une forte comotion électrique, les animaux empoisonnés par l'acide hydrocyanique, etc.

Quoi qu'il en soit, les observations de ce genre doivent nous rendre bien circonspects pour prononcer si telle lésion observée dans un cadavre doit être réellement considérée comme la cause de la maladie et de la mort. D'un autre côté, l'ouverture des corps découvre quelquefois dans les organes les plus importants à la vie des altérations considérables qu'aucun symptôme n'avait annoncées. Combien n'est pas difficile la tâche de celui qui cherche à soulever un coin du voile dont la nature enveloppe ses œuvres, soit qu'elle tende à créer, à conserver ou à détruire! *Homunciones nos! observata colligimus, tequesque condimus ex iisdem, dum interim nos scepe in observatis vel unicum lateat, ex quo vera rerum dependeat notities.* (DE HAEN.)

Portons maintenant notre attention sur la phthisie pulmonaire, dont le malade portait le germe, et qui n'avait encore révélé son existence par aucune espèce de symptôme. Les tubercules que contenait le sommet du poumon gauche auraient pu rester stationnaires pendant de longues années, et ne pas empêcher celui qui les portait d'atteindre la durée moyenne de la vie; mais chez les individus qui sont dans ce cas, la moindre irritation portée sur les poumons a les suites les plus fâcheuses; elle contribue singulièrement à augmenter la diathèse tuberculeuse et à hâter le ramollissement de tubercules qui existent déjà. Tel est le premier degré de la phthisie de Bayle. La nécropsie le découvre chez les individus qui ont eu à peine quelque léger rhume pendant le cours de la vie. C'est surtout d'après ces faits que Bayle a établi que les tubercules pulmonaires n'étaient pas un produit de l'inflammation, dans le sens ordinaire que l'on attache à ce mot. Ceux qui soutiennent la doctrine contraire sont cependant obligés d'admettre une disposition particulière à la tuberculisation dans les individus chez lesquels le développement des tubercules a succédé à une phlegmasie des bronches ou du tissu même du poumon. Mais cette sorte d'idiosyncrasie n'a-t-elle pas beaucoup de rapport avec le germe inné de la phthisie, que Bayle admettait, et qui lui a été si vivement reproché?

XII^e OBSERVATION.

Trouble de l'intelligence sans autre symptôme grave. Langue sèche de temps en temps. Conservation des forces. Mort inopinée. Ulcération dans l'intestin grêle.

Un Allemand, âgé de cinquante-six ans, entra à l'hôpital le 29 novembre. Il ne put nous donner aucun renseignement sur

son état antécédent. Il levait continuellement les yeux vers le ciel, en croisant ses mains sur sa poitrine; il semblait entièrement absorbé par les sentiments d'une piété exaltée. Sa face était pâle et maigre; ses forces paraissaient bien conservées; sa langue était sèche et pâle. Il allait à la selle comme en santé. La peau était chaude, le pouls était fréquent et dur; la respiration paraissait entièrement naturelle; la poitrine, percutée, résonnait bien partout.

L'engourdissement très-marqué des facultés intellectuelles de ce malade, l'espèce d'extase dans laquelle il était plongé, pouvaient être regardés comme le prélude d'une fièvre ataxique. L'indication à remplir semblait être surtout de dégager le cerveau. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge; lavement émollient.*)

Le lendemain 31, l'état du malade n'avait pas subi de changement. Les jours suivants, la fièvre persista; les facultés intellectuelles étaient à peu près anéanties; la langue, pâle, était alternativement humide et sèche; les forces se conservaient. Le 8 décembre, l'état d'extase était plus prononcé que jamais, les réponses lentes et embarrassées. (*Saignée de deux palettes.*) Elle n'eut pas un résultat plus avantageux que la première; l'état du malade avait même empiré le lendemain matin. Sa langue était brune; il avait un délire fugace et beaucoup de fièvre; il toussait un peu. La persistance de la force du pouls parut être liée à un état d'hypertrophie des parois du ventricule gauche. Le stéthoscope, en effet, appliqué à la région précordiale, était un peu repoussé; à la main on ne sentait rien d'insolite dans les battements du cœur. Cependant le malade pouvait encore se placer sur son séant facilement et avec agilité; nous le vîmes manger avec appétit deux petits biscuits. Pendant la journée son état resta le même; à notre grand étonnement, il mourut pendant la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

28 heures après la mort.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une assez grande quantité de sérosité limpide et incolore; le cerveau lui-même était sain.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient, comme on l'avait annoncé, assez fortement hypertrophiées; sa cavité était rétrécie. D'anciennes adhérences celluluses se remarquaient dans les deux plèvres. La base du poumon droit était d'un rouge grisâtre; son tissu, non crépitant, se réduisait en pulpe sous le doigt; partout ailleurs les poumons, d'un gris fauve, crépitaient très-bien; une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore s'en écoulait par l'incision.

L'estomac était dilaté; sa face interne présentait, dans le grand cul-de-sac et le long de la face antérieure, jusque près du pylore, une couleur brune avec mélange de petites taches noires: cette couleur et ces taches existaient dans la muqueuse ramollis; ailleurs elle était blanche et de consistance ordinaire.

