

17 juin. — Pendant la journée d'hier, le malade a eu deux accès de suffocation; la nuit a été meilleure, il a moins toussé. On continue les frictions et la potion. On prescrit en outre un gramme d'iodure de potassium à prendre chaque jour.

18 juin. — Diminution de volume du corps thyroïde. Les râles ronflants sont moins accentués.

20 juin. — Le malade, qui s'est levé dans la journée d'hier, a recommencé à tousser. Dans la soirée, vers 4 heures, nouvel accès de suffocation. La dyspnée est très-forte. La face est rouge, congestionnée; les quintes de toux sont incessantes. L'accès a une durée de près de deux heures.

On donne 40 grammes de sirop d'opium dans une potion gommeuse. 3 capsules de térébenthine.

22 juin. — Le malade est mieux; la toux est beaucoup moins fréquente.

25 juin. — Le corps thyroïde a diminué de volume. Il se produit encore, de temps à autre, quelques accès de suffocation, mais ils sont peu intenses.

1^{er} juillet. — Le mieux continue; les râles ronflants et sibilants sont très-peu marqués.

5 juillet. — L'état général est bon; encore quelques quintes de toux et des accès d'étouffement.

La malade sort le 10 juillet. Sa situation est très-améliorée; le volume du corps thyroïde a beaucoup diminué, et les accès d'étouffement sont très-peu marqués.

OBS. LXXVI. — *Emphysème pulmonaire. — Accès d'asthme symptomatique. — Œdème considérable des membres inférieurs. — Traitement par la diète lactée et la macération de digitale. — Amélioration sensible et rapide.*

La nommée B... Louise, âgée de 40 ans, couturière.

Entrée le 1^{er} février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 10.

Renseignements. — Cette malade est âgée de 40 ans; elle a été réglée à 11 ans et d'une manière très-régulière, jusqu'à l'âge de 37 ans, époque à laquelle elle eut des pertes très-abondantes qui ont duré jusqu'à cette année.

Maintenant elle a des règles régulières, mais elles persistent 15 jours et plus.

A 6 ans, elle a eu la variole; à 8 ans, la rougeole. Vers la même époque, quelques manifestations strumeuses.

Elle a souvent des douleurs dans le dos et en avant de la poitrine; ces douleurs se produisent sous forme névralgique.

Elle entre à l'hôpital pour des accès d'oppression qui la font beaucoup souffrir.

Elle en a été atteinte, pour la première fois, l'année de la guerre, à la suite d'une pneumonie qu'elle aurait eue à cette époque.

Elle a contracté, l'année dernière, une bronchite aiguë qui la retint au lit pendant assez longtemps.

Les accès d'oppression étaient très-forts au début de la maladie, et très-fréquents en même temps. — Elle en a beaucoup moins depuis ses pertes de sang.

État actuel. — Femme de taille moyenne, très-brune.

La face est un peu rouge, congestionnée; toutes les muqueuses apparentes sont fortement colorées.

La peau, sur le reste du corps, est plutôt pâle. T. A. 37° 9. Pouls petit, régulier, difficile à percevoir.

Les membres inférieurs sont très-œdématiés; l'œdème remonte jusqu'à la racine des cuisses. Les mains sont, elles-mêmes, un peu œdémateuses.

Pas d'ascite. Perte d'appétit; langue blanche, saburrale; état nauséux; constipation.

La malade est dans un état de dyspnée habituel; sa respiration est pénible. Elle est forcée de se tenir constam-

ment assise dans son lit. Par instants les accès de suffocation augmentent; il en est ainsi surtout la nuit.

Ils sont caractérisés par une sensation de constriction à la ceinture et par des douleurs en arrière, dans le dos, jusqu'à la nuque.

La malade reste d'abord la bouche ouverte, sans pouvoir faire un mouvement respiratoire; puis, au bout d'un instant, elle se lève, court à sa fenêtre et respire avec force, pour faire disparaître cet état d'étouffement; elle devient très-rouge et ensuite sue beaucoup.

Ces accès d'oppression qui se montrent surtout le soir, ou dans la journée, quand la malade a marché longtemps, durent 2 ou 3 heures, avec des intervalles de rémission généralement assez courts.

