

Autopsie cadavérique faite 22 heures après. — *Etat extérieur.* OEdème énorme des extrémités inférieures, des parois abdominales, et bien moindre aux avant-bras et aux mains; pâleur générale.

Crâne. Les téguments étaient œdématisés à la partie postérieure; les os de la tête amincis. Il s'écoula du sang liquide du sinus longitudinal supérieur. Il existait une couche de sérosité limpide entre l'arachnoïde et la pie-mère. Les circonvolutions cérébrales étaient multipliées et très-prononcées, surtout aux lobes antérieurs. La substance du cerveau était ferme, la blanche sablée. Je rencontrai à peu près au milieu de l'hémisphère cérébral droit un petit épanchement de sang, de la grosseur d'un fort grain de chenevis, autour duquel la substance blanche avait une teinte jaune qui se perdait à la circonférence par une dégradation insensible. Les ventricules latéraux contenaient à peu près deux à trois gros d'une sérosité limpide: le reste de l'organe était parfaitement sain; il en était de même du cervelet.

Thorax. Le côté gauche était occupé par un épanchement de sérosité fortement sanguinolente, qu'on pouvait évaluer à deux pintes, lequel avait refoulé le poumon de bas en haut, mais surtout de dedans en dehors, et l'avait aplati inférieurement contre les côtes, par suite de l'adhérence de cette partie de l'organe à la partie déclive de la paroi externe du thorax. La plèvre qui tapissait ce dernier était recouverte d'une couche de sang d'un rouge vif. Le liquide épanché était traversé par des brides ou pseudo-membranes albumineuses très-fermes, recouvertes de la même matière colorante du sang; le poumon était très-adhérent à son sommet. Après l'avoir enlevé, je reconnus au-dessous de celui-ci, à un pouce et quart, une espèce de rétrécissement ou rainure, formé par un tissu bleuâtre, foncé, comme fibro-cartilagineux, qui s'enfonçait dans le parenchyme pulmonaire, et était la cicatrice d'une ancienne excavation tuberculeuse. Le sommet était dense, noirâtre dans tout le pourtour de celle-ci. Dans le reste du lobe supérieur, la trame de l'organe était infiltrée de sérosité et de petites masses de tubercules miliaires gris, agglomérés. Le tissu pulmonaire contigu à ces dernières était d'un rouge intense et plus facile à déchirer qu'ailleurs. Il tenait à la fois du premier degré de la pneumonie et de l'œdème. Dans le reste de l'organe, il était grisâtre, infiltré de sérosité spumeuse qui s'écoulait abondamment à la pression dès qu'on l'avait incisé, et par une foule de petits conduits. Le parenchyme donnait à la pression la sensation d'un tissu spongieux qui s'affaiblissait à mesure de l'issue du liquide contenu dans ses aréoles. Le long des bords du lobe inférieur, il était tout à fait splénifié, grisâtre, mais plus foncé et totalement privé d'air.

Entre les deux lobes existait une exhalation du sang d'un rouge vif, formant une couche très-légère qui tapissait les pseudo-membranes pleurales.

On remarquait à la racine du poumon plusieurs glandes d'un tissu gris, bleuâtre, induré, criant sous la section du scalpel, et ayant triplé de volume. La muqueuse bronchique était rouge, et toutes les divisions du tuyau aérien, engouées d'un mucus rosé, très-spumeux, qui les remplissait presque entièrement.

Le poumon droit était fortement adhérent par tous les points de sa surface. J'eus beaucoup de peine à le détacher. Au-dessous de son sommet existait une dépression ou cicatrice, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, aboutissant à un tissu gris, bleuâtre, foncé, fibro-cartilagineux, s'enfonçant dans l'organe et interrompu par quelques portions de tubercules desséchés et d'aspect créacé. Dans tout le reste de ce dernier, le tissu pulmonaire était grisâtre, dur, pesant, surtout dans le lobe supérieur et moyen, et imbibé d'une très-grande quantité de sérosité qui en ruisselait abondamment à chaque section, surtout lorsqu'on le pressait.

Les glandes de la racine du poumon étaient quadruplées de volume, indurées, et comme fibro-cartilagineuses.

