

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 émollientes, 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

séant. Les crachats étaient supprimés, la dyspnée portée au plus haut degré, la langue brune et sèche : le pouls avait une telle fréquence, qu'on pouvait à peine en compter les battements. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

28 (dixième jour), respiration bronchique très-marquée à droite et en arrière; latéralement et en avant on n'entendait rien, si ce n'est dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-dessus du sein où existait du râle crépitant. La sécheresse et la couleur brune de la langue persistaient. Il n'y avait pas de sueur, bien que la poudre de Dower eût été continuée. La nuit le malade délira.

Onzième jour, trouble des idées par intervalles. D'ailleurs même état. (*Décoction de polygala*). Douzième jour, les yeux étaient hagards; la tête était agitée d'un mouvement continu de droite à gauche et de gauche à droite. Le malade paraissait un peu sourd, et ne répondait aux questions que lentement et en balbutiant. Une croûte noire épaisse couvrait la langue. La respiration était très-gênée; la teinte livide de la face et des lèvres annonçait un commencement d'asphyxie. La respiration bronchique s'entendait avec une force extrême. La nuit, violent délire. (*Vésicatoires aux cuisses.*)

Dans la matinée du treizième jour, la face du malade était profondément altérée; étranger à tout ce qui l'environnait, il semblait en quelque sorte uniquement occupé à respirer. Peu de temps après la visite il se mit à parler à haute voix, à crier, à chanter. A midi et demi on cessa de l'entendre; il expira à une heure.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Hépatisation grise des lobes inférieur et moyen du poumon droit. La partie inférieure du lobe supérieur de ce même pou-

mon présentait un mélange d'hépatisation rouge et grise, mais avec prédominance de la rouge, et en quelques points un simple engouement. Enfin, la partie supérieure de ce lobe, constituant le sommet du poumon, était encore parfaitement crépitante, nullement engouée. Le poumon gauche était gorgé d'une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore. Cet œdème semblait ne s'être formé que dans l'agonie. Les bronches du poumon droit étaient beaucoup plus rouges que celles du gauche. Un sang noir, coagulé, remplissait le cœur et les gros troncs qui partent de cet organe ou qui s'y rendent. Une légère exsudation albumineuse recouvrait, sous forme de plaques petites et peu nombreuses, la plèvre pulmonaire du côté droit. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun épanchement dans la plèvre.

La membrane muqueuse de l'estomac présentait dans sa portion splénique une vive injection sans ramollissement ni épaissement notable de son tissu. Le reste du canal digestif, non plus que les autres viscères abdominaux, n'offrirent rien de remarquable.

L'extrémité antérieure des hémisphères cérébraux présentait, non loin de la grande scissure interlobulaire, une exsudation albumineuse, membraniforme, placée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; on en trouva deux ou trois autres semblables, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de cinq francs, à la face intérieure du cerveau, là où il repose sur les lobes du cervelet. Les ventricules latéraux étaient assez fortement distendus par de la sérosité trouble, au milieu de laquelle nageaient quelques petits flocons. Vidée du liquide qui la remplissait, leur cavité paraissait beaucoup plus ample que dans l'état physiologique.

Cette observation nous semble surtout remarquable, par la précision avec laquelle chaque groupe de symptômes put être rapporté à la lésion d'un organe ou d'un appareil d'organes.

Nous avons vu que dans les pneumonies sans complication la langue s'éloigne à peine de son état naturel. Ici sa couleur, rouge d'abord, puis brune et noire, sa sécheresse, annonçaient une complication gastrique (1). Nous trouvâmes effectivement une inflammation de l'estomac. On trouva, pour expliquer le délire, une méningite bien caractérisée (2).

