

nous avons cité l'observation : au-dessous d'une couenne fort épaisse, on ne trouvait plus de trace de caillot, mais seulement une sorte de lie, constituée par la fusion intime des différents éléments du sang. L'existence de la couenne inflammatoire avec un pareil état de dissolution du sang nous paraît dans ce cas fort remarquable. Chez le sujet de l'obs. CXVIII, dont la deuxième saignée fut couenneuse, la première présenta un caillot sans cohésion, dont les fragments nageaient épars dans le sérum, où ils tendaient à se dissoudre. Enfin, chez la femme qui fait le sujet de l'obs. XXII, le sang était très-séreux et très-peu chargé de matière colorante.

Voilà tout ce que nous a offert de particulier le sang tiré de la veine des individus atteints de fièvres continues légères ou graves. Observé pendant la vie, ce sang ne présente donc pas plus d'altération constante que le sang de ces mêmes malades observé après la mort. Les trois seuls cas dans lesquels nous ayons vu le sang réellement altéré n'ont offert, dans les symptômes, rien autre chose que ce qui avait lieu dans les autres cas; mais, de plus, nous avons retrouvé des altérations semblables dans le sang d'individus atteints de toute autre maladie que de fièvres dites essentielles.

Du reste, depuis que les observations que contient ce volume ont été recueillies, nous avons eu bien souvent occasion de soumettre à un examen attentif le sang tiré de la veine d'individus atteints de toutes les variétés de fièvres dites essentielles. Tout ce que nous y avons constaté, c'est la rareté de la couenne et la mollesse assez grande du caillot. Quant à cette couenne elle-même, les causes qui, sur dix cas de fièvres continues, la produisent une fois et la font manquer neuf autres fois, ne nous paraissent pas pouvoir être saisies, si ce n'est lorsqu'il survient une complication de pneumonie, de pleurésie ou de rhumatisme.

M. Louis n'a trouvé non plus rien de particulier dans le sang tiré de la veine des individus atteints de fièvres typhoïdes; comme nous, il n'a trouvé la couenne que dans un assez petit nombre de cas: treize fois sur quarante cas de saignée.

D'après ces faits, qui sont assez nombreux pour qu'on puisse leur accorder quelque valeur, nous n'accepterons qu'avec réserve d'autres faits, recueillis à diverses époques, d'où il résulterait que rien n'est plus commun que de trouver le sang altéré chez les individus que l'on saigne pendant le cours d'une fièvre grave. Nous répéterons ici ce que nous avons déjà établi comme conséquence de ces recherches sur le sang examiné après la mort: c'est que, si, dans ces maladies, il existe une altération du sang, elle n'est point le plus souvent appréciable par nos sens (1).

APPAREIL DE LA CIRCULATION LYMPHATIQUE.

Des diverses parties qui composent cet appareil, une seule nous a paru très-fréquemment lésée: ce sont les ganglions mésentériques. Toutes les fois que nous avons trouvé l'intestin exanthématique ou ulcéré, ces ganglions se sont montrés à nous gravement altérés. Ils étaient beaucoup plus volumineux que de coutume; leur tissu était rouge ou brunâtre, il se dé-

(1) A une époque où l'on parlait beaucoup des altérations qu'éprouve le sang dans les fièvres graves, Milmann, dans ses excellentes *Recherches sur le scorbut et sur les fièvres putrides*, s'exprime ainsi: « La saignée ayant été pratiquée dans beaucoup de fièvres malignes et dans la peste, on a trouvé que le sang variait dans ces maladies autant que dans les autres, étant quelquefois coagulé, et d'autres fois peu disposé à l'être; et je ne crois pas, ajoute-t-il, que personne puisse, de bonne foi, assigner la raison de ces différences.

chirait sous le doigt avec la plus grande facilité, et quelquefois de petits foyers de pus étaient disséminés à l'intérieur d'un ou de plusieurs ganglions.

Les ganglions mésentériques qui nous parurent le plus constamment et le plus gravement affectés, furent ceux qui correspondaient aux portions d'intestin qui étaient le plus malades, c'est-à-dire à la fin de l'intestin grêle ou au cœcum. Il y avait toujours un rapport direct entre l'intensité de la lésion intestinale et celle de la lésion des glandes.