Quand l'accès est passé, la malade est prise de toux et rend une grande quantité de crachats liquides et spumeux; elle déclare aussi, qu'après chaque accès, elle urine abondamment.

Dans l'intervalle des accès, elle est toujours un peu oppressée et cette oppression devient plus grande à propos du moindre effort.

L'examen de la *poitrine* montre, à la vue, une disparition à peu près complète des creux sus-claviculaires; le thorax est fortement bombé en avant. La *percussion* donne de la sonorité très-marquée dans toutes les régions, et l'*auscultation* fait entendre une quantité énorme de râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. A chaque base, râles muqueux abondants. Crachats aérés.

L'examen du *cœur* est très-difficile et c'est avec peine que l'on entend ses battements; cependant le cœur, surtout dans sa moitié droite, paraît être dilaté, car il y a de la récurrence veineuse bien évidente; pas de souffle tricuspïdien.

L'urine contient un peu d'*albumine*; elle est peu abon-

dante, excepté à l'époque des crises, et très-colorée.

Traitement. — On donne, à la malade, 2 grammes de poudre d'ipécacuanha en trois paquets.

3 février. — La malade a vomi abondamment; elle se sent mieux. La dyspnée persiste, quoiqu'un peu moins forte. Pas d'accès d'oppression proprement dits. M. Vulpian met la malade au régime lacté exclusif.

4 février. — La sécrétion urinaire a été plus abondante; légère diminution de l'œdème des membres inférieurs.

5 février. — La malade a été prise, dans la nuit, d'un accès d'oppression assez violent; il aurait duré, d'après son dire, plus d'une heure et demie.

7 février. — M. Vulpian fait ajouter à la diète lactée, de la macération de digitale. (Eau, 1 litre pour faire macérer, poudre de feuille de digitale 0,50.)

10 février. — La malade va beaucoup mieux; l'œdème des jambes a sensiblement diminué.

16 février. — La malade sort ce jour. Son état général est très-amélioré. Les râles ronflants et sibilants sont bien diminués. Plus de râles muqueux. Expectoration normale. Depuis trois jours, il n'est pas survenu d'accès de suffocation. Plus d'anasarque.

OBS. LXXVII. — *Emphysème pulmonaire.* — *Bronchite chronique : exacerbation aiguë.* — *Dyspnée croissante.* — *Polyurie.* — *Mort par asphyxie.* — *Autopsie.*

Le nommé S... âgé de 40 ans, terrassier.

Entré le 6 février 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 22.

Antécédents. — Cet individu, terrassier de son état, dit avoir toujours été d'une forte constitution. Il y a 20 ans, il contracta des accidents vénériens sur lesquels il ne peut donner que des renseignements assez vagues.

Se livrant à des travaux manuels fort pénibles, il avoue

boire d'ordinaire avec excès (3 litres de vin par jour, sans compter l'eau-de-vie). Il a eu des pituites le matin.

Depuis quelques années, il toussait un peu pendant l'hiver et était parfois pris de dyspnée; néanmoins il se portait très-bien.

Il y a six semaines, après son travail quotidien, il se sentit mal en train, courbaturé; cette courbature, ce malaise augmentant, il fut forcé de garder le lit.

Bientôt il fut pris d'une dyspnée violente; il devait faire, dit-il, de grands efforts pour respirer et il lui semblait à chaque minute qu'il allait étouffer; il perdit complètement l'appétit, et se mit à tousser; il ne se rappelle pas avoir eu de frisson.

Depuis cette époque, la dyspnée alla croissant; la face, dit-il, devint bleue; la toux violente, plus fréquente.

Il aurait eu aussi, à cette époque, des sueurs nocturnes et des épistaxis abondantes.

Son père et sa mère sont, dit-il, morts vieux, de maladie de poitrine.

La dyspnée devenant de plus en plus intense, le malade entre à l'hôpital le 6 février 1877.

6 février. *État actuel.* — C'est un homme vigoureux, assez bien musclé; son visage, naturellement coloré, est fortement congestionné ou plutôt cyanosé; les lèvres sont bleuâtres; les yeux injectés.