Les tuyaux bronchiques étaient remplis d'une mucosité rosée, très-spumeuse et très-abondante; elle tapissait également la trachée artère et le larynx. La cavité du péricarde ne renfermait que quelques gouttes de sérosité. Le cœur était petit, d'un tissu pâle, et l'oreillette droite occupée par une concrétion polypiforme.

Abdomen. Il contenait bien deux pintes et demie d'une sérosité lactescente ou légèrement trouble, dans laquelle nageaient des filaments d'albumine. Le péritoine, sur les fosses iliaques et dans la région lombaire, offrait de petites infiltrations sanguines, d'un rouge vif. Une portion de l'iléon, pelotonnée sur elle-même et qui laissait deviner extérieurement, par ses altérations, l'existence de nombreuses ulcérations, avait contracté de fortes adhérences avec la portion du péritoine qui tapissait la vessie, à l'aide d'une bride courte, épaisse et très-difficile à rompre.

La muqueuse de l'œsophage était rouge, et au contraire pâle dans l'estomac qui était assez vaste, distendu par des gaz et tapissé d'un mucus blanchâtre, bien que le liquide qu'il contenait en petite quantité fût d'un vert assez foncé.

La face interne du duodénum offrait plusieurs petites ulcérations, à bords fongueux, saillants et à fond tapissé par une exhalation sanguine.

Le jejunum renfermait un liquide vert visqueux, épais, qui le remplissait en partie. Sa partie supérieure était un peu œdémateuse. Mais bientôt sa muqueuse s'amincissait, de manière à rendre les valvules conniventes qu'elle forme très-fines et comme appliquées par leur poids sur les parois intestinales. Il y fut rencontré un assez grand nombre d'ulcérations plus ou moins larges et irrégulières, à bords tomenteux, à fond souillé par un peu de sang, mais granulé et formé par la tunique musculieuse altérée.

L'iléon en était également criblé, mais elles étaient plus étendues, plus multipliées et plus rapprochées dans ses deux derniers pieds, surtout au-dessus de la valvule iléo-cœcale, où elles formaient un vaste cloaque dont le fond semblait formé par des glandes mésentériques indurées et ulcérées. Il était d'un rouge-noirâtre, tapissé de matières fécales liquides, rougeâtres et puriformes. Il se serait fait plus tard des perforations intestinales; car le péritoine était d'un rouge noirâtre, vis-à-vis le fond de la plupart de ces ulcérations. Ce dernier était formé d'un tissu granulé, grisâtre, analogue aux tubercules miliaires, dans lequel la tunique musculieuse avait été transformée.

La valvule iléo-cœcale était saine; de même que la face interne du cœcum, qui renfermait des matières fécales jaunies, un peu liquides. Mais l'origine du colon et toute sa portion ascendante étaient transformées en un vaste ulcère, à fond rugueux, noirâtre ou rouge, tapissé de lambeaux irréguliers de la muqueuse en majeure partie détruite, et d'un liquide stercoral sanguinolent. La tunique musculieuse était épaissie de plusieurs lignes, indurée, blanchâtre, et la péritonéale plus diaphane et plus mince. Cette dernière avait contracté des adhérences avec une trainée de glandes mésentériques indurées.

La muqueuse du colon au-dessus de ce vaste ulcère était tapissée d'une couche très-mince de sang d'un rouge vif. On remarquait encore çà et là d'autres petites ulcérations qui semblaient en voie de guérison; c'est-à-dire que, comme on l'avait observé dans quelques-unes de l'iléon, les bords en étaient affaissés, arrondis, le fond plus uni et de couleur presque naturelle. L'S iliaque du même intestin en offrit encore quelques-unes, mais le rectum fut trouvé sain: l'un et l'autre étaient en général étroits et ne renfermaient point de matières fécales.

Les glandes mésentériques étaient tuméfiées, indurées, et formaient une masse assez volumineuse. Le pancréas offrait un tissu grenu, très-sec. La rate était petite, flétrie, son parenchyme rougeâtre et assez ferme.

Le foie, de volume ordinaire, était sain; sa vésicule distendue par une bile d'un vert jaunâtre, dans laquelle je rencontrai une grande quantité de petits calculs, à facettes irrégulières, mais en général de forme triangulaire, de la grosseur d'un très-petit pois et d'une couleur jaune claire.

