

cent quarante. (*Deux pots de tisane; eau de Seltz; julep avec un grain d'opium le soir; diète.*)

Le 3 juin, même état que la veille; seulement, expression faciale meilleure, plus gaie; traits plus calmes; coloration plus normale de la face; peau seulement moite, avec chaleur moins vive; pouls à cent vingt-huit, respiration à vingt-huit. A l'auscultation de la partie postérieure droite, on entend extrêmement peu d'expansion respiratoire, tant dans l'expiration que dans l'inspiration; son de la partie postérieure droite presque égal à celui de la partie postérieure gauche, sans caractère tympanique. Dans quelques moments, le peu d'expansion respiratoire qu'on entend dans cette partie a un caractère humide et est mêlé à quelques bulles incomplètes de râle muqueux. La vibration vocale est aussi prononcée au moins en arrière à droite qu'à gauche.

En avant à droite, les bruits inspiratoire et expiratoire ont quelque chose de rude, de difficile. A la fin de chaque expiration, on entend des bulles distinctes d'un râle qui a comme un timbre un peu caverneux, et qui donne la sensation de se produire dans une cavité moitié pleine d'air et de liquide. On dirait que ces bulles sont le résultat de l'agitation de l'air et du liquide contenus dans la plèvre. La percussion donne un son à timbre encore un peu tympanique, mais seulement tout-à-fait sous la clavicule. (*Trois pots de tisane; une bouteille d'eau de Seltz; un looch blanc, avec une demi-once de sirop diacode.*)

Pansement comme hier. Il s'est encore écoulé une quantité considérable de sérosité, qui a inondé les linges environnant le malade.

4 juin, cent vingt-quatre pulsations, vingt-quatre respirations, affaiblissement plus considérable du malade. Du reste, son état est à peu près le même; assez bon sommeil; la nuit

un peu de dévoïement. Le son du côté droit antérieur de la poitrine a presque tout-à-fait perdu son caractère un peu tympanique. On entend aujourd'hui, plus distinctement que jusque là, un bruit de frottement des plèvres, à la partie inférieure et postérieure surtout. (*Même prescription.*)

Hier, beaucoup de dévoïement dans la journée, une dizaine de selles. (*Lavements amidonnés, avec trente gouttes de laudanum.*)

Calme, sommeil, plus du tout de rêvasserie.

Ce matin, affaissement extrêmement considérable; face très-amaigrie, très-effilée, d'une pâleur terreuse très-marquée; sueur assez abondante; expression de travail organique; peau moite, d'une chaleur très-médiocre; expectoration, la même que jusque là; respiration à vingt-quatre, facile, calme, régulière; pouls à cent vingt.

En arrière à droite, on entend pendant l'inspiration et l'expiration; surtout vers le tiers inférieur, un bruit de frottement des feuillettes de la plèvre pendant chaque temps de la respiration.

La percussion donne un son presque égal des deux côtés, mais toutefois un peu plus obscur à droite.

A gauche, respiration supplémentaire; il n'y a presque plus de râle muqueux.

Battements et bruits du cœur précipités, un peu forts, du reste normaux.

Un peu d'appétit, quelques nausées encore; ventre assez souple, indolent; une selle en dévoïement ce matin. (*Lavement avec diascordium; trois bouillons; potion cordiale.*)

6 juin, affaissement beaucoup plus considérable du malade, qui offre ce matin un aspect demi-cadavérique; sueur extrêmement abondante. Il s'est écoulé par la plaie une très-

grande quantité de liquide, qui a inondé tous les linges voisins; mais ce liquide a pris une teinte verdâtre et a un peu de mauvaise odeur. On a trouvé l'appareil défectueux, par suite des mouvements imprudents du malade. Les lèvres de la plaie s'entre-bâillent, de manière à faire penser que l'air a pénétré en assez grande quantité dans la cavité de la poitrine; en effet, il y a un peu de son tympanique vers la région thoracique inférieure droite.

