

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-

férents points du râle crépitant. Le décubitus avait lieu sur le dos. Le pouls, très-fréquent, était plus dur, et la peau brûlante. Ainsi l'inflammation, loin de céder, s'était accrue du côté droit, et, de plus, elle s'était propagée au poumon gauche. Cette double phlegmasie rendait le pronostic des plus graves. (*Saignée de seize onces*). Grande oppression toute la journée. Le soir et la nuit, sueur moins copieuse que les autres jours.

Cinquième jour, la douleur était plus vive que jamais. Le malade n'osait ni tousser, ni respirer, ni se livrer au moindre mouvement, de peur de l'exaspérer; cette douleur rendait la percussion impraticable. Le râle crépitant existait dans les mêmes points que la veille, et de plus on l'entendait pour la première fois à droite en avant depuis la clavicule jusqu'au sein; l'expectoration n'était plus que celle du simple catarrhe. Le caillot du sang tiré le veille, petit, entouré de beaucoup de sérosité, était recouvert d'une couenne très-mince; le sang de la première saignée n'en avait pas présenté. (*Trente sangsues sur le côté droit; boissons et lavements émollients.*)

Le point de côté diminua pendant l'application des sangsues; le lendemain matin, sixième jour, il ne se faisait plus sentir que pendant la toux; d'ailleurs même état (*vésicatoire sur le côté droit*). Peu de temps après que nous eûmes quitté le malade une sueur très-abondante s'établit, elle persista le jour et toute la nuit.

Dans la matinée du septième jour, la peau était encore moite; la respiration était sensiblement plus calme, la parole plus libre, le râle crépitant était mêlé des deux côtés au bruit naturel de la respiration; les crachats, épaissis, ressemblaient à ceux de la bronchite chronique; la fréquence du pouls n'avait pas diminué.

Cependant, en même temps que les symptômes de la pneu-

monie s'amendaient, de nouveaux accidents menaçaient de se déclarer; les idées du malade s'étaient troublées depuis la veille; l'expression des yeux annonçait le délire. Était-ce le début d'une arachnitis? Trente sangsues furent appliquées sur le trajet des jugulaires. L'intelligence reprit bientôt son intégrité.

Du huitième au douzième jour, l'état du malade s'améliora de plus en plus. Le râle crépitant fut peu à peu remplacé par le bruit naturel de la respiration; mais il ne cessa pas entièrement. Le son mat disparut; en même temps les forces se rétablissaient avec une incroyable rapidité; des sueurs abondantes avaient lieu chaque soir; la toux était rare, accompagnée de crachats très-épais; le pouls conservait une médiocre fréquence; les fonctions digestives étaient constamment restées dans le même état que le jour de l'entrée.

Le douzième jour, l'abdomen et le thorax se couvrirent d'une foule de petites vésicules miliaires, transparentes, coniques, surmontant une très-petite plaque rouge. Treizième et quatorzième jour, cette éruption persista. Le quinzième, on trouva à sa place une désquamation de l'épiderme. On entendait encore un peu de râle crépitant dans divers points de la poitrine des deux côtés. Depuis quatre ou cinq jours le malade prenait quelques bouillons et des crèmes de riz.

Dans la soirée du quinzième jour, il fut pris tout-à-coup d'une douleur déchirante à la partie inférieure du sternum; il lui semblait que sa poitrine était comme fortement serrée par un étai. Il passa la nuit dans un état d'anxiété extrême.

Dans la matinée du seizième jour, cette douleur, cette sensation de serrement, persistaient. L'oppression avait reparu plus forte que jamais; la respiration était courte, inégale, la parole haletante. Le pouls avait repris une extrême fréquence; on le déprimait facilement. Les traits de la face avaient subi

une altération sensible; cependant la toux n'avait point augmenté, l'expectoration était restée celle du catarrhe; le bruit de la respiration s'entendait aussi bien que les jours précédents, il était même plus intense. Les battements du cœur ne présentaient rien d'insolite. On soupçonna l'invasion d'une péricardite (*saignées de douze onces*). Le sang offrit une couenne épaisse.