Appareil génito-urinaire. Les reins étaient très-peu volumineux et parfaitement sains; les deux substances pâles. La vessie renfermait beaucoup d'urine limpide. Les parois étaient minces et saines. Les ovaires formaient deux petits corps blanchâtres, râtatinés, d'un tissu blanc et comme fibro-cartilagineux. L'utérus était petit; sa substance ferme blanchâtre.

Deux périodes bien distinctes se dessinèrent dans cette observation. La première, durant laquelle les symptômes dénotèrent une entérite et ensuite une affection rhumatismale des muscles des lombes et des membres, que je crus qu'elle s'était portée plus tard et d'une manière aiguë sur ceux de la poitrine, l'absence de toux, de fièvre et d'oppression m'ayant fait négliger d'ausculter le côté correspondant du thorax et commettre une grossière erreur de diagnostic (d'où la nécessité de toujours ausculter la poitrine dans les maladies). Les seuls signes auxquels on aurait pu soupçonner la maladie de Bright étaient la douleur des reins, l'œdème progressivement croissante des extrémités inférieures.

La seconde, durant laquelle l'enflure fit des progrès, la douleur des reins persista, les urines laissèrent déposer par la chaleur et l'acide nitrique une couche épaisse d'albumine, l'œdème gagna les parois du ventre et les mains, en même temps que les signes d'une phlegmasie chronique de l'estomac persistaient et qu'une lésion cérébrale à marche lente et occulte vint enfin hâter le terme de l'existence. Certes si la symptomatologie d'une affection mor-

bide pouvait être claire, c'était bien dans ce cas, où la plupart des symptômes assignés comme caractéristiques de la maladie des reins décrite par Bright avaient existé; et cependant, à l'ouverture du cadavre, ces organes furent trouvés sains.

Disons donc que, dans l'état actuel de la science, les signes décrits par MM. Bright, Rayet, Martin Solon, etc., peuvent se rencontrer dans la lésion correspondante des reins, et que d'après l'exemple que je viens de citer et ceux rapportés par les docteurs Graves, Morisson, Forget, il y a encore lieu à de nouvelles recherches, relativement au degré de certitude de ceux-ci.

Il arrive (c'est ce qui probablement a lieu bien souvent) que la maladie de Bright se développe sans qu'aucun symptôme qui lui soit spécial engage le médecin à examiner chimiquement l'état des urines. L'observation ci-après en présentera un exemple. En effet, on y trouvera tous les caractères anatomiques du premier degré de l'altération rénale ou de l'hypérémie qui conduit au deuxième que seul Bright a décrit, c'est-à-dire la lésion pour ainsi dire bornée à une augmentation du volume des reins, avec présence, soit active, soit passive, d'une grande quantité de sang, avec tissu un peu ramolli, comme granulé, et état peu distinct des substances tubuleuse et corticale. Mais on ne démêlera, parmi les symptômes, aucun signe propre à faire soupçonner l'affection morbide des reins. Aussi rien ne m'engage-t-il à soumettre l'urine à l'action de la chaleur et des réactifs. Je pense que, dans le plus grand nombre de cas, les praticiens seront entraînés à la même omission; car, malgré les nombreux travaux faits tant en Angleterre qu'en France sur l'hydropisie avec urine albumineuse, on n'a pu encore arriver à établir un rapport constant et possible entre les symptômes et les altérations pathologiques; et M. Martin Solon, dans un ouvrage tout récent sur l'albuminurie qu'il vient de publier, a tenté, par des efforts bien louables sans doute, de rapprocher les symptômes des lésions, mais il n'a pu arriver à quelque chose de plus positif que ce qu'on connaissait déjà.