Chez quelques individus, qui succombèrent lorsque déjà l'affection intestinale marchait vers la guérison ou était guérie, il restait encore quelques traces de l'affection des ganglions mésentériques; ils avaient encore un excès de volume, et leur couleur violacée indiquait dans ces corps un reste de travail phlegmasique à son déclin.

D'après ces faits, nous croyons pouvoir établir que, dans les fièvres, l'affection des ganglions mésentériques est consécutive à l'affection intestinale, et qu'elle est un produit de celle-ci (1). Il y a un rapprochement à faire entre l'engorgement que subissent alors les glandes du mésentère, et celui qu'éprouvent les ganglions lymphatiques de l'aisselle ou de l'aîne lorsqu'un virus, une matière irritante quelconque, sont déposés dans le tissu des parties dont les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces glandes. On a dit qu'à l'instar des ganglions de l'aisselle ou de l'aîne, les ganglions du mésentère ne devenaient malades que par suite de l'absorption des matières irritantes, produites à la surface de la membrane muqueuse ulcérée. On a ajouté que le mélange de ces ma-

(1) A cette conséquence sont arrivés MM. Petit et Serres, et tous ceux qui, depuis ces médecins, se sont occupés du même sujet.

tières avec la lymphe et le sang pouvait être considéré comme la cause de plusieurs des symptômes qui caractérisent les fièvres graves. Tout cela est possible; mais remarquez que, pour que les ganglions axillaires ou inguinaux s'engorgent, il n'est pas besoin que l'absorption d'une matière irritante ait eu lieu; il suffit qu'un point quelconque de la peau ou du tissu cellulaire, d'où naissent les lymphatiques qui se rendent à ces ganglions, ait été piqué, irrité d'une manière quelconque. Il peut en être de même pour les ganglions mésentériques. Mais pourquoi l'inflammation de ceux-ci suit-elle constamment l'irritation intestinale? Pourquoi l'inflammation des ganglions de l'aisselle ou de l'aîne suit-elle beaucoup moins souvent l'irritation portée sur le point d'origine des lymphatiques qui se terminent à ces ganglions?

APPAREIL RESPIRATOIRE.

§ 1^{er}. LÉSIONS DE CET APPAREIL OBSERVÉES APRÈS LA MORT.

Les bronches ne nous ont présenté rien de remarquable. Nous n'y avons trouvé autre chose qu'une rougeur plus ou moins vive, semblable à celle qu'on y rencontre dans une foule d'autres cas. Chez plusieurs sujets, elles contenaient une assez grande quantité de mucosités, tantôt incolores, tantôt rougeâtres.

Si les bronches ne nous ont pas offert d'altération digne de remarque, il n'en a pas été de même du parenchyme même du poulmon. Nous n'avons trouvé ce parenchyme à l'état sain que chez le plus petit nombre des sujets. Chez eux, il présentait tout au plus ce léger engouement qu'on rencontre sur presque tous les cadavres. Mais, dans bien des cas, cet engoue-

ment était beaucoup plus considérable; en incisant le poumon, ou en le pressant entre les doigts, on voyait en ruisseler en très-grande quantité un liquide plus ou moins spumeux, quelquefois incolore, mais le plus souvent rougeâtre. Cet engouement était tellement considérable, qu'on ne pouvait pas le regarder comme un simple effet cadavérique; c'était très-probablement un premier degré de phlegmasie pulmonaire.

Chez d'autres, à la place de cet engouement, soit séreux, soit séro-sanguinolent, il existait une hépatisation plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire. Cette hépatisation était rouge dans la plupart des cas, et, dans quelques-uns, elle était grise ou mêlée à un commencement d'infiltration purulente (obs. I, V, XIV, XIX, XXII, XXVIII, XXXI, XXXVII, XXXVIII, XLV, LI). Dans l'observation LII, l'inflammation pulmonaire était la seule lésion qui existât; c'était elle qui avait été le point de départ des accidents typhoïdes.

Une fois nous avons observé une gangrène du poumon (obs. XIX): c'était chez l'un des individus dont le poumon était hépatisé; mais l'hépatisation existait dans le lobe inférieur, et la gangrène au centre du lobe supérieur. Cette gangrène ne nous parut être, d'ailleurs, qu'une complication purement accidentelle de la maladie.