Auscultation donnant les mêmes résultats; dévoitement considérable; selles un peu involontaires, liquides, jaunâtres. Cent douze pulsations, vingt-quatre respirations. (*Pansement simple; décoction de quinquina pour tisane; un gros de quinquina en potion; un gros de diascordium en lavement; bouillon seulement.*)

Diminution de dévoitement dans la journée; affaissement croissant du malade; pas du tout de sommeil la nuit, sans cependant de délire ni de rêvasserie.

7 juin. Ce matin, il est tout baigné de sueur, ses linges sont imbibés d'une quantité plus considérable que jamais d'un liquide verdâtre, puriforme, d'une odeur évidemment gangréneuse; affaissement plus considérable encore qu'hier. Pouls à cent quatre, respiration à vingt seulement.

8 juin, même état qu'hier. Une quantité encore plus abondante de liquide purulent, et d'une très-mauvaise odeur, s'écoule par la plaie. (Cent douze pulsations; — vingt-quatre respirations.)

9 juin. Affaissement de plus en plus considérable; amaigrissement croissant chaque jour; dévoitement jaunâtre, liquide, abondant; mêmes qualité et quantité du liquide purulent, qui, sortant par la plaie de la poitrine, imbibe les linges du pansement; persistance d'un peu de toux. On entend, mais moins distinctement que les jours passés, du bruit de frottement

pleurétique à la base du poumon droit, en arrière. L'expansion respiratoire, qui avait apparu assez distincte, assez étendue les jours passés, a beaucoup diminué, surtout en arrière. Le son de la partie postérieure inférieure droite offre plus de différence d'avec celui du côté opposé que les jours précédents; il est devenu plus obscur. Le malade dort peu la nuit; il témoigne toujours assez d'appétit. (Cent vingt-quatre pulsations; — vingt-quatre respirations.)

10 juin. (Cent vingt; — trente. Même état du malade.)

11 juin. Pas de sommeil la nuit; beaucoup de dévoitement; beaucoup moins de sueur que les jours passés; affaissement, amaigrissement considérables; beaucoup de faiblesse de la voix; quantité assez grande de pus séreux fétide, mais d'une fétidité non gangréneuse, s'écoulant toujours par la plaie, qui de toutes parts est recouverte de bons bourgeons charnus; toutefois elle reste toujours béante, ses lèvres écartées en arrière. Respiration assez bonne à gauche, un peu supplémentaire en avant de ce côté; percussion normale et vibration de résonance normale de ce même côté en avant et en arrière.

*A droite en arrière*, caractère bronchique de l'expiration, dans la fosse sus-épineuse, avec diminution très-notable de l'étendue et de l'intensité de l'inspiration. Cette diminution de l'inspiration va insensiblement en augmentant, à mesure qu'on se rapproche de la base, et de plus, le caractère bronchique envahit successivement l'inspiration, de sorte qu'à la base il est au premier degré dans l'inspiration, et au second degré dans l'expiration. La voix est seulement broncho-phonique: il n'existe aucun râle. Toute trace de bruit de frottement a disparu. La percussion donne un son fort obscur, plus obscur qu'on ne l'a encore vu depuis la seconde évacuation de liquide. La vibration vocale, quoique persistant encore, a beaucoup diminué.

*A droite en avant*, inspiration fort brève, fort peu intense. Expiration augmentée beaucoup d'intensité et d'étendue, avec caractère bronchique très-prononcé; son un peu tympanique de cette région; même vibration vocale que du côté opposé; aucun bruit de frottement. Expectoration simplement muqueuse, catarrhale; trente-six respirations; cent trente-deux pulsations.

On suspend aujourd'hui la tisane et la potion de quinquina.

12 juin. Un peu moins de dévoisement; un peu de sommeil; la nuit, accablement général très-marqué; même écoulement purulent par la plaie; cent vingt pulsations; trente-deux respirations. (*Deux bouteilles d'eau de Seltz coupée avec un peu de vin.*)

13. Trente-six respirations; cent quarante-quatre pulsations; même matière s'écoulant par la plaie; prostration extrême du malade; affaissement moral et intellectuel, presque autant que physique; il ne parle plus qu'avec peine; il ne conserve pas, comme avant, des rapports aussi immédiats avec le monde extérieur; il est dans un état de stupeur; son regard exprime un peu le demi-étonnement, le demi-égarement. Ce matin, pour la première fois, il a accusé une douleur très-vive dans le côté gauche de la poitrine; il sue toujours abondamment, et a beaucoup de dévoisement.