Assis dans son lit et soutenu par des oreillers, il est en proie à une dyspnée violente; à chaque instant il se croit sur le point d'étouffer. Mettant en action tous ses muscles accessoires de la respiration, les muscles du cou tendus, la bouche ouverte, il est haletant.

De temps en temps il est pris, surtout pendant la nuit, de quintes d'une toux un peu étouffée.

Les crachats sont abondants, blancs, aérés, muqueux; très-léger œdème des jambes.

Examen de la poitrine. — Le thorax est un peu bombé. A la palpation, on perçoit nettement les vibrations thoraciques, qui toutefois sont un peu diminuées.

Percussion. — En avant, les deux côtés du thorax présentent une sonorité exagérée. En arrière, rien de particulier.

Auscultation. — Respiration saccadée, pénible.

En avant et à gauche, nombreux râles sibilants dans toute l'étendue du poumon.

En arrière et à gauche, râles sibilants et ronflants.

A droite, râles sibilants et quelques râles sous-crépitants, mais bien moins nombreux en avant qu'en arrière. Léger frottement en haut sous la clavicule gauche.

Cœur. — Les bruits sont normaux, quoique très-peu intenses.

Le choc du cœur est faible; le volume de cet organe est augmenté dans le sens transversal.

Pulsations faibles et fréquentes. De même, le pouls est petit et précipité; le cœur est dilaté.

Fièvre légère. T. A., 38,2; quelques frissons pendant la nuit; sueurs nocturnes peu abondantes.

Le malade ne dort pas; il a des cauchemars, voit des bêtes qui veulent l'étouffer, et l'on constate une légère excitation cérébrale avec subdelirium; les réponses aux questions sont sans suite.

Foie. — Normal.

Rate. — Normale.

Urine. — Ni sucre, ni albumine. — Polyurie; 2 litres d'urine en 24 heures.

7 février. *Traitement.* — On prescrit un vomitif; ventouses sèches sur tout le thorax. Tisane de bourgeons de sapin. Julep gommeux avec 30 grammes de sirop de morphine et 25 centigrammes de kermès. Dans la soirée,

le malade se sent un peu mieux; les râles ont un peu diminué.

8 février. — Vésicatoire de 0,15 de diamètre sur le devant de la poitrine.

Les jours suivants, on ne constate pas d'amélioration. Loin de là, il y a une aggravation progressive de l'état général. L'état local ne se modifie pas sensiblement.

14 février. — Depuis quelques jours, le malade est fort agité la nuit; il crie, veut se lever, et le matin on le trouve dans un état semi-comateux.

L'appétit est bon néanmoins; peu de fièvre.

Les râles persistent, mais la dyspnée diminue légèrement. Même prescription. Nouveau vésicatoire sur le côté gauche en arrière. En outre, comme les jours précédents, on fait appliquer des ventouses sèches (une vingtaine) sur les régions du thorax qui ne sont pas occupées par des vésicatoires. Sinapismes promenés sur les membres inférieurs. La veille, on a fait prendre 0,45 de résine de jalap; il y a eu de très-nombreuses selles.

15 février. — Même prescription; on fait ajouter à la potion 60 grammes de rhum.

Délire la nuit; le malade cherche à se lever continuellement.

17 février. — L'état général s'aggrave; affaiblissement. Oppression continuelle.

Délire la nuit.

19 février. — Vers 4 heures de l'après-midi, l'oppression devient extrême; la face et les extrémités des membres sont cyanosées.

La dyspnée va croissant, et le matin, à trois heures, le malade meurt.

Autopsie. 21 février 1877. — *Cavité crânienne. Encéphale.* — On trouve quelques épaissements des méninges au niveau de la scissure de Sylvius et de l'espace perforé

antérieur. Pas d'autres lésions: pas d'embolies ni de thromboses; les artères, contrairement à ce qu'on avait présumé pendant la vie, à cause de l'alcoolisme, ne présentent point d'altérations athéromateuses.

