

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un litre de sérosité rougeâtre est épanché dans la plèvre gauche. Cet épanchement ne s'élève pas au-dessus du niveau du lobe inférieur. Des fausses membranes s'étendant, à cette hauteur, des côtes aux poumons, forment une cloison qui sépare en deux parties la cavité de la plèvre. Le lobe inférieur du poumon, vide d'air, et recouvert de fausses membranes molles, est refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Le lobe supérieur de ce même poumon est rouge, compacte, entièrement imperméable à l'air (hépatisation rouge). Le poumon droit, très-adhérent aux côtes par des brides cellululeuses d'ancienne formation, contient dans son sommet quelques petits tubercules ramollis. La muqueuse gastrique est rouge et molle dans plusieurs points de son étendue.

Nous avons pu suivre ici avec une assez grande précision l'accroissement successif et de l'épanchement pleurétique et de la pneumonie. Nous trouvons comme signes communs de ces deux affections le son mat et la respiration bronchique. Nous trouvons comme signes propres à la pneumonie le râle crépitant remplacé plus tard par la respiration bronchique, et surtout les crachats. Tant qu'il n'y eut qu'un simple épanchement, la dyspnée fut légère; la gêne de la respiration ne devint considérable, et la maladie ne prit un caractère réel de gravité, que lorsque le poumon commença lui-même à s'enflammer. Notons comme une circonstance accessoire, l'existence de quelques tubercules pulmonaires ramollis chez un individu âgé de plus de soixante ans.

I^{re} OBSERVATION.

Pneumonie avec hydrothorax du côté opposé, et anévrysme du cœur.

Un terrassier, âgé de soixante ans, travaillant habituellement dans les carrières, fut atteint en 1816 d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Les deux années suivantes, il jouit d'une bonne santé. En 1819, sa respiration commença à être un peu gênée; en 1820, ses jambes s'œdématisèrent; le repos fit disparaître facilement cette infiltration partielle. De 1820 à 1822, catarrhes pulmonaires très-fréquents, augmentation de la dyspnée. Le malade entra à la Charité le 16 septembre 1822; alors la respiration était courte, précipitée, la parole un peu haletante. Il toussait peu et ne crachait pas. La poitrine percutée rendait un son mat à gauche en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate, à peu près jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, il y avait œgophonie évidente et respiration bronchique; ailleurs le son était clair, et le bruit d'expansion pulmonaire fort et net. Le cœur s'entendait sans impulsion et avec bruit à la région précordiale, au bas du sternum, sous la clavicule gauche; le pouls, d'une petitesse remarquable, et intermittent, était sans fréquence, la peau sans chaleur. On porta pour diagnostic: dilatation des deux ventricules; hydrothorax symptomatique. On prescrivit *une saignée de douze onces*. Le sang n'offrit pas de couenne. Les jours suivants, respiration plus libre; pas d'autre changement notable jusqu'au 27. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*) Dans la nuit du 26 au 27, le malade délira. Dans la matinée du 27 il y avait une loquacité inaccoutumée. L'oppression était redevenue considérable; le pouls, toujours très-petit et intermittent, avait acquis de la fréquence. (*Sinapismes aux jambes.*)

Le 28, l'intelligence avait repris toute sa netteté, mais le pouls conservait sa fréquence; les crachats étaient pour la première fois visqueux et rouillés. Du râle crépitant s'entendait à droite en arrière en quelques points. A gauche, même état. (*Saignée de huit onces.*) Le sang est couenneux.

29 et 30, mêmes symptômes du côté de la poitrine. Fréquentes alternatives de délire gai et de raison parfaite. (*Deux vésicatoires aux jambes; poudre de Dower; bourrache.*)