14 juin. Quarante respirations; cent soixante pulsations; un peu de délire depuis cette nuit; stupeur, divagation dans les paroles, qui cependant sont assez justes quand on l'occupe d'un sujet qui lui est familier; sueur encore plus abondante que jusque là; peau brûlante; langue humide, avec enduit blanc; même douleur dans le côté gauche de la poitrine; matité à gauche en arrière.

Le soir, même état; de plus, grand état de démoralisation du malade.

Mort à onze heures du soir, le 14 juin 1837, sans délire, sans somnolence bien marquée, sans coma.

#### AUTOPSIE

Le 15 à neuf heures du matin, 40 heures après la mort; temps très-chaud.

Même expression de figure qu'avant la mort: pupilles naturelles; raideur cadavérique générale très-prononcée; aucune trace de décomposition; vergetures très-prononcées sur la partie postérieure déclive du tronc.

*Tête.* Infiltration séreuse assez considérable de la pie-mère; aucune friabilité, aucune teinte blanchâtre, ni de cette membrane ni de l'arachnoïde; lorsqu'on a détaché les méninges de la base, une grande quantité de sérosité s'épanche dans les fosses cérébelleuses inférieures; dans tout le lacis vasculaire de la pie-mère, les grosses veines surtout sont très-fortement injectées de sang veineux.

Tissu du cerveau n'offrant pas d'œdème, pas d'injection sanguine plus considérable que dans l'état ordinaire, dans toute son étendue présentant une consistance extrêmement bonne, remarquable même.

*Poitrine.* La mensuration de la poitrine du cadavre, faite avec soin, donne le résultat suivant, remarquable à cause de l'épanchement survenu à gauche et tout-à-fait dissipé à droite: 1° au niveau du mamelon, aucune différence entre la circonférence d'un côté et la circonférence de l'autre côté; 2° à deux pouces au-dessus du mamelon, cinq lignes en plus pour le côté droit; 3° à deux pouces au-dessous du mamelon, cinq lignes en plus, au contraire, pour le côté gauche.

La percussion donne un son tympanique en avant à droite. Vers la base, et toujours en avant, la percussion développe un

son tout particulier, qui n'est ni tympanique ni hydraulique, qui se rapproche un peu du son de sabot cassé, qui ressemble un peu à celui qui est fourni par le sommet de la poitrine en avant, dans quelques cas de cavernes.

En mettant le cadavre à son séant, et dès lors en imprimant quelques mouvements à la poitrine, il est entré et sorti une assez grande quantité d'air alternativement dans la poitrine.

Le plastron de la poitrine et de l'abdomen enlevés, on a trouvé ce qui suit :

*Système respiratoire. Côté gauche.* Épanchement extrêmement considérable dans la plèvre gauche; le liquide épanché est une sérosité trouble, tenant en suspension une quantité assez grande de flocons albumineux blanchâtres, flottants.

La plèvre ou pulmonaire ou pariétale offrait l'aspect suivant : Recouverte d'une couche pelliculaire molle, pulpeuse, extrêmement irrégulière, épaisse dans quelques points où la substance pseudo-membraneuse semblait s'être développée en flocons sur la surface de la plèvre, représentant ailleurs une couche extrêmement mince. Cette matière pseudo-membraneuse, tantôt déposée en flocons, et surtout en pellicule membraneuse, examinée à la loupe avec beaucoup de soin, ne nous a offert nulle part aucune trace de vaisseau, ni même d'ecchymose, ou de coloration sanguine quelconque. Quand on avait enlevé de dessus la surface de la plèvre cette pellicule pseudo-membraneuse, ou même à travers sa transparence, on voyait la plèvre sous-jacente être le siège d'un pointillé ecchymosé très-nombreux, sous forme de petites taches rougeâtres, irrégulièrement disséminées au milieu des vascularisations excessivement fines dont la plèvre se trouvait le siège; c'étaient des vascularisations arborisées dont un grand nombre de rameaux allaient se perdre dans chaque piqueté ecchymosé dont je viens de parler.