Le lendemain, dix-septième jour de la pneumonie, et troisième de la péricardite, le sentiment de constriction de la poitrine n'existait plus; la douleur avait abandonné le sternum et s'était portée à la région précordiale; elle augmentait par le décubitus à gauche. La respiration était plus libre, l'anxiété générale moins vive; le pouls avait perdu sa grande fréquence.

Les jours suivants, la péricardite prit de plus en plus une marche chronique; la douleur était très-obtuse; le malade ne sentait de l'oppression que lorsqu'il se livrait à quelque grand mouvement; la fréquence du pouls était médiocre: des sueurs avaient lieu chaque nuit. Bientôt le son devint très-mat à la partie antérieure gauche du thorax, depuis le bas du sternum jusqu'un peu au-dessus de la mamelle; les forces, qui s'étaient si promptement rétabies, se perdaient de nouveau; la face était bouffie et très-pâle; le bruit respiratoire continuait à être obscurci par un peu de râle crépitant en différents points. Dans cet état, le malade voulut quitter l'hôpital; il y rentra au bout de trois jours (16 septembre), et expira deux ou trois heures après. Jusqu'à l'époque de sa mort il conserva toujours une légère diarrhée et du dégoût pour les aliments. Sa langue fut constamment blanchâtre, il ne vomit jamais.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les poumons, gorgés de sang, étaient partout perméables à l'air. Dans plusieurs points, spécialement à la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit, et vers la partie moyenne du gauche, leur tissu se déchirait avec une extrême facilité.

Une demi-pinte environ de sérosité trouble, puis d'un pus blanc et épais, s'échappa de la cavité du péricarde: prodigieusement distendu, ce sac membraneux avait refoulé les poumons, et le cœur n'occupait plus qu'une très-petite partie de sa cavité. La surface libre de la membrane séreuse du péricarde était uniformément recouverte par une fausse membrane blanche, de deux à trois lignes d'épaisseur, présentant un grand nombre de petites aspérités assez semblables à celle de la panse des ruminants: au-dessous de cette fausse membrane la séreuse avait conservé son aspect naturel. Dans trois points de son étendue la portion de séreuse qui recouvre le cœur en était séparée par une tumeur du volume d'une noix, offrant tous les caractères du tissu fibro-cartilagineux; chacune de ces tumeurs avait poussé au-devant d'elle la membrane séreuse, et faisait saillie à l'intérieur de la cavité du péricarde. Le cœur ne contenait qu'une petite quantité de sang noir à moitié coagulé; sa surface interne était d'un rouge intense: cette rougeur existait aussi dans l'aorte, vide de sang, jusque vers le milieu de sa portion abdominale; là, elle diminuait, n'existait plus que par plaques, puis disparaissait entièrement un peu avant la bifurcation de l'artère.

Le foie dépassait de trois travers de doigt le bord des côtes; son tissu était d'un rouge vif, et très-dense. La rate, très-volumineuse, et offrant aussi une grande densité, s'avancait jusque près de l'ombilic. L'estomac était remarquable par sa vaste

capacité; sa surface interne présentait, dans toute l'étendue du grand cul-de-sac, une couleur brunâtre qui allait en diminuant du côté du pylore; non loin de cet orifice elle acquérait une teinte blanchâtre légèrement rosée; partout où existait la couleur brune, la muqueuse ramollie s'enlevait en pulpe par le plus léger grattage. L'intestin grêle présentait supérieurement une teinte analogue à celle de la portion pylorique; plus bas, il était très-pâle. Le gros intestin offrait d'espace en espace une injection légère; la surface interne du colon était, en outre, parsemée d'un assez grand nombre de points noirs, situés au centre d'une légère élévation de la muqueuse, avec un cercle noir autour de cette élévation.

Un peu de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux; les ventricules latéraux en contenaient une assez grande quantité.

Un des faits les plus importants qui doivent être remarqués dans cette observation, c'est l'état du poumon à une époque où, sans l'auscultation, qui faisait entendre en quelques points un peu de râle crépitant, on aurait pu croire que la pneumonie était entièrement résolue: le parenchyme pulmonaire était loin cependant d'être encore revenu à son état naturel. Ce cas prouve avec quelle lenteur s'opère la complète résolution des phlegmasies pulmonaires, et combien de précautions sont nécessaires dans la convalescence, soit pour éviter les rechutes, plus faciles que dans aucune autre maladie, soit pour prévenir, chez les individus qui y sont disposés, la formation des tubercules dans les portions de tissu pulmonaire qui restent engorgées et enflammées long-temps après que tous les signes rationnels de la pneumonie ont disparu.