1^{er} et 2 octobre, persistance de la viscosité et de la teinte rouillée des crachats, respiration courte, accélérée. Même râle crépitant sans matité du son à droite; à gauche augmentation du son mat, œgophonie moins sensible; cependant le délire était devenu permanent; le malade s'affaiblissait, les traits de la face s'altéraient; le pouls, très-petit, était à peine fréquent, et la peau sans chaleur; langue pâle et sèche; selles ordinaires (*décoction de polygala; sinapismes aux extrémités inférieures*). Mort le 3 à une heure du matin, dans un état de demi-asphyxie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un litre et demi de sérosité parfaitement liquide, sans fausse membrane, sans aucune trace d'inflammation de la séreuse, était épanché dans la plèvre gauche. Le poumon de ce côté était refoulé par le liquide, mais très-sain. Des brides celluleuses anciennes unissaient les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Le poumon droit présentait, tant à sa périphérie qu'à son centre, plusieurs endroits d'un rouge beaucoup plus intense; dans ces endroits, le parenchyme, gorgé de sang, se déchirait avec la plus grande facilité et crépitait à peine. Ces pneumonies partielles, isolées les unes des autres, avaient envahi à peu près le quart du poumon.

Les cavités des deux ventricules du cœur étaient dilatées, et leurs parois légèrement hypertrophiées. Une petite ossification de deux ou trois lignes de long, sur une demi-ligne de large, occupait un des points du bord adhérent de la valvule nitrale. Une autre ossification de même étendue à peu près s'était développée à la base de l'une des valvules aortiques. L'aorte était saine, et son calibre ordinaire; de gros caillots de sang noir, semblables à de la gelée de groseilles, remplissaient les cavités du cœur.

L'estomac et le reste du canal intestinal n'offraient qu'une injection sous-muqueuse peu considérable.

Une assez grande quantité de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux. Un liquide légèrement trouble distendait médiocrement les ventricules latéraux. Rien de remarquable dans les autres parties de l'encéphale.

Lorsque ce malade fut soumis pour la première fois à notre examen, il fut facile de reconnaître chez lui l'existence d'une affection organique du cœur et d'un épanchement dans la plèvre gauche. A la suite d'une large émission sanguine la dyspnée diminua notablement; puis, après quelques jours d'un état stationnaire, le pouls jusqu'alors sans fréquence, s'accéléra tout-à-coup, la dyspnée augmenta de nouveau. La nature des crachats annonça avec certitude l'existence d'une pneumonie; le râle crépitant en indiqua le siège du côté opposé à celui de l'épanchement. Ici, d'ailleurs, l'inflammation était en quelque sorte disséminée sur plusieurs points, et consistait véritablement en une foule de pneumonies partielles séparées les unes des autres par un tissu très-sain. En même temps que se manifesta la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, l'hydrotho-

rax parut augmenter ; c'est du moins ce que devait faire présumer la diminution de l'égophonie. En même temps aussi apparut du délire, dont on trouva la cause dans une inflammation de l'arachnoïde. Tant de graves complications étaient bien suffisantes pour entraîner le malade au tombeau. La pneumonie, bien que légère, fut ici, d'ailleurs, une des causes principales de la mort. En effet, une dyspnée considérable devait résulter d'une très-médiocre inflammation pulmonaire chez un individu atteint d'un anévrysme du cœur et d'un hydrothorax.

Nous n'oublierons pas de remarquer que le sang de la première saignée, tiré à une époque où il n'existait point d'inflammation, ne présenta aucune couenne, tandis qu'on en trouva une à la surface du sang qui fut tiré plus tard, lorsque le poumon était frappé de phlegmasie. Nous avons déjà vu des cas semblable.

LII. OBSERVATION.

Pneumonie avec anévrysme du cœur.

Un marinier, âgé de quarante-huit ans, d'une très-forte constitution, présentait tous les symptômes d'une maladie organique du cœur : dyspnée augmentant par le moindre mouvement, face livide, lèvres violacées, ascite, œdème considérable des membres inférieurs et des parois thoraciques ; battements du cœur, se sentant et s'entendant dans une grande étendue ; reflux du sang dans les veines jugulaires ; pouls dur, régulier, habituellement fréquent ; toux pénible, crachats épais et verdâtres. Le treizième jour de l'entrée du malade, la respiration est plus accélérée, le pouls plus fréquent que les jours précédents ; les palpitations du cœur sont plus fortes, la face

est plus injectée. La percussion pratiquée ne put donner aucun renseignement exact, à cause de l'infiltration considérable des téguments de la poitrine. On n'eut point recours à l'auscultation, qui commençait à peine à être connue. (C'était pendant le mois de septembre de 1819.)