Je me suis assuré que c'était bien dans le tissu même de la plèvre, et non dans le tissu cellulaire sous-jacent, qu'existaient ces vascularisations si arborisées, si nombreuses, si riches, ainsi que le pointillé et les ecchymoses. Le tissu cellulaire sous-jacent et les minces couches de tissu graisseux déposées dans quelques points au-dessous de la plèvre, offraient une injection et une teinte rosée très-marquée.

Cette altération complexe de la plèvre avait son maximum d'intensité sur la partie latérale moyenne de ce côté de la poitrine.

*Poumon.* Réduit environ au tiers ou moins de la moitié de son volume normal;

Un peu emphysémateux dans sa lame antérieure, qui n'est point comprimée par l'épanchement, offrant un léger commencement d'adhérence entre les surfaces de sa scissure interlobaire;

Offrant en avant et sur le côté, dans une étendue de trois à quatre pouces carrés, une couche mince, mais assez uniforme, de trois à quatre lignes d'épaisseur au centre, allant en décroissant, en s'amincissant à la circonférence du tissu pulmonaire, sur la périphérie seulement de l'organe, prise d'hépatation rouge tendant à passer à l'état gris. C'est seulement, exclusivement, sur la périphérie qu'on retrouve des traces de cette hépatation. Ce point n'offre cependant pas de traces anatomiques de pleurésie plus prononcées qu'ailleurs; nulle autre part on ne rencontre cette disposition remarquable de l'hépatation.

Le poumon a, du reste, son tissu parfaitement sain, perméable à l'air; crépitant, offrant toute sa résistance normale, laissant échapper de la surface de ses coupes, par la compression, une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, spumeuse.

Ses bronches sont très-fortement dilatées dans leurs petits rameaux. Cette dilatation s'étend, bien marquée, jusqu'à la surface du poumon.

Aucune trace de tubercules dans le poumon; aucune trace d'infiltration granuleuse, ou autre, de la fausse membrane de ce poumon, de trop récente formation pour qu'elle présente une semblable altération.

*Côté droit.* On constate, par une dissection attentive, que les différentes couches musculuses que traverse la plaie d'opération sont bien celles indiquées dans la description de l'opération. Les couches musculuses s'étant beaucoup rétractées, il en résulte que la plaie, dans ce point, offre une sorte de cul-de-sac accessoire. Au reste, elle est tapissée dans toute son étendue, dans tout son trajet, par une fausse membrane brune-rougeâtre, qui se continue sans ligne de démarcation avec celle de la plèvre dont je vais parler, et qui, au dehors, se termine sur la partie interne de l'épaisseur de la peau, c'est-à-dire sur le contour de l'ouverture de la plaie. Cette membrane pyogénique est d'autant plus épaisse, plus rouge, plus organisée qu'on se rapproche davantage de l'orifice interne de la plaie, et *vice versa* pour l'orifice externe.

L'orifice interne de la plaie a cinq lignes en longueur et deux lignes seulement en écartement de ses bords. Son angle antérieur, un peu élevé par rapport à l'autre, n'est séparé du nerf intercostal et de l'artère intercostale qui longent la gouttière de la côte supérieure, que par un espace d'une ligne pour le nerf, et de deux lignes pour l'artère, qui est un peu plus refoulée dans la gouttière de la côte. Et cependant, on avait tellement pris soin de raser, avec le bistouri, le bord supérieur de la côte inférieure, que le périoste en avait été séparé dans une fort petite étendue, et que là, dans cette étendue, le tissu de la côte était dénudé et déjà un peu rugueux,