Cavité thoracique. Poumons. — A la surface des poumons, sous la plèvre viscérale, on découvre quelques petites ecchymoses semblables à celles que l'on trouve dans les cas d'asphyxie par strangulation, par pendaison, etc.

L'emphysème est très-marqué dans les lobes inférieurs, ainsi que le long du bord antérieur des poumons. Dans tout le reste de l'étendue de ces organes, congestion hypostatique.

D'ailleurs, pas de granulations tuberculeuses, ni de pneumonie chronique. On trouve quelques dilatations des petites bronches, et, surtout, de l'épaississement des parois bronchiques sur la plupart des coupes du poumon. La surface interne des bronches présente une couleur rouge vineuse.

Cœur. — Le cœur est très-dilaté, mais sans hypertrophie des parois ventriculaires. Les parois sont plutôt minces; le myocarde a une couleur feuille morte très-marquée.

Pas de lésion d'orifices.

L'aorte présente, à sa surface interne, quelques irrégularités mamelonnées, sans plaques athéromateuses proprement dites; les mamelons proviennent de la prolifération des cellules de la tunique interne du vaisseau (endartérite sclérotique), ainsi que l'a montré l'examen histologique.

Cavité abdominale. Rate. — Elle ne présente rien de bien anormal; peu de périsplénite.

Reins. — Ils sont tous deux congestionnés.

Foie. — Il est congestionné et un peu gras; pas de calculs biliaires.

Estomac. — La membrane muqueuse est épaissie dans toute son étendue; l'épaississement est mamelonné dans

le cul-de-sac droit. Nombreuses ecchymoses pointillées à la surface de cette membrane. Pas de cicatrices.

OBS. LXXVIII. — *Emphysème pulmonaire.* — *Légère bronchite concomitante.* — *Dyspnée assez violente.*

La nommée B..., âgée de 45 ans, blanchisseuse.

Entrée le 15 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 21.

Renseignements. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

A 8 ans, variole dont elle porte encore les traces.

A 15 ans, à la suite d'une grande frayeur, elle aurait été prise d'étouffements; depuis cette époque, elle est toujours restée nerveuse, facilement impressionnable.

Réglée à 14 ans; jusqu'à ces derniers mois, les règles ont été régulières.

Elle nie avoir fait des excès alcooliques; cependant tous les matins, depuis assez longtemps, elle vomit une gorgée de liquide d'apparence aqueuse; elle a des rêves, elle se voit tomber dans les précipices.

Expectoration fréquente, surtout l'hiver; crachats aérés, ayant l'aspect de la salive. Les crachats ont contenu quelquefois des stries sanguines.

Dyspnée, augmentant lorsque la malade marche un peu vite ou qu'elle monte des escaliers; en outre, par instants, palpitations cardiaques violentes.

Etat actuel. — Femme de petite stature, très-maigre. Aspect sénile. Respiration pénible. Dyspnée très-prononcée.

La parole est brève, entrecoupée; la malade est obligée de se tenir continuellement assise sur son lit.

L'appétit est presque nul; langue blanche, saburrale. Constipation.

Insomnie. Pendant la nuit, la malade est souvent en proie à des accès de suffocation très-violents; elle étouffe pendant deux à trois heures. La température de la peau est

normale. Les lèvres et les extrémités des doigts sont cyanosées. Le thorax est déformé, il est globuleux dans son ensemble, mais la déformation est surtout prononcée en arrière. On remarque de la voussure sur les parties latérales et antéro-supérieures de la poitrine; les creux sus-claviculaires sont effacés.

La région précordiale est normale. La percussion de la poitrine donne une sonorité exagérée. L'auscultation indique une diminution notable du murmure vésiculaire, principalement à la partie moyenne des poumons. Expiration soufflante aux deux sommets du thorax, en arrière. Quelques râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur des deux lobes pulmonaires; râles sous-crépitaux assez fins aux deux bases, peu abondants.

Expectoration muqueuse, aérée. Pas de stries sanguines.

Les battements du cœur sont sourds, mal frappés. Pas d'hypertrophie appréciable de l'organe. Pas de bruits de souffle.

Rien de particulier à noter du côté de l'abdomen.