Cet état fut regardé comme dépendant d'une exaspération momentanée de la maladie du cœur ; mais, le lendemain, l'expectoration, supprimée la veille, reparut avec de nouveaux caractères. Le malade avait rendu pendant la nuit une assez grande quantité de crachats, réunis en une masse gélatiniforme, transparente, d'un jaune safrané, se détachant facilement du vase. D'après la nature de ces crachats, M. Lermnier ne balança pas à annoncer l'existence d'une pneumonie.

Les deux jours suivants, 15 et 16 septembre, même état, même expectoration. Deux saignées furent pratiquées. Jusqu'au 21, les crachats continuèrent à être visqueux et rouillés ; les mêmes symptômes persistent. — Le 22, leur viscosité n'est plus aussi grande, ils ne sont plus que légèrement teints de sang. — Le 23 et le 24, ils repassent à l'état catarrhal ; en même temps la dyspnée diminue, les inspirations sont plus profondes et moins rapprochées ; le malade n'est plus tourmenté par des palpitations aussi fortes ; son état s'améliore rapidement les jours suivants, et le 28 il est revenu à la situation dans laquelle il se trouvait deux jours avant l'apparition des crachats pneumoniques.

Nous trouvons ici dans l'infiltration des parois thoraciques, qui rend la percussion impraticable, une nouvelle cause d'obscurité pour le diagnostic de la pneumonie. Dans des cas semblables, consulterons-nous, pour reconnaître l'inflammation

pulmonaire, l'accélération inaccoutumée de la respiration, l'augmentation de la dyspnée, la fréquence plus grande du pouls, le malaise général plus considérable que ressent le malade ? Mais ces symptômes peuvent être naturellement attribués à la récrudescence de la maladie du cœur : c'est ce que l'on observe tous les jours. L'apparition de la toux ne peut pas fournir plus de lumières, car le catarrhe pulmonaire est une complication ordinaire de l'anévrysme du cœur. Les signes fournis par les crachats et par l'auscultation sont alors les seuls qui puissent apprendre que le parenchyme pulmonaire est enflammé. Mais l'auscultation seule nous semble loin d'être suffisante, dans tous les cas, pour révéler l'existence d'une pneumonie, pour la distinguer avec certitude, soit d'une simple bronchite, soit d'un épanchement pleurétique. L'expectoration devient donc alors le seul signe pathognomonique : l'observation suivante en est la preuve.

LIII. OBSERVATION.

Pneumonie avec œdème pulmonaire et épanchement pleurétique double.

Fièvre intermittente au début.

Un homme, âgé de cinquante-huit ans, fortement constitué, fut pris, le 8 août 1822, à huit heures du matin, d'un violent frisson, qui, au bout d'une heure, fut suivi de chaleur, puis d'une sueur abondante. Le 9, apyrexie. Le 10, second accès semblable au premier. Le 11, apyrexie. — Le 12, le malade entra à la Charité. Nous le vîmes au commencement de son troisième accès; il sentait dans le tronc et dans les membres un froid glacial. Cependant la peau était brûlante, le pouls dur et très-fréquent. A neuf heures, la sensation du froid fut remplacée par une sensation de vive chaleur, et bientôt la sueur

s'établit. Douze grains de sulfate de quinine furent prescrits en trois doses, à midi, à quatre heures et à huit heures du soir. — Dans la matinée du 14, le malade ne sentit pas de frisson, mais seulement un peu de chaleur, avec légère fréquence du pouls. — 15, apyrexie. Le 16, jour de la fièvre, à dix heures du matin, le malade sentit un léger frisson, puis il fut pris d'une vive douleur dans toute l'étendue de la partie latérale droite du thorax, depuis les dernières côtes jusqu'à l'aisselle. Cette douleur, que le moindre mouvement augmentait, ne cessa qu'à dix heures du soir. La nuit, une sueur abondante eut lieu.