un peu nécrosé. Mais cette proximité de l'angle antérieur de la plaie avec le nerf et l'artère intercostale, venait de ce que, trompé par la direction oblique de la côte inférieure, et par l'habitude de faire des incisions horizontales et non obliques, on avait, dans la seconde partie de l'incision, après la ponction, abandonné un peu le bord supérieur de la côte inférieure, sur lequel il eût fallu toujours maintenir le bistouri appuyé, pour porter un peu son tranchant dans la largeur de l'espace intercostal, et dès lors un peu à la rencontre de la côte supérieure; danger d'autant plus grand que, pendant l'opération, les deux côtes sont fortement, quoi qu'on fasse, rapprochées l'une de l'autre.

*Plèvre.* Le *sommet* du poumon est adhérent, dans une faible étendue seulement, à la partie correspondante de la plèvre costale; dans tout le reste de son étendue, le poumon est parfaitement libre. Il se trouve actuellement, la poitrine étant ouverte, distant de la plèvre par un espace qui, en avant, est de quatre à cinq lignes, et qui va en diminuant à mesure qu'on se rapproche de la partie latérale; tout-à-fait sur le côté et un peu en arrière, il est en contact avec la plèvre pariétale; sa base seule est *adhérente* au diaphragme. Il résulte de là que le poumon offrait à peu près tout son volume, tout son développement normal.

Il n'y avait pas plus d'une cuillerée de liquide épanché dans cette plèvre, tout au plus. Ce liquide était blanc, puriforme, semblable à celui qui s'écoulait de la plaie dans l'intervalle du pansement. Toute la surface de la fausse membrane tapissant le poumon d'une part, la plèvre de l'autre, était même comme un peu sèche, un peu desséchée.

La fausse membrane pariétale offrait les caractères suivants:

Surface interne extrêmement irrégulière, composée de parties élevées, de parties basses, les unes et les autres par pla-

ques, composant une série d'élévations et d'abaissements, offrant entre eux au moins une ligne de différence de niveau pour le maximum. Ces saillies étaient assez prononcées et assez fermes pour que la plèvre pulmonaire, en flottant contre elles, dût produire un bruit manifeste.

En outre on remarquait à cette surface des ulcérations en assez petit nombre, irrégulièrement arrondies, peu profondes, à fond et à pourtour grisâtres, à contour irrégulier et comme un peu déchiqueté. Dans d'autres points, au lieu d'ulcérations, on voyait seulement des taches blanchâtres, sales, irrégulièrement délimitées à leur circonférence, où elles semblaient offrir ou même offraient réellement une ligne de démarcation, une ligne de ramollissement; elles semblaient tout-à-fait, en un mot, n'être autre chose qu'une petite escharre de la fausse membrane en travail d'élimination; la forme, la disposition des ulcérations semblaient, pour la plupart au moins, les rattacher à la dernière période de ce travail d'élimination des plaques blanches; elles semblaient n'être que la conséquence, le complément de ce travail d'élimination et avoir succédé à la chute des escharres.

Il résultait de là que la fausse membrane pariétale avait une épaisseur fort inégale, tout-à-fait pelliculaire dans le fond des ulcérations, et, dans d'autres points, épaisse de deux à trois lignes au maximum.

La consistance était assez variable suivant les points; ainsi, partout où la fausse membrane offrait beaucoup d'irrégularités, elle offrait aussi une consistance plus grande; mais, sur les surfaces où elle offrait une disposition un peu lisse, elle était molle, très-facile à rompre à l'ongle, comme un peu rugueuse et vilieuse.

Sa couleur générale était rougeâtre, sa couleur de fond était d'un blanc sale; les petites plaques éparses qui semblaient

être, à leur circonférence, le siège d'un travail d'élimination, étaient d'un blanc de lait mat.

Les parties saillantes étaient presque exclusivement celles qui offraient des traces de vascularisation. Des vaisseaux de nouvelle formation, entièrement confluent, se remarquaient dans l'épaisseur de toutes ces parties saillantes, et étaient en général plus développés dans le voisinage de la plèvre, c'est-à-dire dans les couches les plus anciennes de la fausse membrane.

