

jours suivants, la peau du sacrum se couvrit d'une escharre qui fit de rapides progrès, et dont la chute fut suivie d'un large ulcère. Mais, comme si l'irritation de la peau du sacrum eût produit une révulsion utile, la toux cessa complètement; la légère fréquence du pouls, qui persistait, était suffisamment expliquée par l'étendue de l'ulcère. L'aspect tout-à-fait naturel de la langue, l'appétit que le malade disait éprouver, la souplesse parfaite du ventre, la régularité des selles, attestaient l'intégrité des voies digestives. Dans cet état de choses, l'indication à remplir semblait être de soutenir les forces, de manière à ce que l'économie pût supporter l'abondante suppuration dont la peau du *sacrum* était le siège. (*On donna l'infusion aqueuse de quinquina; une tasse de vin chaque jour, et quelques légers potages.*) Sous l'influence de ce traitement l'ulcère prit un bon aspect, et marcha assez rapidement vers la cicatrisation. Le malade quitta l'hôpital très-bien portant du 15 au 20 mai.

Cette maladie ne fut d'abord qu'une simple bronchite; aucun point de côté ne marqua l'invasion de la pneumonie; la dyspnée n'était pas plus considérable que celle qu'on observe dans beaucoup de bronchites intenses. L'auscultation et la percussion n'apprenaient rien; la respiration toutefois s'entendait avec une force inaccoutumée, et cette seule circonstance indiquait une lésion quelconque des voies respiratoires; mais les crachats seuls purent faire découvrir la nature de la maladie. Après qu'ils eurent disparu, la bronchite persista, accompagnée d'un mouvement fébrile qui pouvait faire craindre l'existence d'un noyau de phlegmasie dans un point quelconque du parenchyme pulmonaire. A la suite d'un écart de régime, au milieu de cette sorte de fausse convalescence, des

symptômes de pneumonie reparurent; mais ils cédèrent à une légère émission sanguine, qui, pratiquée malgré la prostration, la fit disparaître, loin de l'augmenter. Nous avons déjà insisté, dans le cours de l'observation, sur l'influence que parut avoir sur la cessation de la toux l'ulcération du sacrum.

XXXV. OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de quarante-six ans, entra à l'hôpital dans le courant du mois d'octobre 1822. Il toussait depuis quinze jours. Il n'avait eu d'abord que les symptômes d'une bronchite légère; puis sa respiration était devenue gênée, et il avait été pris d'une fièvre intense. Lorsque nous le vîmes, il toussait beaucoup et expectorait des crachats visqueux et rouillés. Il y avait peu de dyspnée et beaucoup de fièvre; d'ailleurs la poitrine percutee résonnait bien partout; le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait partout net, mais très-fort. Les fonctions digestives ne présentaient d'autre dérangement que l'état saburral de la langue. (*Saignée de seize onces; deux vésicatoires aux jambes.*) Le lendemain, expectoration moins visqueuse, à peine rouillée; fièvre moindre. Les jours suivants, on n'observa plus que les symptômes d'une simple bronchite, qui ne tarda pas elle-même à se terminer.

Nous avons cité cette courte observation comme fournissant un exemple d'une légère pneumonie qui compliqua momentanément un simple catarrhe pulmonaire, et qui ne fut d'ailleurs annoncée que par les seuls crachats.

XXXVI. OBSERVATION.

Un imprimeur, âgé de vingt-deux ans, entra à la Charité le 14 juin 1820. Depuis trois semaines environ il avait de la diarrhée. Le 11 juin, il toussa beaucoup, et se sentit tellement accablé, qu'il ne sortit pas. Dans la nuit du 11 au 12, il éprouva au-dessous du sein gauche une douleur, peu vive d'ailleurs, qui augmentait par la toux et les grandes inspirations. Le 12 et le 13, cette douleur persista; une toux presque continuelle tourmenta le malade; il garda le lit, et but quelques petits verres d'eau-de-vie fortement poivrée, qu'il vomit. Entré à l'hôpital dans la soirée du 14, il fut saigné sur-le-champ.

État du 15 : respiration courte, accélérée, beaucoup plus diaphragmatique que costale; toux fréquente, sèche, excitée par le plus léger mouvement; persistance du point de côté; poitrine sonore; bruit d'expansion pulmonaire net partout; pouls fréquent et dur; peau chaude et sèche; langue blanchâtre; soif; ventre indolent et souple; cinq à six selles depuis vingt-quatre heures. On regarda cet individu comme atteint d'une pleurésie simple. Trente sangsues furent appliquées sur le côté gauche du thorax.