Cela est si vrai que le même auteur a observé les caractères de l'urine coagulable albumineuse à l'époque critique de quelques maladies aiguës; de même que dans le cours de quelques affections bilieuses et de quelques cas d'inflammation ou d'hémorrhagie rénale ayant offert des points de contact avec la maladie de Bright, bien qu'il conclue que cette dernière constitue une affection tout à fait spéciale et que l'on ne peut confondre avec aucune autre; ce qui me semble tout à fait contestable et en contradiction avec les remarques contraires émises par lui dans son livre. En effet, il déclare avoir reconnu, avec les médecins anglais et français qui l'ont précédé dans cette étude, qu'on observe la coagulabilité de l'urine dans beaucoup de circonstances, parmi lesquelles toutes les maladies aiguës, lorsqu'elles approchent de leur solution, tiennent la première place, telles que les exanthèmes fébriles, la fièvre typhoïde, la pleuro-pneumonie; aussi s'efforce-t-il de parer à cette difficulté en cherchant à établir des caractères différentiels entre les urines critiques qu'il appelle *coagulables* ou *précipitables*, qu'il ne sont tout bonnement qu'*albumineuses*, et celles albumineuses de

la maladie de Bright, en spécifiant que les premières contiennent beaucoup d'albumine, mais que néanmoins elles diffèrent de celles de la lésion rénale précédente par des proportions plus considérables des principes salins et autres qu'elles renferment, tels qu'un excès d'urée, d'acide urique et d'urate d'ammoniaque. Mais, de bonne foi, le praticien pourra-t-il, d'après des différences aussi vagues, aussi variables et, le plus souvent aussi difficiles à saisir ou manquant, baser un diagnostic sûr? N'est-ce pas ici faire une application exagérée des connaissances chimiques à l'appréciation des causes et des effets des maladies, et ces notions sont-elles assez avancées pour qu'elles puissent servir de guide? Il est permis d'en douter, à cause des travaux si souvent en contradiction des médecins chimistes les plus distingués, comme on peut s'en convaincre en comparant ceux de Vauquelin, de Fourcroy, de Barruel, Scheele, et de MM. Raspail, Lecanu, Donné, Muller, Berzélius, Thénard, Dumas et Prout, sur le sang, l'urine, le lait, la bile, la salive, le suc gastrique, etc.

Les inévitables lacunes des analyses de chimie animale, l'impossibilité où elles sont de faire connaître le lien de causalité entre les phénomènes morbides et les lésions ou les circonstances modificatrices des sécrétions, et d'amener à en déduire des conclusions stables, doivent en détourner les médecins appelés à étudier les produits sécrétés, non à l'état de cadavre, mais à celui d'animation par la vie, c'est-à-dire en pathologistes et en physiologistes avant tout. Les plus grands maîtres ont-ils abordé le lit des malades entourés de réactifs chimiques ou armés de microscopes, comme on a de la tendance à le faire aujourd'hui dans certains hôpitaux de Paris? Je ne le sais pas. Il faut donc prendre garde d'accorder une importance trop exclusive et exagérée à la science chimique, comme moyen d'appréciation diagnostique dans les maladies, et en borner le rôle à celui déjà si beau d'étudier les agents naturels, et les produits qu'elle peut en retirer pour les appliquer à l'art de guérir, à l'hygiène publique et à la médecine légale.

Phthisie pulmonaire; excavations tuberculeuses; hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche; hydro-péricardite méconnue; légère ascite; ulcérations et tubercules dans le jéjunum et l'iléon; ulcères plus vastes dans le cœcum et le colon; premier degré de la maladie des reins décrite par Bright; mort.

Obs. II. — Lebaron, âgé de 55 ans, entra, le 9 décembre 1857, à l'infirmerie. La poitrine fut auscultée et une phthisie pulmonaire reconnue. Il fut soumis aux aspirations de chlore, faites quatre fois par jour. Je prescrivis une infusion de capillaire et un julep avec une demi-once de sirop d'opium pour la nuit.

Le 18, il fut appliqué dix-huit sangsues à l'anus. Le malade se trouva mieux. Les aliments furent augmentés et portés aux trois quarts.

Il sortit le 25.

Il rentra le 28. Il toussait beaucoup, était oppressé, éprouvait de la constipation, avait de la peine à expectorer. (Lavement purgatif; potion kermétisée.)

Le 1^{er} janvier 1858, la poitrine fut auscultée de nouveau et le phénomène de la pectoriloquie constaté.

Le 6, Lebaron fut remis à l'usage du chlore inspiré. (Tisane laxative; julep narcotique.)

Le 9, diarrhée, peau chaude, terreuse, crachats muqueux, sueurs nocturnes, fièvre, toux fréquente. Je prescrivis pour boisson un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium et douze gouttes de laudanum pour une pinte d'eau. Le dévoiement continua les jours suivants; il diminua vers le 14. La toux devint aussi moindre.