Quant à la pneumonie, son siège et son degré ne furent pas annoncés avec une moindre exactitude. Nous retrouvons ici deux des signes les plus sûrs de l'hépatisation pulmonaire, savoir : la respiration bronchique, et la modification de la voix qui l'accompagne presque constamment.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, l'inflammation du poumon était déjà à peu près au-dessus des ressources de l'art. L'existence simultanée de l'arachnitis et de la gastrite augmentait encore singulièrement la gravité du pronostic. De cette triple inflammation résulta l'oppression des forces, la faiblesse, l'état adynamique dans lequel était plongé le malade. Certes, les toniques étaient ici contre-indiqués; mais nous doutons que d'abondantes émissions sanguines eussent été plus utiles.

(1) Nous ne pensons plus aujourd'hui qu'un pareil état de la langue annonce nécessairement une phlegmasie de l'estomac. Dans les autres volumes nous avons cité des faits qui montreront qu'une langue sèche et noire peut exister chez des individus dont l'estomac ne présente après la mort aucune lésion appréciable.

(2) Il est d'autres cas où, pour expliquer le délire des pneumoniques, on ne trouve, dans les centres nerveux, non plus que dans leurs enveloppes, aucune lésion appréciable.

LVII^e OBSERVATION.

Pneumonie avec inflammation générale de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire.

Un ébéniste, âgé de trente-huit ans, cheveux blonds, peau blanche, muscles grêles, entra à la Charité le 23 avril 1822. Il avait depuis plusieurs jours un grand dévoisement, il toussait et était enrôué. A la visite du 24, il présenta l'état suivant :

Faiblesse générale, déjà portée à un assez haut degré, intelligence obtuse, yeux rouges et larmoyants, coryza, langue rouge, déglutition pénible, ventre indolent, diarrhée, enrôement, respiration un peu accélérée, expectoration catarrhale, toux fréquente, le malade n'éprouve pas la moindre oppression, il ne sent et n'a jamais senti aucune douleur dans la poitrine. Le pouls est fréquent et assez dur, la peau chaude et sèche.

Il y avait évidemment ici inflammation générale, mais peu intense, de la membrane muqueuse des intestins et des poumons. Rien n'annonçait que le parenchyme pulmonaire lui-même fût atteint. On eût dit d'un individu qui était dans le prodrome d'une scarlatine ou d'une rougeole. Une saignée de huit onces fut prescrite, le malade prit dans la journée, en deux fois, douze grains de poudre de Dower. Par l'emploi de ce diaphorétique on cherchait à favoriser le développement de l'éruption, si elle devait avoir lieu. Dans tous les cas, après avoir modéré la phlegmasie interne par une émission sanguine, on cherchait encore à l'affaiblir, en déterminant une fluxion vers la peau.

Le lendemain 25, même état; il n'y avait pas eu de sueur. (*Douze sangsues à l'anus.*) La nuit suivante, délire.

Le 26, air de stupeur, prostration plus grande, langue rouge et collante, soif vive, ventre souple, trois ou quatre selles, voix entièrement éteinte; toux plus fréquente, respiration plus accélérée, crachats visqueux et rouillés, son mat à la partie postérieure et latérale du côté droit du thorax, dans l'étendue à peu près des lobes moyen et inférieur du poumon de ce côté. Dans cette même étendue, respiration bronchique, résonnance particulière de la voix. (*Trente sangsues à l'épigastre; deux vésicatoires aux jambes.*)

Dans la soirée, un délire tranquille se manifesta, le malade eut encore assez de force pour sortir seul de son lit et en faire le tour. Interrogé s'il souffrait quelque part, il indiquait, sans parler, la région sternale. Il mourut dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le parenchyme des lobes moyen et inférieur du poumon droit était dense, imperméable à l'air; le lobe inférieur était en hépatisation grise, le moyen en hépatisation rouge. Une concrétion albumineuse, membraniforme, de formation récente, était interposée entre ces deux lobes. Du mucus filant, placé entre les lèvres de la glotte, paraissait obstruer cette ouverture. La muqueuse du larynx et de la trachée présentait une assez grande quantité de plaques et de bandes rougeâtres. Une couleur rouge livide régnait dans toute l'étendue des bronches. Le cœur avait un volume ordinaire; mais il existait une hypertrophie notable des parois du ventricule gauche, avec rétrécissement de sa cavité. Les cavités droites, distendues par un sang noir liquide, contenaient en outre des caillots fibrineux blancs, intimement adhérents aux colonnes charnues.