16 juin (cinquième jour), la douleur pleurétique n'existait plus; mais le malade expectorait des crachats visqueux, transparents et rouillés. La dyspnée était considérable, la fièvre intense. La percussion et l'auscultation ne donnaient aucun nouveau renseignement; cependant l'inflammation du parenchyme n'était pas douteuse. (*Saignée de seize onces; boissons et lavements émollients.*)

Sixième jour, augmentation de la viscosité des crachats, qui ne se détachent plus du vase lorsqu'on le renverse; leur

couleur est d'un jaune très-prononcé. D'ailleurs, même état. (*Saignée de douze onces.*)

Septième jour, réapparition de la douleur pleurétique, mais du côté opposé. Même aspect des crachats; respiration hale-tante; état d'anxiété extrême; pouls très-fréquent; sécheresse constante de la peau. (*Vingt sangsues sur le côté droit.*)

Huitième jour, douleur pleurétique moindre; respiration de plus en plus gênée. Cependant la percussion ne faisait reconnaître de son mat nulle part; l'auscultation faisait entendre dans tous les points le bruit de la respiration naturelle, mais très-fort. (*Saignée de huit onces; deux vésicatoires aux jambes.*) Dans la nuit, le malade délira.

Neuvième jour, les traits de la face, profondément altérés, exprimaient l'anxiété la plus vive; une double douleur pleurétique existait, à droite, au-dessous du téton; à gauche, aux environs du creux de l'aisselle. Les mouvements inspiratoires étaient courts, très-précipités. Le malade ne pouvait ni parler, ni se remuer sans provoquer une toux douloureuse. Les crachats conservaient leur grande viscosité et leur couleur jaune; le pouls, très-fréquent, était encore dur; d'ailleurs aucun nouveau renseignement par l'auscultation et la percussion. Malgré le peu de succès des nombreuses émissions sanguines qui avaient été faites jusqu'alors, M. Lerminier n'hésita pas à y avoir encore recours. Il fit appliquer quinze sangsues sur chaque côté de la poitrine, et le soir des sinapismes aux extrémités inférieures. La nuit il y eut encore du délire.

Dixième jour, même état. Onzième, douzième et treizième jour, la douleur pleurétique diminue des deux côtés, la respiration devient moins gênée, les crachats ne changent pas de caractère, la diarrhée est abondante.

Quatorzième jour, réapparition du double point de côté, là où il s'était déjà manifesté; gêne de la respiration plus

grande que jamais. (*Dix sangsues de chaque côté du thorax; deux vésicatoires aux cuisses.*)

Quinzième jour, délire; dyspnée extrême; suppression des crachats; râle muqueux en divers points. Mort le lendemain matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A droite et à gauche, les plèvres costale et pulmonaire étaient couvertes de concrétions albumineuses et membraniformes. En outre, un demi-verre environ de sérosité trouble était épanché dans la plèvre droite. Le tissu des deux poumons était généralement crépitant et sain; mais, dans un assez grand nombre de points, spécialement vers leur racine et dans leur centre, les deux poumons présentaient de petites masses rouges et compactes, qui constituaient autant d'hépatisations partielles. En d'autres points également circonscrits, l'hépatisation n'était pas encore complète, mais le tissu pulmonaire, fortement engoué, se laissait déchirer avec une remarquable facilité, les bronches étaient d'un rouge intense, jusque dans leurs plus petites ramifications. La membrane muqueuse de la fin de l'intestin grêle et du cœcum offrait plusieurs ulcérations, avec rougeur de la membrane autour d'elles; les glandes mésentériques correspondant à cette portion d'intestins étaient rouges et tuméfiées.

L'ouverture du cadavre a ici montré l'espèce d'altération que peut subir le tissu pulmonaire, dans les cas de pneumonies où le siège de cette altération n'est annoncé ni par l'auscultation ni par la percussion. Les nombreuses inflammations partielles qui existaient ne semblaient pas d'ailleurs devoir être

suffisantes pour causer la mort. Ce n'est point à elles, mais bien à la double pleurésie, qu'il faut attribuer la terminaison fatale de la maladie. Les symptômes ne devinrent véritablement graves, la dyspnée en particulier ne fut considérable, et l'existence du malade ne fut réellement compromise, qu'à l'époque de l'apparition de cette double pleurésie, et plus tard, surtout lorsqu'elle s'exaspéra de nouveau. On remarquera combien fut énergique le traitement antiphlogistique employé dans ce cas, et combien peu il fut efficace.