Deux fois de petits foyers de pus étaient disséminés dans le parenchyme pulmonaire; mais c'étaient là des cas tout spéciaux, et ces abcès paraissaient s'être formés consécutivement à la présence du pus dans le torrent circulatoire. Dans l'un de ces cas, il y avait eu une phlébite, et dans l'autre cas, la maladie principale était une variole confluyente (obs. LXI, LVII).

Dans trois cas (obs. X, XXXVI, XL), le poumon contenait des tubercules.

Dans un autre cas, enfin, des masses cancéreuses étaient disséminées dans le poumon, et des vaisseaux lymphatiques, pleins d'une matière semblable à du cancer ramolli, rampaient à la périphérie du poumon, et plongeaient dans son intérieur (obs. LXII).

De ces lésions diverses, aucune n'appartient en propre au genre de maladies qui nous occupent. La suivante, au contraire, bien qu'ayant été observée dans plusieurs autres maladies, nous a semblé se rencontrer plus spécialement dans les fièvres graves. Dans cette lésion, le parenchyme pulmonaire, devenu imperméable à l'air, comme dans le cas d'hépatisation, offre un tissu brun ou d'un rouge livide, qui s'écrase sous le doigt comme une sorte de pulpe. Dans cet état, le poumon ressemble beaucoup à certaines rates remarquables par leur grande mollesse. On pourra se faire une idée de cette lésion du poumon, et voir dans quelles conditions de maladie elle est survenue, en consultant particulièrement les obs. VI, XII, XVII, XXI, XXVII, XXX.

Deux fois seulement (obs. XXXI, XXXVII), nous avons trouvé, dans les plèvres, des concrétions albumineuses membraniformes, traces d'une pleurésie récente.

Chez quelques individus (voyez surtout les obs. XV, XVI, XXIII), la cavité des plèvres était remplie par un liquide, rouge, semblable à du sang qu'on viendrait de tirer d'une veine. Dans un de ces cas, il y en avait au moins une pinte dans chaque plevre; dans un autre cas, le péricarde en contenait également.

M. Louis a aussi plusieurs fois rencontré de pareils épanchements chez individus morts de la maladie qu'il a appelée typhoïde. Dans les cas qu'il rapporte, pas plus que dans les nôtres, les plèvres n'offraient rien autre chose de morbide que l'épanchement lui-même.

Ces épanchements sanguinolents nous paraissent d'autant plus dignes d'être notés, qu'on les a retrouvés souvent sur les cadavres d'animaux chez lesquels on avait produit les symptômes de la fièvre adynamique, en injectant des matières putrides dans leurs veines.

On peut juger, d'ailleurs, d'après ce résumé, combien a été grande la quantité des malades qui ont succombé avec une affection du côté des voies respiratoires. Presque toujours cette affection a coïncidé avec celle d'autres parties, et spécialement du tube digestif. Quelquefois cependant, chez des individus morts avec les symptômes de la fièvre dite adynamique, nous n'avons trouvé d'autre lésion qu'une pneumonie; et, dans ce cas, il nous a semblé que le point de départ de la fièvre devait être placé dans la lésion pulmonaire. Nous avons tellement insisté sur ce point dans les réflexions qui suivent nos observations particulières, que nous n'y reviendrons point ici. Enfin, quelquefois (obs. XXXVII) l'affection pulmonaire s'est déclarée pendant la convalescence, et a causé la mort.

§ I. LÉSIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE OBSERVÉES
PENDANT LA VIE.

Les désordres fonctionnels de cet appareil, dans les fièvres continues, ne répondent pas, par leur gravité apparente, à l'intensité et à la fréquence des désordres que l'anatomie y découvre après la mort. Ici, plus que dans aucune autre maladie, les altérations les plus profondes du parenchyme pulmonaire naissent et se développent d'une manière complètement latente; et souvent la désorganisation du poumon est consommée avant qu'on ait pu même soupçonner qu'il fût lésé. Cela est d'autant plus remarquable, que c'est ici d'une manière aiguë que se développe l'affection pulmonaire. Quoi

qu'il en soit, passons en revue les différents cas qui se sont présentés à notre observation.