Urines assez abondantes, un peu pâles. Léger nuage d'albumine. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Traitement. — Poudre d'ipécacuanha : 2 grammes en trois paquets; tisane de fleurs pectorales. Vésicatoire sur la région sternale. Julep gommeux avec sirop d'opium 30 grammes et kermès minéral 0,30.

19 mars. — L'état général est meilleur. La malade étouffe moins; elle n'a pas eu d'accès de suffocation la nuit dernière. Même potion. Vin de quinquina.

20 mars. — L'appétit est revenu. La respiration est plus facile; encore quelques râles de bronchite. Trois capsules de térébenthine.

25 mars. — Continuation de l'amélioration de la santé. L'albuminurie a disparu.

1^{er} avril. — La malade quitte l'hôpital; elle va beau-

coup mieux. Les accès de suffocation ne se sont pas reproduits.

OBS. LXXIX. — *Broncho-pneumonie chez un alcoolique.*
— *Point de côté assez violent.* — *Guérison.*

Le nommé R..., 37 ans, garçon d'hôtel. Entré le 2 mars 1877, salle St-Jean de Dieu, lit n° 26.

Il s'est toujours bien porté, dit-il, jusqu'à l'âge de 18 ans.

A cette époque, il eut, à gauche, une fluxion de poitrine qui le tint au lit 15 jours et pour laquelle on lui appliqua successivement des sangsues et des vésicatoires. Depuis lors, il travaille; par moments, il est pris d'étouffement. De plus, environ tous les six mois, il a des points de côté violents, accompagnés de dyspnée assez vive. Il a été obligé, à cause de ces crises, de garder plusieurs fois le lit.

Astreint par son métier à de rudes travaux et à des refroidissements fréquents, il avoue avoir fait abus de boissons alcooliques.

Sa mère est morte de phthisie pulmonaire; il en est de même de sa sœur et d'une de ses nièces. Jamais il n'a craché le sang.

Le 27 février, il eut, en se couchant, un frisson assez intense, accompagné de claquements de dents; le frisson dura une heure environ; il dormit mal cette nuit. Le lendemain, il se mit à tousser; il avait un point de côté qui ne tarda pas à être extrêmement douloureux; ce point de côté siégeait à gauche, à la partie postérieure et moyenne du dos; les quintes de toux, qui survenaient à chaque instant, augmentaient encore ses douleurs; fréquemment, il se réveillait avec des accès de suffocation terribles; la fièvre était intense, l'appétit complètement perdu.

Etat actuel. — C'est un homme fort, assez bien muselé; sa face est injectée, vultueuse; les yeux, brillants, sont

très-rouges. Couché sur le côté droit, il est en proie à une dyspnée intense; l'inspiration est très-douloureuse; à chaque instant, il est pris de quintes de toux qui lui arrachent de petits gémissements de douleur.

La respiration est haletante, saccadée, interrompue, par instants, par de petits cris douloureux.

Le malade se lève sur son chevet; il sort de son lit et s'appuie sur un oreiller; il prend toutes les positions imaginables pour calmer la douleur de côté.

Lorsqu'il rentre au lit, il se couche de nouveau sur le côté droit, car le décubitus dorsal et le décubitus latéral gauche sont absolument impossibles.

La poitrine est bombée; les creux sus-claviculaires, disparus.

Percussion. — La percussion du thorax n'indique rien d'anormal.

Il en est de même de la palpation.

Crachats muqueux, aérés, sans caractères.

La pression, pratiquée à gauche, surtout au niveau de la partie moyenne du thorax, dans les espaces intercostaux, détermine une vive douleur.

Auscultation. — Quelques râles vibrants et muqueux dans les deux poumons. Râles crépitants dans le poumon gauche, en arrière, à la partie moyenne; à ce niveau, respiration soufflante très-nette.

Même caractère de la respiration à droite, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Sur les parties latérales du thorax, à gauche et à droite, on constate, en quelques autres points, de l'expiration soufflante et des râles crépitants.

Cœur. — Sain. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Foie. — Un peu augmenté de volume.

Douleurs, à la pression, dans la région hépatique.

Urines. — Contiennent du mucus et un peu d'albumine.