La paroi postérieure du pharynx offrait une rougeur intense. L'œsophage était blanc. Des gaz et des liquides distendaient médiocrement l'estomac. Sa face interne était divisée en deux portions bien distinctes sous le rapport de la couleur. Toute la portion splénique présentait une teinte d'un rouge vif qui résidait dans la muqueuse ramollie; la portion pylorique était blanche, sans ramollissement. De grosses veines remplies de sang rampaient au-dessous de la muqueuse. Cette membrane était comme tapissée par une assez grande quantité de sang brun liquide, qu'elle semblait avoir exhalé. Les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle présentaient une couleur rouge qui, en plusieurs endroits, dépendait d'une injection sous-muqueuse, mais qui, en un grand nombre de points, dépendait aussi de l'injection de la muqueuse elle-même. En deux ou trois endroits, là où la membrane muqueuse paraissait être le plus vivement enflammée, elle était couverte par un liquide sanguinolent analogue à celui de l'estomac. Le quart inférieur était blanc jusqu'à un pied environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace, existait une rougeur peu intense de la muqueuse; mais de plus apparaissaient deux élevures, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de vingt sous, faisant une saillie de deux à trois lignes au-dessus du reste de la face interne de l'intestin. Leurs bords étaient formés par la muqueuse d'un rouge livide. Leur plancher, se trouvant au niveau des bords, présentait une couche d'un gris brunâtre qui adhérait fortement aux parties subjacentes, et semblait constituer une véritable escharre de la membrane muqueuse. Au-dessous d'elle existait le tissu lamineux, considérablement épaissi et d'un rouge brunâtre. Il y avait une grande analogie, pour la forme et la couleur, entre ces tumeurs et les anthrax de la peau. Le gros intestin était sain. La rate, volumineuse, se déchirait par la moindre pression en une sorte de bouillie d'un noir foncé.

Les méninges qui recouvrent la convexité des hémisphères cérébraux étaient injectées; la substance cérébrale, ferme, présentait à l'incision un grand nombre de petits points rouges; les ventricules ne contenaient que quelques gouttes de sérosité.

L'ouverture du cadavre montra chez ce malade une inflammation générale de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire, ainsi que nous l'avions reconnu dès le premier jour; mais elle nous découvrit aussi une profonde altération du parenchyme pulmonaire, que nous ne reconnûmes que vingt-quatre heures avant la mort, et qui cependant existait infailliblement depuis plusieurs jours. Jusqu'avant les dernières vingt-quatre heures de l'existence du malade, il y eut si peu de symptômes de pneumonie, qu'on regarda comme inutile de le percuter et de l'ausculter; remarquable exemple d'une inflammation latente du poumon avec suppuration de son tissu! Ce n'est que par les progrès très-rapides de la pneumonie du 25 au 26, qu'on peut expliquer pourquoi la dyspnée, à peu près nulle jusqu'alors, devint tout-à-coup si considérable. C'est aussi une circonstance bien remarquable, que l'apparition des crachats pneumoniques le dernier jour seulement. Je serais porté à croire que l'état d'infiltration purulente du lobe inférieur ne contribua en rien à la production de ces nouveaux symptômes, et qu'ils furent plutôt le résultat d'une nouvelle inflammation qui s'empara du lobe moyen, et qui fut assez aiguë pour produire très-rapidement l'hépatisation rouge de ce lobe. De là aussi l'augmentation de l'oppression des forces, et la mort.

LVIII. OBSERVATION.

Pneumonie double avec entérite folliculeuse et péritonite aiguë.