Au début de la maladie, on remarque souvent qu'en même temps que se développent les symptômes de l'irritation intestinale, apparaissent aussi d'autres symptômes qui dénotent l'existence d'une hyperémie active de la membrane muqueuse des voies aériennes. Par ses symptômes, le siège de la maladie paraît être dans la membrane muqueuse gastro-pulmonaire; souvent même les signes d'irritation de la membrane muqueuse bronchique sont les moins équivoques. Les malades toussent; ils expectorent une mucosité transparente, dans laquelle on observe parfois quelques stries de sang; ils accusent une sensation pénible à l'intérieur de la poitrine; plusieurs disent éprouver comme une brûlure ou un déchirement dans toute l'étendue du sternum. D'autres se plaignent de douleurs qui se promènent sur divers points des parois thoraciques, ou qui se fixent en un point de ces parois; quelques-uns ont même plus ou moins de peine à respirer, et ils ont manifestement de l'oppression.

Si, avec un pareil ensemble de symptômes, on percute la poitrine, on ne trouve le plus souvent aucune modification dans la sonorité des parois. Si l'on pratique l'auscultation, tantôt on ne découvre rien d'insolite, partout le bruit respiratoire est pur comme dans l'état normal; tantôt il est plus intense, et, comme nous l'avons établi dans un autre volume, il y a alors à craindre qu'un certain nombre de lobules pulmonaires ne soient devenus imperméables à l'air. Tantôt, enfin, on entend des râles divers, qui annoncent, ou la présence d'une certaine quantité de mucosités dans les bronches, ou un léger engorgement de la membrane muqueuse de ses conduits. Ces râles sont ceux qu'on entend dans la plupart des bronchites; ils sont siffleurs ou ronfleurs, d'autres fois muqueux ou sous-

crépitants; ils peuvent ne s'entendre qu'en un petit nombre de points, ou dans toute la poitrine: dans ce dernier cas, ils peuvent coïncider avec une dyspnée plus ou moins considérable, et alors les signes de la bronchite deviennent tellement prédominants, que l'on peut se méprendre sur la véritable valeur de la maladie; on peut croire que celle-ci ne consiste qu'en un simple catarrhe pulmonaire, tandis que l'affection des bronches n'est qu'un des éléments d'une maladie beaucoup plus générale.

Ces symptômes de bronchite n'existent souvent que dans les premiers jours de la maladie; on les voit disparaître, soit spontanément, soit à la suite d'une émission sanguine, et quelquefois d'un vomitif, et la maladie semble alors se concentrer de plus en plus dans le tube digestif. D'autres fois, ces symptômes persistent, sans s'aggraver, pendant tout le cours de la maladie. D'autres fois, enfin, ils s'aggravent; l'irritation de la membrane muqueuse pulmonaire se complique d'une inflammation du parenchyme, et tous les signes d'une pneumonie apparaissent.

Mais ce n'est point ainsi que débute le plus ordinairement la pneumonie qui vient compliquer les fièvres continues. Souvent elle survient seulement à une époque beaucoup plus éloignée de leur début, et chez des individus qui jusqu'alors n'avaient présenté, soit par les signes rationnels, soit par l'auscultation, aucune trace de lésion pulmonaire grave.

Alors deux cas peuvent se présenter: dans l'un de ces cas, la pneumonie s'annonce par ses symptômes caractéristiques; dans l'autre cas, elle reste latente, et l'auscultation ou la percussion peuvent seules en révéler l'existence.

Lorsque le premier cas a lieu, les malades, après avoir ou non éprouvé du frisson, sont pris de toux, de points de côté, de crachats souillés, etc.; ils présentent dans chacun de ces

symptômes, les nombreuses variétés que nous avons signalées dans un autre volume de la *Clinique* (partie des *maladies de poitrine*).

Le second cas peut se présenter à une époque où les malades sont loin d'être encore tombés dans l'adynamie; mais, le plus ordinairement, la pneumonie ne reste complètement latente que lorsqu'elle atteint un individu déjà profondément adynamisé, ou chez lequel existent divers symptômes nerveux plus ou moins graves. C'est surtout en pareil cas qu'au lieu, soit du simple engouement, soit de l'hépatisation rouge ou grise ordinaire, on trouve le ramollissement brun ou livide dont nous avons parlé plus haut.

Combien de fois, en pareil cas, n'avons-nous pas trouvé une grande partie du parenchyme pulmonaire devenue imperméable à l'air chez des sujets qui, pendant leur vie, n'avaient présenté aucune gêne appréciable dans leur respiration, qui n'avaient pas toussé, et dont les crachats avaient été nuls ou simplement muqueux! Il est donc bien important de percuter et d'ausculter souvent les individus atteints de fièvres graves, quelque exempts qu'ils paraissent être de toute maladie de l'appareil respiratoire.