Le 15, constipation qui nécessita un lavement purgatif; même état relativement à l'affection pulmonaire.

Le 17, l'oppression augmenta. Il fallut recourir à l'application des sinapismes volants aux extrémités inférieures. Toux plus fréquente.

Le 21, j'auscultai de nouveau et je reconnus une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur. L'œdème, survenu depuis quelque temps aux membres abdominaux, m'avait donné l'éveil sur la possibilité d'une lésion de cet organe. (Lait demiration; potion avec la teinture de digitale pourprée.)

Le 29, la diarrhée cessait pendant quelques jours, mais reparaisait bientôt.

J'avais diagnostiqué des ulcérations dans les intestins.

Maigrissement rapide, peau terreuse, quintes de toux rapprochées, trois selles liquides par vingt-quatre heures. (Tiers de lavements narcotiques, julep avec demi-once de sirop d'opium; capillaire.)

Le lendemain, les évacuations alvines furent plus nombreuses. Les crachats étaient muqueux, abondants et spumeux. (Le quart; eau gommeuse; même prescription pour le reste.)

Le 1^{er} février, douze selles par jour; douleurs vives dans l'abdomen; plaintes continuelles; facies caractéristique des phlegmasies chroniques des intestins; peau terreuse. (Eau de riz, cataplasmes anodins sur le ventre.)

Le 7, la diarrhée avait diminué; coliques par moment; crachats muqueux, abondants et légèrement teints de sang.

Lebaron s'affaiblit rapidement les jours suivants, et expira enfin le 17.

Autopsie cadavérique faite 26 heures après.

Habitude extérieure. Maigreur plus prononcée au visage qu'au corps.

La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme d'une lésion cérébrale n'ayant eu lieu.

Thorax. Le poumon droit était volumineux, dense; tout son lobe supérieur était farci de tubercules extrêmement nombreux, dont une grande partie était ramollie. On apercevait çà et là de petites cavernes encore remplies de cette matière.

Le tissu pulmonaire était légèrement infiltré de sérosité à sa partie postérieure.

Le lobe moyen était dans le même état, seulement les tubercules quoique aussi serrés y étaient plus petits. Il en était encore de même de l'inférieur, excepté qu'ils y étaient moins multipliés.

Le poumon gauche était également atteint de tubercules, dont les uns ramollis formaient de petites excavations encore pleines de matière de la consistance de fromage très-mou; tandis que les autres

étaient plus fermes et d'aspect blanchâtre ou gris. La presque totalité du lobe inférieur était atteinte d'hépatisation rougeâtre. Le tissu pulmonaire y offrait un aspect grenu à la section, et le doigt le déchirait avec la plus grande facilité. On y remarquait encore des tubercules.

La cavité du péricarde était distendue par dix à douze onces de sérosité, ayant un aspect jaunâtre avec une légère teinte trouble et dans laquelle flottait le cœur. Ce dernier était assez volumineux; l'oreillette droite énormément distendue par un caillot de sang noir, de même que le ventricule du même côté, excepté que dans ce dernier il y était comme intriqué dans les interstices des colonnes charnues. Ses parois étaient d'épaisseur normale. Celles du gauche étaient dans le même cas et assez fermes: la cavité de ce dernier et celle de l'oreillette gauche étaient également occupées par du sang coagulé.

Abdomen. Il pouvait renfermer à peu près une chopine de sérosité assez limpide, qui remplissait toute l'excavation du petit bassin. L'estomac était presque vide; sa cavité spacieuse; sa membrane muqueuse qui, dans la moitié ou le tiers inférieur du grand cul-de-sac, était plissée fortement et formait des espèces de losanges irréguliers, était rouge, piquetée dans toute cette partie, comme épaissie et tapissée de mucosités tenaces. Celle du duodénum était saine. Le jéjunum contenait un mucus liquide, coloré par la bile et d'odeur alliée. On rencontrait dans plusieurs points de sa longueur un certain nombre de petites ulcérations à fond d'un gris noirâtre ou rouge, tapissées par une exhalation sanguine; car en la ratissant on l'enlevait et on trouvait à nu la tunique musculuse. Les bords en étaient taillés à pic, mais peu tuméfiés. Souvent à côté de celles-ci, on apercevait des tubercules blancs et ronds, développés au-dessous de la muqueuse, tantôt intacts, tantôt commençant à s'user et à s'ulcérer au centre de ceux-ci, qui, ramollis, s'étaient vidés à mesure que l'érosion s'était étendue jusqu'à les circonscrire entièrement.