Dans la matinée, forte dyspnée, parole brève, haletante; décubitus sur le dos. La douleur de la veille n'avait pas reparu, mais le malade avait expectoré trois ou quatre crachats transparents, visqueux, d'une teinte jaune-verdâtre. Un râle crépitant, très-prononcé, s'entendait à droite, en avant et latéralement. En arrière, des deux côtés, la respiration était très-forte, assez nette, mêlée en quelques points seulement, et par intervalles, de râle crépitant : il en était de même à gauche en avant. Pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, langue blanchâtre, diarrhée. (*Saignée de huit onces; boissons émollientes.*) — Le sang présenta un large caillot sans couenne.

18, un râle crépitant, très-fort, s'entendait dans toutes les parties de la poitrine; la percussion faisait entendre partout un son clair, excepté en bas des deux côtés, à partir de la sixième ou septième côte. Les caractères pneumoniques de l'expectoration persistaient. On compta cent-dix battements du pouls et quarante-trois respirations en une minute : la langue était sèche et pâle. (*Nouvelle saignée de huit onces; sinapismes aux jambes.*) — Couenne verdâtre, épaisse, à la surface du caillot.

19, même état : le soir, le malade avait encore assez de force pour se placer facilement sur son séant; mais le moindre mouvement redoutait la suffocation imminente. — Le lendemain, à six heures du matin, nous le vîmes rendre le dernier soupir : il conserva jusqu'au dernier moment l'usage libre de ses facultés intellectuelles.

OUVERTURE DU CADAVRE.

En incisant le tissu des deux poumons, on vit en ruisseler de toutes parts une énorme quantité de sérosité spumeuse, incolore. Partout le parenchyme pulmonaire était d'un blanc grisâtre et parfaitement crépitant, si ce n'est près de la racine du poumon droit. Dans cette dernière partie, l'on observait, par plaques isolées, un tissu d'un rouge livide, non crépitant, très-facilement déchirable. Ces diverses portions enflammées, réunies, auraient à peine égalé le volume d'une orange. — A gauche, depuis le niveau de la septième ou huitième côte jusqu'au diaphragme, le poumon était séparé des parois thoraciques par un liquide d'un rouge foncé, dont la quantité égalait à peine un demi-litre. En haut, des fausses membranes, de formation récente, bornaient cet épanchement et unissaient le poumon aux côtes. — A droite, existait un autre épanchement, semblable au précédent sous le rapport de sa circonscription et de la quantité du liquide, mais qui en différait sous le rapport des qualités de celui-ci. C'était une sérosité trouble, comme bourbeuse, au milieu de laquelle nageaient un assez grand nombre de flocons albumineux. — Un sang noir, coagulé, remplissait les quatre cavités du cœur, et distendait surtout l'oreillette droite.

L'estomac, resserré dans sa portion pylorique, présentait une assez vive rougeur de la muqueuse le long de la petite

courbure. Blancheur de la muqueuse intestinale avec injection veineuse au-dessous d'elle, jusqu'au colon descendant. A la surface interne de ce dernier, de l'os iliaque et du rectum, apparaissait une couleur noire, disposée par plaques ou par lignes sinueuses, dans l'intervalle desquelles l'intestin était pâle. Cette couleur résidait dans la muqueuse. — La rate était remarquable par son volume et son extrême mollesse.

Les ventricules latéraux du cerveau étaient distendus par de la sérosité limpide, en quantité assez grande pour que la paroi antérieure fût soulevée et fit sentir une fluctuation manifeste.

Lorsque ce malade entra à la Charité, il était atteint d'une fièvre intermittente, exempte de toute complication grave. Le quatrième accès fut prévenu par l'administration du sulfate de quinine. Vers l'époque à laquelle aurait dû revenir le cinquième, le frisson et la douleur de côté signalèrent l'invasion de la pleurésie droite; bientôt la respiration devint gênée; du râle crépitant se fit entendre d'abord dans quelques points, puis dans la presque totalité du thorax; enfin des crachats de pneumonie apparurent. L'existence générale du râle crépitant semblait annoncer un engouement inflammatoire général des deux poumons : il n'en était rien cependant, et l'ouverture du cadavre démontra que ce râle dépendait d'un œdème pulmonaire. Quant à la pneumonie, elle existait aussi, mais tellement circonscrite, que, sans un examen attentif, elle aurait pu être facilement méconnue, et l'on eût regardé comme infidèles les signes fournis par l'expectoration. D'ailleurs, cette pneumonie, bornée à la racine de l'un des poumons, et n'occupant qu'un très-petit espace, ne dut avoir qu'une bien faible part dans l'augmentation toujours croissante de la dyspnée. Seule, elle n'aurait vraisemblablement