Le début, la marche, les progrès de la phlegmasie pulmo-

naire, et plus tard sa résolution, furent ici d'ailleurs annoncés par l'auscultation avec une grande précision. Cette pneumonie fut plus redoutable par son étendue que par son intensité dans chacun des points où elle existait. Nulle part, en effet, elle ne parut guère passer le premier degré. Voilà pour quoi, après s'être manifestée par les symptômes les plus graves, elle se résolut ensuite avec assez de facilité et de promptitude. Deux saignées furent pratiquées sans que l'inflammation parût s'amender. La douleur pleurétique devint de plus en plus intense, malgré cette double émission sanguine; elle céda dès que le côté eut été couvert de sangsues. La résolution commença à s'opérer du sixième au septième jour. Fut-elle favorisée par le vésicatoire appliqué alors sur la poitrine? Ne fut-elle pas plutôt le résultat des sueurs extrêmement abondantes qui eurent lieu à cette époque?

N'oublions pas de remarquer les symptômes passagers d'irritation cérébrale qui se manifestèrent en même temps que l'inflammation de poitrine s'amendait. Rappelons aussi l'éruption miliaire qui apparut un peu plus tard, et que les anciens auraient rangée au nombre des phénomènes critiques. Notons enfin avec quelle incroyable promptitude les forces se relevèrent dès que l'intensité de l'inflammation cessa de les appeler sur un seul organe.

La résolution de la pneumonie semblait à peu près complète, lorsque le péricarde fut à son tour frappé de phlegmasie. Nous avons vu quels phénomènes marquèrent le début de cette nouvelle maladie. Une émission sanguine ne l'enleva pas, mais en modéra les symptômes, et la fit passer à l'état chronique. La matité du son annonça, au bout de quelques jours, la formation d'un épanchement dans le péricarde. Quant aux tumeurs fibro-cartilagineuses développées entre le cœur et la séreuse, on ne peut douter qu'elles ne préexistas-

sent à la péricardite; mais, ne troublant pas sensiblement les fonctions du cœur, elles n'avaient été annoncées par aucun symptôme.

Si nous ne craignons de nous écarter de notre sujet, nous aurions encore à faire ressortir, dans cette observation, l'espèce d'hypertrophie du foie et de la rate chez un individu qui avait eu long-temps une fièvre quarte; nous aurions aussi à établir un rapprochement entre les lésions trouvées dans le canal intestinal, et le trouble qu'avaient présenté les fonctions digestives.

IV. OBSERVATION.

Pneumonie avec hépatite.

Un tailleur de pierres, âgé de cinquante-un ans, entra à l'hôpital dans un tel état de faiblesse, qu'on ne put avoir aucun renseignement précis sur son état antécédent. On sut seulement que depuis dix à douze jours il avait été pris de fièvre, de toux et de dyspnée; que, depuis quatre jours, sa peau s'était colorée en jaune. Le 23 juillet 1822, il présenta l'état suivant :

Respiration courte, accélérée, s'exécutant à la fois par l'élevation des côtes et l'abaissement du diaphragme; parole haletante; décubitus sur le dos, toux fréquente; crachats transparents, très-peu visqueux, d'une couleur aussi verte que celle de la matière résineuse de la bile. La poitrine percutée rendait un son très-mat à droite, en avant depuis la clavicule jusqu'un peu au-dessous du sein, et en arrière depuis l'épine de l'omoplate jusqu'un peu au-dessus de l'angle inférieur de cet os. Dans cette même étendue, en avant, l'on n'entendait