XXXVII. OBSERVATION.

Un homme de trente-sept ans fit à pied la route de Guéret à Paris (quatre-vingt-douze lieues) en six jours; il toussait déjà un peu lorsqu'il quitta Guéret; le vent soufflait avec beaucoup de violence. Le 16 mars 1820, veille de son arrivée, il éprouva un malaise général et un grand frisson, qui dura une partie de la journée et toute la nuit du 16 au 17. Le 17 il s'alita; le 18, il ressentit au côté droit de la poitrine, au-dessous du sein, une vive douleur, qui ne céda qu'en partie à l'application d'un linge chaud. Fièvre le 18 et le 19; il continue à tousser sans cracher. Le 20, il entre à la Charité, et présente l'état suivant:

Face calme, offrant une légère teinte jaunâtre au pourtour du nez et des orbites; facultés sensibles et intellectuelles intactes, forces musculaires assez bien conservées, décubitus sur le dos, respiration à peine accélérée. Les grandes inspirations augmentent la douleur, qui existe encore au-dessous de sein droit. Sonorité parfaite et respiration très-nette des deux côtés, toux fréquente, crachats jaunes, visqueux, réunis en une masse gélatiniforme, peu abondants; pouls fréquent et petit; langue humide et nette, soif, anorexie, ventre souple et indo-

lent, constipation. (*Douze sangsues au côté droit; boissons et lavements émollients.*)

Le 22 (septième jour, à compter de l'apparition du frisson), la teinte jaune de la face, plus prononcée, s'est étendue à la peau de tout le corps; le pouls est très-fréquent, la respiration très-peu gênée, la toux fréquente, l'expectoration a changé d'aspect, elle est aqueuse et brunâtre, semblable à du jus de pruneaux. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*)

Huitième jour, traits de la face altérés et grippés, faiblesse extrême, inspirations courtes et fréquentes. Le bruit de la respiration s'entend partout avec force; percutée, la poitrine est également sonore partout; l'expectoration est nulle. Pouls fréquent, peau chaude, langue humide et blanche, nausées continuelles, constipation.

Quelques heures après la visite, le malade vomit des matières noires; il s'affaiblit rapidement, ses traits se décomposent. A quatre heures du soir, il est couché sur le côté droit, la face très-pâle, les yeux fermés, la bouche entr'ouverte. Râle des mourants, pouls filiforme, peau brûlante. Mort à cinq heures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les deux poumons sont crépitants à leur surface, et engoués d'une sérosité incolore et écumeuse. En approchant de la racine du poumon droit, on trouve son tissu réduit à une pulpe d'un jaune grisâtre, s'écrasant sous le doigt, et infiltré d'une sanie purulente. En remontant vers le sommet du poumon, le long de sa face interne, on rencontre quelques points en hépatisation rouge. La muqueuse gastrique présente, dans toute sa portion splénique, de nombreuses piquetures d'un rouge très-vif. Les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle sont d'un

rouge livide intense, et contiennent une vingtaine d'ascarides lombricoïdes ramassés en paquets dans les endroits les plus enflammés, où ils sont entourés d'un mucus rougâtre.

Ici, comme dans le cas précédent, le siège de la phlegmasie pulmonaire explique suffisamment pourquoi elle ne fut annoncée ni par la percussion, ni par l'auscultation. Les crachats seuls indiquèrent non-seulement l'existence d'une pneumonie, mais encore le degré de l'inflammation, l'existence de l'hépatisation grise. Le malade ne succomba pas d'ailleurs, comme le précédent, à la gêne toujours croissante de la respiration: chez lui, en effet, la dyspnée ne fut jamais très-intense, ce qui était d'accord avec le peu d'étendue de l'inflammation. Il succomba dans une sorte d'état adynamique, ainsi qu'on l'observe souvent chez les individus dont la pneumonie s'est terminée par suppuration. Sa mort dut aussi être hâtée par la phlegmasie assez intense dont le canal intestinal était le siège. Remarquons en passant combien furent peu marqués les symptômes de cette dernière phlegmasie.

Nous venons de citer des cas de pneumonie dont l'expectoration fut le seul signe caractéristique. Bien qu'isolé, ce signe a une telle valeur qu'il suffit pour faire reconnaître la nature de la maladie. Citons maintenant des cas de pneumonie sans expectoration, ou avec expectoration anormale.

ARTICLE II.

ABSENCE DES SIGNES FOURNIS PAR L'EXPECTORATION.

La pneumonie parcourt quelquefois ses diverses périodes, et se termine, soit par le retour à la santé, soit par la mort, sans