Un mécanicien en fer, âgée de vingt-un ans, avait depuis douze jours une abondante diarrhée, lorsqu'il entra à la Charité le 31 décembre 1821. Le 1^{er} janvier, céphalalgie, face rouge, langue blanchâtre, anorexie, ventre indolent, plusieurs selles liquides; pouls fréquent et plein, chaleur habituelle de la peau (*saignées de douze onces*). Le sang n'offrit pas de couenne. Du 2 au 5 janvier, disparition graduelle de la fièvre, de la diarrhée et des autres symptômes morbides. Le 5, convalescence. Le 6, tout avait changé de face: le pouls avait repris une grande fréquence; la respiration était haute, accélérée; l'auscultation faisait entendre du râle crépitant en arrière des deux côtés: était-ce l'invasion d'une double pneumonie? (*Vingt-quatre sangsues à l'anus.*)

7, l'abdomen était couvert d'une foule de petites élevures ayant à peine le volume d'une tête d'épingle ordinaire, blanches, demi-transparentes, plus appréciables encore par le toucher que par la vue (*sudamina*). Trente nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus.

8, la face, grippée, exprimait l'anxiété et la douleur. Le malade, couché sur le dos, redoutait le moindre mouvement, de peur d'augmenter les douleurs abdominales vives qu'il ressentait depuis quelques heures: une pression un peu forte était nécessaire pour augmenter ces douleurs. La langue était humide et vermeille, le ventre tendu; aucune selle n'avait eu lieu. La respiration courte, très-accelérée, s'exécutait surtout par le soulèvement des côtes; le râle crépitant persistait

en arrière des deux côtés; pouls serré, petit, médiocrement fréquent; sueur abondante toute la nuit, nombreux sudamina sur l'abdomen, la poitrine et les membres. (*Trente sangsues à l'anus; fomentations d'eau de guimauve, et embrocation d'huile de camomille sur l'abdomen; boissons et lavements émollients.*)

9, même état; 10, mêmes caractères de la respiration; auscultation et percussion impossibles en arrière, à cause de l'extrême difficulté des mouvements; ventre tendu et douloureux; forte distension du colon par des gaz. (*Trente sangsues sur le ventre; deux demi-lavements, contenant chacun une demi-once d'huile de ricin.*)

11, dyspnée de plus en plus grande, pouls très-petit et irrégulier, altération profonde des traits (*vésicatoires aux cuisses*). Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La partie postérieure des deux poumons ne crépitait pas; de leur tissu, facilement déchirable et semblable au tissu de la rate, s'écoulait une grande quantité de sérosité sanguinolente.

La cavité péritonéale était remplie par un liquide d'un gris sale, au milieu duquel nageaient des flocons albumineux; des concrétions membraniformes, encore molles et récentes, unissaient les anses intestinales.

La face interne de l'estomac est blanche, ainsi que celle des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. La face interne du cinquième inférieur était parsemée d'un grand nombre de petites élevures arrondies, blanches ou rougeâtres, ayant, terme moyen, le volume d'un grain de millet, faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, aux

dépens de laquelle elles étaient formées; entre ces élevures la membrane était blanche. Dans cette même portion d'intestin s'observait une plaque rouge, ovalaire, saillante d'une ligne au-dessus du reste de la muqueuse, ayant son plus grand diamètre dirigé suivant la longueur de l'intestin, offrant dans ce sens deux à trois pouces d'étendue sur un pouce et demi de large environ: sa surface était comme rugueuse et inégale; c'était une plaque de Peyer enflammée et tuméfiée. Enfin, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt au-dessus du cœcum, apparaissaient de nombreuses ulcérations, dont le fond était formé par le tissu lamineux rouge et un peu épaissi, et les bords par la muqueuse irrégulièrement découpée, et présentant une couleur noirâtre dans l'étendue d'une ligne environ autour de l'ulcère. Cette altération n'existait plus dans le cœcum, qui était blanc, ainsi que le reste du gros intestin.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il semblait n'avoir qu'une de ces entérites légères qui se dissipent ordinairement en peu de jours sous l'influence d'un traitement adoucissant. Bientôt, en effet, la diarrhée cessa, la fièvre se modéra, et tout semblait annoncer la convalescence, lorsque tout-à-coup le pouls redevint très-fréquent, la respiration s'accéléra, et du râle crépitant se fit entendre dans la partie postérieure des deux poumons. Peu de temps après, le péritoine fut à son tour frappé de phlegmasie: les symptômes de la pneumonie devinrent alors très-obscurs; il n'y avait aucune expectoration caractéristique; la toux était très-légère; la dyspnée pouvait être très-naturellement considérée comme le résultat mécanique du refoulement du diaphragme, dû à la fois et à l'épanchement péritonéal et à la distension gazeuse du colon.