donné lieu qu'aux symptômes d'une bronchite sur-aiguë ; mais les accidents graves et la mort sont suffisamment expliqués, et par le double épanchement pleurétique, et par l'œdème pulmonaire, qui, dans ce cas, exista bien évidemment plusieurs jours avant l'agonie.

Sous le rapport de l'apparition de la douleur pleurétique à l'époque où devait revenir l'accès de fièvre, cette observation présente de l'analogie avec celles qui ont été citées par M. Broussais, dans son traité *des Phlegmasies chroniques*, et où l'on voit également des pleurésies et des pneumonies débiter pendant le frisson d'une fièvre intermittente.

L'intelligence, avons-nous dit, fut conservée intacte jusqu'à la mort ; cependant on a dû remarquer quelle quantité considérable de sérosité remplissait les ventricules cérébraux. Dans beaucoup de cas d'hydrocéphales aiguës, l'épanchement est certainement loin d'être aussi abondant.

LIV. OBSERVATION.

Pneumonie avec péricardite. Tumeurs fibro-cartilagineuses autour du cœur.

Un imprimeur en taille-douce, âgé de vingt-quatre ans, avait eu, à La Rochelle, dix mois avant son entrée à l'hôpital, une fièvre quarte, qui dura pendant six mois. Arrivé à Paris depuis quatre mois, il n'y jouit jamais d'une bonne santé. Il avait de temps en temps des accès de fièvre qui n'offraient rien de régulier dans leur type ; enfin, depuis trois mois, il était sujet à de fréquentes diarrhées. Dans la matinée du 9 août 1822, il ressentit, au-dessous du sein droit, une vive douleur, qui augmenta par la toux, le mouvement et les grandes inspirations. Le 10, cette douleur persista.

Le 11, troisième jour, nous vîmes le malade pour la pre-

mière fois. La douleur n'avait pas diminué, la respiration était gênée, le malade toussait souvent, et avait commencé à expectorer depuis quelques heures des crachats visqueux et rouillés. En avant, des deux côtés, la respiration s'entendait forte et nette ; à droite, latéralement et en arrière, un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, il y avait du râle crépissant ; partout ailleurs la respiration était faible, mais nette ; nulle part le son n'était mat. Le pouls était plein, très-fréquent, la peau chaude, la langue blanche, la bouche mauvaise ; deux ou trois selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le malade avait beaucoup sué dans les soirées du 9 et du 10 ; il était très-faible, et ne se plaçait sur son séant qu'avec beaucoup de peine. La rate se sentait au-dessous du rebord des côtes, et descendait jusque près de l'ombilic ; le foie se sentait aussi dans l'hypochondre droit, dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-dessous des côtes. L'existence d'une pleuro-pneumonie était évidente ; l'absence du son mat, les signes fournis par l'auscultation, la nature des crachats, qui pouvaient se détacher du vase, annonçaient que le poumon n'était encore qu'engoué. (*Saignées de douze onces ; tisanes émollientes.*)

Aucun amendement n'eut lieu après la saignée. Dans la journée, le point de côté augmenta. Le soir et toute la nuit, sueur abondante.

Dans la matinée du quatrième jour, la douleur était très-vive ; le malade n'avait encore expectoré que trois ou quatre crachats transparents, rouillés et très-visqueux. Il toussait peu ; l'oppression était considérable. L'auscultation faisait entendre, à droite, dans les mêmes points que la veille, un râle crépissant plus faible, sans bruit d'expansion pulmonaire ; latéralement, de ce même côté, le son était un peu mat : à gauche, latéralement et inférieurement, on entendait aussi en dif-