La face interne de l'intestin grêle était très-blanche jusque près du cœcum; il était pourtant fortement resserré dans toute son étendue. A cinq travers de doigt au-dessus du cœcum existait une ulcération de la largeur d'un écu de trois livres, dont le fond était formé par la membrane musculaire à nu, et les bords par la muqueuse tuméfiée, molle et noire; cette membrane présentait le même aspect jusqu'au cœcum. Quatre ou cinq ulcérations plus petites que la précédente existaient dans le cœcum, dont la muqueuse était blanche; le reste du gros intestin était sain.

Chez ce malade, nous retrouvons à peu près les mêmes lésions du tube digestif que chez le précédent: cependant quelle différence dans les symptômes! Dans ce cas aussi la mort fut inopinée. En examinant l'état des diverses fonctions, en ayant égard surtout à la conservation des forces, aurait-on pu présumer que, peu d'heures après la visite, le malade succomberait, sans qu'aucun nouvel accident se fût manifesté? Peut-on en chercher la cause dans l'œdème très-considérable dont les poumons étaient le siège? Peut-on supposer que, pendant la nuit du 9 au 10 décembre, les poumons s'engouèrent tout-à-coup de sérosité, de même qu'on voit, dans d'autres parties du corps, des accumulations séreuses s'effectuer quelquefois presque instantanément? Est-ce plutôt dans l'état organique du cœur qu'il faut placer la cause de la mort? En effet, les morts subites ne sont pas rares chez les individus atteints d'anévrysmes du cœur, même peu avancés, et qui ne manifestent encore leur existence par aucun symptôme bien tranché. Il semble que, chez plusieurs de ces malades, le cœur perd momentanément la faculté de se contracter: le sang, dès lors, n'arrive plus au cerveau, la respiration se suspend; et si cette cessation d'action du cœur se prolonge, la syncope se change en une mort réelle. Remarquons d'ailleurs qu'aucune de ces circonstances n'exista chez le malade précédent, dont la mort survint d'une manière encore plus imprévue.

L'état particulier des facultés intellectuelles était-il un phénomène sympathique lié à l'inflammation dont l'estomac et la fin de l'intestin grêle étaient le siège? Toute la maladie existait-elle dans le tube digestif?

La phlegmasie du poumon droit existait déjà depuis quelques jours au moins, ainsi que le prouvait l'état de l'organe; mais pouvait-elle être même soupçonnée? N'occupant exac-

tement que la base du poumon, elle ne pouvait être reconnue ni par la percussion ni par l'auscultation; la respiration était parfaitement libre, les crachats étaient nuls, et la toux très-légère qui existait ne devait-elle pas raisonnablement être rapportée à la seule phlegmasie des bronches?

Le caractère du pouls, chez ce malade, mérite aussi toute notre attention. Combien sont insuffisants les signes tirés de l'état des pulsations artérielles, lorsqu'en même temps l'on n'a pas égard à l'état du cœur!

XIII^e OBSERVATION.

Fièvre continue légère avec signes d'irritation intestinale. Tout-à-coup symptômes nerveux et mort. Ulcérations dans l'intestin grêle. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Un homme de vingt-deux ans, habitant Paris depuis un an, entra à la Charité le 15 novembre 1822, avec les symptômes d'une fièvre continue assez légère : langue blanche, rouge à la pointe, un peu sèche; ventre douloureux; dévoiement modéré; pouls peu fréquent. (*Tisane d'orge.*)

Du 15 au 20, l'état du malade resta stationnaire. Soumis à la diète et au repos, tout annonçait qu'il guérirait.

Le 21, il accusa une douleur à la cuisse gauche; elle était un peu tuméfiée: l'on redouta le développement d'un phlegmon. (*Cataplasme émoullient.*)

Le 22, la tension de la cuisse était plus considérable; la peau avait rougi; la fièvre était plus intense.

Le 23, l'état du malade était devenu infiniment plus grave: la face exprimait le plus haut degré de la stupeur; l'intelligence était complètement perdue; les dents étaient encroû-

tées et sèches; la langue ne put être vue: on compta plus de cent trente-six pulsations. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 24, agonie; respiration très-accélérée, sans râle. Le malade poussait de temps en temps des cris aigus; les yeux, fixes, étaient tournés en haut, le pouls ne se sentait plus. Mort pendant la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses enveloppes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Les poumons n'étaient que médiocrement engoués.

L'estomac, parfaitement blanc dans sa portion pylorique, présentait une teinte rosée dans le grand cul-de-sac; là, la muqueuse consistante était un peu plus épaisse que de coutume.

Rien de remarquable dans les cinq sixièmes supérieurs de l'intestin grêle. Ulcérations petites et peu nombreuses, à bords rouges, à fond blanc, pouvant recevoir au plus une pièce de cinq sous, éparses dans le sixième inférieur; muqueuse rosée dans leurs intervalles. Gros intestin blanc et sain.

Sérosité rougeâtre, peu abondante, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche.

Rien de plus remarquable, sans doute, que la marche de cette maladie. Assez bénigne jusqu'au 22 novembre, elle se présente tout-à-coup avec un ensemble de symptômes très-graves, et la mort survient en moins de quarante-huit heures. C'est surtout le système nerveux qui paraît atteint: à l'ouver-