aucune espèce de respiration ou de râle; en arrière, existait un léger râle crépitant, sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire. Plus bas, la respiration s'entendait nette et forte, ainsi que dans tout le côté gauche; le pouls était fréquent et petit, la peau brûlante et sèche. Un enduit vert couvrait la langue; l'hypochondre droit, développé et douloureux, offrait à la pression une résistance plus grande que le gauche. Les évacuations alvines étaient naturelles sous le rapport de leur quantité et de leur qualité. Les urines, peu abondantes et douloureuses au passage, étaient d'un rouge orangé très-prononcé. La face, le tronc et la partie interne des membres thoraciques étaient d'un jaune tirant un peu sur le vert.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion annonçaient l'hépatisation du lobe supérieur du poumon droit. Cependant les crachats étaient à peine visqueux; leur couleur, d'un vert foncé, était entièrement différente de la teinte rouillée, jaunâtre ou verdâtre, qu'ils offrent ordinairement dans la pneumonie. La tension douloureuse de l'hypochondre droit, jointe à l'ictère, nous fit soupçonner la co-existence d'une hépatite. La grande dyspnée, l'altération profonde des traits de la face, le siège même de la phlegmasie pulmonaire, plus dangereuse lorsqu'elle existe dans les lobes supérieurs, le degré avancé de cette même phlegmasie, enfin la complication présumée de l'hépatite, rendaient le pronostic des plus graves (*saignée de douze onces; boissons et lavements émollients; diète*). Le sang présenta un large caillot que recouvrait une couenne dense, épaisse, d'un jaune foncé. Un morceau de papier plongé dans le sérum se teignit en jaune.

Le soir, la dyspnée était extrême; la nuit, le malade délira. Dans la matinée du 24, il poussait des plaintes continuelles; les inspirations étaient courtes, très-rapprochées. A droite, latéralement et en avant, dans l'espace de trois ou quatre tra-

vers de doigt au-dessous du sein, là où vingt-quatre heures auparavant le bruit de la respiration nous avait paru très-net, nous entendîmes du râle crépitant; ainsi l'inflammation s'était étendue. Les crachats conservaient le même caractère; le décubitus avait toujours lieu sur le dos; les battements artériels étaient tellement fréquents qu'ils pouvaient à peine être comptés; l'ictère était devenu grand. (*Vésicatoires sur le côté droit du thorax.*)

Dans la journée, la gêne de la respiration devint de plus en plus grande; le soir, râle trachéal; extrémités froides. Mort dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Teinte jaune-verdâtre très-prononcée de toute la surface de la peau. Coloration jaune des cartilages des côtes.

Le lobe supérieur du poumon droit présentait dans toute son étendue une couleur grise jaunâtre. De son tissu facilement déchirable, et se réduisant en pulpe par la pression, s'écoulait en grande quantité un liquide purulent, qui avait également une légère teinte jaune. Débarrassé par le lavage du pus qui s'infiltrait, le tissu de ce même lobe offrait une foule de granulations rougeâtres pressées les unes contre les autres. La plus grande partie du lobe moyen présentait un mélange d'hépatisation rouge et de simple engouement. Partout ailleurs, le parenchyme pulmonaire était sain, la muqueuse bronchique droite était sensiblement plus rouge que la gauche. Une concrétion polypiforme jaunâtre, se ramifiant dans l'artère pulmonaire et dans les veines-caves, distendait les cavités droites du cœur.

Le foie dépassait de deux travers de doigt le rebord cartilagineux des fausses côtes. Il avait une couleur analogue à celle de la lie de vin; son tissu, d'une mollesse remarquable, se ré-

duisait par une légère pression en une pulpe rougeâtre. La vésicule du fiel ne contenait qu'une petite quantité de bile d'un jaune peu foncé; les canaux biliaires étaient libres; une pression légère faisait couler la bile dans le duodénum. Ce dernier intestin ne présentait pas la plus légère injection. La face interne de l'estomac était dans toute son étendue d'un blanc rosé. Le reste du canal intestinal était blanc. Près du cœcum existaient deux ou trois larges bandes de points noirs (glandes agminées de Peyer). La rate, de volume ordinaire, était très-molle.

La dure-mère était colorée en jaune; une sérosité également jaune infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Un liquide semblable remplissait les ventricules latéraux. Plusieurs des petites veines qui rampent sur leurs parois présentaient une teinte jaune qui, n'existant que sur le trajet du vaisseau, et ne se propageant nullement à la substance cérébrale voisine, paraissait dépendre de la nature du liquide que ces vaisseaux contenaient. D'autres veinules avaient leur couleur rouge ordinaire.