On apercevait, à travers la transparence de la couche la plus superficielle de la fausse membrane, des granulations blanchâtres existant dans l'épaisseur de la fausse membrane. En effet, si on enlevait avec précaution, au moyen du scalpel, des couches successives de la fausse membrane, de sa surface libre à sa surface adhérente, on voyait que ces petites granulations étaient d'autant plus nombreuses, plus confluentes, composant une couche plus uniforme, qu'on se rapprochait davantage de la surface adhérente de la fausse membrane. Sur les portions de la fausse membrane dont l'ulcération avait détruit les couches superficielles, on retrouvait ces granulations extrêmement confluentes et développées, et presque continues les unes aux autres, composant presque à elles seules la couche profonde qui restait, et représentant là une suite de couches de matière tuberculeuse concrète, dont la disposition, comme lobulée, rappelait la disposition granuleuse primitive. Les granulations des autres parties étaient toutes d'un blanc mat, modérément résistantes, du volume d'une petite tête d'épingle, aucune n'était transparente. Dans le tissu cellulaire sous-pleural, il n'existait pas d'amas de matière tuberculeuse.

La fausse membrane, appliquée sur le poumon, offre exactement les mêmes caractères que la fausse membrane pariétale; seulement avec les différences suivantes: 1° son épais-

seur est assez uniformément d'une ligne; 2° les inégalités de sa surface sont beaucoup moins nombreuses et moins prononcées que celles de la plèvre pariétale; 3° la fausse membrane offre des ulcérations moins nombreuses et plus petites; 4° elle est composée de deux couches bien distinctes: l'une profonde, d'ancienne formation, l'autre superficielle, de formation plus récente: cette dernière n'offrant pas d'infiltration granuleuse, tandis que la couche profonde en est tellement infiltrée, qu'elle semble en être presque exclusivement formée; 5° la plus vasculaire de ces deux couches est la plus superficielle, et ne contient pas de granulations blanches; les vaisseaux moins nombreux qui existent dans la couche profonde sont plus développés, mieux canaliculés, et attestent une formation plus ancienne; 6° la fausse membrane étant enlevée de dessus la surface de la séreuse, on trouve celle-ci parsemée de petits points blancs, qui ne sont pas semblables aux granulations qui parsèment la couche profonde de la fausse membrane, mais plus aplatis. Ces granulations étaient déposées sur la surface de la séreuse, mais très-adhérentes et comme continues à son tissu; on n'en trouvait dans son épaisseur même que quelques-unes fort rares, qui déjà s'étaient propagées au-dessous de la plèvre, entre elle et le tissu pulmonaire. Ces granulations étaient au reste les mêmes que celles de la fausse membrane pariétale; 7° elles étaient à peu près toujours en raison inverse de développement avec la vascularisation de la couche profonde; 8° les deux scissures interlobaires des poumons étaient complètement adhérentes au moyen d'une couche de substance pseudo-membraneuse; 9° la fausse membrane était plus épaisse à la base du poumon; entre celui-ci était le diaphragme, là les granulations étaient un peu plus larges, plus aplaties, plus grandes, comme plus voisines de l'état de ramollissement.

Le poumon droit offrait presque son volume normal, représentant une masse presque solide, ferme, cependant dépressible.

On insuffle la bronche de son lobe *inférieur* pour savoir si le poumon, encore revêtu de sa fausse membrane, serait susceptible de dilatation assez considérable, et on constate qu'il se distend un peu, mais médiocrement; c'est tout au plus s'il gagne ainsi quelques lignes.

La couche *périphérique* de la partie postérieure de ce poumon est d'un rouge-brun compacte, dense, friable, tout-à-fait vidée d'air, avec granulations fines sur la surface de ses *coupes*. C'est une véritable hépatisation rouge; mais la couche périphérique du poumon, ainsi hépatisée, n'a que trois lignes d'épaisseur au maximum, et va en s'amincissant, à mesure qu'on se rapproche de la partie plus profonde du poumon. A mesure qu'on s'éloigne de la périphérie, le tissu pulmonaire reprend sa rareté, et redevient aéré; il s'infiltré de sérosité liquide.