Sans s'être manifestée par aucun de ses symptômes locaux ordinaires, la pneumonie des fièvres graves peut produire des symptômes généraux fort remarquables. Ainsi, en même temps que l'auscultation avertit de son invasion, on observe un accroissement considérable de la prostration; tout-à-coup le pouls devient beaucoup plus fréquent et souvent misérable, bien que d'autres fois il prenne de la dureté; les traits de la face s'altèrent, et souvent les pommettes viennent à présenter une couleur rouge plaquée qui ressort sur la teinte d'un pâle livide du reste de la face.

Les pneumonies qui surviennent pendant la convalescence

sont le plus ordinairement annoncées par des symptômes qui ne permettent pas de les méconnaître ; nous ne nous y arrêtons donc pas. Mais nous appellerons un instant l'attention sur un autre cas que nous ont offert quelques-unes de nos observations. Plusieurs convalescents se plaignent d'une toux qui semble d'abord sans importance ; cependant cette toux persiste : la fièvre, qui avait complètement disparu, reparait sous une autre forme ; chaque soir il y a accélération du pouls et chaleur à la peau, et bientôt, chaque matin, des sueurs terminent cet accès de fièvre. Les forces, qui d'abord avaient paru se rétablir, diminuent de plus en plus, et, au bout d'un temps plus ou moins long, on ne peut plus douter de l'existence d'une phthisie pulmonaire. En remontant aux antécédents, on trouve que, chez les uns, il y avait eu, avant leur dernière maladie, divers accidents qui pouvaient faire craindre chez eux le développement de tubercules. Mais, chez d'autres, rien de semblable n'avait existé, et c'est pour la première fois, pendant le cours de leur convalescence, qu'ils offrent quelques symptômes de tuberculisation du poumon.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous n'avons parlé de l'affection de l'appareil respiratoire que comme d'une complication de la lésion typhoïde ; il y a en outre une forme particulière de fièvre adynamique qui a pour point de départ une inflammation du poumon, ou du moins elle se développe à propos de celle-ci. C'est ce qu'on observe surtout chez les vieillards ; lorsque chez eux vient à sévir une pneumonie, à peine a-t-elle été annoncée par ses symptômes ordinaires, que parfois la langue se sèche et se noircit, l'intelligence se trouble ; on observe, en un mot, tous les phénomènes qui caractérisent la fièvre dite adynamique ; alors les crachats peuvent se supprimer, l'oppression peut être légère, la toux rare. Sans la percussion et l'auscultation, on méconnaît encore l'affection

pulmonaire, ou on la perd de vue, et ce n'est qu'à l'ouverture des cadavres qu'on en apprécie toute la gravité. Nulle part ailleurs on ne trouve de lésion, et il semble alors tout naturel de rapporter à la maladie du poumon les symptômes adynamiques qu'a présentés l'individu.

Tandis que, chez un grand nombre de sujets atteints de fièvres graves, aucun symptôme local ne révèle l'existence des lésions pulmonaires les plus intenses, il est d'autres sujets chez lesquels on observe un trouble très-marqué de la respiration, sans qu'on trouve, après la mort, aucun désordre dans le poumon. Cet organe restant parfaitement sain pour l'anatomiste, la respiration se montre accélérée, courte, difficile, ou singulièrement irrégulière ; ainsi l'on voit des malades chez lesquels, dans un court espace de temps, les mouvements inspiratoires présentent tour-à-tour une extrême fréquence, puis une grande rareté. Ces modifications diverses de la respiration sont manifestement le résultat du trouble de l'innervation. Pourquoi le désordre des centres nerveux n'entraînerait-il pas une contraction désordonnée des muscles inspirateurs ou expirateurs, comme il détermine dans les muscles de la vie de relation les mouvements les plus insolites ? Pourquoi les nerfs pneumo-gastriques eux-mêmes ne se trouveraient-ils pas compromis, et pourquoi l'influence qu'ils exercent sur l'accomplissement normal de l'hématose ne serait-elle pas pervertie ?

APPAREILS DES SÉCRÉTIONS.

§ I. LÉSIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Ce tissu ne s'est montré que rarement altéré. Les lésions en petit nombre que nous y avons rencontrées sont les suivantes :