Aucun liquide analogue à la bile ne fut trouvé dans le système lymphatique.

Les crachats n'annonçaient point ici le degré de l'inflammation pulmonaire. Ils étaient à peine visqueux, et leur couleur verte semblait bien, dans ce cas, dépendre du mélange de la bile et du mucus bronchique; ce qui le prouve, c'est que cette même coloration se retrouvait à la face supérieure de la langue. *La nature de l'expectoration fut donc déterminée, dans ce cas, par la maladie du foie.* Les véritables crachats bilieux sont d'ailleurs infiniment rares, et plus tard nous essaierons de prouver que les crachats auxquels on

donne ordinairement ce nom ne sont autre chose que des crachats teints d'une quantité plus ou moins considérable de sang.

Nous ne nous arrêtons pas sur d'autres circonstances de cette observation, importante sous le rapport de l'hépatite, tels que les signes qui annoncèrent cette inflammation, beaucoup plus rare qu'on ne le pense communément, le mode particulier d'altération que le foie présenta, l'état parfaitement sain du duodénum, bien que le foie fût malade, etc.

LVI. OBSERVATION.

Pneumonie avec arachnitis et gastrite.

Un homme de trente-trois ans, ancien maréchal-des-logis, traînait une vie misérable depuis trois ans qu'il avait quitté le service; dans ces derniers temps il avait servi les maçons. Cependant il jouissait habituellement d'une bonne santé. Le 19 mars 1822, il travailla comme de coutume. Dans la soirée, il ressentit un malaise général, des frissons vagues, qui furent remplacés par une forte chaleur. La nuit, il fut pris d'une violente douleur au-dessous du sein droit. Le 20, cette douleur persistait, le malade toussait sans expectorer. Ce jour-là et le 21, il s'alita et but du punch chaud. Le 22, il prit un émétique, qui le fit beaucoup vomir sans le soulager. Le 24, quinze sangsues furent appliquées sur le côté droit du thorax. Le 25, le malade, entré à la Charité, fut saigné dans la soirée. A la visite du 26, il offrit l'état suivant:

Air de stupeur; commencement de prostration; décubitus sur le dos; grande dyspnée; inspirations courtes, rapprochées; parole haletante; toux fréquente; crachats rouillés, transpa-

rents, visqueux, réunis en une masse gélatiniforme qui adhère au vase; douleur au-dessous du sein droit, se faisant sentir seulement par la percussion et par la toux. La poitrine percutée rend un son très-mat à droite en arrière, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes, latéralement depuis le creux de l'aisselle jusqu'à l'hypochondre, et en avant depuis le niveau du sein jusqu'à ce même hypochondre. L'auscultation fait entendre à droite en arrière un bruit analogue au bruit d'un soufflet mal joint, dont on chasse l'air avec force et rapidité (respiration bronchique très-forte). Ce bruit est quelquefois mêlé à du râle crépitant, qu'on entend seul en avant et latéralement dans tout l'espace où le son est mat. Immédiatement au-dessous de la clavicule du même côté, ainsi que dans la fosse sus-épineuse droite, et à gauche dans tous les points, le bruit de la respiration est très-intense et sans aucun mélange de râle ou d'autre bruit insolite. Le pouls est fréquent, très-petit, la peau chaude et aride (il n'y a jamais eu de sueur), la langue rouge et lisse. Le sang tiré la veille est couvert d'une couenne blanche épaisse. La pneumonie semblait être déjà si avancée, la faiblesse était si grande, qu'une nouvelle ouverture de la veine ne parut pas devoir être tentée; mais M. Lerminier, regardant la stupeur comme le signe d'une inflammation des méninges, fit placer dix sangsues derrière chaque oreille. Il prescrivit un vésicatoire de sept pouces de diamètre sur le côté droit de la poitrine, deux sinapismes aux jambes dans la soirée, des tisanes émoullientes, et, en outre, seize grains de poudre de Dower à prendre le soir en deux doses, comme moyen diaphorétique. La nuit, une sueur abondante se manifesta pour la première fois.

Dans la matinée du 27 (neuvième jour), l'air de stupeur avait augmenté, la faiblesse était plus grande. Ce n'était qu'avec une peine extrême que le malade pouvait se placer sur so n