Le lobe supérieur n'offre, non plus que le lobe moyen, aucune trace de densification; partout son tissu, assez aéré, est infiltré de sérosité, qui s'écoule toute spumeuse de la surface des coupes, quand on comprime; aucune trace de tuberculisation.

Bronches offrant les mêmes conditions que celles de l'autre poumon, seulement un peu moins dilatées.

Trachée et larynx ne présentant rien d'anormal.

Etat normal du cœur. Aucune altération, ni de ses parois, ni d'aucun de ses appareils valvulaires ou de ses orifices. Couleur blanchâtre prononcée de la surface interne de son oreillette gauche, avec possibilité d'en enlever une couche pelli-culaire. Taches blanches laiteuses, anciennes, sur la surface

du péricarde viscéral. Caillots fibrineux blanchâtres, fort volumineux et fort résistants, dans les cavités droites surtout.

Rien d'anormal aux vaisseaux qui naissent de l'aorte.

Canal thoracique offrant son développement normal, aplati, vide de sérosité.

Abdomen : Absolument rien du côté du péritoine. Estomac offrant, dans toute son étendue, mais surtout dans le grand cul-de-sac, sa muqueuse extrêmement amincie et ramollie, presque tout-à-fait pulpeuse, avec coloration brune et injection des troncs veineux qui parcourent les parois de l'estomac.

Le canal intestinal n'offre rien autre chose d'anormal que quelques plaques rougeâtres, sans ramollissement bien sensible de la muqueuse; et de plus des plaques de Peyer peu nombreuses, peu étendues, presque pas saillantes à la surface de la muqueuse, cependant avec interruption complète des valvules conniventes, paraissant enfin être d'un développement récent.

Rien d'anormal dans le gros intestin.

Foie : Volume normal. Substance jaune très-prédominante, et communiquant par cela même au foie une couleur jaune très-marquée et générale. Bile ambrée, filante, en petite quantité.

Rate : Volume normal. Ramollissement de son tissu, qui est lie-de-vin.

Pancréas : Sain.

Reins : Parfaitement sains; mais les mamelons, un peu comprimés, laissent échapper une urine trouble, épaisse, un peu puriforme.

Vessie : A l'état sain.

## II<sup>e</sup> OBSERVATION.

Un homme, âgé de quarante-sept ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut atteint, le dernier jour du mois de janvier 1837, de la grippe, qui régnait alors, et peu de jours après il fut pris tout-à-coup d'un point de côté à gauche, avec une douleur vive pendant la respiration, et impossibilité de se coucher à gauche, avec fièvre très-vive, sans crachement de sang. Depuis ce temps-là, il ne s'est plus relevé, il a toujours gardé le lit. Son point de côté s'est dissipé, son oppression est restée la même, et le décubitus ordinaire s'est établi à gauche. L'affaiblissement du malade a toujours été en augmentant. Depuis cette époque, et depuis deux mois surtout, sa faiblesse, l'altération de sa constitution ont beaucoup augmenté. (*Deux saignées. Le lendemain quatre-vingts sangsues sur le côté gauche; le lendemain vingt-cinq à l'anus; un vésicatoire sur le côté gauche; deux moxas, l'un dans la région sous-claviculaire gauche, un autre dans la région sus-épineuse gauche; enfin un séton sur le côté gauche de la poitrine; trois cautères sur le même côté de la poitrine.*) Tels ont été les moyens employés aux diverses périodes de son affection. Sa pleurésie, dans les premiers jours, a été accompagnée de délire.

État présent : Le malade éprouve une assez grande dyspnée. Le thorax se soulève fortement à chaque mouvement de la respiration. A gauche, en avant, on entend, sous la région sous-claviculaire, un faible bruit d'inspiration avec un caractère bronchique. Le bruit d'expiration, sous ce même point, est plus prolongé que dans l'état normal; plus bas, on perçoit une diminution progressive du bruit d'inspiration, tandis