l'existence simultanée de l'inflammation dans les deux poumons, diminuant le son d'une manière égale des deux côtés, rendait peu certains les signes fournis par la percussion. Il ne restait donc plus que l'auscultation; mais en raison des vives douleurs péritonéales causées par tous les changements de position, l'auscultation elle-même ne pouvait être que bien imparfaitement pratiquée. Voilà donc un cas où tout semblait concourir à obscurcir le diagnostic de la pneumonie, et où véritablement l'on ne pouvait qu'en soupçonner l'existence: ce sont des cas semblables que l'on rencontre si souvent dans l'exercice de la médecine pratique et qui en augmentent si prodigieusement les difficultés. Qu'est-il besoin de dire qu'ici encore il n'y avait que fausse adynamie, résultat de la triple inflammation dont les poumons, le péritoine et la muqueuse intestinale étaient le siège?

L'état que présentèrent ici les portions du poumon enflammées nous semble devoir être considéré comme un état intermédiaire entre le simple engouement et la véritable hépatisation: sous le rapport anatomique, cet état paraît constituer le passage du premier au deuxième degré de la pneumonie.

LIX. OBSERVATION.

Pneumonie latente, survenue pendant le cours d'une entérite chronique.

Un domestique, âgé de vingt-sept ans, entra à la Charité le 4 avril 1822. Depuis trois semaines il avait une abondante diarrhée; le pouls était fréquent et faible, la face pâle et maigre, la langue rouge et lisse, le ventre indolent. Vingt sangsues furent appliquées à l'épigastre. Le lendemain, la langue avait perdu sa rougeur; les autres symptômes persistaient. Les

jours suivants, le malade eut une fois les sangsues à l'anus; on lui donna des boissons mucilagineuses, des lavements émollients. La diarrhée ne cessait pas; d'ailleurs il n'y avait aucun symptôme de gastrite. La langue était pâle, décolorée; le pouls était petit et fréquent, sans que la peau fût chaude; le malade, dans un état de maigreur et de débilité générale, semblait comme anémique. Dans cet état de choses, M. Lermnier pensa qu'on pouvait essayer de combattre la diarrhée par l'emploi des toniques astringents. Il donna d'abord un verre de décoction de cachou, la tisane de riz acidulée avec l'eau de Rabel: aucun changement n'eut lieu, si ce n'est que de nombreuses pétéchies apparurent sur la poitrine et l'abdomen. M. Lermnier prescrivit alors des bols composés chacun de quatre grains d'alun et de quatre grains d'extrait de ratanhia; le nombre en fut rapidement porté de quatre à dix par jour. Le malade prenait quelques crèmes de riz, des bouillons et un peu de vin: sous l'influence de ce mode de traitement, le dévoiement diminua d'abord, puis cessa, et en même temps la face reprit un aspect plus naturel, la peau perdit un peu de sa sécheresse et reprit une meilleure coloration; il semblait qu'on ne devait plus s'occuper qu'à nourrir le malade et à lui rendre en quelque sorte du sang, lorsqu'au commencement du mois de mai la fièvre se ralluma, et la face prit en quelques heures un aspect cadavérique. Quelle était la cause de cette rechute? Elle ne semblait point être dans les intestins, car la langue conservait son aspect naturel, le ventre restait souple et indolent, le dévoiement n'avait pas reparu: il n'y avait d'ailleurs ni toux, ni aucune apparence de dyspnée. Cependant nous percutâmes la poitrine, et nous trouvâmes un son un peu mat à droite en arrière, dans toute l'étendue à peu près des lobes moyen et inférieur; dans cette même étendue nous entendîmes du râle