Dans l'intestin iléon, ils étaient moins nombreux, mais en revanche les ulcérations y étaient plus multipliées, plus agglomérées, surtout vers l'attache mésentérique. Leur fond était en général rouge et coloré en noir vers la fin, leurs bords peu saillants, et les matières fécales liquides, mais toujours plus abondantes vis-à-vis les points ulcérés.

La valvule iléo-cœcale était convertie en un large ulcère, à fond noirâtre et en partie détruite. La cavité du cœcum offrait çà et là d'autres ulcérations de même aspect.

La portion ascendante et l'arc transverse du colon en présentaient aussi de semblables, mais plus longues, plus étendues. Elles diminuaient dans l'S iliaque où elles cessaient même, car on n'en retrouvait plus dans la portion descendante et le rectum, où les matières stercorales étaient plus fermes, plus jaunes que dans les précédents intestins.

La rate était assez volumineuse et flasque. Son tissu était rougeâtre et facile à déchirer.

Le foie, très-développé, était ferme, dans l'état normal, et sa vésicule petite et en partie remplie par une bile jaune, verdâtre, très-épaisse et très-filante.

Le rein gauche était très-allongé, d'un quart plus que l'autre. Leur tissu était rouge, légèrement granulé; leurs deux substances peu distinctes l'une de l'autre, et faciles à déchirer. (Premier degré de la maladie de Bright.)

La vessie était très-contractée, petite, et ses parois épaissies.

Dans cette observation, les symptômes les plus tranchés furent ceux qui dénotaient des excavations tuberculeuses dans les poumons et des ulcérations intestinales; car l'œdème des extrémités inférieures et l'ascite consécutive s'expliquaient par une lésion organique du cœur reconnue par l'auscultation médiate.

Aucun des signes du premier degré de la maladie des reins, dite albuminurie, n'exista, ou s'il s'en fut manifesté ils eussent été masqués par les nombreuses lésions coexistentes.

Si les urines ne furent pas soumises à l'action de la chaleur et de réactifs, c'est que rien ne pouvait faire soupçonner la maladie de Bright; et leur état albumineux eût-il été constaté, il n'eût pas encore été pour l'observateur un signe univoque; cette altération de la sécrétion urinaire se retrouvait souvent dans l'ascite et les autres maladies énumérées dans le cours de cette notice.

Modification de l'appareil inamovible pour le traitement des fractures, par MM. KING et CHRISTOPHERS, avec des observations; résumé d'une leçon faite au dispensaire de Blenheim-Street à Londres, en août 1858; par le docteur T. KING, chirurgien du Dispensaire; traduit par ERNEST BOUDET, interne des hôpitaux de Paris.

Avant de soumettre au jugement de mes collègues une modification de l'appareil inamovible pour le traitement des fractures, je crois qu'il sera bon de rechercher quels sont les principes sur lesquels il doit être basé, en d'autres termes quelles sont les règles à suivre pour arriver heureusement à une cure radicale. Or pour cela il sera nécessaire d'étudier le procédé que suit la nature pour guérir les solutions de continuité des os, les phénomènes que présente la formation du cal. C'est là, si je ne me trompe, la marche à suivre toutes les fois qu'en médecine on propose une modification d'une méthode, c'est le seul moyen d'avoir une idée exacte de la valeur des innovations. Quand nous connaissons quelle est la marche que suit la nature pour guérir, nous en déduirons aisément les règles que l'art doit suivre pour assurer une cure radicale. Ensuite il faudra en appeler au jugement de l'expérience qui infirme ou confirme les théories; ainsi quant aux fractures, nous chercherons d'abord à asseoir les bases d'un traitement rationnel; puis nous examinerons jusqu'à quel point les modifications par nous proposées s'accordent avec ces règles fondamentales; nous exposerons ensuite nos propres observations.

L'expérience montre que, quand un os est rompu